

MASTERARBEIT

**Prävalenz und Maßnahmen bei Urininkontinenz und
Mangelernährung in 13 österreichischen
Krankenhäusern und Pflegeheimen - ein
Längsschnittvergleich der Pflegequalitätserhebung
2009/2010**

eingereicht von

Bianca Neuhold, BSc

Matr. Nr.: 0533166

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von Betreuerin

Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ rer. cur Christa Lohrmann

Graz, am 27. August 2010

Ehrenwörtliche Erklärung

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

A handwritten signature in black ink on a light blue rectangular background. The signature reads "Bianca Neuhold" in a cursive script.

Graz, am 27. August 2010

Bianca Neuhold, BSc

Danksagung

Frau Prof. Dr. Christa Lohrmann für die professionelle und konstruktive Betreuung, aber auch für ihre aufmunternden Worte und den Rat, nicht auf die wertvolle Freizeit zu vergessen,

meinen Studienkolleginnen für die gemeinsame Zeit, den mittwöchlichen Gedankenaustausch, den spannenden Diskussionen und ein schönes Wochenende auf der Alm,

Barbara Nußbaumer, meiner allerliebsten Studienfreundin für ihr offenes Ohr, die präzise und schnelle Korrektur sowie die abwechslungsreichen Freizeitaktivitäten,

Bernadette Kaufmann, meiner besten Freundin für die professionelle Korrektur und die Versuche sich in meine Lage und meine Arbeit zu versetzen,

meinem Freund Reinhard für das Korrekturlesen und den geduldigen Beistand bei der formalen Gestaltung,

meinen Eltern für ihre Geduld, ihren Zuspruch und ihre Unterstützung,

und zu guter Letzt meiner in dieser Zeit verstorbenen Oma für ihre früh morgendlichen Anrufe, die aufmunternden Worte und den wunderschönen Tag in Graz.

Danke!

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	vi
Abstract	vii
1 Einleitung	1
1.1 Urininkontinenz	3
1.1.1 Prävalenz von Urininkontinenz	3
1.1.2 Ursachen und Folgen von Urininkontinenz	3
1.1.3 Interventionsmöglichkeiten bei Urininkontinenz	4
1.2 Mangelernährung	4
1.2.1 Prävalenz von Mangelernährung	5
1.2.2 Ursachen und Folgen von Mangelernährung	5
1.2.3 Interventionsmöglichkeiten bei Mangelernährung	6
1.3 Pflegerische Relevanz der Thematik	6
2 Literaturüberblick	8
2.1 Literaturrecherche	8
2.2 Epidemiologie von Pflegephänomenen	10
2.2.1 Querschnittsdesign	11
2.2.2 Längsschnittsdesigns	12
2.2.2.1 Paneldesign	13
2.2.2.2 Trenddesign	13
2.2.3 Längsschnittuntersuchungen	14
2.2.3.1 Urininkontinenz in Pflegeheimen	17
2.2.3.2 Urininkontinenz in Krankenhäusern	18
2.2.3.3 Mangelernährung in Pflegeheimen	18
2.2.3.4 Mangelernährung in Krankenhäusern	18
2.2.3.5 Vergleichbarkeit der Stichproben	19
2.3 Fazit der Literaturrecherche	19
3 Zielsetzung und Forschungsfragen	21

4	Methodik	22
4.1	Studiendesign	22
4.2	Stichprobe	23
4.3	Datenerhebung	23
4.4	Datenauswertung	24
4.5	Ethische Aspekte	25
5	Ergebnisse	26
5.1	Stichprobe	26
5.1.1	Teilnahme und Rücklauf	26
5.1.2	Geschlecht, Alter und BMI	27
5.1.3	Pflegeabhängigkeit	29
5.1.4	Pflegeabhängigkeit und Alter	31
5.2	Urininkontinenz	32
5.2.1	Prävalenz von Urininkontinenz	32
5.2.2	Prävalenz von Urininkontinenz und Alter	33
5.2.3	Prävalenz von Urininkontinenz und Geschlecht	34
5.2.4	Maßnahmen bei urininkontinenten Personen mit Katheter	35
5.2.5	Maßnahmen bei urininkontinenten Personen ohne Katheter	38
5.3	Mangelernährung	39
5.3.1	Prävalenz von Mangelernährung - Klinisches Bild	40
5.3.1.1	Nach Alter - Klinisches Bild	41
5.3.1.2	Nach Geschlecht - Klinisches Bild	42
5.3.2	Prävalenz von Mangelernährung nach Meijers et al. (2009)	43
5.3.2.1	Nach Alter - Meijers et al. (2009)	44
5.3.2.2	Nach Geschlecht - Meijers et al. (2009)	45
5.3.3	Eingeleitete Maßnahmen bei Mangelernährung	46
5.3.4	Präventionsmaßnahmen bei Mangelernährung	48
5.3.4.1	Erfassung des Ernährungszustandes	48
5.3.4.2	Gewichtsüberwachung	50
5.3.4.3	Kontrolle der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme	51
6	Diskussion	52
6.1	Schlussfolgerung	52
6.2	Vergleich und Interpretation der Ergebnisse	53
6.2.1	Urininkontinenz in Pflegeheimen	54
6.2.2	Urininkontinenz in Krankenhäusern	55
6.2.3	Maßnahmen bei Urininkontinenz	55
6.2.4	Mangelernährung in Pflegeheimen	56
6.2.5	Mangelernährung in Krankenhäusern	56

6.2.6	Therapeutische und präventive Maßnahmen bei Mangelernährung	57
6.3	Schwächen und Stärken der Studie	58
6.4	Implikationen für Forschung und Praxis	59
	Abkürzungsverzeichnis	61
	Glossar	62
	Tabellenverzeichnis	63
	Abbildungsverzeichnis	64
	Literaturverzeichnis	66
	Anhang	73

Zusammenfassung

Ziel der Studie: Ziel war es die Häufigkeit und Maßnahmen der Pflegephänomene Urininkontinenz und Mangelernährung in den Jahren 2009 und 2010 in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen zu untersuchen und Unterschiede zwischen den beiden Erhebungen herauszufiltern.

Problemstellung: Urininkontinenz und Mangelernährung stellen zwei Pflegephänomene dar, die in der pflegerischen Praxis häufig auftreten, kostenintensiv und für PatientInnen und Pflegenden belastend sind. International wurden bereits viele Studien durchgeführt, um die Häufigkeit dieser Pflegeprobleme zu untersuchen. Das Ausmaß und die Entwicklung des Auftretens von Urininkontinenz und Mangelernährung in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen sind jedoch kaum bekannt.

Methodik: In dieser Arbeit wird ein Längsschnittvergleich von Daten aus zwei Erhebungen einer multizentrischen Querschnittsstudie durchgeführt. Verglichen werden die Daten von Einrichtungen, die in beiden Jahren teilgenommen haben. Die Erhebungen wurden jeweils mit dem gleichen standardisierten Fragebogen durchgeführt, so dass ein Vergleich der Ergebnisse möglich war.

Ergebnisse: In Pflegeheimen konnte eine signifikante Abnahme der Prävalenz von Urininkontinenz festgestellt werden. Bezüglich der Häufigkeit von mangelernährten PflegeheimbewohnerInnen ließ sich hingegen ein Anstieg von 3,5% verzeichnen. Eine stabile Prävalenz von Urininkontinenz und Mangelernährung war in Krankenhäusern zu erkennen. Kontinenzfördernden Maßnahmen, wie beispielsweise „Anpassung der Kleidung“, wurden in beiden Einrichtungsarten verstärkt eingesetzt, wobei in Pflegeheimen um 17,8% mehr Interventionen angewandt wurden als in Krankenhäusern. Inkontinenzhilfsmittel wurden in Pflegeheimen um 70,1% mehr und in Krankenhäusern um 0,9% weniger verwendet. Betreffend der Versorgung von mangelernährten Personen wurden in beiden Einrichtungen um rund ein Viertel mehr Maßnahmen, wie unter anderem das Einschalten von DiätassistentInnen, eingeleitet. Zudem nahmen in beiden Einrichtungen Präventionsmaßnahmen zu, wie beispielsweise das Erfassen des Gewichtsverlaufs.

Schlussfolgerung: Durch die Analyse der Daten wird deutlich, dass eine Reduktion der Pflegeprobleme möglich ist. Um Entwicklungstendenzen ermitteln und Maßnahmen evaluieren zu können, sind weitere Teilnahmen an der Pflegequalitätserhebung erforderlich.

Abstract

Aim of the study: The aim of the study was to examine differences between the year 2009 and 2010 in terms of frequencies and interventions of the nursing phenomena urinary incontinence and malnutrition in Austrian hospitals and nursing homes.

Problem statement: Urinary incontinence and malnutrition represent two nursing phenomena which occur frequently in practice, are costly and burdensome for patients and carers. Many international studies have investigated the frequency of these problems. Nevertheless in Austrian hospitals and nursing homes the extent and the development of the occurrence of urinary incontinence and malnutrition are not well known.

Methodology: Longitudinal comparison of data from nursing home residents and patients, from the multicentre survey in 2009 and 2010 were collected, using a standardized questionnaire.

Results: For the prevalence of urinary incontinence, in nursing homes a significant decrease was found. On the other hand an increase of 3.5% for the prevalence of malnourished nursing home residents was recorded. Furthermore stable prevalence rates of urinary incontinence and malnutrition were observed in hospitals. Regarding the use of interventions for promoting the continence 17.8% more interventions, for example matching clothes, were set in nursing homes than in hospitals. Regarding the use of incontinence aids in nursing homes 70.1% more aids and in hospitals 0.9% less aids were used. Concerning interventions for malnutrition an increase of approximately one quarter, for example inserting a dietician, could be identified in both facilities. Moreover there was an increase in prevention activities, for example detecting the weight curve, in the respective institutions.

Conclusion: The analysis of the data shows the possibility of reducing nursing phenomena. To identify trends and evaluate interventions, however, more nursing quality surveys are required.

Kapitel 1

Einleitung

Wichtige Kernkonzepte der österreichischen Pflege sind vor allem die Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit sowie die Verhütung von Krankheiten im intra- und extramuralen Bereich (§11 GuKG, Weiss-Faßbinder, 2010). Dabei ist „das Wohl und die Gesundheit der Patienten, Klienten und pflegebedürftigen Menschen [...] zu wahren“ (§4 Abs. 1 GuKG, Weiss-Faßbinder, 2010).

Eine weitere Herausforderung der Pflege stellt die Bewältigung des steigenden Pflegebedarfs dar (Hasseler & Görres, 2005). Im Jahr 2007 betrug die Anzahl der BundespflegegeldbezieherInnen rund 351.000 - ein Plus von 4,1% im Vergleich zum Vorjahr. Verglichen mit dem Jahr 1997 nahm dieser Anteil um mehr als 31% zu, wobei 88% der über 60-Jährigen Pflegegeld beziehen. Aufgrund dieser Zunahme an pflegeabhängigen Personen steigen auch die Ausgaben für das Bundespflegegeld deutlich an. Während es 1997 noch rund 1,26 Mrd. Euro waren, lagen 2007 die Ausgaben bei rund 1,7 Mrd. Euro - ein Plus von rund 34% (Statistik Austria, 2008).

Grund für den steigenden Pflegebedarf ist der Wandel der Altersstruktur, der einerseits durch einen Rückgang der jüngeren Bevölkerung und andererseits durch eine Zunahme der Anzahl älterer Menschen, gekennzeichnet ist. Derzeit sind rund 23% (1,9 Mio.) der österreichischen Gesamtbevölkerung (2006: 8,3 Mio. EW) älter als 60 Jahre, wobei sich dieser Anteil laut Statistik Austria bis zum Jahr 2020 auf rund 26% (2,3 Mio.) erhöhen wird. Demnach ist 2020 jede/r neunte ÖsterreicherIn über 75 Jahre alt. Die Ursache dafür ist die steigende Lebenserwartung. Während 1998 Männer bei der Geburt eine Lebenserwartung von 74,5 Jahren hatten, lag diese 2008 bereits bei 77,6 Jahren. Die Lebenserwartung der Frauen stieg um 2,2 Jahre und lag 2008 bei 83 Jahren (Statistik Austria, 2009b). Hingegen sank die Anzahl der unter 15-jährigen Kinder aufgrund der niedrigen Geburtenraten innerhalb der letzten Jahrzehnte. Zurzeit macht diese Gruppe rund 15% (1,25 Mio.) der österreichischen Gesamtbevölkerung aus. Bis 2020 ist ein Rückgang von rund 1% der unter 15-jährigen Kinder (derzeit 10.000) zu erwarten (Statistik Austria, 2009a).

In Anbetracht dieser demografischen Entwicklung ist es notwendig, das Ausmaß und die charakteristischen Eigenschaften der Pflegeabhängigkeit von PatientInnen zu kennen, da das Pflegeabhängigkeitsrisiko mit dem Alter steigt. So haben Personen über dem 80. Lebensjahr ein 2 bis 3,5 mal höheres Risiko pflegeabhängig zu werden als Personen zwischen 60 und 80 Jahren (Lohrmann, Dijkstra & Dassen, 2003).

Um das Ausmaß von Pflegeabhängigkeit eruieren zu können, ist ein adäquates Erfassungsinstrument erforderlich. Die Pflegeabhängigkeitsskala (PAS), welche bereits seit 2009 bei der Europäischen Pflegequalitätserhebungen in Österreich zum Einsatz gekommen ist, stellt ein solches Instrument dar. Die PAS wurde bereits im intra- und extramuralen Bereich validiert und definiert den Pflegebedarf aus Sicht der Pflegenden (Mertens et al., 2002). Zudem kann die Pflegeabhängigkeit einer Person durch die PAS individuell und genau eingeschätzt werden. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass pflegerische Schwerpunkte individuell gesetzt und Pflegeinterventionen geplant und umgesetzt werden können (Lohrmann, 2004).

Im Rahmen der Entwicklung dieses Assessmentinstruments wurde von Dijkstra, Buist & Dassen (1998, S. 146) der Begriff „Pflegeabhängigkeit“ definiert. Im Jahr 2002 wurde diese Definition von Mertens et al. ins Deutsche übersetzt. Demnach wird Pflegeabhängigkeit

„definiert als ein Prozess, in dem professionelle Pflegenden einem Patienten, dessen Selbstpflegefähigkeiten eingeschränkt sind und dessen Pflegebedarf ihn/sie zu einem bestimmten Grad abhängig macht, Unterstützung anbieten mit dem Ziel, dass die Unabhängigkeit in der Durchführung der Selbstpflege wieder hergestellt wird“ (Mertens et al., 2002, S. 196).

Aufgrund der Zunahme der älteren Bevölkerung und dem daraus resultierenden Anstieg des Pflegebedarfs, steigt auch die Häufigkeit diverser Pflegeprobleme, mit denen Pflegenden in der Praxis konfrontiert werden, an. Unter dem Begriff "Pflegeproblem" wird in dieser Arbeit die Beeinträchtigung des/der Betroffenen in seinen Alltagsaktivitäten verstanden, welche durch pflegerische Maßnahmen positiv beeinflusst werden kann und diese somit zur Bewältigung des Pflegeproblems beitragen können (Menche, 2006; Müller, 2008).

Urininkontinenz und Mangelernährung stellen zwei solcher Pflegeprobleme dar, die in der pflegerischen Praxis häufig auftreten und sowohl für PatientInnen und BewohnerInnen als auch für Pflegenden eine Belastung darstellen (Lohrmann, 2009).

1.1 Urininkontinenz

Urininkontinenz (UI) wird in zahlreichen Studien als weltweites Pflegeproblem angesehen (Irwin et al., 2006; Minassian, Drutz & Al-Badr, 2003), dessen Prävalenz mit zunehmenden Alter steigt (Du Moulin et al., 2009) und vor allem Frauen betrifft (Aslan et al., 2009). Um Studienergebnisse über Urininkontinenz miteinander vergleichen zu können, ist es wichtig, eine einheitliche und allgemein anerkannte Definition als Grundlage zu verwenden. Die International Continence Society (ICS) definiert Urininkontinenz folglich als:

„[...] the complaint of any involuntary leakage of urine“ and „[...] should be further described by specifying relevant factors such as type, frequency, severity, precipitating factors, social impact, effect on hygiene and quality of life[...]“ (Abrams et al., 2003).

Dementsprechend handelt es sich hierbei um das Erleiden unfreiwilligen Urinverlustes, das durch weitere Angaben, wie Art, Schwere, Häufigkeit, Ursachen, soziale, hygienische und lebensqualitätsbezogenen Auswirkungen spezifiziert werden soll.

1.1.1 Prävalenz von Urininkontinenz

Das Pflegephänomen UI wurde bereits in zahlreichen Studien untersucht. Dabei fällt auf, dass die Häufigkeit von Urininkontinenz von Einrichtung zu Einrichtung variieren kann. Beispielsweise zeigen Studien, dass in Pflegeheimen die Prävalenz bezüglich Urininkontinenz von 43% bis 77% reichen kann (Offermans et al., 2009). In Krankenhäusern leiden laut deutschem Prävalenzbericht rund 17% der PatientInnen an Urininkontinenz, wobei überwiegend Frauen betroffen sind und die Häufigkeit mit dem Alter zunimmt (Dassen et al., 2008). In österreichischen Krankenhäusern wurde eine Prävalenz von 18% ermittelt (Schoberer, 2009). Mögliche Gründe für die unterschiedlichen Prävalenzzahlen liegen vor allem in der Verwendung diverser Definitionen und Erfassungsinstrumente sowie verschiedener methodologischer Vorgehensweisen (Offermans et al., 2009).

1.1.2 Ursachen und Folgen von Urininkontinenz

Urininkontinenz wird mit zahlreichen Krankheitszuständen, wie beispielsweise Depressionen, Herz-Kreislaufkrankheiten, Demenz und neurologischen Schäden (Thom, Hann & van den Eeden, 1997), aber auch mit geschwächter Beckenbodenmuskulatur sowie allgemeinen Einschränkungen der körperlichen und kognitiven Leistungen in Verbindung gebracht (Conner & Lind, 2001). Zudem folgen diesem pflegerischen Problem eine

Verminderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HrQoL) (Coyne et al., 2003; Hägglund et al., 2001). Während Scham, Einschränkung des Selbstwertgefühls, Depressionen, Schlafprobleme und Angst vor Körpergeruch zu sozialer Abgrenzung führen können, treten auch häufig zunehmende Morbidität, erhöhtes Risiko von Sturzereignissen und Hautirritationen mit diesem Pflegephänomen auf (Abrams et al., 2000; Bartoli, Aguzzi & Tarricone, 2010; Brown, McGhan & Chokroverty, 2000; Schumacher, 2007). Aufgrund dieser folgenschweren Krankheit erhöht sich das Risiko institutionalisiert zu werden, wobei Frauen mit diagnostizierter UI ein 30% und Männer ein 50% höheres Risiko haben ins Krankenhaus aufgenommen zu werden als nichturininkontinente Personen. Die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung steigert das Risiko für urininkontinente Frauen um das 2-Fache und für Männer sogar um das 3,2-Fache (Thom, Hann & van den Eeden, 1997).

Neben den schwerwiegenden Folgen stellt das häufige Auftreten von Urininkontinenz auch eine ökonomische Belastung dar. Laut einem aktuellen Review von Correia, Dinis & Lunet (2009) beliefen sich die Gesamtkosten der Urininkontinenz im Jahr 2000 in fünf europäischen Ländern (Deutschland, Italien, Spanien, Schweden und Vereinigtes Königreich) auf 4,2 Milliarden Euro.

1.1.3 Interventionsmöglichkeiten bei Urininkontinenz

Der Einsatz von pflegerischen Maßnahmen zur Förderung der Kontinenz ist von großer Bedeutung, denn dadurch können nicht nur finanzielle Ausgaben sondern auch Folgekrankheiten reduziert werden. In der Pflege werden dabei vorwiegend konservative Maßnahmen, wie Blasen- und Toilettentraining (Roe et al., 2007) sowie Beckenbodentraining, aber auch verhaltenstherapeutische Interventionen, wie Lebensstiländerungen, verwendet (AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2009). Vor allem die leichte und kostengünstige Durchführbarkeit dieser Interventionen bietet Vorteile gegenüber medikamentösen Behandlungen oder operativen Eingriffen (Correia, Dinis & Lunet, 2009). Zudem soll eine Kombination von Maßnahmen weitaus mehr Effektivität versprechen als einzeln durchgeführte (Holroyd-Leduc, Mehta & Covinsky, 2004). Darüber hinaus werden Inkontinenzvorlagen sowie Katheter oft als ergänzende Maßnahmen zur Behandlung von Urininkontinenz eingesetzt (Dassen et al., 2009).

1.2 Mangelernährung

Mangelernährung gilt ebenso als internationales Gesundheitsproblem. Dessen Risiko steigt mit zunehmenden Alter an und kommt sowohl in Krankenhäusern als auch in Pflegeheimen vor (Schreier & Bartholomeyczik, 2004; Lamb et al., 2009).

In der Literatur gibt es bislang keine einheitliche Definition von Mangelernährung. Jedoch wurde in einer ExpertInnenbefragung versucht, die wichtigsten Eigenschaften einer Definition von Mangelernährung zu identifizieren. Dabei kam heraus, dass vor allem die Begriffe *deficiency of energy* (Energiemangel), *deficiency of protein* (Proteinmangel) und *decrease in fat-free mass* (Abnahme der fettfreien Masse) Mangelernährung charakterisieren (Meijers et al., 2010).

Aufgrund des Fehlens einer einheitlichen Definition wird in dieser Arbeit für Mangelernährung die Definition von Bartholomeyczik et al. (2006) verwendet, die Mangelernährung definiert als ein:

„Anhaltendes Defizit an Energie und/oder Nährstoffen im Sinne einer negativen Bilanz zwischen Aufnahme und Bedarf mit Konsequenzen und Einbußen für Ernährungszustand, physiologischen Funktionen und Gesundheitszustand.“

1.2.1 Prävalenz von Mangelernährung

Internationale Prävalenzstudien über die tatsächliche Häufigkeit von Mangelernährung, kamen in den letzten Jahren zu von einander abweichenden Ergebnissen. Das begründet vermutlich auf unterschiedliche Definitionen, Methoden, PatientInnenkollektive und Einsetzen verschiedener Parameter, wie beispielsweise dem BMI. So variieren in Pflegeheimen Prävalenzraten von 10%-50%, wobei bei 37%-62% der BewohnerInnen ein Risiko der Mangelernährung besteht (Pauly, Stehle & Volkert, 2007). Für den Krankenhausbereich liegen Daten aus einer deutschen Studie vor (Pirlich et al., 2006), in der jede/r vierte PatientIn mangelernährt war, was zu einer Prävalenzrate von 27,4% führt. Laut Lochs & Dervenis (2003) variieren auch Häufigkeiten zur Mangelernährung bei stationär aufgenommenen PatientInnen zwischen 20% und 60%.

1.2.2 Ursachen und Folgen von Mangelernährung

Ursachen für den Risikoanstieg einer Mangelernährung stellen vor allem altersbedingte Veränderungen dar. Das Abnehmen von fettfreier Masse, geringere Muskelmasse aber auch ein beeinträchtigt Hungergefühl, Kau- und Schluckprobleme, die Abnahme der Geruchs- und Geschmacksempfindungen sowie Demenz begünstigen eine Mangelernährung (Feldblum et al., 2007; Volkert, 2004).

Zudem haben mangelernährte Personen mit zahlreichen Folgen zu rechnen. Neben einem erhöhten Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko (Stratton, Green & Elia, 2003) wird Mangelernährung häufig von nosokomialen Infektionen (Schneider et al., 2004), Wund-

heilungsstörungen, erhöhtem Dekubitusrisiko sowie physiologischen und psychologischen Beeinträchtigungen als auch mit einer Verminderung der Lebensqualität begleitet (Stratton, Green & Elia, 2003).

Die Zunahme der Kosten stellt eine weitere Konsequenz der Mangelernährung dar und wird durch längere Krankenhausaufenthalte, erhöhte Komplikationsraten und die Kosten von Interventionen, ausgelöst (Löser, 2002).

1.2.3 Interventionsmöglichkeiten bei Mangelernährung

Um einer Mangelernährung und deren Folgen entgegenwirken zu können, ist das Ergreifen von therapeutischen und präventiven Maßnahmen bedeutend. Beispielsweise kann der Einsatz von Assessmentinstrumenten, DiätassistentInnen, enteraler Ernährung, energiereichen und proteinreichen Mahlzeiten, Nahrungsergänzungsmitteln sowie von regelmäßigen Gewichts- und Flüssigkeitskontrollen zu einer Verbesserung des Ernährungsstatus beitragen. Die aufgezählten Möglichkeiten stellen somit wichtige Interventionen für das effektive Behandeln und Vorbeugen einer Mangelernährung dar (Joanna Briggs Institute, 2007; Stratton, Green & Elia, 2003).

1.3 Pflegerische Relevanz der Thematik

Kenntnisse über das Ausmaß und die Häufigkeit von Pflegephänomenen sind in der Pflegepraxis notwendig, um die oft knappen pflegerischen Ressourcen effektiv einzusetzen und Pflegephänomenen adäquat und professionell begegnen zu können. Regelmäßige Erhebungen zur Prävalenz von Urininkontinenz und Mangelernährung sind sowohl in Krankenhäusern als auch Pflegeheimen grundlegend, um Rückschlüsse über den effektiven Einsatz von pflegerischen Maßnahmen ziehen zu können (Kottner, Schmitz & Dassen, 2007). Zudem ergibt sich aus den negativen Folgen dieser Pflegephänomene die Notwendigkeit einer zielführenden Maßnahmensetzung durch Pflegepersonen, um die Häufigkeit und den Pflegebedarf von urininkontinenten und mangelernährten PatientInnen so wie auch von PflegeheimbewohnerInnen zu senken (Du Moulin et al., 2009; Löser, 2002; Meijers et al., 2009; Tannen et al., 2008). Dabei soll der Einsatz von Interventionen nicht nur zur Verbesserung der Pflegepraxis beitragen, sondern auch zur qualitativen Verbesserungen der Versorgung von PatientInnen- und BewohnerInnen (Burns & Grove, 2005).

Voraussetzung für eine Vermeidung bzw. Reduktion der genannten Pflegephänomene und für die Einschätzung des Bedarfs an entsprechenden Maßnahmen, ist die Ermittlung genauer und umfassender Daten zu den Pflegephänomenen erforderlich (Lohrmann, 2009). Zur genauen Datenerfassung sind Prävalenzstudien besonders gut ge-

eignet, um Übersicht über Häufigkeiten, Vermeidung, Prävention und Behandlung von Pflegephänomenen in Pflegeheimen und Krankenhäuser geben zu können (Dassen et al., 2009). Dabei wird in dieser Arbeit unter Prävalenz der prozentuelle Anteil an Personen verstanden, die ein bestimmtes Pflegephänomen (hier: Urininkontinenz und Mangelernährung) zu einem bestimmten Zeitpunkt aufweisen. Klinisch relevant werden Prävalenzmessungen erst durch eine regelmäßige Durchführung bzw. eine regelmäßige Teilnahme von Krankenhäusern und Pflegeheimen an standardisierten Pflegequalitätserhebungen. Denn durch Prävalenzmessungen kann festgestellt werden, ob sich das Ausmaß der Pflegephänomene innerhalb eines bestimmten Zeitraums verändert hat. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit Entwicklungstendenzen oder Trends bezüglich des Verlaufs der Prävalenz aufgrund eingeleiteter pflegerischer Maßnahmen ermitteln und analysieren zu können (Dassen et al., 2009; Lohrmann, 2009). Da Pflegephänomene dynamischer Natur sind, eignen sich Längsschnittdesigns besonders gut, um Entwicklungen von Pflegephänomenen im Zeitverlauf zu erfassen. Für die Anwendung eines Längsschnittdesigns sind jedoch wiederholte standardisierte Erhebungen erforderlich (Fitzpatrick & Wallace, 2006).

Aus diesem Grund führt das Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz seit April 2009 jährlich standardisierte Erhebungen zu Pflegephänomenen, wie beispielsweise Urininkontinenz und Mangelernährung, in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen, durch. Vorteile dieser jährlichen Erhebungen ergeben sich für die teilnehmenden Institutionen durch das Feedback, das sie nach der Erhebung in Form eines Berichtes erhalten. So haben Pflegende die Möglichkeit die Praxis zu reflektieren und zu verbessern (Grimshaw et al., 2001; Jamtvedt et al., 2006).

In Österreich konnte bislang kein Längsschnittvergleich zur Prävalenz und den Maßnahmen zu Urininkontinenz und Mangelernährung durchgeführt werden, da die Möglichkeit an einer Europäischen Pflegequalitätserhebung teilzunehmen erst seit 2009 besteht. Der Erkenntnisgewinn dieser Arbeit besteht darin, Unterschiede zwischen den Erhebungsjahren 2009 und 2010 hinsichtlich der Prävalenz und Maßnahmensetzung der Pflegephänomene Urininkontinenz und Mangelernährung zu beschreiben und mögliche Entwicklungstendenzen bezüglich der Häufigkeit dieser zwei Pflegeprobleme in österreichischen Krankenhäuser und Pflegeheimen festzustellen.

Kapitel 2

Literaturüberblick

Der theoretische Kern dieser Arbeit stellt einen Literaturüberblick dar, in dem sowohl theoretische als auch empirische Literatur verwendet wird. Die Literaturrecherche fand im Zeitraum vom 21.04.2010 bis 09.05.2010 statt.

2.1 Literaturrecherche

Mittels Handsuche wurde nach relevanten Methodenbüchern bezüglich „Cross-sectional“, „Querschnitt“, „Längsschnitt“, „Longitudinal“ und „Trend“ in Bibliothekskatalogen gesucht. Zudem konnten via Internet verfügbare Electronic-Books gefunden sowie eine Suche in einschlägigen Onlinefachzeitschriften, wie beispielsweise „Statistical Methods in Medical Research“, durchgeführt werden. Mit Hilfe der Referenzlisten konnte auch nach weiteren relevanten Publikationen recherchiert werden. Dabei wurde die Büchersuche auf englisch- und deutschsprachige Werke, die nicht älter als zehn Jahre waren, limitiert. Zur Auswahl der Methodenbücher wurden im Vorhinein Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt. Eingeschlossen wurden Publikationen, in denen die Erhebungsmethode, der Zweck und Stärken und Schwächen des Designs diskutiert wurden.

Bei der Bewertung der Methodenbücher wurde zuerst auf die Relevanz des Titels geachtet. Dabei konnten 18 Methodenbücher identifiziert werden. Anschließend wurde die Bedeutung des Inhaltes, der kontextuelle Rahmen, die Verwendbarkeit des jeweiligen Werkes sowie das Einhalten der Ein- und Ausschlusskriterien überprüft. Weitere drei Artikel konnten nach Durchsicht der Referenzlisten hinzugefügt werden. Nach der Bewertung wurden schließlich 14 Bücher ausgewählt.

Um den aktuellen Stand der Forschung von Längsschnittstudien bzw. Trendstudien und deren Outcomes bezüglich Veränderung der Pflegeabhängigkeit im Zeitverlauf und hinsichtlich der Prävalenz von Urininkontinenz und Mangelernährung in Krankenhäusern und Pflegeheimen darstellen zu können, wurde zusätzlich eine systematische Litera-

turrecherche in den Datenbanken CINAHL, MEDLINE, EMBASE und ISI Web of Knowledge durchgeführt. Gesucht wurde mit folgenden Suchbegriffen:

Tabelle 2.1: Suchbegriffe der Literaturrecherche

Malnutrition	Urinary incontinence	Care dependency
AND prevalence	AND prevalence	
AND trend OR longitu- dinal	AND trend OR longitu- dinal	AND trend OR longitu- dinal
OR nursing home* OR hospital*	OR nursing home* OR hospital*	OR nursing home* OR hospital*

Darüber hinaus erfolgte eine Internetrecherche in der Metasuchmaschine „MetaCrawler“, um eine umfassende Recherche im Internet durch Einbezug verschiedener Suchmaschinen zu gewährleisten. Dabei konnten auch die von verschiedenen Organisationen und Pflegewissenschaftsinstituten bereitgestellten Veröffentlichungen, wie beispielsweise DGEM (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin), Department of Health Care and Nursing Science der Faculty of Health Medicine and Life Sciences der Universität Maastricht oder das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke, überprüft werden. Sowohl bei der systematischen Literaturrecherche als auch bei der Internetrecherche wurden die oben genannten Suchbegriffe in unterschiedlichen Kombinationen verwendet. Dabei wurde die Artikelsuche auf englische und deutsche Publikationen, die zwischen 2000 und 2010 veröffentlicht wurden, limitiert. Zusätzlich wurde in den Referenzlisten der ausgewählten Studien nach weiteren relevanten Publikationen gesucht.

Vor der Auswahl der empirischen Literatur wurden im Vorfeld Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt. Eingeschlossen wurden Studien, die als Forschungsmethode ein Längsschnittdesign angewandt bzw. wiederholte Querschnitterhebungen im Hinblick auf Urininkontinenz- und Mangelernährungsprävalenz in Krankenhäusern und Pflegeheimen durchgeführt haben. Dabei wurde darauf geachtet, dass stets gleiche Definitionen, Patientenkollektive und Erfassungsinstrumente innerhalb eines Zeitraums verwendet wurden. Ausgeschlossen wurden Studien, die nicht in Krankenhäusern oder Pflegeheimen durchgeführt wurden.

Im Rahmen der Datenbanksuche erschienen nach Eingabe der Suchbegriffe und Limitationen insgesamt 1442 Artikel. Die Auswahl der recherchierten Literatur erfolgte zunächst anhand eines Titelscreenings. Dabei wurden die Artikel einerseits auf die explizite Benennung des jeweiligen Pflegephänomens und andererseits auf die zuvor festge-

legten Ein- und Ausschlusskriterien hin überprüft. Anschließend wurden die Abstracts von 187 Artikeln gelesen und abermals auf ihre Relevanz hin beurteilt. Es wurden 20 Volltexte ausgewählt und mittels dem Beurteilungsschema für quantitative Studien nach Polit & Beck (2008) kritisiert. Dabei wurde in der Einleitung das Forschungsproblem, die Relevanz, die Forschungsfragen oder Hypothesen sowie die Literatursynthese und der theoretische Hintergrund beurteilt. Ebenso wurde das Forschungsdesign, die Stichprobe, das Sampling, die Datenerhebung und -analyse im Methodenteil bewertet. Bei der Ergebnisbeurteilung stand die Relevanz der Resultate im Vordergrund. Im Diskussionsteil wurde vor allem auf die adäquate Interpretation der Ergebnisse, Stärken und Schwächen der Studie sowie auf Implikationen für die Forschung und Praxis geachtet (Polit & Beck, 2008).

Folglich wurden sieben Artikel aus der Datenbanksuche ausgewählt. Weitere vier Publikationen konnten mithilfe der Internetrecherche und der Handsuche identifiziert werden. Somit wurden insgesamt elf Publikationen inkludiert. Der Prozess der Literaturrecherche wird in Abbildung 2.1 und Abbildung 2.2 grafisch dargestellt.

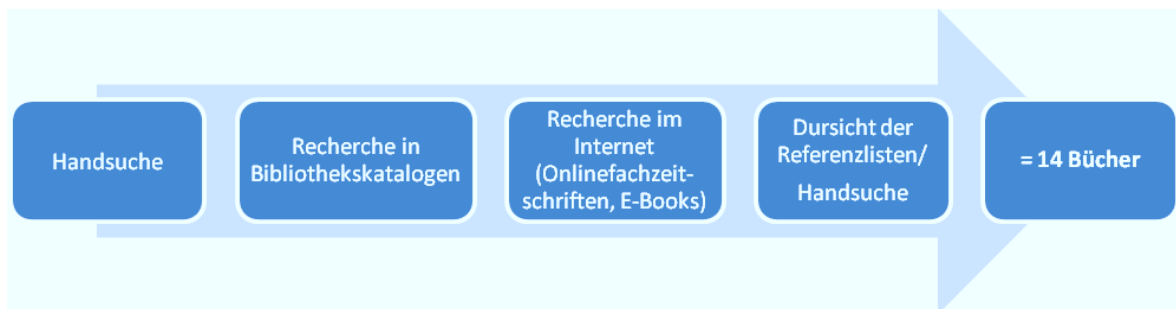


Abbildung 2.1: Prozess der Literaturrecherche für theoretische Literatur

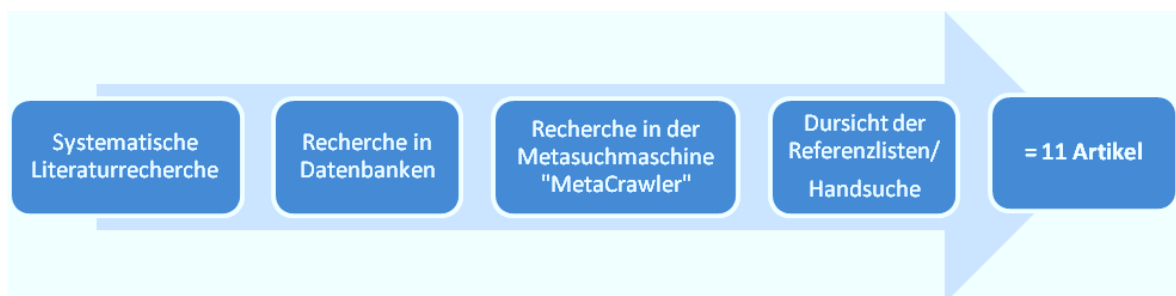


Abbildung 2.2: Prozess der Literaturrecherche für empirische Literatur

2.2 Epidemiologie von Pflegephänomenen

Ursprünglich wurde die epidemiologische Forschung im Bereich der Medizin angewandt. Dabei wird unteren anderem das Ziel verfolgt, Krankheitshäufigkeiten und deren Ver-

teilung in Bevölkerungen zu bestimmen. Für die Ermittlung von Risikofaktoren, Ursachen, Verläufen, Häufigkeiten von Pflegephänomenen und der Wirksamkeit von pflegerischen Maßnahmen nehmen epidemiologische Fragestellung auch in der Pflege eine wichtige Rolle ein. Dabei werden in der Pflegeforschung die gleichen methodischen Vorgehensweisen eingesetzt wie im Bereich der Medizin sowie die gleichen Maßzahlen, wie beispielsweise die Prävalenz, verwendet, um die Häufigkeit der Pflegephänomene zu identifizieren. Vor allem die Auswahl eines passenden deskriptiven Erhebungsdesigns ist für pflegeepidemiologische Fragestellungen von großer Bedeutung (Bartholomeyczik & Nonn, 2005, 18ff), da so der zeitliche Aspekt der Datenerhebung festgelegt wird und damit aussagekräftige Daten gesammelt werden können (Diekmann, 2009, S. 304ff). Im Rahmen der Literaturrecherche konnten drei Arten von Erhebungsdesigns identifiziert werden, die nun erläutert werden.

2.2.1 Querschnittsdesign

Das Merkmal eines Querschnittsdesigns liegt in der einmaligen Datenerhebung von bestimmten Variablen zu einem festgelegten Zeitpunkt oder innerhalb einer kurzen Zeitspanne. Dabei beziehen sich die erhobenen Daten auf eine Stichprobe, die einen Ausschnitt der Grundgesamtheit darstellen soll. Diese Momentaufnahmen werden häufig mittels Befragungen (Surveys) durchgeführt, um Phänomene deskriptiv zu untersuchen. Das bedeutet, dass der aktuelle Stand eines Pflegephänomens hinsichtlich dessen Häufigkeit beschrieben werden kann (Polit & Beck, 2004, S. 165ff; Schnell, Hill & Esser, 2008, S. 231).

Aus einem Querschnittsdesign lassen sich ausschließlich Querschnittsdaten ermitteln, weil diese sich aus der Beobachtung, von beispielsweise PatientInnen und BewohnerInnen, zu einem bestimmten Zeitpunkt ergeben (Diekmann, 2009, S.315). Aufgrund dieser Daten kann die Anzahl von Personen eruiert werden, die eine bestimmte Erkrankung zu einem festgelegten Zeitpunkt aufweisen. Diese Kennzahl wird Prävalenz oder auch Krankheitshäufigkeit in einer Population genannt. Daher werden solche Untersuchungen auch oft als Prävalenzstudien bezeichnet (Geyer, 2003, S. 166).

Wie jedes Design weisen auch Querschnittstudien Stärken und Schwächen auf. Einerseits sind Querschnittuntersuchungen besonders vorteilhaft, da sie schnell, kostengünstig und mit geringem personellen Aufwand verbunden sind. Zudem können große Stichproben erhoben werden, wodurch bei dementsprechenden Auswahlverfahren, wie beispielsweise einer Zufallsauswahl der StudienteilnehmerInnen, die Möglichkeit einer Generalisierung besteht. Ein großer Nutzen besteht auch darin, dass mehrere Risikofaktoren und Outcomes zu einem Zeitpunkt erhoben und untersucht werden können (Schnell, Hill & Esser, 2008, S. 231; Petrie & Sabin, 2009, S. 37). Ebenso wird die interne Validität, das heißt die eindeutige Interpretierbarkeit der Ergebnisse durch Stör-

faktoren, wie beispielsweise externe zeitliche Einflüsse oder Veränderungsprozesse der UntersuchungsteilnehmerInnen sowie Änderungen beim Messinstrument und Ausfälle der StudienteilnehmerInnen, nicht beeinflusst, da sich die erhobenen Daten ausschließlich auf einen Zeitpunkt beziehen (Bortz & Döring, 2006).

Andererseits können bei diesem Design auch Probleme auftreten. Bei der Beschreibung von Beziehungen zwischen zwei Variablen ist darauf zu achten, dass Aussagen über Ursache-Wirkungs-Beziehungen bei einer einzelnen Querschnittstudie nicht möglich sind. Grund dafür ist, dass abhängige und unabhängige Variablen nicht zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben werden. Eine kausale Interpretation der Ergebnisse ist demnach nicht möglich. Darüber hinaus kann eine Querschnittstudie ausschließlich Bestandsgrößen erfassen und keine Veränderungen oder Trends im Zeitverlauf beschreiben (Diekmann, 2009, S. 304; Gail & Benichou, 2000, S. 279; Petrie & Sabin, 2009, S. 37). Weitere Vorsicht ist bei der Generalisierung der Ergebnisse über die Zeit hinweg geboten, da durch den Zeitverlauf eine Einschränkung der externen Validität (Generalisierbarkeit der Ergebnisse) möglich ist. Zudem ist hinsichtlich der externen Validität darauf zu achten, dass Ergebnisse einer Querschnittstudie ausschließlich auf Zeitpunkte und StudienteilnehmerInnen generalisierbar sind, die mit den Umständen in der durchgeführten Querschnittuntersuchung vergleichbar sind (Bortz & Döring, 2006, S. 523).

2.2.2 Längsschnittdesigns

Eines der bedeuteten Aufgaben der praxisbezogenen Pflegeforschung ist das Evaluieren von Pflegeinterventionen, um die Effektivität von pflegerischen Maßnahmen über die Zeit hinweg messen zu können. Dazu sind jedoch Methoden erforderlich, die den Zeitverlauf berücksichtigen. Besonders geeignet sind hierbei Längsschnittdesigns, die Trends und die zeitliche Abfolge von Pflegephänomenen fokussieren (Fitzpatrick & Wallace, 2006, S. 318).

Dabei fallen unter den Begriff „Längsschnittdesigns“ mehrere Methoden, die durch die Erhebung von Längsschnittdaten Entwicklungen über einen längeren Zeitraum hinweg erfassen können. Diese werden als Kontrast zum Querschnittsdesign gesehen, da erstens bei Längsschnittuntersuchungen die Datenerhebung zu mehreren Messzeitpunkten stattfindet, zweitens die Stichprobe ident oder zumindest vergleichbar mit den Stichproben zu den vorherigen Zeitpunkten sein muss und drittens Längsschnittvergleiche zwischen den Erhebungszeitpunkten angestellt werden können (Menard, 2002, S. 2). Mehrmalige Datenerhebungen, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt werden, werden auch „Erhebungswellen“ genannt. Dabei ist es möglich, Werte, die in den Erhebungen ermittelt werden, miteinander zu vergleichen und daraus mögliche Veränderungen, Trends oder Zusammenhänge zwischen den untersuchten Variablen zu

identifizieren (Schnell, Hill & Esser, 2008, S. 237).

Studiendesigns, die zur Erhebung von Längsschnittdaten angewandt werden können, sind das Trend- und Paneldesign (Diekmann, 2009, S. 304ff; Menard, 2002, S. 2ff; Polit & Beck, 2004, S. 167ff; Ruspini, 2002, S. 3ff; Schnell, Hill & Esser, 2008, S. 237ff; Taxis, 2000, S. 5ff; Watson et al., 2008, S. 262f).

2.2.2.1 Paneldesign

Das „Paneldesign“ ist eine Untersuchungsform, in der die gleichen Variablen zu unterschiedlichen Zeitpunkten an einer einzigen Stichprobe erhoben werden. Aufgrund dieser Stichprobe lassen sich Aussagen über individuelle Veränderungen tätigen und kausale Zusammenhänge zwischen den Variablen leichter interpretieren, da diese zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben werden und sich somit nicht beeinflussen können (Schnell, Hill & Esser, 2008, S. 237ff).

2.2.2.2 Trenddesign

Bei einer Trendstudie (auch oft „repeated cross-sectional studies“, also „wiederholte Querschnittstudie“, genannt) werden zwei oder mehrere Querschnittstudien zu verschiedenen Zeitpunkten durchgeführt. Dabei werden die gleichen Variablen zu verschiedenen Zeitpunkten, aber im Gegensatz zum Paneldesign, an separaten jedoch vergleichbaren Stichproben erhoben (Schnell, Hill & Esser, 2008, S. 246; Teti, 2005, S. 6). Das Ziel von Trendstudien im Rahmen der Pflegeforschung ist es, Pflegephänomene, die innerhalb einer Stichprobe auftreten über einen Zeitraum hinweg zu erfassen und dabei Veränderungen zu beschreiben sowie Vorhersagen über zukünftige Entwicklungen der Pflegephänomene treffen zu können (Polit & Beck, 2004, S. 167).

Entscheidende Vorteile einer Trendstudie gegenüber einer reinen Querschnittstudie sind, dass Veränderungen mittels aggregierten Daten erfasst werden und Aussagen auf der Makroebene getätigt werden können. Außerdem sind Trenderhebungen informativer, da die Möglichkeit besteht Ergebnisse von Querschnittstudien von einem Zeitpunkt zum nächsten zu reproduzieren (Teti, 2005, S. 6; Menard, 2002, S. 29). Im Gegensatz zum Paneldesign können Trendanalysen individuelle Veränderungen (Mikroebene) nicht erfassen, sind jedoch günstiger und mit geringerem Zeitaufwand verbunden (Schnell, Hill & Esser, 2008, S. 246). Auch das Problem des Attrition Bias, also die Ausfälle von UntersuchungsteilnehmerInnen im Zeitraum, beispielsweise aufgrund fehlender Motivation, Wohnungswechsel, Krankheit oder Tod, ist im Gegensatz zum Paneldesign bei wiederholten Querschnittstudien nicht von Bedeutung (Fitzpatrick & Wallace, 2006, S. 318).

Die Einschätzung und Interpretation von Trends kann Probleme bereiten, wenn zwischen den einzelnen Erhebungen sehr kleine Differenzen zu beobachten sind oder ein Trend von zwei Querschnittuntersuchungen vorhergesagt werden soll. Zur weiteren Fehlinterpretation kann es kommen, wenn die Eigenschaften der StichprobenteilnehmerInnen (demografische Merkmale) zu heterogen sind (Diekmann, 2009, S. 306ff). Ein weiterer Problempunkt kann eine Veränderung der Erhebungsbedingungen und der Messinstrumente sein, der einen Vergleich der Ergebnisse nicht zulässt, ohne einen systematischen Fehler zu begehen (Bias). Eine Möglichkeit dem entgegenzuwirken besteht in der Durchführung von standardisierten Erhebungen, beispielsweise durch einen wiederholten Einsatz des gleichen Messinstruments (Menard, 2002, S. 34ff).

2.2.3 Längsschnittuntersuchungen

Die hier angeführten Studien stellen eine Auswahl von bereits durchgeführten Längsschnittuntersuchungen bezüglich Pflegeabhängigkeit und der Prävalenz von Urininkontinenz und Mangelernährung in Krankenhäusern und Pflegeheimen dar. In Tabelle 2.2 werden die wichtigsten Studienergebnisse der ausgewählten Artikel dargestellt. Dabei werden der/die AutorIn und das Jahr, die Herkunft der Studie, das Setting, das methodische Vorgehen, die Definition der Pflegephänomene, die Stichprobe und die Prävalenz des jeweiligen Pflegephänomens aufgelistet.

Tabelle 2.2: Eingeschlossene Artikel

Pflegephänomen	AutorIn und Jahr	Herkunft	Setting	Methode	Definition	Stichprobe	Prävalenz
UI	Arndt et al. 2006	Deutschland	Pflegeheim Krankenhaus	Sekundäranalyse standardisierter Frage- bogen Quer- und Längsschnitt	jeglicher unfreiwilliger Urinverlust	2003: n=10779 2004: n=12762 2005: n=10786; 39 PH, 47 KH ≥ 18 Jahre	2003: 71,6% in PH, 19,6% in KH 2004: 74,2% in PH, 24,3% in KH 2005: 73,4% in PH, 27,2% in KH
UI	Boguth & Schenk 2008	Deutschland	Pflegeheim	Sekundäranalyse elektronische Pflegedo- kumentation Quer- und Längsschnitt	unwillkürlicher Harnverlust, ein- bis zweimal pro Woche, täglich und/oder mit Stuhlinkontinenz	47 PH Bei Aufnahme n=2466 Nach Aufnah- me=2000 ≥ 60 Jahre	Aufnahmeprävalenz: 79,5% Nach Aufnahme (sechs Monate): 84%
UI	Boyington et al. 2007	USA	Pflegeheim	Sekundäranalyse Minimum Data Set (MDS) Längsschnitt	für gewöhnlich kontinent/ Urininkonti- nenzepisoden einmal oder weniger pro Woche	7640 PH n=95911 ≥ 65 Jahre	Aufnahmeprävalenz: 65,4% Nach Aufnahme: 74,3%
UI	Dassen et al. 2008	Deutschland	Pflegeheim Krankenhaus	Wiederholte multizen- trische Querschnittsstu- die standardisierter Frage- bogen	jeglicher unfreiwilliger Urinverlust	37 PH, 19 KH n=6736 ≥ 18 Jahre	PH: 73,4% KH: 17,4%
UI/ME	Dassen et al. 2009	Deutschland	Pflegeheim Krankenhaus	Wiederholte multizen- trische Querschnittsstu- die standardisierter Frage- bogen	UI: jeglicher unfreiwilliger Urinverlust ME: BMI < 20, unzureichende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr	77 PH, 17 KH UI: n=8309 ME: n=k. A. ≥ 18 Jahre	UI/PH: 72,8% UI/KH: 25,3% ME/PH laut BMI: 15% ME/KH laut BMI: 7,8%
UI	DuBeau, Simon & Morris 2006	USA	Pflegeheim	Retrospektive Kohor- tenstudie MDS Social Engage- ment Scale Längsschnitt	2 mal wöchentlich, an 2 aufeinanderfol- genden Zeitpunkten, 3 Monate lang	Alle Medicare – Medicaid zugelas- senen PH n=90538 Nach 6 Monaten n=89999 ≥ 65 Jahre	Gesamtprävalenz: 65% Nach 6 Monaten: 85% unveränderter Kontinenzstatus, 12% bekamen UI, 5% Verbesserung der UI
UI/ME	Halfens et al. 2008 (Broschüre)	Niederlande	Pflegeheim Krankenhaus	Wiederholte multizen- trische Querschnittsstu- die standardisierter Frage- bogen	jede Form von Urinverlust BMI < 18,5 bzw. < 20 falls über 65 Jah- re; kombiniert mit reduzierter Nahrungs- aufnahme und/oder unbeabsichtigter Gewichtsverlust	308 PH + KH n 36000 ≥ 18 Jahre	UI/PH: 75% UI/KH: 27% ME in Pflegeinsti- tutionen: 25%; Geringe Abnahme von ME in PH + KH seit 2004.

Pflegephänomen	AutorIn und Jahr	Herkunft	Setting	Methode	Definition	Stichprobe	Prävalenz
ME	Meijers et al. 2009	Niederlande	Pflegeheim Krankenhaus	Sekundäranalyse standardisierter Fragebogen Quer- und Längsschnitt	BMI \leq 18,5 (Alter 18-65 Jahre) oder BMI \leq 20 (Alter 18-22 Jahre), unbeabsichtigter Gewichtsverlust (\geq 6kg in den letzten 6 Monate oder \geq 3kg im letzten Monat), keine Nahrungsaufnahme innerhalb von 3 Tagen oder reduzierte Nahrungsaufnahme von 10 Tagen kombiniert mit einem BMI von 18,5 - 20 (Alter 18 - 65 Jahre) oder 20-23 (Alter 65 Jahre)	141 PH, 80 KH, 48 HKP n=74496 \geq 18 Jahre	PH: $\chi^2=3,893$, p > 0,25 KH: $\chi^2=43,550$, p < 0,001
UI	Nelson, Furner & Jesudason 2001	USA	Pflegeheim	Wiederholte Querschnittstudie MDS Quer- und Längsschnitt	öfters oder dauernd inkontinent	1992: n=18170 1993: n=17117 1992+1993: n=10328	n=10328 1992: 53,9% 1993: 61% 1992+1993: 49,6%
ME	O'Flynn et al. 2005	UK	Krankenhaus	Wiederholte Querschnittstudie Malnutrition Audit Assessment Tool Quer- und Längsschnitt Intervention: Verbesserung des Catering Services und Richtlinien der Ernährungslehre im Jahr 2000, Implementierung des Assessmentinstruments und das Projekt „Better Hospital Food“ im Jahr 2003	> 16 Punkte=BewohnerIn mangelernährt	1998: n=686 2000: n=780 2003: n=817 \geq 16 Jahre	1998: 23,5% 2000: 20,4% 2003: 19,1%
UI	Saxer et al. 2008	Schweiz	Pflegeheim	Sekundäranalyse MDS - RAI Quer- und Längsschnitt	2 mal wöchentlich	42 PH Bei Aufnahme: n=2719 Nach 12 Monaten: n=788 Nach 24 Monaten: n=282	Aufnahmeprävalenz: 36,8% Nach 12 Monaten: Inzidenz von 15% Nach 24 Monate: Inzidenz von 26%

2.2.3.1 Urininkontinenz in Pflegeheimen

Studien, die Veränderungen der Prävalenz bezüglich Urininkontinenz in Krankenhäusern und Pflegeheimen abbilden, fanden in den USA, der Schweiz, Deutschland und in den Niederlanden statt.

In den Niederlanden sowie in Deutschland werden jährlich Prävalenzerhebungen zu pflegebezogenen Daten durchgeführt. Dabei wurden im Rahmen der durchgeführten Querschnittstudien von Dassen et al. (2008) und Dassen et al. (2009) sowie von Halfens et al. (2008), Prävalenzraten zu Urininkontinenz im Trend dargestellt. Die Ergebnisse der jährlichen Querschnittserhebungen in deutschen Pflegeheimen zeigten, dass von 2003 bis 2009 69,3% bis 74,1% aller PflegeheimbewohnerInnen urininkontinent waren. Vom Jahr 2008 (n=2455) auf 2009 (n=3945) gab es einen Rückgang von 0,6 % (73,4% vs. 72,8%) (Dassen et al., 2008, 2009). Hingegen wurde bei einer Sekundäranalyse im Jahr 2004 ein Anstieg der Prävalenz von Urininkontinenz gegenüber dem Vorjahr (71,6% vs. 74,2%) erkannt. Von 2004 auf 2005 hingegen blieb die Prävalenz von UI nahezu stabil (74,2% vs. 73,4%) (Arndt et al., 2006). Auch Ergebnisse von Halfens et al. (2008) zeigten geringe Abweichungen der Prävalenz, die rund 75% betrug. Bei einer Studie von Nelson, Furner & Jesudason (2001) wurden pflegeheimbezogene Daten eines 1992 und 1993 durchgeführten Querschnittssurveys bezüglich UI retrospektiv untersucht. Dabei wurde bei den gleichen PflegeheimbewohnerInnen 1992 und 1993 (n=10328) ein Prävalenzanstieg von 7,1% festgestellt (53,9% vs. 61%). In einer amerikanischen Studie von DuBeau, Simon & Morris (2006) gab es eine anfängliche Prävalenz von 65% (n=90538). Von den 90538 Personen wurden 12% urininkontinent und bei 5% der BewohnerInnen verbesserte sich die Kontinenz bzw. erlangten sie wieder. Bei 83% blieb der Kontinenzstatus gleich. Zu beachten ist, dass der Erhebungszeitraum hier sechs Monate umfasste, während es sich bei den vorher angeführten Studien um jährliche Erhebungen handelte.

In den USA, der Schweiz und in Deutschland liegen weitere Ergebnisse zur Prävalenzveränderung hinsichtlich Urininkontinenz in Pflegeheimen vor. Diese unterscheiden sich von den oben genannten Querschnittsurveys insoweit, dass sie den Verlauf der Urininkontinenz ausschließlich bei Personen nach dem Pflegeheimeintritt untersuchten. Laut der Studie von Boguth & Schenk (2008) lag die Prävalenz der UI zum Zeitpunkt der Pflegeheimaufnahme bei 79,5% (n=1683). Nach sechs Monaten konnte ein Anstieg der Prävalenz um 3,5% verzeichnet werden. Eine Prävalenzzunahme stellten auch Boyington et al. (2007) fest, die 12 Monate nach der Pflegeheimaufnahme von 8,9% 65,4% vs. 74,3%, n=62697 bzw. 71302) aufwies. Die Aufnahmeprävalenz bei Saxer et al. (2008) lag im Vergleich zu den zwei anderen Studien mit 36,8% (n=2719) deutlich darunter, während die Prävalenz nach 24 Monaten Heimaufenthalt um 14,7% stieg (51,5%, n=2610). Dabei können die von einander abweichenden Prävalenzanstiege mit der un-

terschiedlichen Aufnahmeprävalenz und den verschiedenen Erhebungszeitpunkten in den einzelnen Studien begründet werden (Saxer et al., 2008).

2.2.3.2 Urininkontinenz in Krankenhäusern

Für den Krankenhausbereich liegen Ergebnisse von multizentrischen Querschnittserhebungen aus Deutschland und den Niederlanden (Dassen et al., 2008, 2009; Halfens et al., 2008) sowie aus der Sekundäranalyse von Arndt et al. (2006) vor. Der Anteil von urininkontinenten PatientInnen variiert in deutschen Krankenhäusern seit 2003 zwischen 15,1% und 25,3%. Dabei konnte von 2008 (n=591) auf 2009 (n=732) eine Zunahme der Prävalenz von 7,9% (17,4% vs. 25,3%) festgestellt werden (Dassen et al., 2008, 2009). So auch bei Arndt et al. (2006), wo ein Prävalenzanstieg der UI in Krankenhäusern um 4,7% (19,6% vs. 24,3%) zu verzeichnen war. Auch 2005 stieg die Prävalenz um 2,9% gegenüber dem Vorjahr an. Insgesamt nahm in diesen Jahren die UI Prävalenz um 7,5% zu. Stabilität in der Prävalenz von UI weisen PatientInnen in niederländischen Krankenhäusern von 2007 auf 2008 auf, wo rund 16% an Urininkontinenz (ausgeschlossen PatientInnen mit Katheter) litten (Halfens et al., 2008).

2.2.3.3 Mangelernährung in Pflegeheimen

Meijers et al. (2009) verglich Daten der niederländischen Prävalenzerhebung von 2004-2007 bezüglich Mangelernährung. Dabei wurde die Prävalenz mittels BMI (Wert $\leq 18,5$ bei 18-65 Jährigen, ≤ 20 bei über 65 Jährigen), ungewollten Gewichtsverlust (≥ 6 kg in den letzten 6 Monaten oder ≥ 3 kg im vergangenen Monat) und reduzierter (> 3 Tage) oder keiner Nahrungsaufnahme (> 5 Tage), erfasst. Die Ergebnisse zeigten, dass sich die Prävalenz von mangelernährten PflegeheimbewohnerInnen im Zeitverlauf nicht verändert hat.

2.2.3.4 Mangelernährung in Krankenhäusern

Im Gegensatz zum Setting Pflegeheim zeigten die Ergebnisse von Meijers et al. (2009) einen signifikanten Rücklaufftrend ($p < 0.001$) der Prävalenz in Krankenhäusern. Grund dafür könnten die regelmäßigen Erhebungen pflegebezogener Daten und die damit verbundenen Prävalenzüberprüfungen und Feedbacks gewesen sein. Zudem fanden Meijers et al. (2009) heraus, dass die Prävalenz geringer wurde je öfter die Krankenhäuser an der Prävalenzerhebung teilnahmen. Dieser Effekt konnte bei Pflegeheimen jedoch nicht nachgewiesen werden. Bei der englischen Studie von O'Flynn et al. (2005) wurden Prävalenzraten aus drei Querschnittstudien von 1998 (N=686), 2000 (N=780) und 2003 (N=817) miteinander verglichen. Diese wurden unter anderem auch durch den BMI (< 17), den Gewichtsverlust ($> 10\%$ ausgehend vom Normalgewicht) und die Nahrungsaufnahme in den letzten fünf Tagen bestimmt. Die Ergebnisse zeigten in dieser Studie

einen signifikanten ($p < 0.001$) Prävalenzrückgang um 4,4% (1998: 23,5%, 2000: 20,4%, 2003: 19,1%), der durch die Einführung von Interventionen, nämlich Verbesserungen im Catering Service und der Ernährungslehre im Jahr 2000 sowie der Einführung eines validierten Assessmentinstruments und einer verbesserten Essenszubereitung im Jahr 2003, erklärt wurde.

2.2.3.5 Vergleichbarkeit der Stichproben

In den multizentrischen Querschnittstudien aus Deutschland und den Niederlanden (Arndt et al., 2006; Dassen et al., 2008, 2009; Halfens et al., 2008; Meijers et al., 2009) wurden pro Erhebung unterschiedliche Stichproben herangezogen. Um die Ergebnisse im Trend interpretieren zu können, müssen diese auf Vergleichbarkeit hin überprüft werden. Eine gute Vergleichbarkeit konnte dabei in allen Studien erreicht werden, wobei die Merkmale Alter, Geschlecht, BMI und Pflegeabhängigkeit untersucht wurden (Arndt et al., 2006; Dassen et al., 2008, 2009; Halfens et al., 2008; Meijers et al., 2009). Beispielsweise ermittelten Dassen et al. (2009), dass das Durchschnittsalter pro Erhebungsjahr in Krankenhäusern bei rund 63,4-66,6 Jahren lag, in Pflegeheimen hingegen ein Durchschnittsalter von 83,2-84,9 Jahren zu verzeichnen war. Bezüglich Pflegeabhängigkeit gab es zwischen den Institutionen gleicher Art, also innerhalb des Settings Krankenhaus und innerhalb des Settings Pflegeheim, sehr geringe Unterschiede. Ganz anders der Unterschied zwischen Krankenhaus und Pflegeheim, der deutlich zu sehen ist. Denn während bei PflegeheimbewohnerInnen die Werte bei 42-44 lagen, ist die Pflegeabhängigkeit bei KrankenhauspatientInnen deutlich geringer und beträgt 63-65 auf der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS). Dabei ist zu beachten, dass mit aufsteigenden Werten die Pflegeabhängigkeit abnimmt (Dassen et al., 2009). Auch in der Studie von O'Flynn et al. (2005) konnte eine gute Vergleichbarkeit der PatientInnen bezüglich Geschlecht, BMI und Krankenhausaufenthaltsdauer erreicht werden. Das Durchschnittsalter lag pro Erhebungsjahr bei 64,6-69 Jahren, der durchschnittliche BMI bei 23-24 kg/m² und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei 8-10 Tagen.

2.3 Fazit der Literaturrecherche

Im Rahmen der Literaturrecherche zeigte sich, dass Längsschnittuntersuchungen, die Trends oder Entwicklungen ermitteln können, erforderlich sind, um Veränderungen von Pflegephänomenen zu beschreiben und die Auswirkung von Interventionen evaluieren zu können. Zudem geht hervor, dass Trendstudien gut geeignet sind, um Pflegephänomene im Zeitverlauf zu erfassen und Veränderungen auf Makroebene bestimmen zu können (Fitzpatrick & Wallace, 2006). Zu beachten ist, dass die Stichproben vergleichbar sein sollen und eine einheitliche Methodik über die Zeit hinweg verwendet wird

(Menard, 2002; Ruspini, 2002).

Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass Studien, welche Längsschnittuntersuchungen zur Pflegeabhängigkeit sowie zur Prävalenz hinsichtlich Mangelernährung und Urininkontinenz durchführten, selten vorliegen. Dabei waren Daten aus Pflegeheimen öfters vorhanden als krankenhausbazogene Daten. Insgesamt wurden wenig Studien gefunden, die ausschließlich Trends oder Entwicklungen zu diesen Pflegephänomenen und deren Prävalenz untersucht haben (Arndt et al., 2006; Dassen et al., 2008, 2009; Halfens et al., 2008; Meijers et al., 2009). So konnten auch in Österreich bei der Literaturrecherche keine Trendstudien bzw. Längsschnittvergleiche zur Prävalenz hinsichtlich Urininkontinenz und Mangelernährung aus pflegerischer Perspektive gefunden werden.

Aus den ausgewählten Studien wurde klar ersichtlich, dass es Unterschiede bezüglich Prävalenzänderung im Verlauf der Zeit gibt. Denn die Wahl des Studiendesigns, des Settings, der Messabstände, der Stichprobengröße, der Erhebungsmethode und der Altersgruppen wird von den inkludierten Studien aufgrund diverser Fragestellungen, Zielsetzungen und gesetzten Interventionen unterschiedlich gehandhabt. Dadurch ergibt sich das Problem, dass die Vergleichbarkeit dieser Studien miteinander eingeschränkt ist.

Kapitel 3

Zielsetzung und Forschungsfragen

Das Ziel dieser Arbeit ist es, Daten von PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen, aus der in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen durchgeführten Pflegequalitätserhebung 2009/2010, in Bezug auf deren Pflegeabhängigkeit und der Prävalenz sowie den durchgeführten Maßnahmen bezüglich Urininkontinenz und Mangelernährung, zu analysieren und zwischen den Jahren 2009 und 2010 zu vergleichen. Vertiefend soll auch die Rolle der Einflussfaktoren Alter und Geschlecht deutlich werden.

Die expliziten Forschungsfragen lauten demnach:

1. Wie stark unterscheiden sich die Stichproben der 2009 und 2010 teilgenommenen österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen voneinander und welche Veränderung zeigt sich bezüglich Pflegeabhängigkeit bei PatientInnen und BewohnerInnen?
2. Welche Unterschiede zeigen sich bei der Prävalenz 2009 und 2010 hinsichtlich Urininkontinenz und Mangelernährung in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen, die 2009 und 2010 an der Pflegequalitätserhebung teilgenommen haben?
3. Welche Änderungen sind bezüglich eingeleiteter Maßnahmen bei urininkontinenten und mangelernährten PatientInnen/BewohnerInnen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen von 2009 auf 2010 zu verzeichnen?

Kapitel 4

Methodik

Regelmäßige Prävalenzerhebungen zu Pflegephänomenen werden in den Niederlanden vom Department of Health Care and Nursing Science der Faculty of Health Medicine and Life Sciences der Universität Maastricht schon seit 1998 durchgeführt. In Österreich werden im Rahmen der Europäischen Pflegequalitätserhebung, seit April 2009 vom Institut für Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz, ebenfalls Daten jährlich erhoben und analysiert. So werden Pflegephänomene wie Urininkontinenz, Mangelernährung, Dekubitus, Intertrigo, Sturz und freiheitsentziehende Maßnahmen in verschiedenen Gesundheitseinrichtungen, wie beispielsweise Krankenhäuser und Pflegeheimen, erforscht. Allerdings werden in dieser Masterarbeit ausschließlich Daten der Pflegephänomene Urininkontinenz und Mangelernährung analysiert.

4.1 Studiendesign

Im Rahmen der Literaturrecherche konnten keine in Österreich durchgeführten Studien identifiziert werden, die pflegerelevante Ergebnisse von Urininkontinenz und Mangelernährung aus zwei Querschnittserhebungen untersuchten. Die dieser Arbeit zugrunde liegenden Forschungsfragen erfordern sowohl ein querschnittliches als auch längsschnittliches Design. Es werden Daten aus zwei multizentrischen Querschnitterhebungen, die 2009 und 2010 durchgeführt wurden, analysiert und verglichen. Dabei werden nur Daten von Einrichtungen verglichen, die in beiden Jahren an der Erhebung teilgenommen haben. Dies soll eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse gewährleisten. Es handelt sich in dieser Arbeit um kein reines Längsschnittdesign, da Querschnittsdaten aus nur zwei Erhebungen verwendet werden (Taris, 2000, S. 6). Es wird deshalb von einem Längsschnittvergleich und nicht von einer Trendstudie gesprochen. Trends zu beschreiben wäre dann sinnvoll, wenn Ergebnisse aus mehreren Erhebungen einander gegenübergestellt und untersucht werden (Diekmann, 2009, S. 306ff). In Deutschland und den Niederlanden konnte dies bereits durch mehrfache Prävalenzerhebungen, realisiert werden. In Österreich werden Trends der Pflegephänomene erst in den nächsten Jah-

ren mit einer größeren Datenmenge untersucht werden können. Nichtsdestotrotz bietet die Analyse von Querschnittsdaten Vorteile der Kostengünstigkeit und ermöglicht das Zugreifen auf ein größeres Datenvolumen (Schnell, Hill & Esser, 2008, S. 231).

4.2 Stichprobe

Neun Krankenhäuser und vier Pflegeheime wurden in diese Studie miteinbezogen, da sie an beiden multizentrischen Pflegequalitätserhebungen, die 2009 und 2010 durchgeführt wurden, teilnahmen. Dabei handelte es sich in den beiden Erhebungen um eine Gelegenheitsstichprobe. Alle PatientInnen und BewohnerInnen, die am Erhebungstag in diesen Einrichtungen anwesend waren, wurden in die Untersuchung aufgenommen. Demnach konnten Daten von 2219 KrankenhauspatientInnen und 787 PflegeheimbewohnerInnen analysiert werden. Personen, die unter 18 Jahre alt waren, wurden aus der Datenanalyse ausgeschlossen. Eine genauere Beschreibung der Stichprobe wird im Ergebnisteil dargestellt (siehe Kapitel 5).

4.3 Datenerhebung

Alle Pflegeeinrichtungen in Österreich wurden schriftlich eingeladen, an den jährlichen Pflegequalitätserhebungen auf freiwilliger Basis teilzunehmen. Dabei fand die Datenerhebung für alle teilnehmenden Einrichtungen am gleichen Tag statt. Für die Datensammlung wurde in jedem Erhebungsjahr ein standardisierter Fragebogen verwendet, der vom Department of Health Care and Nursing Science der Universität Maastricht literaturbasiert entwickelt und geprüft wurde. Das Instrument erfasst Daten auf drei Ebenen (Einrichtungsebene, Stationsebene, PatientInnenebene). Dabei werden patientInnenbezogene Daten von zwei Pflegenden erfasst, von denen eine/r in der Einrichtung beschäftigt ist und der/die andere ein/e externe/r BegutachterIn ist. Fragen zur Einrichtungs- und Stationsebene werden von der Einrichtungsleitung beantwortet. Durch das Erhebungsinstrument werden Module abgefragt, die sich auf allgemeine Informationen der TeilnehmerInnen, wie demografische Merkmale, Alter, Geschlecht und Pflegeabhängigkeit beziehen sowie auch auf spezielle Pflegephänomene, nämlich Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo, Sturz sowie freiheitsentziehende Maßnahmen. Zur Ermittlung der Pflegeabhängigkeit fand im Fragebogen die bereits validierte Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) Anwendung. Diese besteht aus 15 Items, die mittels fünf Kategorien (völlig unabhängig bis völlig abhängig), bewertet werden. Dabei können Summenwerte von 15 bis 75 erreicht werden. Untersuchte Personen, die niedrigere Werte aufweisen, sind pflegeabhängiger als Personen mit hohen Summenwerten.

Um überhaupt an der Studie teilnehmen zu können, wurde vorab in jeder Einrichtung ein/e KoordinatorIn bestimmt, dessen/deren Aufgabe unter anderem das Zusammenstellen eines qualifizierten Pflgeteams sowie das Auswählen der Stationen bzw. Wohnbereiche, die an der Erhebung teilnehmen sollen, war. Zudem wurde diese/r hinsichtlich Datensammlung und Verwendung der Skalen im Instrument speziell eingeschult. Zusätzlich war der/die KoordinatorIn für das internetbasierte Eingeben der Daten sowie für die Datenqualität verantwortlich.

4.4 Datenauswertung

Die statistische Analyse der Daten erfolgte mit Hilfe eines deutschsprachigen Statistikauswertungsprogramms (SPSS Inc., 2008). Dabei wurden ausschließlich Daten der Krankenhäuser und Pflegeheime verwendet, die sowohl 2009 als auch 2010 an der Pflegequalitätserhebung teilgenommen haben.

Zur Bestimmung der Prävalenz von Urininkontinenz wurden Daten von PatientInnen und BewohnerInnen mit Katheter verwendet. Bei der Darstellung der Maßnahmen wurde einmal die Maßnahmensetzung bei PatientInnen mit und ohne Katheter und einmal ausschließlich bei PatientInnen und BewohnerInnen ohne Katheter ausgewertet. Dies soll die Maßnahmensetzung besser veranschaulichen und Verzerrungen der Ergebnisse durch PatientInnen und BewohnerInnen mit Katheter verhindern.

Zur Ermittlung der Prävalenz von Mangelernährung, die durch viele Parameter definiert werden kann, wurde entschieden, dass in dieser Arbeit die Definition von Meijers et al. (2009) verwendet wird. Diese enthält drei wichtige Aspekte (BMI, Gewichtsverlust, Nahrungsaufnahme) zur Messung der Mangelernährung (Meijers et al., 2010) und stellt zudem eine der aktuellsten Definitionen von Mangelernährung dar. Die Definition wurde bereits hinsichtlich ihrer Validität überprüft (Meijers et al., 2009). Laut folgenden Kriterien wird demnach eine Person als mangelernährt angesehen:

1. Personen zwischen 18 und 65 Jahren, die einen BMI $\leq 18,5$ aufweisen bzw. Personen über 65 Jahren mit einem BMI ≤ 20 .
2. Personen, die ≥ 6 kg in den letzten 6 Monaten bzw. ≥ 3 kg im letzten Monat unbeabsichtigt abgenommen haben.
3. Personen, die in den letzten 3 Tagen keine Nahrung zu sich genommen haben bzw. eine eingeschränkte Nahrungsaufnahme innerhalb der letzten 10 Tage aufweisen und einen BMI von 18,5 - 20 (im Alter von 18 bis 65 Jahre) bzw. einen BMI von 20 - 23

(im Alter von über 65 Jahre) haben.

Im Vordergrund stand die deskriptive Analyse der vorher festgelegten Fragestellungen. Zur besseren Veranschaulichung wurden die Ergebnisse mittels Tabellen und Abbildungen dargestellt, teilweise wurden sie auch verbal beschrieben. Berechnet wurden hauptsächlich Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen und prozentuelle Anteile. Um statistisch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Erhebungsjahren pro Einrichtungsart zu prüfen, wurde der Chi-Quadrat-Test (zweiseitige Testung) angewandt. Dabei wurde ein Signifikanzniveau von $p \leq 0,05$ festgelegt, da dieser Wert im Forschungsbereich als ein signifikantes Ergebnis angesehen wird (Bortz & Döring, 2006).

4.5 Ethische Aspekte

Eine Zustimmung zur Durchführung der Pflegequalitätserhebung 2009 und 2010 wurde vorab von der Ethikkommission der Medizinischen Universität gegeben. PatientInnen und BewohnerInnen konnten nur an der Erhebung teilnehmen, sofern sie Informationen über die Erhebungen erhalten und die Einverständniserklärung unterzeichnet hatten. Waren PatientInnen oder BewohnerInnen aufgrund ihres gesundheitlichen Zustandes nicht in der Lage über eine Teilnahme zu entscheiden, so wurde der/die gesetzliche VertreterIn informiert und um eine Entscheidung gebeten. Zum Schutz der persönlichen Daten wurde zudem eine Datenschutzerklärung aufgestellt, die das Verwenden der Daten regelt.

Kapitel 5

Ergebnisse

Im Rahmen der Ergebnispräsentation werden Daten jener Krankenhäuser und Pflegeheime verglichen, die 2009 und 2010 an der Europäischen Pflegequalitätserhebung teilgenommen haben. Dabei werden die Ergebnisse der jeweiligen Einrichtungsart getrennt nach Jahr dargestellt.

5.1 Stichprobe

Im Folgenden werden die untersuchten KrankenhauspatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen hinsichtlich Teilnahme, Rücklauf, Alter, Geschlecht, Body Mass Index (BMI) und Pflegeabhängigkeit beschrieben.

5.1.1 Teilnahme und Rücklauf

An der Querschnitterhebung nahmen insgesamt vier Pflegeheime und neun Krankenhäuser sowohl 2009 als auch 2010 teil. Dabei wurden Daten von 2219 KrankenhauspatientInnen und 787 PflegeheimbewohnerInnen in die statistische Datenanalyse miteinbezogen. Jede/r BewohnerIn/PatientIn wurde über die Erhebung informiert und konnte freiwillig über die Teilnahme oder Nichtteilnahme entscheiden. Durch Tabelle 5.1 wird ersichtlich, dass in den zwei Erhebungen insgesamt 868 Personen die Teilnahme ablehnten.

Im Jahr 2009 betrug der Rücklauf in österreichischen Krankenhäusern demnach 76,3% und im darauffolgenden Jahr 74,2%. Dies stellt in beiden Jahren einen insgesamten Rücklauf von 75,5% dar.

In österreichischen Pflegeheimen wurde 2009 ein Rücklauf von 80,8% verzeichnet, während dieser 2010 auf 88,8% anstieg. Insgesamt betrug der Rücklauf in beiden Erhebungsjahren 85%.

Tabelle 5.1: Belegung und Teilnahme

	Krankenhäuser (N=9)		Pflegeheime (N=4)	
	2009	2010	2009	2010
Belegung (Anzahl)	1854	1103	495	436
Teilnehmer (%)	75,7	73,9	80,8	88,8
Nicht-Teilnehmer (%)	24,3	26,1	19,2	11,2

Gründe für die Nichtteilnahme werden näher in Tabelle 5.2 abgebildet. Weitere 14 TeilnehmerInnen wurden aufgrund zu geringen Alters (<18 Jahre) aus der Datenanalyse ausgeschlossen.

Tabelle 5.2: Gründe für eine Nichtteilnahme

	Krankenhäuser (N=9)		Pflegeheime (N=4)	
	2009 (n=439)	2010 (n=285)	2009 (n=95)	2010 (n=49)
Teilnahme verweigert (%)	54,7%	52,3%	80,0%	46,9%
PatientIn zum Zeitpunkt der Erhebung nicht erreichbar (%)	28,2%	34,7%	14,7%	46,9%
Komatös/schwer krank (%)	15,0%	7,4%	4,2%	2,0%
Terminal (%)	2,1%	5,6%	1,1%	4,1%

5.1.2 Geschlecht, Alter und BMI

Um die Vergleichbarkeit der Stichproben 2009 und 2010 zu gewährleisten, werden in Tabelle 5.3 die Variablen Alter, Geschlecht und BMI getrennt nach Jahr sowie getrennt nach Krankenhäusern und Pflegeheimen dargestellt.

Dabei ist ersichtlich, dass der Anteil an Frauen in Krankenhäusern sowie in Pflegeheimen in beiden Erhebungsjahren weitgehend konstant blieb. Das Verhältnis von Männern und Frauen war in Krankenhäusern in beiden Jahren nahezu ausgeglichen, während in Pflegeheimen der Anteil an männlichen Bewohnern weniger als ein Viertel betrug.

Der/die durchschnittliche KrankenhauspatientIn war zwischen 67 und 68 Jahre alt. Die PflegeheimbewohnerInnen wiesen hingegen ein höheres Durchschnittsalter auf. Die weitgehend konstant bleibende Standardabweichung in Krankenhäusern und Pflege-

heimen in beiden Erhebungsjahren ist ein Hinweis dafür, dass die Stichproben in den jeweiligen Settings weder homogener noch heterogener zusammengesetzt waren.

Tabelle 5.3: Geschlecht, Alter und BMI

	Krankenhäuser (N=9)		Pflegeheime (N=4)	
	2009 (n=1404)	2010 (n=815)	2009 (n=400)	2010 (n=387)
Anteil Frauen (%)	55,6	54,4	85,5	83,2
Alter (Jahren)				
Mittelwert	67,9	66,7	82,9	83,0
Standardabweichung	16,6	17,2	9,5	9,6
Body Mass Index (kg/m ²)*				
Mittelwert	25, 89	26,3	24,9	24,7
Standardabweichung	5,6	5,8	5,9	5,6

* n=1403

Für eine bessere Veranschaulichung der Altersverteilung zwischen den einzelnen Erhebungsjahren werden in Abbildung 5.1 und in Abbildung 5.2 die teilnehmenden Personen nach Altersgruppen aufgesplittet. Auffällig dabei ist, dass vor allem in Pflegeheimen die Anzahl der BewohnerInnen mit zunehmenden Alter stieg.

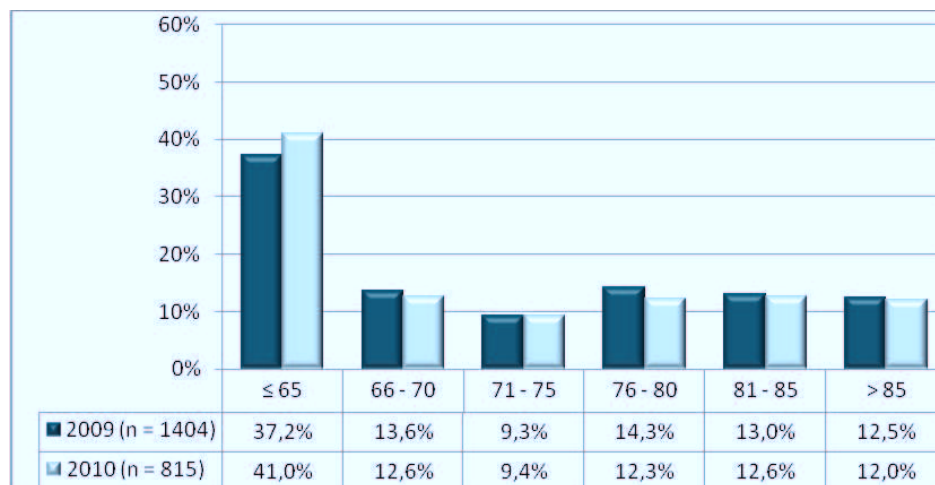


Abbildung 5.1: Altersverteilung in Krankenhäusern

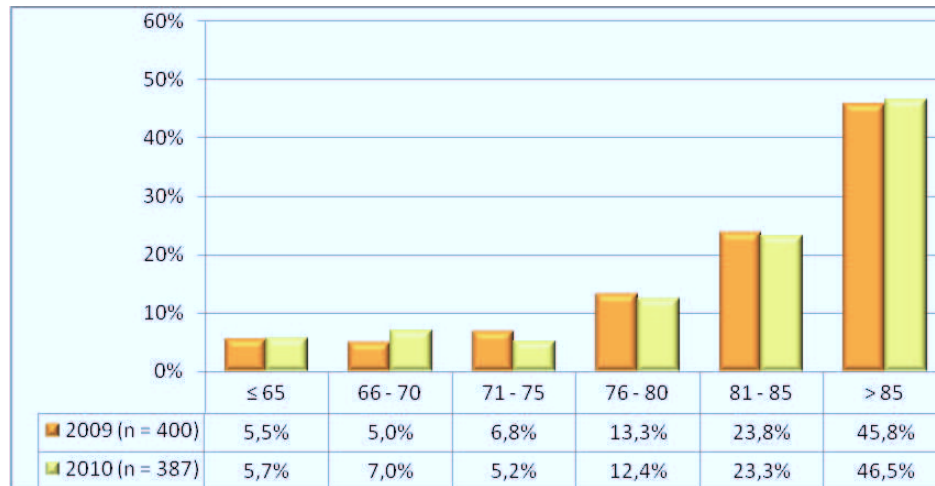


Abbildung 5.2: Altersverteilung in Pflegeheimen

5.1.3 Pflegeabhängigkeit

Für die nähere Beschreibung der Stichprobe wird im Folgenden auf die Pflegeabhängigkeit eingegangen. Diese wurde in der Prävalenzerhebung 2009 und 2010 in beiden Einrichtungsarten mittels der Pflegeabhängigkeitsskala erhoben. Die PAS misst die Pflegeabhängigkeit der PatientInnen und BewohnerInnen in 15 Kategorien auf einer 5 Punkte Likert-Skala mit den Abstufungen „völlig abhängig“ bis „völlig unabhängig“. Die Summe der Skalenwerte können von 15 (Minimalwert) bis 75 (Maximalwert) reichen, wobei niedrige Summenwerte eine große Pflegeabhängigkeit und höhere Summenwerte eine geringere Pflegeabhängigkeit bedeuten.

Es zeigte sich, dass die durchschnittlichen Pflegeabhängigkeitswerte in den beiden Erhebungen sowohl gesamt als auch geschlechtsspezifisch betrachtet, sehr ähnlich waren, wobei PflegeheimbewohnerInnen mit einem Durchschnittswert von 35,3 bis 36,1 pflegeabhängiger waren als KrankenhauspatientInnen (siehe Tab. 5.4).

Tabelle 5.4: Durchschnittliche Pflegeabhängigkeit: Gesamt und nach Geschlecht

		Krankenhäuser (N=9)		Pflegeheime (N=4)	
		2009	2010	2009	2010
		(n=1404)	(n=815)	(n=400)	(n=387)
Gesamt	PAS-Mittelwert (MD)	65,3	65,2	35,3	36,1
	Standardabweichung (SD)	14,7	15,9	17,9	18,3
Weiblich	PAS-Mittelwert (MD)	65,1	64,6	35,2	36,1
	Standardabweichung (SD)	14,4	15,6	17,9	18,1
Männlich	PAS-Mittelwert (MD)	65,5	65,9	35,7	36,2
	Standardabweichung (SD)	14,9	16,3	18,1	19,3

In Abbildung 5.3 und Abbildung 5.4 sind die prozentuellen Verteilungen der KrankenhauspatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen über die fünf Pflegeabhängigkeitskategorien pro Einrichtungsart und Jahr dargestellt. Dabei konnte herausgefunden werden, dass mehr als die Hälfte der PatientInnen 2009 und 2010 völlig unabhängig waren. Zudem konnte ein signifikanter Unterschied ($p \leq 0,05$) zwischen den Jahren 2009 und 2010 errechnet werden. Hier ist vor allem der Rückgang an überwiegend abhängigen PatientInnen um 5,1% und der Anstieg an völlig abhängigen PatientInnen mit 3,5% auffällig. In Pflegeheimen waren vor allem Personen mit überwiegender bis völliger Pflegeabhängigkeit vorzufinden, wobei sich zwischen 2009 und 2010 keine auffälligen Unterschiede innerhalb der Kategorien zeigten 5.5.

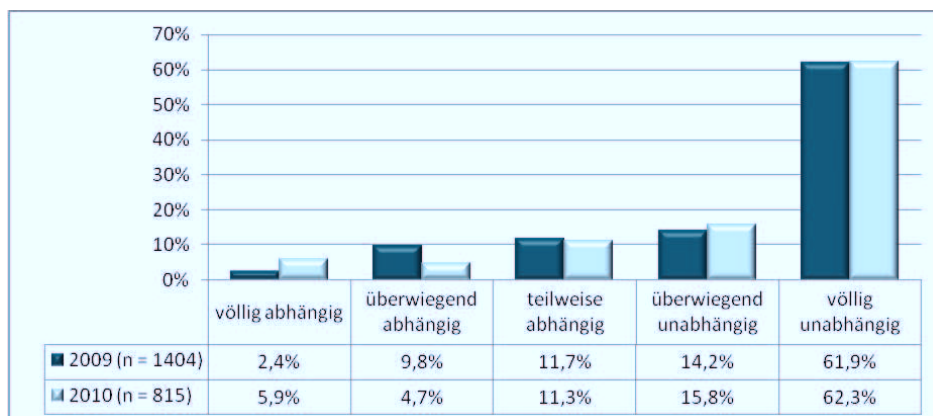


Abbildung 5.3: Pflegeabhängigkeitskategorien in Krankenhäusern

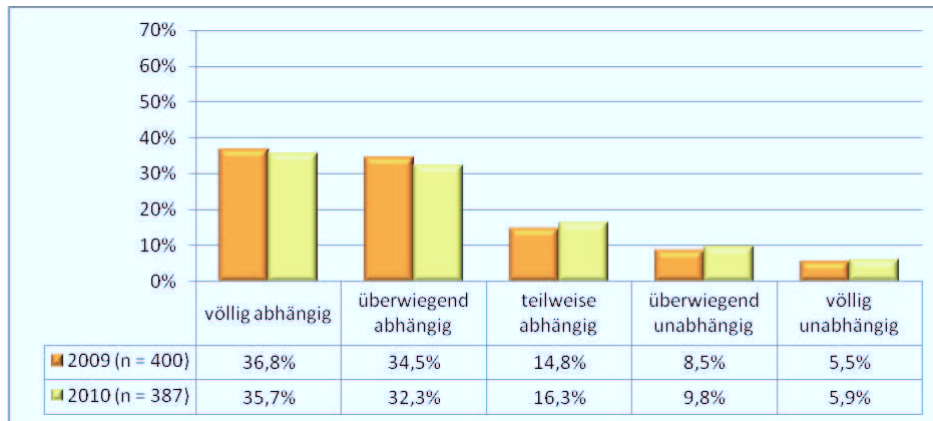


Abbildung 5.4: Pflegeabhängigkeitskategorien in Pflegeheimen

5.1.4 Pflegeabhängigkeit und Alter

Bezüglich der Pflegeabhängigkeit in Verbindung mit der Altersverteilung kann gezeigt werden, dass die Pflegeabhängigkeit bei KrankenhauspatientInnen mit dem Alter stieg (Abb. 5.5). In Pflegeheimen hingegen variierten die durchschnittlichen Werte bei allen Altersgruppen zwischen 29,2 und 37,6 (Abb. 5.6). Insgesamt lassen sich aber geringe Schwankungen zwischen den zwei Erhebungen innerhalb der jeweiligen Altersklassen erkennen. Bei der Interpretation von Abbildung 5.5 und 5.6 ist darauf zu achten, dass je kleiner die Summenwerte desto größer ist die Pflegeabhängigkeit.

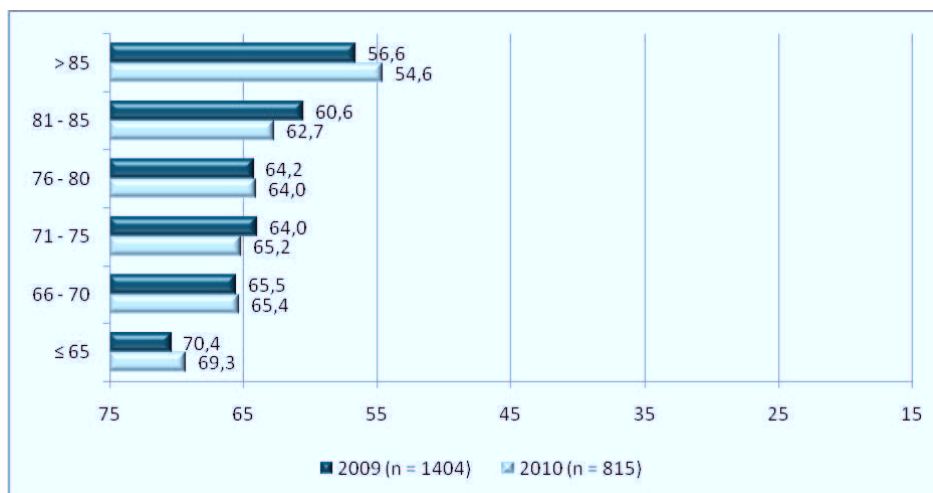


Abbildung 5.5: Pflegeabhängigkeit und Altersverteilung in Krankenhäusern

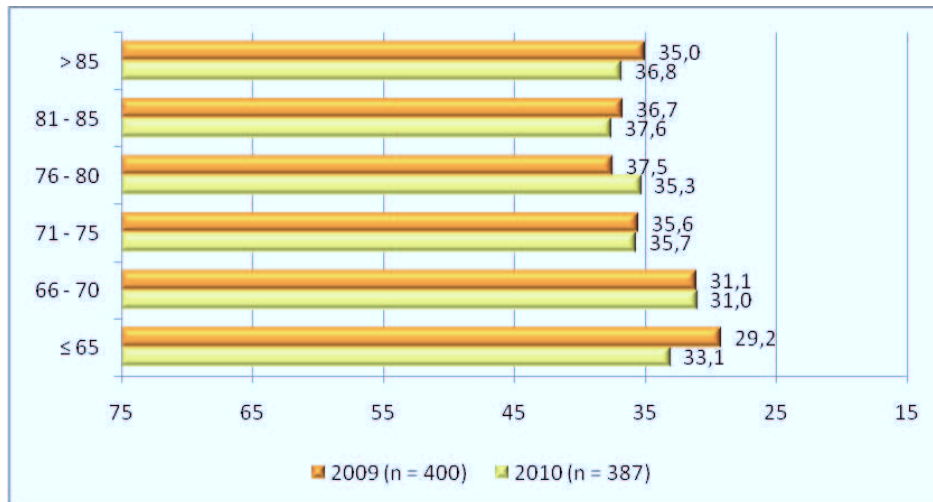


Abbildung 5.6: Pflegeabhängigkeit und Altersverteilung in Pflegeheimen

Anhand der Untersuchung der Stichprobencharakteristika von den Erhebungsjahren 2009 und 2010 ist ersichtlich geworden, dass die teilgenommenen KrankenhauspatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen ihrer jeweiligen Pflegeabhängigkeit nahezu konstant blieben.

5.2 Urininkontinenz

Im folgenden Abschnitt werden die Prävalenz sowie die alters- und geschlechtsspezifische Prävalenz von Urininkontinenz getrennt nach Einrichtungstyp und Erhebungsjahr einander gegenübergestellt. Dabei wurden zur Ermittlung der Prävalenz von Urininkontinenz auch Personen mit Katheter in die Berechnung miteinbezogen. Bei Halfens et al. (2008) wurden ebenso Personen mit Katheter als urininkontinent bezeichnet.

5.2.1 Prävalenz von Urininkontinenz

Vorweg muss gesagt werden, dass im Jahr 2009 Angaben von sechs und 2010 Angaben von vier KrankenhauspatientInnen abgängig waren. In Pflegeheimen fehlten im Jahr 2009 Daten von zwei und 2010 Daten von acht BewohnerInnen. Deshalb wurden diese TeilnehmerInnen von der Berechnung der Prävalenz ausgeschlossen.

Durch die Abbildungen 5.7 und 5.8 wird ersichtlich, dass die Prävalenz von UI bei PatientInnen von 2009 auf 2010 nahezu konstant blieb, während in Pflegeheimen ein signifikanter Rückgang ($p \leq 0,05$) von 6,5% festgestellt werden konnte.

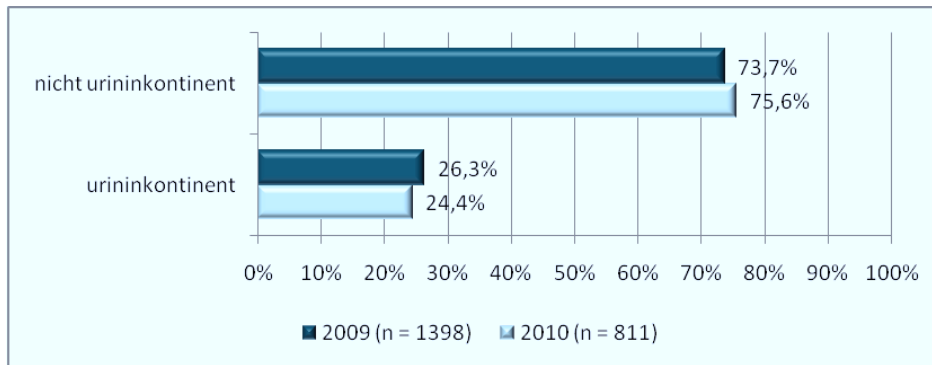


Abbildung 5.7: Prävalenz von Urininkontinenz in Krankenhäusern

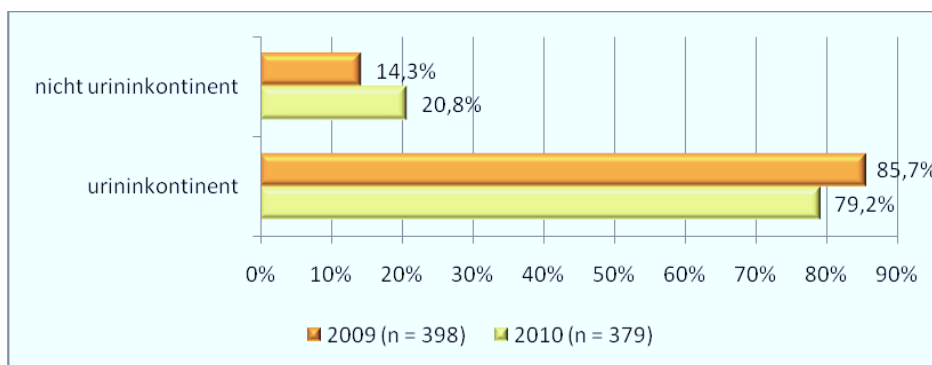


Abbildung 5.8: Prävalenz von Urininkontinenz in Pflegeheimen

5.2.2 Prävalenz von Urininkontinenz und Alter

Wie hoch die Urininkontinenz in den beiden Erhebungsjahren und innerhalb der Altersklassen war, wird in den Abbildungen 5.9 und 5.10 dargestellt. Für die Berechnung wurden jene Personen herangezogen, die in der jeweiligen Einrichtungsart an Urininkontinenz litten.

An dieser Stelle wird ersichtlich, dass sowohl in Krankenhäusern als auch in Pflegeheimen Personen über 85 Jahren häufiger an Urininkontinenz litten als Personen unter 85 Jahren. Vor allem in Pflegeheimen ist auffällig, dass das Auftreten von Urininkontinenz mit dem Alter zunahm.

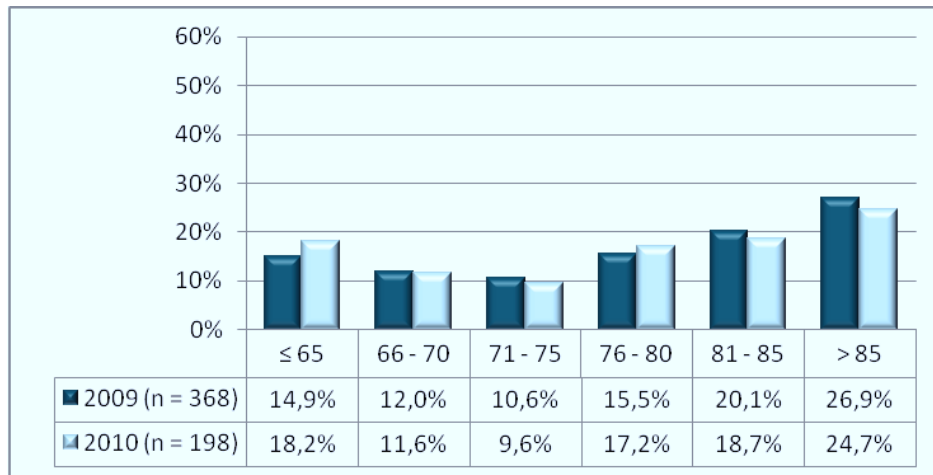


Abbildung 5.9: Prävalenz von Urininkontinenz nach Altersgruppen in Krankenhäusern

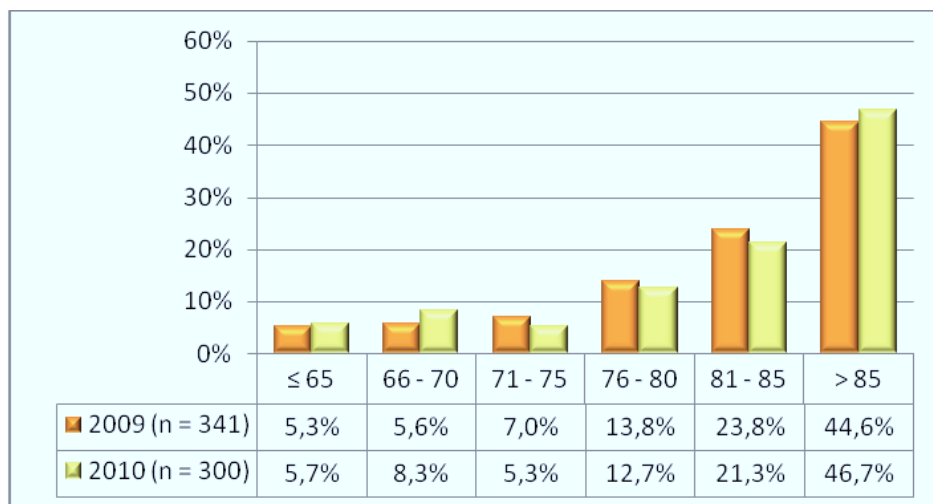


Abbildung 5.10: Prävalenz von Urininkontinenz nach Altersgruppen in Pflegeheimen

5.2.3 Prävalenz von Urininkontinenz und Geschlecht

In Abbildung 5.11 und Abbildung 5.12 ist die Urininkontinenzhäufigkeit getrennt nach Geschlecht und Erhebungsjahr dargestellt. Dabei wurden auch hier ausschließlich urininkontinente KrankenhauspatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen in die statistische Analyse miteinbezogen.

Hinsichtlich der Prävalenz in Verbindung mit dem Geschlecht blieb der Anteil an urininkontinenten Frauen zwischen den beiden Erhebungen in Krankenhäusern und Pflegeheimen nahezu konstant. Außerdem konnte festgestellt werden, dass in Krankenhäusern 2009 und 2010 mehr als die Hälfte der urininkontinenten PatientInnen weiblich waren. In Pflegeheimen waren sogar mehr als Dreiviertel der urininkontinenten BewohnerInnen weiblichen Geschlechts.

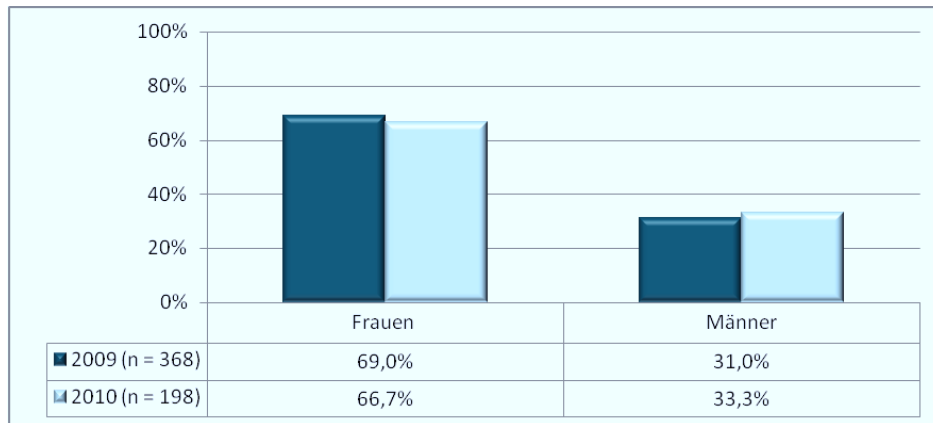


Abbildung 5.11: Prävalenz von Urininkontinenz nach Geschlecht in Krankenhäusern

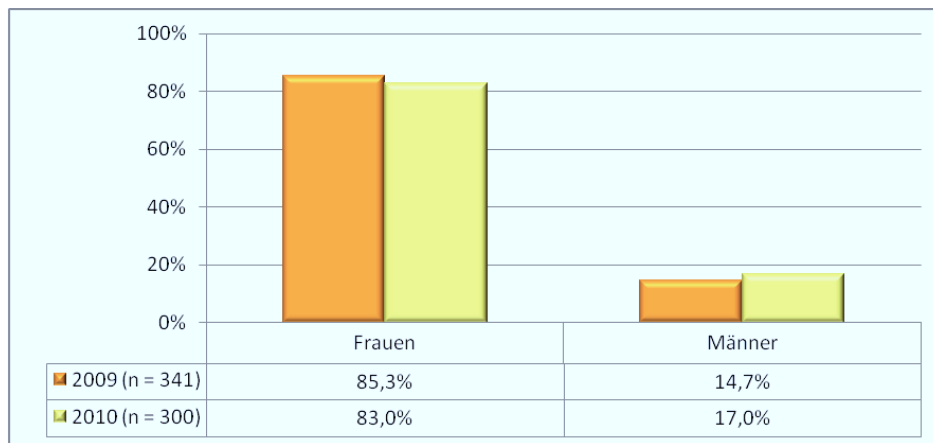


Abbildung 5.12: Prävalenz von Urininkontinenz nach Geschlecht in Pflegeheimen

5.2.4 Maßnahmen bei urininkontinenten Personen mit Katheter

Folgende Maßnahmen, die in Tabelle 5.5 und Tabelle 5.6 dargestellt werden, wurden zur Förderung der Kontinenz eingeleitet. Hierbei beziehen sich die Maßnahmen auf urininkontinente PatientInnen bzw. BewohnerInnen sowohl mit als auch ohne Katheter. Darüber hinaus werden die verwendeten Hilfsmittel zum Managen von Urininkontinenz getrennt nach Einrichtungsart dargestellt, wobei der Einsatz von Katheter als medizinisches Hilfsmittel separat angeführt wird. Im Zuge dessen wurden im Jahr zuvor 116 urininkontinente PatientInnen mit einem Katheter versorgt. 2010 stehen dem 60 Katheterversorgungen gegenüber. Weitere 28 PflegeheimbewohnerInnen wurden 2009 und 34 PflegeheimbewohnerInnen wurden 2010 katheterisiert und als urininkontinent eingestuft. Ergänzend werden signifikante Unterschiede zwischen den beiden Erhebungsjahren mittels * gekennzeichnet.

Tabelle 5.5: Angewandte Maßnahmen bei urininkontinenten KrankenhauspatientInnen mit Katheter

	Krankenhäuser (N=9)	
	2009 (n=368)	2010 (n=198)
<i>Maßnahmen (Mehrfachnennungen möglich)</i>		
Anpassung der Umgebung	22,3%	25,8%
Angepasste Kleidung*	16,3%	25,3%
Medikation	4,3%	6,1%
Auswertung der Medikation	2,2%	1,0%
Beckenbodentraining*	6,3%	1,5%
Toilettengang (individuell)	7,1%	10,1%
Toilettengang (Station)*	3,3%	0,5%
Sonstige	1,4%	3,0%
Keine	26,4%	30,8%
Gesamtanzahl der Maßnahmen exkl. „Keine“	322	190
<i>Hilfsmittel (Mehrfachnennungen möglich)</i>		
Inkontinenzeinlagen*	52,7%	27,8%
Inkontinenzslips/pants*	14,7%	34,3%
Inkontinenzbetteinlagen*	6,3%	11,6%
Katheter ^o	8,3%	7,4%
Gesamtanzahl	387	206

^o n=1398 bzw. 811, * $p \leq 0,05$

In beiden Prävalenzerhebungen wurden bei mehr als einem Viertel der urininkontinenten PatientInnen keine Maßnahmen zur Verbesserung der Urininkontinenz eingesetzt. Das Anpassen der Umgebung und angepasste Kleidung wurde in beiden Erhebungsjahren als häufigste Maßnahmen durchgeführt, wobei 2010 rund ein Viertel der PatientInnen diese Interventionen erhielten. Darüber hinaus wurde das Anpassen der Kleidung im Jahr 2010 signifikant häufiger angewandt als im Vorjahr ($p \leq 0,05$). Zusammenfassend wurden 2010 um 10,1% mehr Maßnahmen in Krankenhäusern durchgeführt als im Vorjahr. Betreffend der Verwendung von Hilfsmitteln gab es in Krankenhäusern von 2009 auf 2010 einen signifikanten Anstieg bei der Benutzung von Inkontinenzslips/pants und -betteinlagen ($p \leq 0,05$), während das Benutzen von Inkontinenzeinlagen signifikant zurückging ($p \leq 0,05$). Gesamt betrachtet ging der Einsatz von Hilfsmitteln von 2009 auf 2010 in den teilnehmenden Krankenhäusern um 0,9% zurück (Tab. 5.5).

Tabelle 5.6: Angewandte Maßnahmen bei urininkontinenten PflegeheimbewohnerInnen mit Katheter

	Pflegeheime (N=4)	
	2009 (n=341)	2010 (n=300)
<i>Maßnahmen (Mehrfachnennungen möglich)</i>		
Anpassung der Umgebung	25,8%	28,0%
Angepasste Kleidung*	31,4%	46,0%
Medikation	1,8%	2,7%
Auswertung der Medikation	2,1%	2,0%
Beckenbodentraining	0,9%	1,3%
Toilettengang (individuell)	29,3%	32,7%
Toilettengang (Station)*	8,8%	13,7%
Sonstige	2,0%	3,6%
Keine	5,2%	8,0%
Gesamtanzahl der Maßnahmen exkl. „Keine“	357	392
<i>Hilfsmittel (Mehrfachnennungen möglich)</i>		
Inkontinenzeinlagen*	84,8%	77,3%
Inkontinenzslips/pants*	7,3%	29,7%
Inkontinenzbetteinlagen*	13,5%	66,7%
Katheter ^o	7,0%	9,0%
Gesamtanzahl	388	555

^o n=398 bzw. 379, * $p \leq 0,05$

Auch in Pflegeheimen wurden das Anpassen der Kleidung und der Umgebung als häufigste Maßnahmen zur Förderung der Urinkontinenz gewählt, wobei im Erhebungsjahr 2010 das Anpassen der Kleidung bei rund der Hälfte aller urininkontinenten PflegeheimbewohnerInnen durchgeführt wurde. Hier konnte von 2009 auf 2010 ein signifikanter Anstieg dieser Maßnahme verzeichnet werden ($p \leq 0,05$). Im Allgemeinen wurden um 27,9% mehr Maßnahmen bei PflegeheimbewohnerInnen durchgeführt als im Vorjahr. Der Einsatz von Hilfsmitteln in Pflegeheimen steigerte sich, ausgehend vom Vorjahr, um 70,1%. Dabei gab es einen allgemeinen signifikanten Anstieg ($p \leq 0,05$) in der Verwendung von Inkontinenzvorlagen (Tab. 5.6).

5.2.5 Maßnahmen bei urininkontinenten Personen ohne Katheter

Ergänzend wird in Tabelle 5.7 und Tabelle 5.8 der prozentuelle Anteil jener Maßnahmen und Hilfsmittel aufgelistet, die ausschließlich bei urininkontinenten Personen ohne Katheter Anwendung fanden.

Tabelle 5.7: Angewandte Maßnahmen bei urininkontinenten KrankenhauspatientInnen ohne Katheter

	Krankenhäuser (N=9)	
	2009 (n=252)	2010 (n=138)
<i>Maßnahmen (Mehrfachnennungen möglich)</i>		
Anpassung der Umgebung	30,2%	34,8%
Angepasste Kleidung*	20,2%	34,8%
Medikation	5,6%	7,2%
Auswertung der Medikation	2,8%	1,4%
Beckenbodentraining*	8,3%	2,2%
Toilettengang (individuell)	9,9%	14,5%
Toilettengang (Station)*	4,8%	0,7%
Sonstige	2,0%	3,6%
Keine	5,2%	8,0%
Gesamtanzahl der Maßnahmen exkl. „Keine“	222	142
<i>Hilfsmittel (Mehrfachnennungen möglich)</i>		
Inkontinenzeinlagen*	72,2%	39,1%
Inkontinenzslips/pants*	17,9%	46,4%
Inkontinenzbetteinlagen*	6,0%	15,9%
Gesamtanzahl	242	140

* $p \leq 0,05$

Im Gegensatz zu Tabelle 5.5 wurden in Krankenhäusern bei 5,2% bzw. 8% der urininkontinenten PatientInnen keine Maßnahmen durchgeführt. Jedoch gab es keine Abweichungen bei den am häufigsten durchgeführten Maßnahmen und dem signifikanten Anstieg von „Angepasste Kleidung“ ($p \leq 0,05$), sowie bei den häufigsten verwendeten Hilfsmitteln und deren Signifikanz ($p \leq 0,05$) (siehe Tab. 5.7). Unterschiede gab es aber hinsichtlich dem allgemeinen Anstieg an Maßnahmen (5,3%) und Hilfsmitteln (4,4%).

Tabelle 5.8: Angewandte Maßnahmen bei urininkontinenten PflegeheimbewohnerInnen ohne Katheter

	Pflegeheime (N=4)	
	2009 (n=313)	2010 (n=266)
<i>Maßnahmen (Mehrfachnennungen möglich)</i>		
Anpassung der Umgebung	27,8%	30,5%
Angepasste Kleidung*	33,2%	49,6%
Medikation	1,9%	3,0%
Auswertung der Medikation	2,2%	2,3%
Beckenbodentraining	1,0%	1,5%
Toilettengang (individuell)	31,6%	36,8%
Toilettengang (Station)*	9,6%	15,0%
Sonstige	5,8%	6,8%
Keine	0,6%	0,4%
Gesamtanzahl der Maßnahmen exkl. „Keine“	356	388
<i>Hilfsmittel (Mehrfachnennungen möglich)</i>		
Inkontinenzeinlagen	87,9%	82,3%
Inkontinenzslips/pants*	8,0%	32,7%
Inkontinenzbetteinlagen*	14,1%	73,3%
Gesamtanzahl	344	501

* $p \leq 0,05$

Auch in Pflegeheimen ging der prozentuelle Anteil von „Keinen Maßnahmen“ bei urininkontinenten BewohnerInnen ohne Katheter, verglichen mit den Werten aus Tabelle 5.6, zurück 5.8. Ebenso gab es keinen Unterschied zwischen den am häufigsten eingesetzten Maßnahmen und Hilfsmitteln. Verglichen mit Tabelle 5.6 wurden beim Einsatz der kontinenzfördernden Maßnahmen um 4,5% mehr Maßnahmen durchgeführt und um 8,2% mehr Inkontinenzhilfsmittel genutzt.

5.3 Mangelernährung

Im folgenden Abschnitt wird die Prävalenz von Mangelernährung im Erhebungsjahr 2009 und 2010 durch zwei verschiedene Herangehensweisen beschrieben und einander gegenübergestellt. Dabei wird einerseits auf die subjektive Einschätzung der Pflegepersonen, nämlich dem Klinischen Bild, eingegangen und andererseits wird die Definition

von Meijers et al. (2009) zur Beschreibung der Prävalenz von Mangelernährung verwendet, welche den BMI, den Gewichtsverlust und die Nahrungsaufnahme von PatientInnen und BewohnerInnen berücksichtigt.

Anschließend werden jene Maßnahmen dargestellt, die 2009 und 2010 bei PatientInnen und BewohnerInnen zur Verbesserung der Mangelernährung eingeleitet wurden. Zusätzlich werden präventive Ansätze, wie die Erfassung des Ernährungszustandes und dessen Aspekte sowie die Überwachung von Gewichts-, Nahrungs-, und Flüssigkeitsaufnahme, untersucht.

5.3.1 Prävalenz von Mangelernährung - Klinisches Bild

Nachstehend wird gezeigt, wie viele KrankenhauspatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen von 2009 und 2010 anhand des Klinischen Bildes als mangelernährt befunden wurden.

Es ist ersichtlich, dass in beiden Erhebungsjahren der prozentuelle Anteil an mangelernährten PatientInnen nahezu gleich blieb (Abb. 5.13), während in Pflegeheimen ein Prävalenzanstieg um 4,2% zu verzeichnen war (Abb. 5.14).

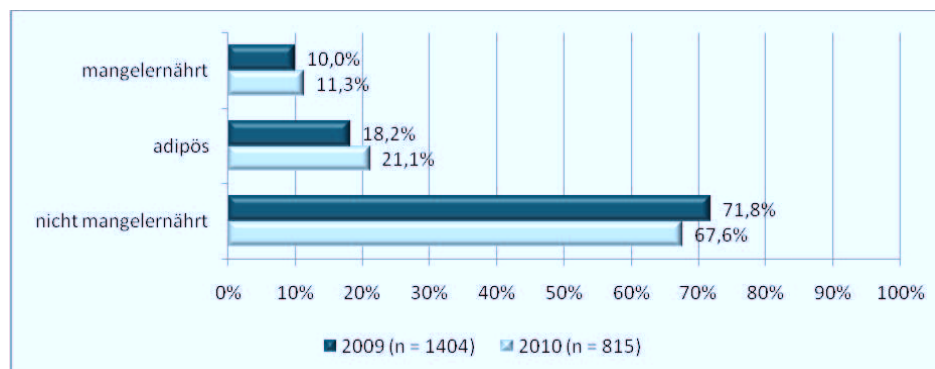


Abbildung 5.13: Prävalenz von Mangelernährung anhand des Klinischen Bildes in Krankenhäusern

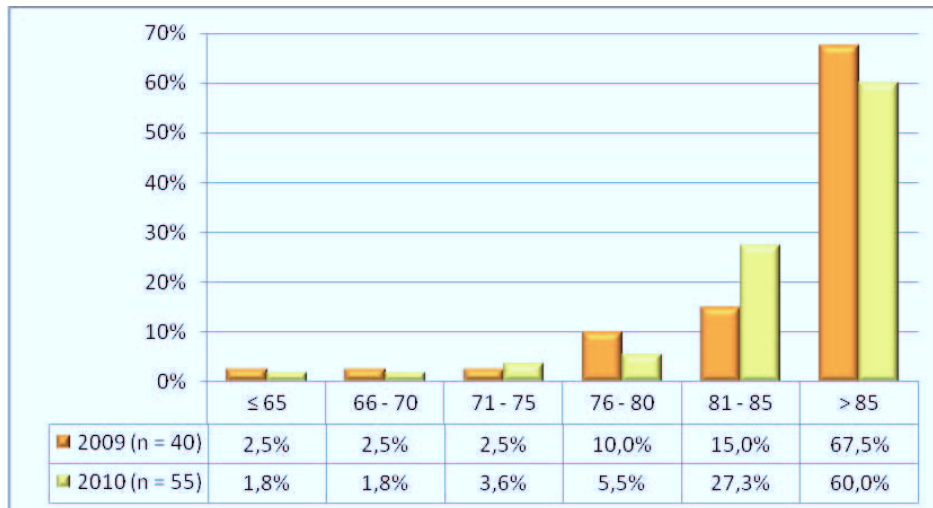


Abbildung 5.14: Prävalenz von Mangelernährung anhand des Klinischen Bildes in Pflegeheimen

5.3.1.1 Nach Alter - Klinisches Bild

In Krankenhäusern wurden vor allem PatientInnen unter 65 Jahren als mangelernährt befunden, wobei von 2009 auf 2010 ein geringer Anstieg zu verzeichnen war. Mit 22,9% bzw. 22,8% war die Altersgruppe der über 85-Jährigen die zweithäufigste mit mangelernährten PatientInnen (Abb. 5.15).

In Pflegeheimen wird durch Abbildung 5.16 gezeigt, dass die Gruppe der über 85-Jährigen am meisten mangelernährte BewohnerInnen beinhaltete, wobei in dieser Altersgruppe ein Prävalenzrückgang von 7,5% festzustellen war.

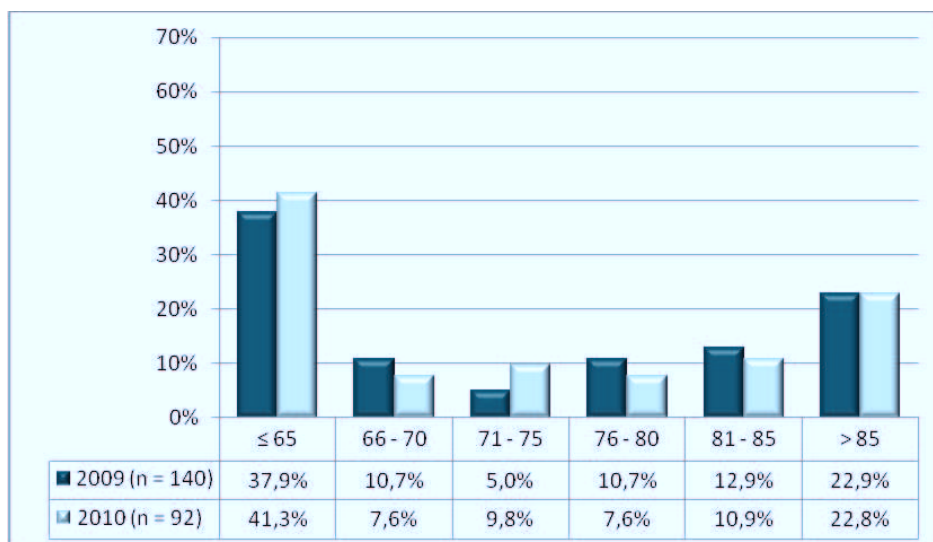


Abbildung 5.15: Prävalenz von Mangelernährung nach Alter anhand des Klinischen Bildes in Krankenhäusern

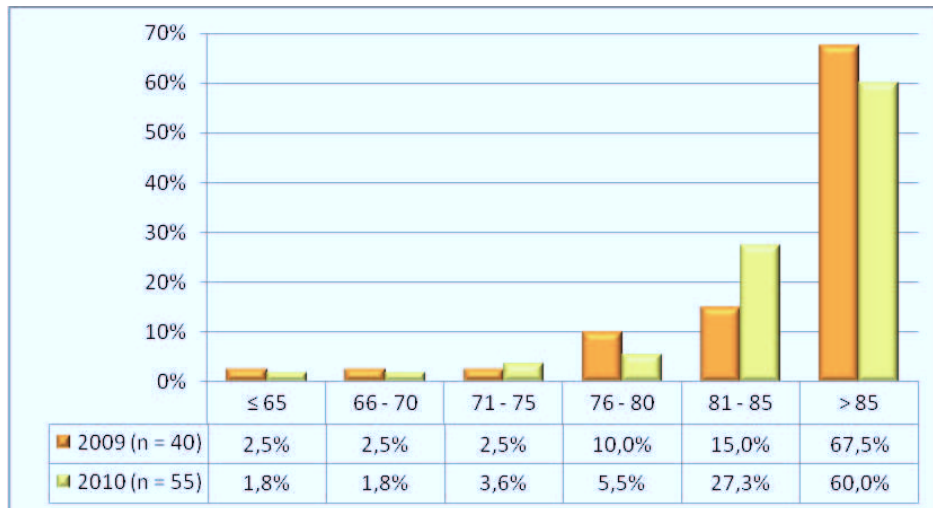


Abbildung 5.16: Prävalenz von Mangelernährung nach Alter anhand des Klinischen Bildes in Pflegeheimen

5.3.1.2 Nach Geschlecht - Klinisches Bild

Bezugnehmend auf die Häufigkeitsverteilung von Frauen und Männern in Krankenhäusern kann gezeigt werden, dass diese zwischen den Erhebungen nahezu ausgeglichen blieb (Abb. 5.17). Dabei wurde auch ersichtlich, dass Frauen in Krankenhäusern von 2009 auf 2010 einen Prävalenzanstieg von 5,8% zu verzeichnen hatten. In Pflegeheimen (Abb. 5.18) wiesen Frauen die höchste Prävalenz von Mangelernährung auf, wobei die Werte zwischen den beiden Erhebungsjahren nahezu konstant blieben.

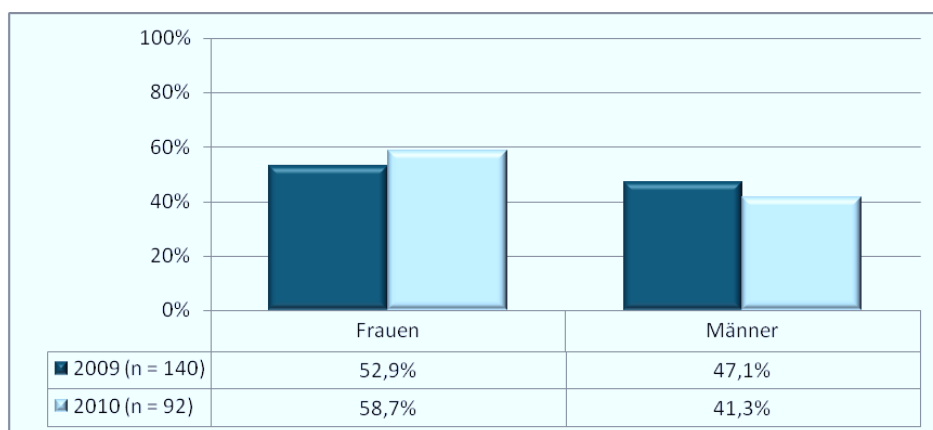


Abbildung 5.17: Prävalenz von Mangelernährung nach Geschlecht anhand des Klinischen Bildes in Krankenhäusern

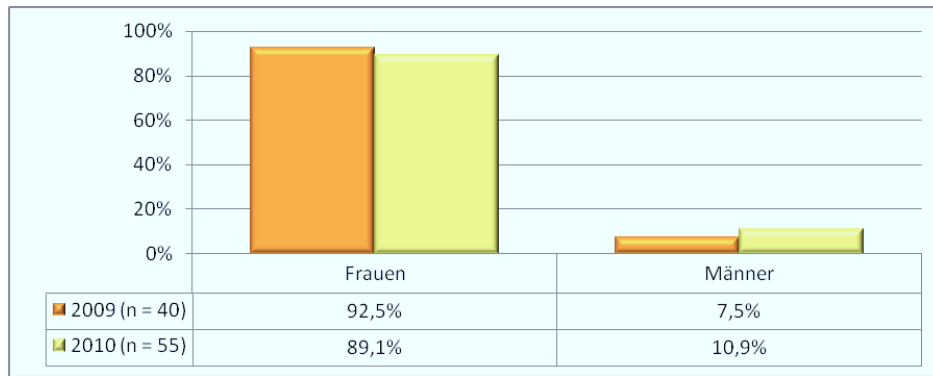


Abbildung 5.18: Prävalenz von Mangelernährung nach Geschlecht anhand des Klinischen Bildes in Pflegeheimen

5.3.2 Prävalenz von Mangelernährung nach Meijers et al. (2009)

In den folgenden Abbildungen wird die Prävalenz von Mangelernährung für die gesamte Stichprobe der beiden Erhebungsjahre anhand der Definition von Meijers et al. (2009) gegenübergestellt. Dabei fehlten im Erhebungsjahr 2009 die Angaben von sechs KrankenhauspatientInnen.

Hier wird ersichtlich, dass die Prävalenz laut Meijers et al. 2009 von PatientInnen von 2009 auf 2010 nahezu konstant blieb (Abb. 5.19), während in Pflegeheimen ein Anstieg von 3,5% zu verzeichnen war (Abb. 5.20).

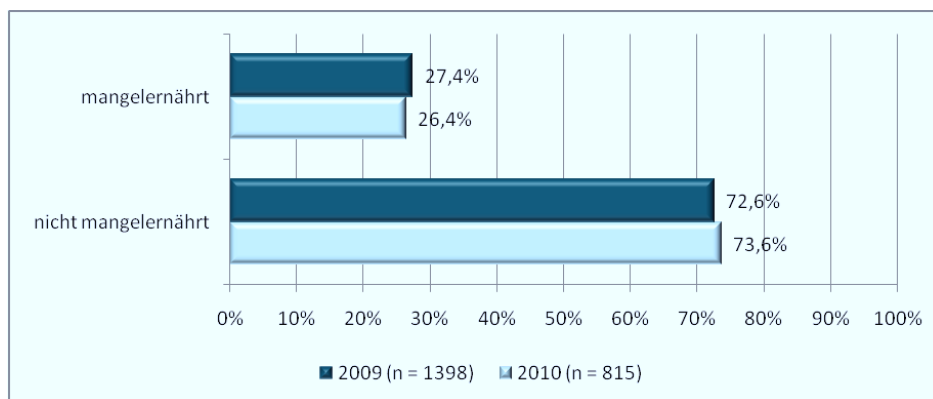


Abbildung 5.19: Prävalenz von Mangelernährung nach der Definition von Meijers et al. (2009) in Krankenhäusern

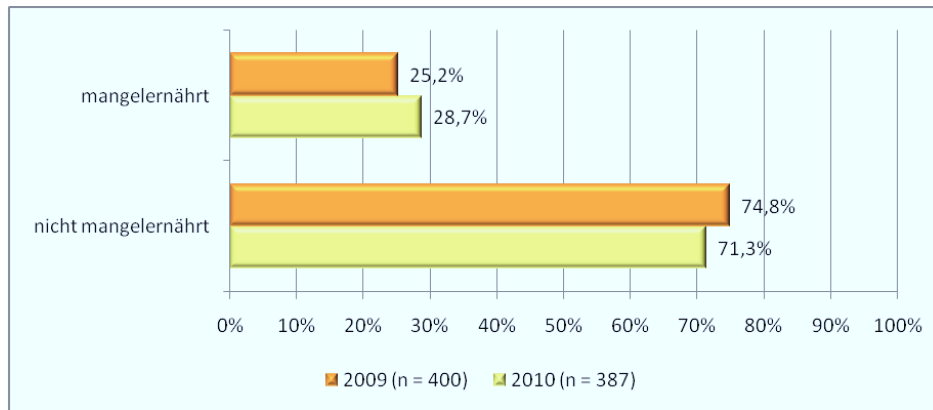


Abbildung 5.20: Prävalenz von Mangelernährung nach der Definition von Meijers et al. (2009) in Pflegeheimen

5.3.2.1 Nach Alter - Meijers et al. (2009)

In den folgenden Berechnungen wurden als Stichprobe jene Personen herangezogen, die in der jeweiligen Einrichtung an Mangelernährung laut der Definition nach Meijers et al. (2009) litten.

Hierbei wird gezeigt, dass in Krankenhäusern die meisten mangelernährten Personen aus der Gruppe der unter 65-Jährigen stammten, gefolgt von der Altersgruppe der über 85-Jährigen (Abb. 5.21). In Pflegeheimen hingegen waren mehr Personen über 85 Jahren mangelernährt als Personen unter 85 Jahren. Vor allem in Pflegeheimen ist auffällig, dass das Auftreten von Mangelernährung mit dem Alter zunahm (Abb. 5.22). Ob es Unterschiede zwischen den Erhebungsjahren gab, wird in den Abbildungen 5.21 und 5.22 veranschaulicht.

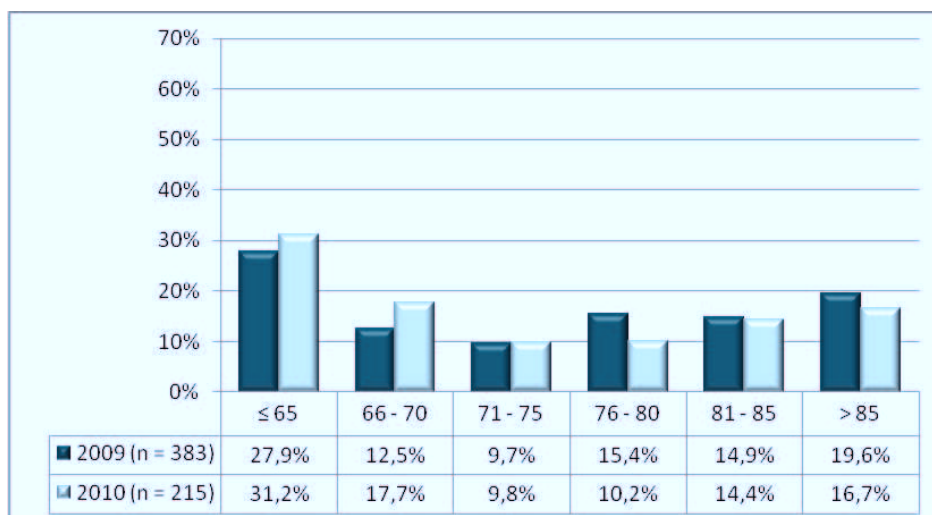


Abbildung 5.21: Prävalenz von Mangelernährung nach Alter anhand der Definition von Meijers et al. (2009) in Krankenhäusern

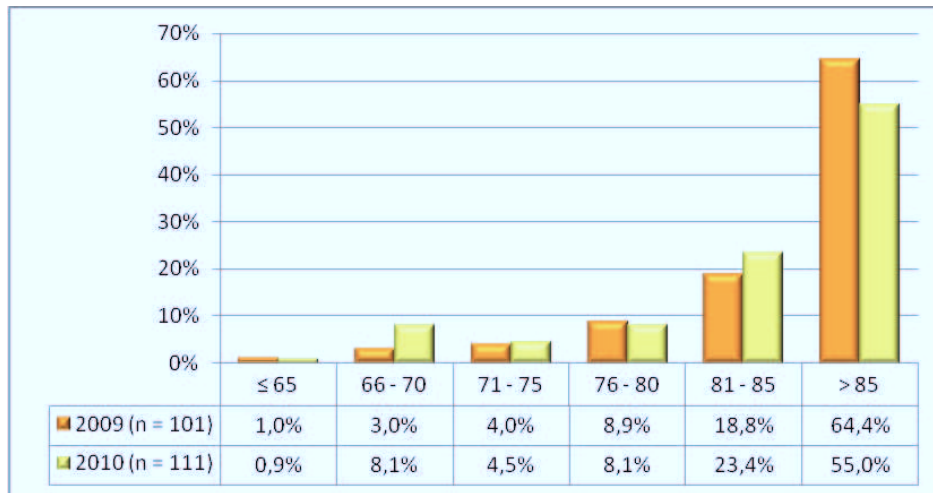


Abbildung 5.22: Prävalenz von Mangelernährung nach Alter anhand der Definition von Meijers et al. (2009) in Pflegeheimen

5.3.2.2 Nach Geschlecht - Meijers et al. (2009)

Um die Prävalenz von Mangelernährung getrennt nach Geschlecht zu illustrieren, wurden ausschließlich mangelernährte KrankenhauspatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen in die Analyse miteinbezogen.

Dabei wurde beobachtet, dass in Krankenhäusern zwischen den Erhebungsjahren 2009 und 2010 die prozentuelle Verteilung an mangelernährten Frauen und Männern nahezu gleich blieb (Abb. 5.23), während in Pflegeheimen ein Rückgang von mangelernährten Frauen um 5,6% gezeigt werden konnte (Abb. 5.24).

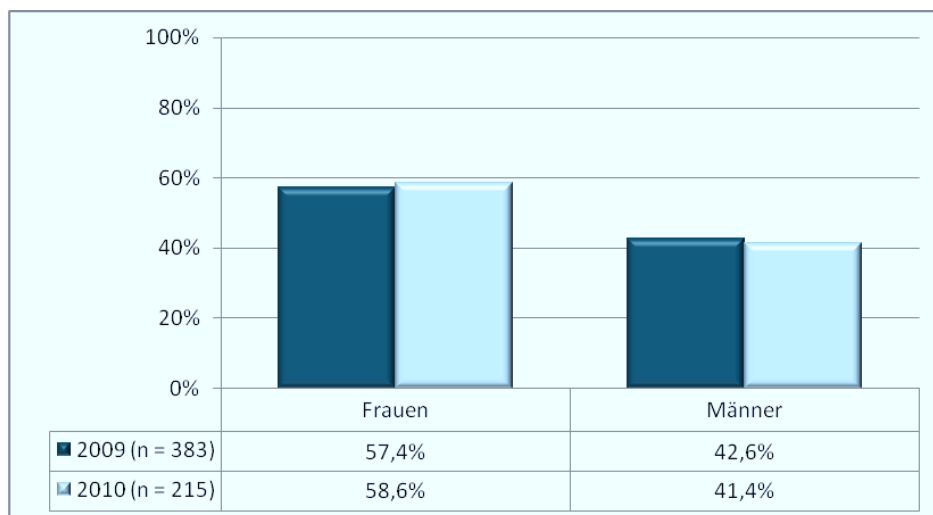


Abbildung 5.23: Prävalenz von Mangelernährung nach Geschlecht anhand der Definition von Meijers et al. (2009) in Krankenhäusern

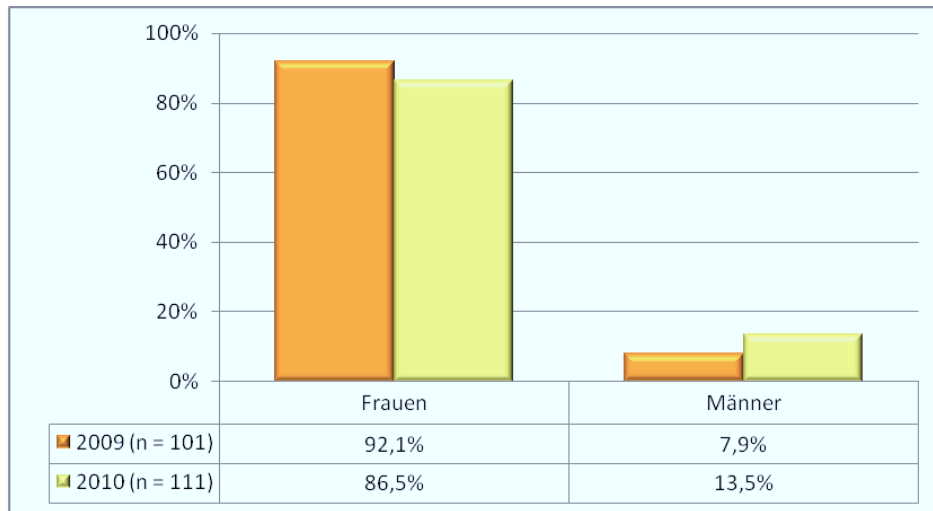


Abbildung 5.24: Prävalenz von Mangelernährung nach Geschlecht anhand der Definition von Meijers et al. (2009) in Pflegeheimen

5.3.3 Eingeleitete Maßnahmen bei Mangelernährung

In den folgenden Tabellen werden Maßnahmen, die bei mangelernährten PatientInnen und BewohnerInnen nach der Definition von Meijers et al. (2009) eingeleitet wurden, dargestellt. Dabei werden die Erhebungsjahre 2009 und 2010, pro Einrichtungsart, einander gegenübergestellt.

Bezüglich ergriffener Maßnahmen zur Mangelernährung in Krankenhäusern konnte bei fast allen Interventionen, außer der Maßnahme „Energiereiche Zwischenmahlzeiten“, ein signifikanter Unterschied zwischen dem Jahr 2009 und 2010 errechnet werden ($p \leq 0,05$). Der prozentuelle Anteil an „Keine Maßnahmen wegen palliativen Zustandes“ blieb weitgehend konstant. Vor allem die Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme sowie die orale Nahrungsergänzung und das Einschalten einer/eines Diätassistentin/Diätassistenten konnten als häufigste Maßnahmen identifiziert werden. Insgesamt erhöhte sich die Anzahl der eingesetzten Maßnahmen von 2009 auf 2010 um 23,3% (Tab. 5.9).

Tabelle 5.9: Eingeleitete Maßnahmen bei mangelernährten KrankenhauspatientInnen

	Krankenhäuser (N=9)	
	2009 (n=383)	2010 (n=119)
DiätassistentIn eingeschaltet*	23,5%	35,3%
Energiereiche (proteinreiche) Diät*	14,9%	0% [°]
Energiereiche Zwischenmahlzeiten	20,4%	27,3% ^{°°}
Orale Nahrungsergänzung*	23,8%	39,5%
Sondennahrung*	3,4%	8,4%
Parenterale Ernährung*	10,7%	21,0%
Angepasste Konsistenz*	12,0%	19,3%
Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme*	76,8%	54,6%
Keine Maßnahmen wegen palliativen Zustandes	3,1%	3,4%
Gesamtanzahl Maßnahmen exkl. „Keine Maßnahmen“ (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)	710	247

[°] n=121, ^{°°} n=128, * p≤0,05

In Pflegeheimen erzielten die Maßnahmen „DiätassistentIn eingeschaltet“ und „Energiereiche (proteinreiche) Diät“ einen signifikanten Unterschied verglichen mit dem Vorjahr. Vor allem wurden die Maßnahmen „Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme“, „Orale Nahrungsergänzung“ sowie „DiätassistentIn eingeschaltet“ verstärkt eingesetzt. Eine allgemeine Zunahme der Maßnahmen um 25,4% im Vergleich zum Vorjahr konnte bestimmt werden (Tab. 5.10).

Tabelle 5.10: Eingeleitete Maßnahmen bei mangelernährten PflegeheimbewohnerInnen

	Pflegeheime (N=4)	
	2009 (n=101)	2010 (n=70)
DiätassistentIn eingeschaltet*	46,5%	85,7%
Energiereiche (proteinreiche) Diät*	21,8%	0% [°]
Energiereiche Zwischenmahlzeiten	41,6%	53,4% [°]
Orale Nahrungsergänzung	32,7%	40,0%
Sondennahrung	4,0%	4,3%
Parenterale Ernährung	10,9%	7,1%
Angepasste Konsistenz	27,7%	28,6%
Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme	87,1%	78,6%
Keine Maßnahmen wegen palliativen Zustandes	5,9%	1,4%
Gesamtanzahl Maßnahmen exkl. „Keine Maßnahmen“ (<i>Mehrfachnennungen möglich</i>)	275	210

[°] n=73, * p≤0,05

5.3.4 Präventionsmaßnahmen bei Mangelernährung

Zu den präventiven Ansätzen zur Vorbeugung einer Mangelernährung zählen die Erfassung des Ernährungszustands von PatientInnen und BewohnerInnen, die Art der Erfassung bei der Einweisung in die Institution und die Überwachung des Gewichtes sowie die der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme.

5.3.4.1 Erfassung des Ernährungszustandes

In Krankenhäusern (75,1%, n=1404 vs. 74,4%, n=815) und in Pflegeheimen (95,3%, n=400 vs. 96,4%, n=387) blieb der prozentuelle Anteil an erfassten Ernährungszuständen bei der Einweisung von 2009 auf 2010 nahezu stabil.

Hinsichtlich der Erfassungsart konnte deutlich gemacht werden, dass in Krankenhäusern um 10,9% und in Pflegeheimen um 20,2% mehr Aspekte bei der Erfassung des Ernährungszustandes untersucht wurden. Dabei kamen in Krankenhäusern primär das Klinische Bild sowie die Erfassung des Gewichtes zur Anwendung. Darüber hinaus wiesen alle Maßnahmen bis auf den Aspekt „Unbekannt“ und „Sonstiges“ einen signifikanten Effekt ($p \leq 0,05$) zwischen den beiden Erhebungsjahren auf (Abb. 5.25).

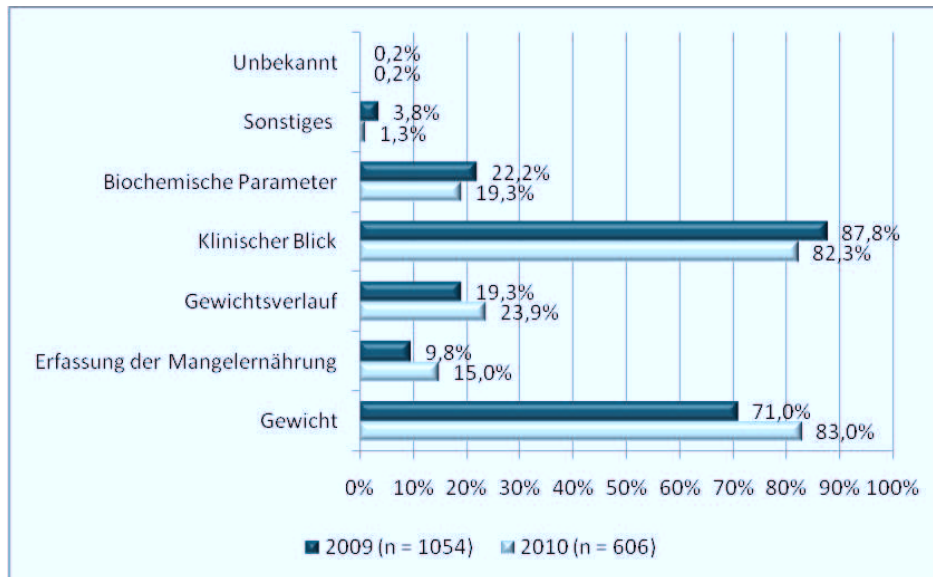


Abbildung 5.25: Art der Erfassung des Ernährungszustandes bei der Einweisung in Krankenhäusern

In Pflegeheimen (Abb. 5.26) wurde das Klinische Bild und das Gewicht ebenso am häufigsten ermittelt. Auch der Gewichtsverlauf und das Risiko einer Mangelernährung wurden mittels MNA, MUST etc. bei mehr als der Hälfte der PflegeheimbewohnerInnen am Tag der Einweisung erfasst. Dabei konnte ein signifikanter Unterschied ($p \leq 0,05$) zwischen 2009 und 2010 bei den Aspekten „Erfassung der Mangelernährung“, „Gewichtsverlauf“ und „Biochemische Parameter“ errechnet werden.

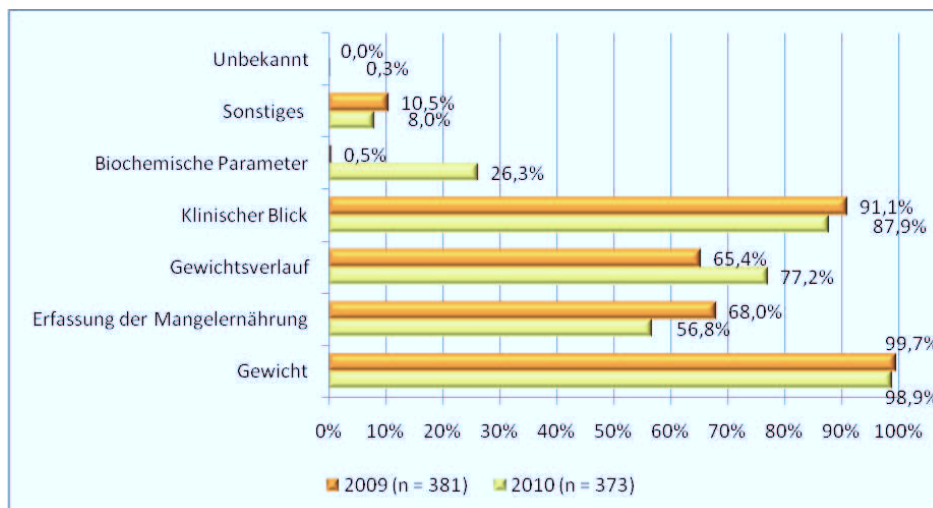


Abbildung 5.26: Art der Erfassung des Ernährungszustandes bei der Einweisung in Pflegeheimen

5.3.4.2 Gewichtsüberwachung

Zu den Präventionsmaßnahmen zählt auch die regelmäßige Überwachung des Gewichts. Dahingehend ist in Krankenhäusern ein signifikanter Unterschied ($p \leq 0,05$) zwischen 2009 und 2010 zu verzeichnen. Auffällig dabei ist der Rückgang an wöchentlichen Gewichtskontrollen und eine hohe Anzahl der Antwort „Sonstiges“. Anzumerken ist, dass die Antwortmöglichkeit „Alle 2-3 Monate“ erst 2010 zum Fragebogen hinzugefügt wurde und aus diesem Grund nicht mit anderen Ergebnissen verglichen werden kann (Abb. 5.27).

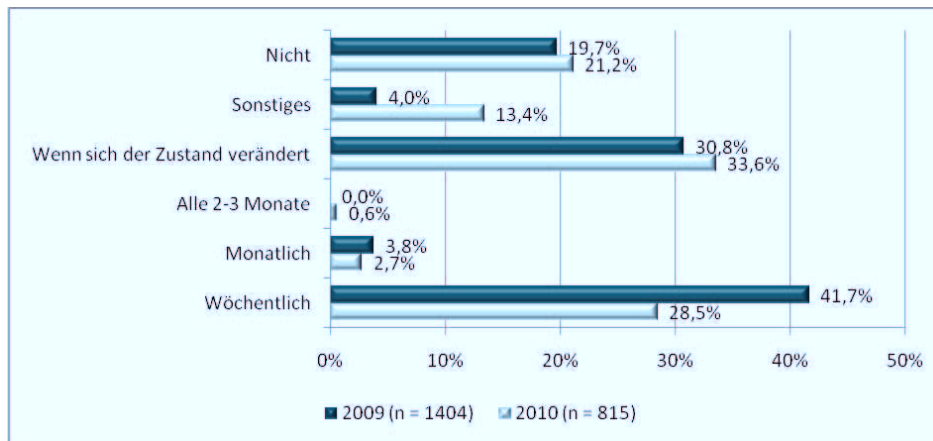


Abbildung 5.27: Frequenz der Gewichtsüberwachung in Krankenhäusern

Durch Abbildung 5.28 wird ersichtlich, dass in Pflegeheimen primär monatliche Gewichtskontrollen durchgeführt wurden. Dabei wurde auch ein signifikanter Unterschied zwischen den zwei Erhebungsjahren festgestellt ($p \leq 0,05$). Die Antwortmöglichkeit „Alle 2-3 Monate“ wurde ebenfalls erst 2010 zum Fragebogen hinzugefügt und kann deswegen nicht zum Vergleich mit dem Vorjahr herangezogen werden.

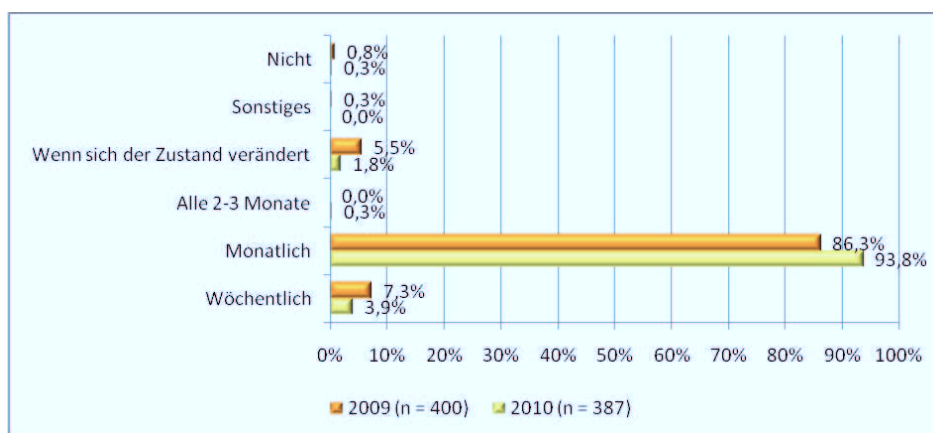


Abbildung 5.28: Frequenz der Gewichtsüberwachung in Pflegeheimen

5.3.4.3 Kontrolle der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme

In Krankenhäusern wurde 2009 und 2010 die Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme vorwiegend täglich überwacht. Darüber hinaus gab es zwischen 2009 und 2010 einen signifikanten Unterschied. Die Zunahme der Nichtüberwachung und der Rückgang der täglichen Überwachung weisen zwischen den beiden Erhebungen die größten Veränderungen auf (Abb. 5.29).

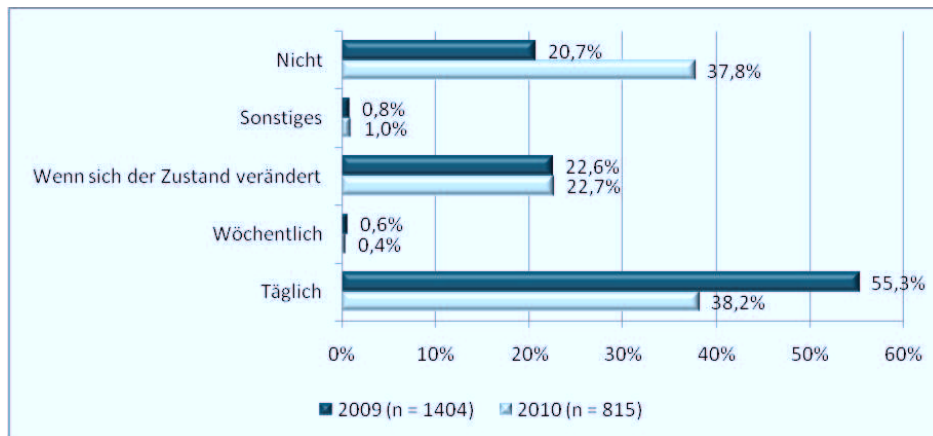


Abbildung 5.29: Frequenz der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahmekontrollen in Krankenhäusern

Auch in Pflegeheimen gab es einen signifikanten Unterschied ($p \leq 0,05$) zwischen den beiden Erhebungsjahren, wobei die tägliche Überwachung abnahm und zugleich die Überwachungsform „wenn sich der Zustand verändert“ zunahm (Abb. 5.30).

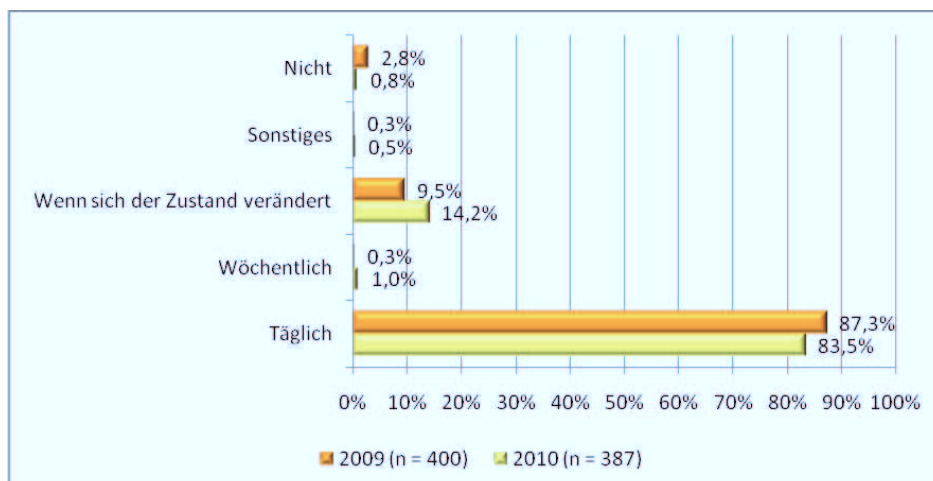


Abbildung 5.30: Frequenz der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahmekontrollen in Pflegeheimen

Kapitel 6

Diskussion

Ziel dieser Studie war es anhand der 2009 und 2010 durchgeführten Europäischen Pflegequalitätserhebung erstmals zu überprüfen, ob es Unterschiede im Hinblick auf Häufigkeit und Maßnahmen der Pflegephänomene Urininkontinenz und Mangelernährung zwischen den beiden Erhebungsjahren in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen gibt.

6.1 Schlussfolgerung

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass eine Reduktion der Pflegephänomene Urininkontinenz und Mangelernährung in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen möglich ist. Folgende Aussagen konnten zu den zuvor gestellten Forschungsfragen getroffen werden:

Eine gute Vergleichbarkeit der Stichproben 2009 und 2010 hinsichtlich Geschlecht, Alter, BMI und Pflegeabhängigkeit war aufgrund ähnlich bleibender Durchschnittswerte und Standardabweichungen gegeben. Hinsichtlich der Pflegeabhängigkeit bei KrankenhauspatientInnen konnte ein signifikanter Unterschied innerhalb der Pflegeabhängigkeitskategorien festgestellt werden. Dabei war vor allem der Rückgang an überwiegend abhängigen und der Anstieg an völlig abhängigen PatientInnen auffällig. Außerdem zeigten die Ergebnisse eine höhere Teilnahme in Krankenhäusern und Pflegeheimen.

Die Prävalenz von UI blieb in Krankenhäusern weitgehend stabil, während in Pflegeheimen ein signifikanter Rückgang zu verzeichnen war. Zudem konnte bei beiden Einrichtungsarten ein allgemeiner Anstieg kontinenzfördernder Maßnahmen bei urininkontinenten Personen mit Katheter festgestellt werden: Die Maßnahmen stiegen in Pflegeheimen um 27,9% und in Krankenhäusern um 10,1%. Die unterschiedlich häufige Verwendung von Inkontinenzhilfsmitteln konnte durch die Zunahme von 70,1% in Pflegeheimen und eine Abnahme von 0,9% in Krankenhäusern gezeigt werden.

Die Prävalenz von Mangelernährung nach Definition von Meijers et al. (2010) blieb in Krankenhäusern nahezu konstant, während in Pflegeheimen ein Anstieg von 3,5% zu verzeichnen war. Bei der Versorgung von mangelernährten Personen konnte in beiden Einrichtungsarten ein Anstieg der eingeleiteten Maßnahmen um rund ein Viertel festgestellt werden. Betreffend der präventiven Maßnahmen wurde gezeigt, dass die Erfassung des Ernährungszustandes sowohl in Krankenhäusern als auch in Pflegeheimen konstant blieb. Dennoch wurden in Krankenhäusern um 10,9% und in Pflegeheimen um 20,2% mehr Aspekte bei der Erfassung des Ernährungszustandes untersucht als im Vorjahr.

6.2 Vergleich und Interpretation der Ergebnisse

Aufgrund der unterschiedlichen Stichproben in den beiden Erhebungsjahren war es von großem Interesse die Vergleichbarkeit dieser, hinsichtlich demografischer Merkmale wie Geschlecht, Alter, BMI und Pflegeabhängigkeit, zu überprüfen. Laut Menard (2002) stellt dies ein wichtiges Argument dar, um die Repräsentativität der Ergebnisse zu gewährleisten, da die Stichproben der unterschiedlichen Erhebungszeitpunkte so vergleichbar sein sollten, dass sie einen Auszug der Grundgesamtheit darstellen. Bei den Ergebnissen muss aber berücksichtigt werden, dass es sich um eine Gelegenheitsstichprobe handelt und deren Repräsentativität trotzdem nicht genau beurteilt werden kann.

Hinsichtlich des Anstieges der Pflegeabhängigkeitskategorie „völlig abhängig“ zeigten die Ergebnisse, dass die Pflegeabhängigkeitswerte sowohl 2009 als auch 2010 bei den über 85-Jährigen vom Durchschnittswert abweichen und zusätzlich die Gruppe der über 85 Jährigen im Erhebungsjahr 2010 pflegeabhängiger war als im Vorjahr. Eine Möglichkeit, die Unterschiede innerhalb den Pflegeabhängigkeitskategorien „völlig abhängig“ zu interpretieren, ist, dass das Pflegeabhängigkeitsrisiko grundsätzlich mit dem Alter steigt und Personen über dem 80. Lebensjahr ein 2 bis 3,5- mal höheres Risiko aufweisen, pflegeabhängig zu werden, als Personen zwischen 60 und 80 Jahren (Lohrmann, Dijkstra & Dassen, 2003). Die Abnahme der Pflegeabhängigkeitswerte von 2009 auf 2010 innerhalb der Kategorie „überwiegend abhängig“ kann vermutlich durch den leichten Anstieg der unter 65-Jährigen im Erhebungsjahr 2010 begründet werden. Zudem lagen im Jahr 2009 wie auch 2010 die Pflegeabhängigkeitswerte dieser Gruppe deutlich über den Durchschnittswerten.

Um die Verlässlichkeit der Ergebnisse bezüglich der Mittelwerte, der Prävalenz, der prozentuellen Anteile und der Einrichtungsvergleiche sicherzustellen, nennt Dassen et al. (2009) die Höhe der Nichtteilnahme als einen wichtigen Indikator. In dieser Arbeit war

in Krankenhäusern von 2009 auf 2010 ein leichter Anstieg der NichtteilnehmerInnen zu verzeichnen. Dieses Ergebnis kann durch den erhöhten Anteil an nichterreichten PatientInnen zum Erhebungszeitpunkt erklärt werden. Im Gegensatz dazu ist der Anteil der Teilnahmeverweigerungen stark gesunken. Dies lässt vermutlich auf eine bessere Informationsweitergabe schließen. Im Gegensatz zu den Krankenhäusern war in Pflegeheimen ein großer Rückgang der NichtteilnehmerInnen zwischen 2009 und 2010 zu verzeichnen. Eine Erklärung dafür ist der starke Rückgang der verweigernden Teilnahmen. Dies wiederum kann möglicherweise auch hier auf besseres Informieren im Erhebungsjahr 2010 zurückgeführt werden. Die Ergebnisse der Prävalenzerhebung von Dassen et al. (2009) zeigen Ähnliches, wobei die Beteiligung der PflegeheimbewohnerInnen innerhalb der letzten Jahre stieg, während in Krankenhäusern die Anzahl der teilnehmenden PatientInnen abnahm.

Im Rahmen der Pflegequalitätserhebung werden Daten der jeweiligen Institutionen nicht nur ausgewertet, sondern sie erhalten im Anschluss eine Rückmeldung in Form eines Berichtes, wo die Ergebnisse der jeweiligen Einrichtung übersichtlich dargestellt werden und ein Vergleich mit anderen Institutionen auf nationaler Ebene ermöglicht wird. Dieses Feedbacksystem könnte ein wichtiger Schritt sein, um mehr Bewusstsein für die Pflegeprobleme Urininkontinenz und Mangelernährung zu schaffen und gleichzeitig Pflegepersonen zu motivieren, die Prävalenz von Pflegephänomenen zu senken und möglicherweise ihr pflegerisches Handeln zu reflektieren. Jamtvedt et al. (2006) und Grimshaw et al. (2001) stellten dabei in ihren Reviews fest, dass Audits und Feedback eine effektive Methode darstellen, um die professionelle Praxis zu verbessern. Der Effekt wirkt sich jedoch eher klein bis moderat aus. Das Erhalten des Feedbacks im Jahr 2009 könnte jedoch dazu beigetragen haben, dass in Krankenhäusern und Pflegeheimen mehr Aufmerksamkeit auf die Pflegephänomene Urininkontinenz und Mangelernährung gelegt wurde. Die gleiche Theorie hatten Meijers et al. (2009) in ihrer Trendstudie, wo ein signifikanter Prävalenzzrückgang von Mangelernährung nachgewiesen wurde.

6.2.1 Urininkontinenz in Pflegeheimen

Die vorliegende Masterarbeit zeigt von 2009 auf 2010 einen signifikanten Prävalenzzrückgang von Urininkontinenz um 6,5% (85,7%, n=398 vs. 79,2%, n=379). Keine Studie, die mittels Literaturrecherche gefunden wurde, erzielte ein ähnliches Ergebnis. Bei den deutschen und niederländischen Prävalenzerhebungen, die methodologisch ein gleiches Vorgehen aufweisen und somit gut vergleichbar sind, blieb die Prävalenz von Urininkontinenz in Pflegeheimen von 2008 auf 2009 in Deutschland bzw. von 2007 auf 2008 in den Niederlanden nahezu stabil (Dassen et al., 2008, 2009; Halfens et al., 2008), während bei den Ergebnissen von Arndt et al. (2006) ein leichter Prävalenzanstieg zu

verzeichnen war. Dieses Ergebnis wurde auch in anderen Studien (Nelson, Furner & Jesudason, 2001; Boguth & Schenk, 2008; Boyington et al., 2007; Saxer et al., 2008; Arndt et al., 2006) festgestellt, wo ein allgemeiner Prävalenzanstieg zu verzeichnen war. Die unterschiedlichen Prävalenzveränderungen im Zeitverlauf können möglicherweise durch andere Stichprobenauswahl und -charakteristika, aber auch durch unterschiedliche Zielsetzungen der Studien begründet werden. Zudem wäre es möglich, dass in anderen Studien Personen mit einer höheren Pflegeabhängigkeit bzw. einem schlechteren Allgemeinzustand ins Pflegeheim eingewiesen und so miterfasst wurden (Arndt et al., 2006). Eine weitere Vermutung wäre, da die Prävalenz, verglichen mit internationalen Ergebnissen im Vorjahr hoch war (Offermans et al., 2009), in diesem Jahr Personen mit einem möglicherweise besserem Allgemeinzustand und somit einer geringeren Aufnahmeprävalenz ins Pflegeheim kamen (Boguth & Schenk, 2008). In dieser Arbeit war zudem der hohe Anteil an urininkontinenten Frauen und die steigende Prävalenz von UI mit zunehmenden Alter auffallend, das sich auch mit internationalen Ergebnissen deckt (Offermans et al., 2009).

6.2.2 Urininkontinenz in Krankenhäusern

In Krankenhäusern blieb die Prävalenz von Urininkontinenz von 2009 auf 2010 nahezu stabil (26,3%, n=1398 vs. 24,4%, n=811). Dieses Resultat deckt sich mit den Ergebnissen von Halfens et al. (2008), wo die Prävalenz von 2007 auf 2008 bei rund 27% blieb. Anders waren die Ergebnisse von Dassen et al. (2008) bzw. Dassen et al. (2009), wo ein Prävalenzanstieg von 7,9% (17,4% vs. 25,3%) gezeigt wurde. Bezüglich geschlechts- und altersspezifischer Unterschiede konnte, wie beispielsweise gleich bei Arndt et al. (2006), festgestellt werden, dass mehr Frauen als Männer von UI in Krankenhäusern betroffen sind und der prozentuelle Anteil an urininkontinenten PatientInnen mit dem Alter zunimmt.

6.2.3 Maßnahmen bei Urininkontinenz

Bei den Ergebnissen der Behandlungsmaßnahmen fiel auf, dass im Jahr 2010 in Krankenhäusern wie auch in Pflegeheimen häufiger Maßnahmen eingesetzt wurden als im Vorjahr. Der Einsatz von Hilfsmittel blieb in Krankenhäusern weitgehend gleich, hingegen nahm in Pflegeheimen der prozentuelle Anteil an eingeleiteten Maßnahmen stark zu. Vor allem die Anpassung der Kleidung, der individuelle Toilettengang zu festen Zeiten sowie die Anpassung der Umgebung wurden 2009 als auch 2010 am häufigsten durchgeführt. Diese Ergebnisse decken sich mit denen von Dassen et al. (2009), die eine Zunahme des Toilettentrainings (jedoch nur in Krankenhäusern) beobachteten. Im Gegensatz zu den vorliegenden Ergebnissen konnte von Halfens et al. (2008) festgestellt werden, dass das Anpassen der Kleidung und der Umgebung weniger genutzt

wird. Zudem wurde gezeigt, dass das Einsetzen von Medikation, Blasen- und Beckenbodentraining sowie Muskelentspannungsübungen die Ausnahme darstellen (Halfens et al., 2008). Auch in dieser Arbeit wurde gezeigt, dass Beckenbodentraining und das Verwenden und Auswerten von Medikation in beiden Einrichtungsarten am wenigsten eingesetzt wurden. Gründe für das Unterlassen dieser Maßnahmen kann der zeitliche, personelle oder auch wissenstechnische Aufwand dieser Interventionen sein. Bezüglich des Einsatzes von absorbierenden Inkontinenzvorlagen ist ein allgemeiner Anstieg von 2009 auf 2010 verzeichnet worden. Auch die Ergebnisse von Dassen et al. (2008) wiesen seit 2006 bis 2008 einen leichten Aufwärtstrend bei der Benutzung von Inkontinenzvorlagen auf. Von 2008 auf 2009 hingegen gab es eine Abnahme in der Verwendung von absorbierenden Hilfsmitteln in Pflegeheimen als auch in Krankenhäusern. Für dieses Ergebnis können jedoch keine konkreten Gründe genannt werden (Dassen et al., 2009, 2008).

Es lässt sich aber vermuten, dass für eine signifikante Abnahme der Prävalenz von Urininkontinenz in Pflegeheimen das verstärkte Einsetzen von Maßnahmen verantwortlich war. Denn durch ein kombiniertes Einsetzen von Maßnahmen ist es möglich, die Kontinenz effektiv zu fördern (Holroyd-Leduc, Mehta & Covinsky, 2004). Durch den weitaus geringeren Anstieg der Maßnahmensetzung in Krankenhäusern könnte die nahezu konstant gebliebene Prävalenz erklärt werden. Es zeigt sich dadurch aber, dass ein Optimierungsbedarf hinsichtlich der Maßnahmen in Krankenhäusern besteht, da nicht alle urininkontinenten PatientInnen adäquat behandelt wurden.

6.2.4 Mangelernährung in Pflegeheimen

Die Ergebnisse aus der vorliegenden Arbeit zeigen, dass nach der Definition von Meijers et al. (2009) rund ein Viertel der BewohnerInnen mangelernährt waren, wobei 2010 um 3,5% mehr BewohnerInnen eine Mangelernährung aufwiesen. In der niederländischen Trendstudie von Meijers et al. (2009) konnten in Pflegeheimen ebenfalls keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Prävalenz entdeckt werden. Als möglichen Grund wurde das aktivere Verhalten anderer Einrichtungstypen wie Krankenhäuser und Einrichtungen der Hauskrankenpflege bezüglich Praxisveränderung genannt. Zudem fiel auf, dass Pflegepersonen nach dem Klinischen Bild um 3%-4% mehr BewohnerInnen als mangelernährt eingestuft haben, als die Berechnung der Prävalenz nach Meijers et al. (2009) ergab.

6.2.5 Mangelernährung in Krankenhäusern

In Krankenhäusern hingegen wurde die Prävalenz an mangelernährten PatientInnen mit dem Klinischen Bild unterschätzt. Mit der zugrundeliegenden Definition von Mangelernährung zeigten sich in dieser Arbeit keine auffällig abweichenden Prävalenzzahlen

von 2009 auf 2010. Rund ein Viertel der PatientInnen wiesen in beiden Erhebungsjahren eine Mangelernährung auf. In der Studie von Meijers et al. (2009) hingegen konnte ein signifikanter Prävalenzzrückgang in Krankenhäusern identifiziert werden, wobei Krankenhäuser, die öfter an den Erhebungen teilnahmen, eine niedrigere Prävalenz aufwiesen. Auch bei O'Flynn et al. (2005) wurde eine signifikante Abnahme der Prävalenz um 4,4% (1998: 23,5%, 2000: 20,4%, 2003: 19,1%) gezeigt, die durch die Einführung von Interventionen, beispielsweise ein Assessmentinstrument, begründet wird.

Grund für das Unterscheiden der Prävalenzdaten in Krankenhäusern und in Pflegeheimen zwischen den beiden Erhebungsjahren kann der Vergleich von Prävalenzen über unterschiedlich lange Zeiträume hinweg sein (Meijers et al., 2009), aber auch Unterschiede in der Stichprobe sowie die Verwendung unterschiedlicher Parameter zur Messung der Mangelernährung können Ursachen für die Divergenz sein (Pirlich et al., 2003).

6.2.6 Therapeutische und präventive Maßnahmen bei Mangelernährung

Zu den therapeutischen Maßnahmen, die in Krankenhäusern und Pflegeheimen hauptsächlich verwendet wurden, gehören das Einschalten eines/einer Diätassistenten/in, das Verabreichen energiereicher Zwischenmahlzeiten oder oraler Nahrungsergänzungsmittel und das Kontrollieren der Flüssigkeitsaufnahme. Laut Halfens et al. (2008) stellt jedoch das Verschreiben einer energiereichen Diät die gängigste Maßnahme bei mangelernährten Personen dar. Zudem wird laut der niederländischen Studie das Einschalten von DiätassistentInnen in Pflegeheimen häufiger praktiziert als in anderen Einrichtungen. Hingegen werden Sonden- und parenterale Ernährung am wenigsten verwendet, jedoch wiederum häufiger in Krankenhäusern als in Pflegeheimen (Halfens et al., 2008). Auch in dieser Arbeit fanden Sonden- und parenterale Ernährung wenig Anwendung. Dabei war der allgemeine Anstieg der eingeleiteten Maßnahmen, der rund 25% betrug, in Krankenhäusern als auch in Pflegeheimen auffällig. Es bleibt offen, ob dies ein möglicher Grund für die beinahe konstant bleibende Prävalenz der Mangelernährung, in Krankenhäusern und Pflegeheimen darstellt und welche Maßnahmen primär dafür verantwortlich sind.

Um den Ernährungszustand von PatientInnen und BewohnerInnen über die Zeit hinweg beobachten zu können, ist es von großer Bedeutung, das Gewicht bei Aufnahme und auch während der Aufenthaltsdauer in der jeweiligen Einrichtung zu erfassen (Halfens et al., 2008). Laut Halfens et al. (2008) werden nur sehr wenige PatientInnen bei der Aufnahme in ein Krankenhaus gewogen, während der Anteil an PatientInnen, die während des Aufenthalts gewogen werden, noch geringer ist. Anders in dieser Untersuchung,

wo ein signifikanter Anstieg der Gewichtserfassung zum Zeitpunkt der Aufnahme (71%, n=1054 vs. 83%, n=606) festzustellen war. Die Erfassung des Gewichtsverlaufs hingegen fiel deutlich geringer aus und stimmt mit dem Ergebnis von Halfens et al. (2008) überein. Nichtsdestotrotz wies diese eine steigende Signifikanz auf (19,3%, n=1054 vs. 23,9%, n=606). Kritisch zu hinterfragen ist, warum Screeninginstrumente eine eher untergeordnete Rolle bei der Erfassung des Ernährungszustands in Krankenhäusern spielen. In Pflegeheimen werden Screeninginstrumente nämlich rund fünf mal häufiger eingesetzt als in Krankenhäusern, wobei hier aber ein signifikanter Rückgang zu verzeichnen war. Auf Basis der Ergebnisse können die Gründe zwar nicht festgestellt werden, aber es könnte sein, dass die Instrumente in den Einrichtungen weniger bekannt sind oder als unpraktikabel eingestuft werden (Bartholomeyczik et al., o.J.). In den untersuchten Pflegeheimen war ein hoher Anteil hinsichtlich der Gewichtserfassung bei Aufnahme (99,7%, n=381 vs. 98,9%, n=373) und dem Erfassen des Gewichtsverlauf (65,4%, n=381 vs. 77,2%, n=373) zu verzeichnen, wobei letzteres signifikant zunahm. Diese Ergebnisse stimmen mit denen von Halfens et al. (2008) überein, die das routinemäßige Erfassen des Gewichtes in Pflegeheimen durch das erhöhte Bewusstsein aufgrund zahlreicher Projekte in diesem Bereich begründeten. Es lässt vermuten, dass auch in dieser Arbeit der signifikante Anstieg der Gewichtserfassung bzw. -überwachung und der Flüssigkeits- und Nahrungsüberwachung durch vermehrte Bewusstseinsbildung aufgrund der jährlichen Pflegequalitätserhebungen zu Stande gekommen ist.

6.3 Schwächen und Stärken der Studie

Die vorliegende Arbeit weist einige Limitationen auf, die für die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Bewohner- und PatientInnen von Bedeutung sind. Die Teilnahme an der Pflegequalitätserhebung ist freiwillig aber auch kostenpflichtig. Deshalb kann es möglich sein, dass sich Einrichtungen aufgrund des Kostenaspekts gegen eine Teilnahme entschieden haben. Abgesehen von der Nichtteilnahme kann auch eine Teilnahme an der Pflegequalitätserhebung einen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Denn aufgrund der freiwilligen Teilnahme der Einrichtungen an der Pflegequalitätserhebung ist der Grad der Repräsentativität bezogen auf österreichische Krankenhäuser und Pflegeheime ungewiss. Darüber hinaus waren nicht alle Bundesländer vertreten, obwohl die Pflegequalitätserhebung eine österreichweite Erhebung darstellt. Darüber hinaus wurde durch die Bewusstseinsbildung für diese Pflegephänomene möglicherweise mehr Augenmerk auf diese gelegt. Eine weitere Schwäche besteht in der Möglichkeit einer systematischen Ergebnisverzerrung aufgrund der unterschiedlichen Stichprobe in den Erhebungsjahren 2009 und 2010. Zu beachten ist jedoch, dass sich die Durchschnittswerte bezüglich Geschlecht, Alter, BMI und Pflegeabhängigkeit zwischen den Gelegenheitsstichproben 2009 und 2010 kaum unterschieden haben. Eine weitere Limitation

stellen fehlende Werte in den Daten dar, die möglicherweise aufgrund Unvollständigkeit oder fehlerhafter Dateneingabe abgänglich sind. Eine zusätzliche Einschränkung der Studie besteht darin, dass Antwortmöglichkeiten sowie Fragen im standardisierten Fragebogen der Pflegequalitätserhebung 2010 hinzugefügt wurden und die Jahresvergleiche dieser Fragen mit Vorsicht zu interpretieren sind. Es konnte auch kein Vergleich zwischen 2009 und 2010 bezüglich der Evaluation der Maßnahmen getätigt werden, da diese Fragestellung erst im Erhebungsjahr 2010 hinzukam. Zudem beteiligten sich weniger Pflegeheime als Krankenhäuser 2009 und 2010 an der Erhebung. Die Ergebnisse wären mit einer größeren Anzahl an Einrichtungen (vor allem an Pflegeheimen) aussagekräftiger. Die Studie zeigt auch methodische Grenzen auf, denn durch das Studiendesign konnten keine kausalen Zusammenhänge zwischen dem Prävalenzrückgang und den ursächlichen Faktoren festgestellt werden. Durch diesen Längsschnittvergleich lassen sich nur Vermutungen über die Ergebnisse anstellen. Darüber hinaus können keine Trends oder Entwicklungen beschrieben bzw. vorausgesagt werden. Erst durch mehrere Erhebungen können Aussagen über die Entwicklung eines pflegerelevanten Problems getätigt werden.

Eine große Stärke dieser Arbeit ist, dass ein einheitliches methodisches Vorgehen in beiden Erhebungsjahren realisiert wurde und die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zwischen den Jahren 2009 und 2010 gegeben ist. Darüber hinaus können durch diese standardisierte Vorgehensweise nationale Vergleiche zwischen den Einrichtungen aber auch internationale Ländervergleiche angestellt werden. Eine weitere positive Eigenschaft dieser Studie ist, dass durch die vorhandenen Daten über den Einsatz von therapeutischen und präventiven Maßnahmen deutlich wird, wie mit den Pflegeproblemen Urininkontinenz und Mangelernährung umgegangen wird. Folglich ergibt sich für die teilnehmenden Einrichtungen die Möglichkeit, Rückschlüsse über verwendete oder nicht eingesetzte Maßnahmen zu ziehen und ob diese effektiv umgesetzt wurden. Eine weitere Stärke dieser Arbeit ist, dass die vorliegenden Daten zur Prävalenz ein realistisches Abbild hinsichtlich des Ausmaßes der pflegerelevanten Probleme Urininkontinenz und Mangelernährung geben. Aber vor allem das erstmalige Durchführen eines Längsschnittvergleichs hinsichtlich der Pflegephänomene Urininkontinenz und Mangelernährung spricht für die große Bedeutung dieser Studie.

6.4 Implikationen für Forschung und Praxis

Diese Arbeit stellt, erwiesen durch die Literaturrecherche, den ersten Längsschnittvergleich zu den Pflegeproblemen Urininkontinenz und Mangelernährung in Österreich dar. Durch die Analyse der Daten wird deutlich, dass eine Reduktion der Pflegeprobleme möglich ist. Um Entwicklungstendenzen jedoch ermitteln sowie Interventionen

und Präventionsmaßnahmen zukünftig evaluieren zu können, sind mehrere Teilnahmen an der Pflegequalitätserhebung erforderlich. Dabei wäre es von großem Interesse eine Trendstudie, die Daten von mehreren Erhebungen miteinbezieht, zu verwirklichen, um Entwicklungen hinsichtlich des Ausmaßes der Pflegeprobleme aufzeigen zu können. Zudem wäre es sinnvoll, statistische Methoden, wie beispielsweise eine Regressionsanalyse durchzuführen, um auch kausale Zusammenhänge zwischen den untersuchten Variablen identifizieren zu können. Außerdem ist zu empfehlen, dass Studien initialisiert werden, die sich auf die Evaluation von Maßnahmen stützen, um deren Einfluss auf die Prävalenz beschreiben zu können. Besonders bedeutsam erscheint auch, dass Studien durchgeführt werden sollen, die Prävalenzvergleiche zwischen Ländern wie Deutschland, Niederlande, der Schweiz oder Neuseeland, welche auch Prävalenzerhebungen zu Pflegephänomenen mit derselben Methodik durchführen, anstellen.

Für die pflegerische Praxis wäre es wünschenswert, dass mehr Einrichtungen (vor allem Pflegeheime) an der jährlichen Pflegequalitätserhebung teilnehmen würden. Ebenso ergibt sich durch die Teilnahme an der Erhebung der Vorteil, dass die Daten, die im Rahmen der Pflegequalitätserhebung gewonnen werden, Rückschluss über das aktuelle Ausmaß eines Pflegeproblems innerhalb der Einrichtung geben. Darüber hinaus kann durch diese Informationen eine nachhaltige Verbesserung der Pflegequalität erzielt werden. Zudem besteht die Möglichkeit, Maßnahmen, die eingesetzt wurden, zu evaluieren und aufgrund der Daten der letzten Erhebungen, neu und zielgerichtet zu planen. Durch Unterschiede in der Prävalenz von Pflegephänomenen zwischen den Erhebungsjahren, kann die Effektivität von therapeutischen und präventiven Maßnahmen eingeschätzt werden. Darüber hinaus spielt auch der Aspekt von Fort- und Weiterbildungen eine wichtige Rolle, um das Wissen von Pflegepersonen im Bereich der Maßnahmensetzung oder auch im Bereich der Erfassung des Ernährungszustandes, beispielsweise durch geeignete Assessmentinstrumente, zu erweitern.

Denn besonders das gezielte Einsetzen von qualitativ hochwertigen und wissenschaftlich fundierten Maßnahmen bei PatientInnen und BewohnerInnen kann zu einer Verbesserung der Pflegequalität beitragen.

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung der Abkürzung
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
BMI	Body Mass Index
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
DGEM	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin
et al.	und andere
Etc.	et cetera
EW	EinwohnerInnen
exkl.	exklusive
f	folgende Seite
ff	folgenden Seiten
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HKP	Hauskrankenpflege
HrQoL	Health-Related Quality of Life
ICS	International Continence Society
k. A.	keine Angabe
KH	Krankenhaus
MD	Mean Deviation (Mittelwert)
MDS	Minimum Data Set
ME	Mangelernährung
Mio.	Million
Mrd.	Milliarde
N	Absolute Anzahl
n	Anzahl
p	Signifikanzwert (probability)
PAS	Pflegeabhängigkeitsskala
PH	Pflegeheim
RAI	Residential Assessment Instrument
SD	Standard Deviation (Standardabweichung)
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
Tab.	Tabelle
UI	Urininkontinenz

Glossar

Begriff	Definition des Begriffs
Assessment	Ermittlung, Einschätzung, Erfassung
Evaluation	Auswertung, Beurteilung, Bewertung
Externe Validität	Stellt die Generalisierbarkeit von Ergebnissen auf andere Personen, Situationen oder Zeitpunkten dar.
extramural	Außerhalb eines Krankenhauses
Interne Validität	Eindeutigkeit in der Interpretierbarkeit von Ergebnissen
Intervention	Maßnahme, Handlung, Behandlung
intramural	Innerhalb eines Krankenhauses
Item	Frage oder Aussage in einem Fragebogen
Längsschnittvergleich	Vergleiche über die Zeit hinweg (bspw. Vergleiche zwischen den Prävalenzraten 2009, 2010, 2011 usw.)
Mittelwert	Stellt die Summe aller Messwerte dar dividiert durch die Anzahl der eingehenden Werte.
Multizentrische Studie	Studie, die an mehreren Institutionen zeitgleich durchgeführt wird.
Panel	Eine Stichprobe, die in regelmäßigen Abständen untersucht wird.
Parameter	Kennzahl, die zur Quantifizierung einer Variable dient (beispielsweise der Body Mass Index).
Prävalenz	Anzahl von erkrankten Personen zu einem Untersuchungszeitpunkt dividiert durch die Gesamtanzahl der betrachteten Individuen.
Repräsentativität	Lässt Aussagen über eine Grundgesamtheit zu.
Rücklaufquote	Anzahl der beantworteten Fragebögen dividiert durch die Anzahl aller ausgeteilter Fragebögen.
Score	Punktwert
Signifikanzniveau	Eine festgelegte Höchstgrenze der Irrtumswahrscheinlichkeit. Ein Signifikanzniveau von 5% ist im Forschungsbereich üblich.
Standardabweichung	Zeigt an, wie weit die betrachteten Werte vom Mittelwert abweichen.

Tabellenverzeichnis

2.1	Suchbegriffe der Literaturrecherche	9
2.2	Eingeschlossene Artikel	15
5.1	Belegung und Teilnahme	27
5.2	Gründe für eine Nichtteilnahme	27
5.3	Geschlecht, Alter und BMI	28
5.4	Durchschnittliche Pflegeabhängigkeit: Gesamt und nach Geschlecht	30
5.5	Angewandte Maßnahmen bei urininkontinenten KrankenhauspatientInnen mit Katheter	36
5.6	Angewandte Maßnahmen bei urininkontinenten PflegeheimbewohnerInnen mit Katheter	37
5.7	Angewandte Maßnahmen bei urininkontinenten KrankenhauspatientInnen ohne Katheter	38
5.8	Angewandte Maßnahmen bei urininkontinenten PflegeheimbewohnerInnen ohne Katheter	39
5.9	Eingeleitete Maßnahmen bei mangelernährten KrankenhauspatientInnen . . .	47
5.10	Eingeleitete Maßnahmen bei mangelernährten PflegeheimbewohnerInnen . . .	48

Abbildungsverzeichnis

2.1	Prozess der Literaturrecherche für theoretische Literatur	10
2.2	Prozess der Literaturrecherche für empirische Literatur	10
5.1	Altersverteilung in Krankenhäusern	28
5.2	Altersverteilung in Pflegeheimen	29
5.3	Pflegeabhängigkeitskategorien in Krankenhäusern	30
5.4	Pflegeabhängigkeitskategorien in Pflegeheimen	31
5.5	Pflegeabhängigkeit und Altersverteilung in Krankenhäusern	31
5.6	Pflegeabhängigkeit und Altersverteilung in Pflegeheimen	32
5.7	Prävalenz von Urininkontinenz in Krankenhäusern	33
5.8	Prävalenz von Urininkontinenz in Pflegeheimen	33
5.9	Prävalenz von Urininkontinenz nach Altersgruppen in Krankenhäusern	34
5.10	Prävalenz von Urininkontinenz nach Altersgruppen in Pflegeheimen	34
5.11	Prävalenz von Urininkontinenz nach Geschlecht in Krankenhäusern	35
5.12	Prävalenz von Urininkontinenz nach Geschlecht in Pflegeheimen	35
5.13	Prävalenz von Mangelernährung anhand des Klinischen Bildes in Krankenhäusern	40
5.14	Prävalenz von Mangelernährung anhand des Klinischen Bildes in Pflegeheimen	41
5.15	Prävalenz von Mangelernährung nach Alter anhand des Klinischen Bildes in Krankenhäusern	41
5.16	Prävalenz von Mangelernährung nach Alter anhand des Klinischen Bildes in Pflegeheimen	42
5.17	Prävalenz von Mangelernährung nach Geschlecht anhand des Klinischen Bildes in Krankenhäusern	42
5.18	Prävalenz von Mangelernährung nach Geschlecht anhand des Klinischen Bildes in Pflegeheimen	43
5.19	Prävalenz von Mangelernährung nach der Definition von Meijers et al. (2009) in Krankenhäusern	43
5.20	Prävalenz von Mangelernährung nach der Definition von Meijers et al. (2009) in Pflegeheimen	44
5.21	Prävalenz von Mangelernährung nach Alter anhand der Definition von Meijers et al. (2009) in Krankenhäusern	44
5.22	Prävalenz von Mangelernährung nach Alter anhand der Definition von Meijers et al. (2009) in Pflegeheimen	45

5.23 Prävalenz von Mangelernährung nach Geschlecht anhand der Definition von Meijers et al. (2009) in Krankenhäusern	45
5.24 Prävalenz von Mangelernährung nach Geschlecht anhand der Definition von Meijers et al. (2009) in Pflegeheimen	46
5.25 Art der Erfassung des Ernährungszustandes bei der Einweisung in Krankenhäusern	49
5.26 Art der Erfassung des Ernährungszustandes bei der Einweisung in Pflegeheimen	49
5.27 Frequenz der Gewichtsüberwachung in Krankenhäusern	50
5.28 Frequenz der Gewichtsüberwachung in Pflegeheimen	50
5.29 Frequenz der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahmekontrollen in Krankenhäusern	51
5.30 Frequenz der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahmekontrollen in Pflegeheimen	51

Literaturverzeichnis

- Abrams, P, Cardozo, L, Fall, M, Griffiths, D, Rosier, P, Ulmstein, U, van Kerrebroeck, P, Victor, A & Wein, A, 2003. 'The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society.' *Urology*, vol. 61, 37–49.
- Abrams, P, Kelleher, CJ, Kerr, L & Rogers, R, 2000. 'Overactive Bladder Significantly Affects Quality of Life.' *The American Journal of Managed Care*, vol. 6, no. 11, S580–S590.
- Arndt, KA, Dohrendorf, H, Tannen, A, Braumann, A & Dassen, T, 2006. 'Prävalenz der Harninkontinenz in Krankenhäuser und Pflegeheimen: Ein unterschätztes Problem.' *Pflegezeitschrift*, vol. 10, 635–638.
- Aslan, E, Beji, NK, Erkan, HA, Yalcin, O & Gungor, F, 2009. 'The prevalence of and the related factors for urinary and fecal incontinence among older residing in nursing homes.' *Journal of Clinical Nursing*, vol. 18, 3290–3298.
- AWMF - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, 2009. 'Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie: Harninkontinenz.'
URL <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/084-001.htm>[09.08.2010] .
- Bartholomeyczik, S & Nonn, CR, 2005. *Fokus: Epidemiologie und Pflege*. Schlütersche Pflege. Schlütersche, Hannover.
- Bartholomeyczik, S, Reuther, S, Luft, L, van Nie, N, Meijers, JMM, Schols, J & Halfens, RJ, o.J. 'Prävalenz von Mangelernährung, Maßnahmen und Qualitätsindikatoren in deutschen Altenpflegeheimen - erste Ergebnisse einer landesweiten Pilotstudie.' *Gesundheitswesen*.
- Bartholomeyczik, S, Schreier, MM, Volkert, D & Bai, JC, 2006. 'Qualitätsniveau II: Orale und Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung.'
- Bartoli, S, Aguzzi, G & Tarricone, R, 2010. 'Impact on Quality of Life of Urinary Incontinence and Overactive Bladder: A Systematic Literature Review.' *Urology*, vol. 75, no. 3, 491–501.
- Boguth, K & Schenk, L, 2008. 'New-onset urinary incontinence in the first six month after admission into a nursing home: prevalence, incidence and remission, risk and protective factors.' *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 41, no. 4, 274–282.

- Bortz, J & Döring, N, 2006. *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Springer-Lehrbuch. Springer Medizin Verlag Heidelberg, Berlin, Heidelberg, 4. edn.
- Boyington, JEA, Howard, DL, Carter-Edwards, L, Gooden, KM, Erdem, N, Jallah, Y & Busby-Whitehead, J, 2007. 'Differences in resident characteristics and prevalence of urinary incontinence in nursing homes in the southeastern United States.' *Nursing Research*, vol. 56, no. 2, 97–107.
- Brown, J, McGhan, W & Chokroverty, S, 2000. 'Comorbidities Associated With Overactive Bladder.' *The American Journal of Managed Care*, vol. 6, no. 11, S574–579.
- Burns, N & Grove, S, 2005. *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, & Utilization*. Elsevier Saunders, Missouri, 5. edn.
- Conner, EL & Lind, L, 2001. 'Urinary Incontinence in Nursing Homes: Epidemiology and Management Guidelines.' vol. 8, no. 6, 248–252.
- Correia, S, Dinis, P & Lunet, N, 2009. 'Urinary Incontinence and Overactive Bladder: A Review.' *Arquicos de Medicina*, vol. 23, no. 1, 13–21.
- Coyne, KS, Zhou, Z, Thompson, C & Versi, E, 2003. 'The impact on health-related quality of life of stress, urge and mixed urinary incontinence.' *BJU International*, vol. 92, no. 7, 731–735.
- Dassen, T, Lahmann, C, Heinze, C, Kottner, J, Mertens, E, Schmitz, G, Tannen, A, Wilborn, D, Kuntz, S, Kutz, F, Lützkendorf, D, Pöhler, A, Raeder, K & Schröer, F, 2008. *Prävalenzerhebung 2008. Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus*. Charite - Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Berlin.
URL http://medpflug-paed-wiss.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/medpflug-paed-wiss/Praevalenzbericht_2008.pdf [27.03.2010].
- Dassen, T, Lahmann, C, Kottner, J, Heinze, C, Schmitz, G, Tannen, A, Wilborn, D, Lützkendorf, D, Kuntz, S, Raeder, K & Petermann, B, 2009. *Bundesweite Erhebung zu Pflegeproblemen 2009: Studie aus Pflegeheimen und Krankenhäuser*. Charite - Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Berlin.
- Diekmann, A, 2009. *Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen*, vol. 55678 of *Rororo Rowohlt's Enzyklopädie*. Rowohlt-Taschenbuch-Verl., Reinbek bei Hamburg, 20. edn.
- Dijkstra, A, Buist, G & Dassen, T, 1998. 'Operationalization of the concept of 'nursing care dependency' for use in long-term care facilities.' *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, vol. 7, 142–151.

- Du Moulin, M, Hamers, JP, Ambergen, AW & Halfens, RJ, 2009. 'Urinary incontinence in older adults receiving home care diagnosis and strategies.' *Scandinavian Journals of Caring Sciences*, vol. 23, 222–230.
- DuBeau, CE, Simon, SE & Morris, JN, 2006. 'The Effect of Urinary Incontinence on Quality of Life in Older Nursing Home Residents.' *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 54, 1325–1333.
- Feldblum, I, German, L, Castel, H, Harman-Boehm, I, Bilenko, N, Eisinger, M, Fraser, D & Shahar, DR, 2007. 'Characteristics of undernourished older medical patients and the identification of predictors for undernutrition status.' *Nutrition Journal*, vol. 6, no. 37, 1–9.
- Fitzpatrick, J & Wallace, M (eds.) 2006. *Encyclopedia of Nursing Research*. Springer, New York, 2. edn.
- Gail, MH & Benichou, J, 2000. *Encyclopedia of epidemiologic methods*. Wiley reference series in biostatistics. Wiley, Chichester.
- Geyer, S, 2003. *Forschungsmethoden in den Gesundheitswissenschaften: Eine Einführung in die empirischen Grundlagen*. Grundlagentexte Gesundheitswissenschaften. Juventa, Weinheim.
- Grimshaw, JM, Shirran, L, Thomas, R, Mowatt, G, Fraser, C, Bero, L, Grilli, R, Harvey, E, Oxman, AD & O' Brien, MA, 2001. 'Changing Provider Behavior: An Overview of Systematic Reviews of Interventions.' *Medical Care*, vol. 38, no. 8, II–2 – II–45.
- Hägglund, D, Walker-Engström, ML, Larsson, G & Leppert, J, 2001. 'Quality of life and seeking help in women with urinary incontinence: A population-based study.' *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, vol. 80, no. 11, 1051–1055.
- Halfens, RJG, Schols, J, Meijers, JMM, Neyens, J, van Nie, N, Rijcken, S & Wansink, S, 2008. *National Prevalence Measurement of Care Problems: LPZ: 2008 at a Glance*. Department of Health Care and Nursing Science & Caphri research institute, Maastricht University.
- Hasseler, M & Görres, S, 2005. *Was Pflegebedürftige wirklich brauchen... Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung*. Schlütersche Pflege. Schlütersche, Hannover.
- Holroyd-Leduc, JM, Mehta, KM & Covinsky, KE, 2004. 'Urinary incontinence and its association with death, nursing home admission, and functional decline.' *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 52, no. 5, 712–718.
- Irwin, D, Milsom, I, Hunskaar, S, Reilly, K, Kopp, Z, Herschorn, K, Coyne, KS, Kelleher, CJ, Hampel, C & Artibani, W, 2006. 'Population-Based Survey of Urinary Incontinence, Overactive Bladder, and Other Lower Urinary Tract Symptoms in Five Countries: Results of the EPIC Study.' *European Urology*, vol. 50, no. 6, 1306–1315.

- Jamtvedt, G, Young, JM, Kristoffersen, DT, O' Brien, MA & Oxman, AD, 2006. 'Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes (Review).' *Cochrane Database of Systematic Reviews*, , no. 2, 1–105.
- Joanna Briggs Institute, 2007. 'Effectiveness of interventions for undernourished older inpatients in the hospital setting.' *Best Practice*, vol. 11, no. 2, 1–4.
URL http://www.joannabriggs.edu.au/pdf/BPISEng_11_2.pdf [17.08.2010] .
- Kottner, J, Schmitz, G & Dassen, T, 2007. 'Daten aus der Wissenschaft: Prävalenzerhebung lässt Pflegeprobleme erkennen.' *Die Schwester Der Pfleger*, vol. 46, 172–175.
- Lamb, C, Parr, J, Lamb, E & Warren, M, 2009. 'Adult malnutrition screening, prevalence and management in a United Kingdom hospital: cross-sectional study.' *British Journal of Nutrition*, vol. 102, 571–575.
- Lochs, H & Dervenis, C, 2003. 'Malnutrition – The Ignored Risk Factor.' *Digestive Diseases*, vol. 21, 196–197.
- Lohrmann, C, 2004. 'Die Pflegeabhängigkeitsskala.' In Bartholomeyczik, S & Halek, M (eds.) 'Assessmentinstrumente in der Pflege: Möglichkeiten und Grenzen,' Schlütersche, Hannover, pp. 55–58.
- Lohrmann, C (ed.) 2009. *Prävalenzerhebung 2009*. Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft, Graz.
- Lohrmann, C, Dijkstra, A & Dassen, T, 2003. 'The Care Dependency Scale: an assessment instrument for elderly patients in German hospitals.' *Geriatric Nursing*, vol. 24, no. 1, 40–43.
- Löser, C, 2002. 'Mangelernährung im Krankenhaus: Prävalenz, klinische Folgen, Budgetrelevanz.' *Hessisches Ärzteblatt*, vol. 5, 271–276.
- Meijers, JMM, Candell, MJMM, Schols, J, van Bokhorst-de Schueren, M & Halfens, RJ, 2009. 'Decreasing Trends in Malnutrition Prevalence Rates Explained by Regular Audits and Feedback.' *The Journal of Nutrition*, vol. 139, 1381–1386.
- Meijers, JMM, van Bokhorst-de Schueren, M, Schols, J, Soeters, P & Halfens, RJ, 2010. 'Defining malnutrition: Mission or mission impossible?' *Nutrition*, vol. 26, 432–440.
- Menard, SW, 2002. *Longitudinal research*, vol. 76 of *Sage University papers Quantitative applications in the social sciences*. Sage Publ., Thousand Oaks, California, 2. edn.
- Menche, N (ed.) 2006. *Repetitorium Pflege heute: Auf der Grundlage von Pflege heute*. Elsevier Urban & Fischer, München, 3. edn.
- Mertens, E, Tannen, A, Lohrmann, C & Dassen, T, 2002. 'Pflegeabhängigkeit im Krankenhaus: Eine beschreibende Studie.' *Pflege*, vol. 15, 195–197.

- Minassian, VA, Drutz, HP & Al-Badr, A, 2003. 'Urinary incontinence as a worldwide problem.' *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 82, 327–338.
- Müller, H, 2008. *Arbeitsorganisation in der Altenpflege: Ein Beitrag zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung*. Schlütersche, Hannover, 3. edn.
- Nelson, R, Furner, S & Jesudason, V, 2001. 'Urinary incontinence in Wisconsin skilled nursing facilities: prevalence and associations in common with fecal incontinence.' *Journal of Aging & Health*, vol. 13, no. 4, 539–547.
- Offermans, MP, Du Moulin, M, Hamers, JP, Dassen, T & Halfens, RJ, 2009. 'Prevalence of Urinary Incontinence and Associated Risk Factors in Nursing Home Residents: A Systematic Review.' *Neurourology and Urodynamics*, vol. 28, 288–294.
- O'Flynn, J, Peake, H, Hickson, M, Foster, D & Frost, G, 2005. 'The prevalence of malnutrition in hospitals can be reduced: Results from three consecutive cross-sectional studies.' *Clinical Nutrition*, vol. 24, 1078–1088.
- Pauly, L, Stehle, P & Volkert, D, 2007. 'Nutritional situation of elderly nursing home residents.' *Z Gerontol Geriat*, vol. 40, 3–12.
- Petrie, A & Sabin, C, 2009. *Medical Statistics at a Glance*. John Wiley & Sons, Oxford, 3. edn.
- Pirlich, M, Schuetz, T, Kemps, M, Luhman, N, Burmester, GR, Baumann, G, Plauth, M, Luebke, HJ & Lochs, H, 2003. 'Prevalence of Malnutrition in Hospitalized Medical Patients: Impact of Underlying Disease.' *Digestive Diseases*, vol. 21, 245–251.
- Pirlich, M, Schuetz, T, Norman, K, Gastell, S, Luebke, HJ, Bischoff, SC, Bolder, U, Frieling, T & Gülden-zoph, H, 2006. 'The German Malnutrition Study.' *Clinical Nutrition*, vol. 25, 563–572.
- Polit, DF & Beck, CT, 2004. *Nursing research: Principles and methods*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 7. edn.
- Polit, DF & Beck, CT, 2008. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, Pa., 8. edn.
- Roe, B, Milne, J, Ostaszkie-wicz, J & Wallace, S, 2007. 'Systematic reviews of bladder training and voiding programmes in adults: a synopsis of findings on theory and methods using metastudy techniques.' *Journal of Advanced Nursing*, vol. 57, no. 1, 3–14.
- Ruspini, E, 2002. *Introduction to longitudinal research*. Social research today. Routledge, London.
- Saxer, S, Halfens, RJ, de Bie, RA & Dassen, T, 2008. 'Prevalence and incidence of urinary incontinence of Swiss nursing home residents at admission and after six, 12 and 24 months.' *Journal of Clinical Nursing*, vol. 17, no. 18, 2490–2496.

- Schneider, SM, Veyres, P, Pivot, X, Soummer, AM, Jambou, P, Filippi, J, van Obberghen, E & Hebuterne, X, 2004. 'Malnutrition is an independent factor associated with nosocomial infections.' *British Journal of Nutrition*, vol. 92, 105–111.
- Schnell, R, Hill, PB & Esser, E, 2008. *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Lehrbuch. Oldenbourg, München, 8. edn.
- Schoberer, D, 2009. *Prävalenz und Management der Inkontinenz in österreichischen Krankenhäuser und Pflegeheimen: Ein Tabu wird thematisiert*. Masterarbeit, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz.
- Schreier, MM & Bartholomeyczik, S, 2004. *Mangelernährung bei alten und pflegebedürftigen Menschen: Ursachen und Prävention aus pflegerischer Perspektive ; Review/Literaturanalyse*. Pflegebibliothek Wittener Schriften. Schlütersche, Hannover.
- Schumacher, S, 2007. 'Epidemiologie und Ätiologie der Harninkontinenz im Alter.' *Urologe*, vol. 46, 357–362.
- SPSS Inc., 2008. 'IBM SPSS Statistics 16: Statistical Package for the Social Sciences.'
URL <http://www.spss.com/de/>[23.07.2010]
- Statistik Austria, 2008. 'BundespflegegeldbezieherInnen.'
URL http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html[06.04.2010].
- Statistik Austria, 2009a. 'Bevölkerungsprognose 2009.'
URL http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html[01.04.2010].
- Statistik Austria, 2009b. 'Demografische Indikatoren.'
URL http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_masszahlen/demographische_indikatoren/index.html[07.04.2010].
- Stratton, RJ, Green, CJ & Elia, M, 2003. *Disease-related malnutrition: An evidence-based approach to treatment*. CABI Pub., Wallingford UK , Cambridge MA.
- Tannen, A, Schuetz, T, Dassen, T, van Nie-Visser, N, Meijers, JMM & Halfens, RJ, 2008. 'Mangelernährung in deutschen Pflegeheimen und Krankenhäusern: Pflegebedarf und pflegerische Versorgung.' *Aktuelle Ernährungsmedizin*, vol. 33, 177–183.
- Taris, T, 2000. *A primer in longitudinal data analysis*. Sage Publ., London.
- Teti, DM, 2005. *Handbook of research methods in developmental science*. Blackwell handbooks of research methods in psychology. Blackwell, Malden, Mass.
- Thom, DH, Hann, MN & van den Eeden, SK, 1997. 'Medically recognized urinary incontinence and risks of hospitalization, nursing home admission and mortality.' *Age and Aging*, vol. 26, 367–374.

- Volkert, D, 2004. 'Leitlinie Enterale Ernährung der DGEM und DGG: Ernährungszustand, Energie- und Substratstoffwechsel im Alter.' *Aktuelle Ernährungsmedizin*, vol. 29, 190–197.
- Watson, R, McKenna, H, Cowman, S & Keady, J, 2008. *Nursing research: Designs and methods*. Elsevier Churchill Livingstone and Churchill Livingstone/Elsevier, Edinburgh, New York.
- Weiss-Faßbinder, S (ed.) 2010. *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz: GuKG*. Manz, Wien, 6. edn.

Anhang

Angaben zur Einrichtung

Art der Einrichtung

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

Dekubitus

	ja	nein
1 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine DekubitusexpertIn/-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, die für die Aktualisierung der Protokolle/Richtlinien zuständig ist und darauf hinweist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Werden PatientInnen mit einem Dekubitus minimal zweiten Grades in Ihrer Einrichtung von einer zentralen AnsprechpartnerIn erfasst (zum Beispiel von einer ExpertIn für Dekubitus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Wird die Zahl der PatientInnen 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 zum Thema Dekubitusprävention?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich des Dekubitus einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus in ein Pflegeheim) weitergegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inkontinenz

	ja	nein
11 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Inkontinenzbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Inkontinenzbehandlung in Ihrer Einrichtung überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine ExpertIn, die für die Aktualisierung des Inkontinenzprotokolls zuständig ist und darauf hinweist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Gibt es auf Einrichtungsebene eine ExpertIn für die Inkontinenzbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 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"/>
16 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene ein Protokoll für die Verwaltung von Inkontinenzmaterial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Inkontinenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich der Inkontinenz einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mangelernährung

	ja	nein
19 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Prävention und/oder Behandlung von Mangelernährung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Prävention von Mangelernährung in Ihrer Einrichtung überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mangelernährung Fortsetzung	ja	nein
21 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene eine multidisziplinäre Beratungskommission/ Ernährungsteam zum Thema Mangelernährung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine ExpertIn, die für die Aktualisierung des Protokolls zur Prävention von Mangelernährung zuständig ist und darauf hinweist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Sind in Ihrer Einrichtung Kriterien für die Ermittlung von Mangelernährung festgelegt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Ist in Ihrer Einrichtung eine DiätassistentIn tätig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 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"/>
26 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Mangelernährung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich des Ernährungszustandes einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intertrigo	ja	nein
28 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien zur Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Werden in Ihrer Einrichtung (nationale) Vorschriften eingehalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Prävention von Intertrigo in Ihrer Einrichtung überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine ExpertIn, die für die Aktualisierung des Protokolls zur Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo zuständig ist und darauf hinweist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 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"/>
33 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Prävention von Intertrigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Intertrigo eine PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen	ja	nein
35 Werden Sturzereignisse in Ihrer Einrichtung dezentral (auf Stationsebene) erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien für die Prävention von Stürzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 Wurde eine nationale Richtlinie in das Protokoll/die Richtlinie der Einrichtung aufgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige mit Informationen über die Sturzgefahr und Sturzprävention?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zum Thema Sturzgefahr, Sturzprävention und Verletzungen für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Sturz/Stürze einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 Werden in Ihrer Einrichtung freiheitsentziehende Maßnahmen dezentral (auf Stationsebene) erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinien für freiheitsentziehende Maßnahmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung über freiheitsentziehende Maßnahmen für das Pflegepersonal Ihrer Einrichtung statt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich freiheitsentziehende Maßnahmen eine PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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 Psychiatrisches Krankenhaus

- Langzeitunterbringung (>6 Monate)
- Geriatriische Station/Wohnbereich
- Sonstiges

D Pflegeheim

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

E Betreuungseinrichtung

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

F Ambulante Pflege

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

G Einrichtung für Menschen mit einer geistigen Behinderung

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

H Einrichtung für Menschen mit einer körperlichen Behinderung

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

I Rehabilitationszentrum

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

J Sonstiges

- Geriatriisches Krankenhaus
- Sonstiges

Dekubitus

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn (z.B. eine Pflegefachperson für Dekubitus und/oder chronische Wunden), die auf dem Gebiet Dekubitus spezialisiert ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Werden alle Risiko- und/oder DekubituspatientInnen im Rahmen der monodisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene erörtert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Werden alle Risiko- und/oder DekubituspatientInnen im Rahmen einer 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 PatientInnen in der Krankenakte aufgezeichnet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf Prävention und/oder Behandlung von Dekubitus bei RisikopatientInnen erforderlich sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Wird das vorgeschriebene Dekubitusmaterial innerhalb von 24 Stunden bei der/dem Betroffenen abgeliefert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 Erhalten alle PatienInnen mit erhöhtem Dekubitusrisiko eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Dekubitusprävention? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Dekubitus einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. von Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Inkontinenz

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 10 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die auf dem Gebiet Inkontinenz spezialisiert ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 Werden alle PatientInnen mit Inkontinenzproblemen im Rahmen einer multidisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene erörtert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien bei Inkontinenz auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf die Inkontinenzbehandlung bei InkontinenzpatientInnen erforderlich sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 Steht das für die Betroffenen vorgeschriebene Inkontinenzmaterial standardmäßig auf der Station/Wohnbereich zur Verfügung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Inkontinenz Fortsetzung	ja	nein
15 Erhalten alle PatientInnen mit Inkontinenz eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Inkontinenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich der Inkontinenz einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangelernährung	ja	nein
17 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die auf dem Gebiet der Mangelernährung spezialisiert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Werden alle RisikopatientInnen und/oder PatientInnen mit Mangelernährung im Rahmen einer multidisziplinären Beratung auf Stations-/Bereich-/Teamebene erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien bei Mangelernährung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Wird das Gewicht der PatientIn bei der Einweisung standardmäßig dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Wird die Körpergröße der PatientIn bei der Einweisung standardmäßig dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Wird der Ernährungszustand der PatientIn bei der Einweisung dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Wird das Risiko für Mangelernährung in der Krankenakte der einzelnen PatientInnen aufgezeichnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen bei PatientInnen mit einem Ernährungsrisiko erforderlich sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Wird die Aufnahme (Flüssigkeit und Nahrung) der PatientIn in der Krankenakte erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Wird auf der Station/Wohnbereich bei (drohender) Mangelernährung standardmäßig mit Proteinen und Kohlehydraten angereicherte Nahrung angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Erhalten alle PatientInnen, die an (drohender) Mangelernährung leiden, eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Mangelernährung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Werden beim Essen auf der Station/Wohnbereich die Umgebungsfaktoren berücksichtigt (z.B. ungestörte Mahlzeiten, ein gedeckter Tisch, Menüauswahl)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Existiert auf der Station/dem Wohnbereich ein Standard/eine Richtlinie bezüglich der regelmäßigen Gewichtserfassung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Wie oft werden die PatientInnen gewogen? (<i>Bitte nur eine Antwort auswählen</i>)		
<input type="checkbox"/> Wöchentlich	<input type="checkbox"/> Unregelmäßig (wenn sich der Zustand de PatientIn verändert)	
<input type="checkbox"/> Monatlich	<input type="checkbox"/> Die PatientInnen werden nicht gewogen	
<input type="checkbox"/> Vierteljährlich		
31 Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich des Ernährungszustandes einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intertrigo	ja	nein
32 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die auf dem Gebiet von Intertrigo spezialisiert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Werden alle PatientInnen mit Intertrigo (oder einem Risiko auf Intertrigo) im Rahmen einer multidisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien bei Intertrigo auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 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"/>
36 Steht das bei Intertrigo vorgeschriebene Material standardmäßig auf der Station/Wohnbereich zur Verfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 Erhalten alle PatientInnen mit Intertrigo eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Intertrigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Intertrigo einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stürze und Freiheitsentziehende Maßnahmen	ja	nein
39 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die auf dem Gebiet der Sturzprävention spezialisiert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Prävention von Stürzen auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 Erfolgt bei der Aufnahme/Einweisung der PatientInnen eine Bewertung des Sturzrisikos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 Werden im Rahmen einer multidisziplinären Beratung spezifische (auf die PatientInnen zugeschnittene) Maßnahmen zur Sturzprävention erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 Werden die spezifischen (auf die PatientInnen zugeschnittenen) Maßnahmen mit der PatientIn und/oder mit den Angehörigen, erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Sturz/Stürze einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45 Gibt es auf der Station/Wohnbereich mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die sich im Bereich freiheitsentziehende Maßnahmen spezialisiert hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zu freiheitsentziehende Maßnahmen auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche freiheitsentziehende Maßnahmen getroffen wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48 Werden freiheitsentziehende Maßnahmen in einem multidisziplinärer Team erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49 Werden freiheitsentziehende Maßnahmen mit der PatientIn und/oder den Angehörigen erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich freiheitsentziehende Maßnahmen einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Grades Dekubitus

Grad 1	Rötung der intakten Haut, die auf leichten Druck hin nicht verschwindet. Weitere klinische Merkmale sind eine Färbung der Haut, lokale Überwärmung, Ödembildung und eine Verhärtung der Haut. Entscheidend ist, dass die Rötung auf leichten Druck hin nicht verschwindet: wird die Haut mit zwei Fingern oder dem Daumen beziehungsweise einer Dekubituslinie 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 wegtropfen.
- **Komplette Inkontinenz:** Kennzeichen einer kompletten Inkontinenz ist das kontinuierliche Heraustropfen von Urin aus der Harnröhre, sowohl tagsüber als auch nachts. Eine komplette Inkontinenz tritt auf, wenn der Schließmuskel der Blase nicht mehr richtig funktioniert.

Intertrigo

Intertrigo ist eine Entzündung, die hauptsächlich zwischen Hautfalten vorkommt.

Maßnahmen Mangelernährung

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

Braden-Skala

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

Modul Allgemeines

Station/Wohnbereich/Team

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

3

1 Hat die PatientIn an der Erhebung teilgenommen?

- Ja (bitte mit Frage 3 fortfahren)
- Nein

2 Wenn nicht, warum hat die 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 PatientInnen obligatorisch

3 Geburtsdatum

Tag Monat Jahr

4 Geschlecht

Mann Frau

5 Datum der Einweisung/Aufnahme

Tag Monat Jahr

6 Wurde die 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 die 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(n) 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:

	Völlig abhängig	Überwiegend abhängig	Teilweise abhängig	Überwiegend unabhängig	Völlig unabhängig
Essen und Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tages- und Nachtrhythmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körpertemperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermeiden von Gefahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakte mit anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinn für Regeln und Werte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alltagsaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lernfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3c 10 Derzeitiges Gewicht der PatientIn in kg ,

3c 11 Derzeitige Körpergröße der PatientIn in cm

3c 12 Wann wurde die PatientIn zum letzten Mal gewogen?

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

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

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

3c 14 Wie viel hat die PatientIn unbeabsichtigt abgenommen? Über 6 kg in den vergangenen 6 Monaten?

- Ja
- Nein

Über 3 kg im vergangenen Monat?

- Ja
- Nein

3a 15 Ist bei der PatientIn Dekubitus festgestellt worden?

Ja, höchster Grad:

- Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4
- Nein (*Bitte mit Frage 17 fortfahren*)

Unbekannt, Grund:

- Die 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 bei der PatientIn 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 die PatientIn Urin?

Wichtiger Hinweis: Wenn die PatientIn aufgrund von Urinretention einen Katheter hat, geben Sie bitte "nie" an.

- Nie (*Bitte mit Frage 24 fortfahren*)
- Die 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:
 - Die PatientIn möchte nicht auf Inkontinenz untersucht werden (*Bitte mit Frage 24 fortfahren*)
 - Aus anderen Gründen unbekannt (*Bitte mit Frage 24 fortfahren*)

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

- Ja
- Nein
- Unbekannt

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

- 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/Krankenhausarzt
- Urologe oder Gynäkologe
- Pflegefachperson
- Unbekannt

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

- Ja
- Nein
- Unbekannt

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

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

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

- Bettgitter Domotika
- PatientInnenschutzdecke Verhaltensbeeinflussende 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.



Modul Dekubitus

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

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 der PatientIn und der pflegenden Angehörigen
- Entlastung der Ferse
- Cremes zum Schutz der Haut
- Sonstiges
- Keine

4 (Roll-) Stuhl- als Präventivmaßnahme

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

3 Betten und Matratzen als Präventivmaßnahme

- Wechseldruckmatratze
- Luftkissenbett
- Kaltschaummatratzen
- Visco-elastische-Schaumstoff-Matratzen
- Sonstiges
- Keine Antidekubitusmatratze/Bett

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

- Ellenbogenschutz
- Fersenschutz
- Felle
- Sonstiges
- Keine

6 Wurde bei der PatientIn Dekubitus festgestellt?

- Ja
- Nein (Modul beendet)

Dekubitus Nur bei PatientInnen 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>

Modul Inkontinenz

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

3b

1 Ist bei der PatientIn von Urininkontinenz die Rede?

- Nie (Bitte mit Frage 7 fortfahren)
- Ja (Bitte mit Frage 2 fortfahren)

Die 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 die PatientIn urininkontinent?

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

4 Welche Menge an Urin verliert die PatientIn?

- Wenige Tropfen
- Einige ml
- Kompletter Harnabgang

5 Wurde eine Urininkontinenz diagnostiziert?

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

6 Welche pflegerische(n) Inkontinenzmaßnahme(n) 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
- Regelmäßiger Toilettengang zu festen Zeiten auf der Station
- Inkontinenzeinlagen/Waschbare Inkontinenzeinlagen
- Inkontinenzslips/Pants
- Inkontinenzbetteinlagen/Waschbare Betteinlagen
- Sonstige
- Keine besonderen Maßnahmen (zum Beispiel bei einem Katheter)

7 Wie häufig tritt bei der PatientIn Stuhlinkontinenz auf?

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

8 Wie lange ist die PatientIn stuhlinkontinent?

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

9 Leidet die PatientIn an inkontinenzbedingten Verletzungen?

- Ja
- Nein (Bitte mit Frage 12 fortfahren)

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

Stelle		Urin	Fäkalien
Rechts und/oder links der Analfalte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
<hr/>			
Dauer	>1 <2 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(die schwerste Verletzung)	>2 <7 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	>7 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
Wann entstanden (die schwerste Verletzung)	Vor der Einweisung in die eigene Einrichtung (ambulante Pflege: vor dem Pflegezeitraum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nach der Einweisung in die eigene Einrichtung (ambulante Pflege: während des Pflegezeitraums)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 Spezielle Hautpflege zur Behandlung inkontinenzbedingter Verletzungen?

- Ja
- Nein

12 Spezielle Hautpflege zur Prävention inkontinenzbedingter Verletzungen?

- Ja
- Nein

Modul Mangelernährung

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

3c

1 Klinisches Bild der PatientIn.

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

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

- Ja
- Nein

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

- Ja
- Nein

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

4 Aus welchem Grund/Gründen hat die PatientIn weniger gegessen als normal? (Es sind mehrere Antworten möglich)

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

5 Wurde der Ernährungszustand der PatientIn bei der Einweisung von Pflegenden erfasst?

- Ja
- Nein (Bitte mit Frage 8 fortfahren)

6 Welche(r) Aspekt(e) wurde(n) bei der Erfassung des Ernährungszustands untersucht? (Es sind mehrere Antworten möglich)

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

7 Was war das Resultat des Screenings des Ernährungszustands?

- Nicht mangelernährt
- Risiko für Mangelernährung
- Mangelernährt
- Unbekannt

8 Wie oft findet eine Überwachung des Gewichtes statt?

- Wöchentlich
- Monatlich
- Alle 2 bis 3 Monate
- Wenn sich der Zustand der PatientIn verändert
- Sonstiges
- Nicht

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

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

BITTE UNBEDINGT ALLE FRAGEN AUSFÜLLEN!

10 Wurden Körperlänge und Gewicht der PatientIn 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 die PatientIn schwer erkrankt und hat die PatientIn im vergangenen Zeitraum > 5 Tage nicht gegessen oder ist davon auszugehen, dass er/sie in den kommenden Tagen keine Nahrung zu sich nehmen wird?

- Ja
- Nein

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

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

13 Welche Maßnahmen zur Mangelernährung wurden bei der PatientIn ergriffen? *(Es sind mehrere Antworten möglich)*

- DiätassistentIn eingeschaltet
- Energiereiche (proteinreiche) Diät
- Energiereiche Zwischenmahlzeiten
- Orale Nahrungsergänzung (Flüssignahrung und Nahrungsergänzungsmittel)
- Sondennahrung
- Parenterale Ernährung
- Angepasste Konsistenz (passiert, eingedickt)
- Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme
- Keine Maßnahmen wegen palliativen Zustandes

14 Wurde die Auswirkung der eingeleiteten Maßnahme(n) ausgewertet?

- Ja
- Nein

15 Hat die PatientIn Probleme beim Schlucken?

- Ja
- Nein

Modul Intertrigo

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

3d

1 An welchen Stellen ist die PatientIn an Intertrigo erkrankt?

(Es sind mehrere Antworten möglich)

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

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(n) Maßnahme(n) zur Prävention/ Behandlung von Intertrigo wurde(n) ergriffen? (Es sind mehrere

Antworten möglich)

- Gespräche mit der PatientIn über Präventivmaßnahmen
- Einschalten einer ExpertIn
- 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
- Keine

Modul Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen

3e

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

- 1 Wie oft ist der PatientIn in die vergangenen 30 Tagen gestürzt?**
- Unbekannt *(Bitte mit Frage 10 fortfahren)*
- Nicht gestürzt *(Bitte mit Frage 10 fortfahren)*
- 1x
- 2x
- 3x
- >3x
- 2 Wann ist die 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)
- 3 Stehen über den jüngsten Sturz Angaben zur Verfügung?**
- Ja
- Nein *(Bitte mit Frage 10 fortfahren)*
- 4 Zeitpunkt des Sturzes**
- 07.01 - 14.00 Uhr
- 14.01 - 22.00 Uhr
- 22.01 - 07.00 Uhr
- 5 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 | |
- 6 Welche Aktivität führte die 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
- 7 Was war die Hauptursache des Sturzes?**
- Unbekannt
- Körperliche Gesundheitsprobleme
- Psychische Gesundheitsprobleme
- Externe Faktoren
- 8 Hat der Sturz bei der PatientIn Verletzungen verursacht?**
- Ja
- Nein *(Bitte mit Frage 10 fortfahren)*
- 9 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
- 10 Hat die PatientIn Angst, zu stürzen?**
- Ja
- Nein
- 11 Vermeidet die PatientIn Aktivitäten?**
- Ja
- Nein
- 12 Welche Maßnahmen zur Sturzprävention wurden bei der PatientIn ergriffen? *(Es sind mehrere Antworten möglich)***
- Auswertung der Medikation
- Übungstherapie
- Auswertung der Hilfsmittel
- Alarmierung (Sensormatte, Alarmsensor, Alarmklingel)
- Untersuchung des Visus
- Auswertung des Tagesprogramms
- Beaufsichtigung
- Absprachen (mit der PatientIn, Angehörigen, MitarbeiterInnen)
- Anpassen der Umgebung
- Sonstiges
- Keine
- 13 Welche Maßnahmen zur Verletzungsprävention wurden bei der PatientIn ergriffen? *(Es sind mehrere Antworten möglich)***
- Kopfschutz
- Schiene/Stütze
- Hüftschutz hart
- Hüftschutz weich
- Stärkung der Knochen
- Sonstiges
- Keine

14 Wurde bei der PatientIn in den vergangenen 7 Tagen eine freiheitsentziehende Maßnahme ergriffen?

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

15 Wer initiierte die Anwendung der freiheitsentziehenden Maßnahme(n)?

- die VertreterIn/Angehörige
- eine Pflegefachperson/Arzt
- PatientIn

16 Was war der Hauptgrund für die freiheitsentziehende(n) Maßnahme(n) der PatientIn?

- Unbekannt
- Sturzprävention
- Ermöglichung der medizinischen Behandlung
- Umherirren der PatientIn
- Aggressives Verhalten
- Nachtruhe
- Sonstiges

17 Haben die freiheitsentziehende Maßnahmen zu Verletzungen geführt?

- Ja
- Nein (*Modul beendet*)

18 Welche Verletzungen wurden durch die freiheitsentziehenden Maßnahmen bei der PatientIn verursacht?

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