

Masterarbeit

**Stürze bei PatientInnen und BewohnerInnen
in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen
- Prävalenz, Prävention und Pflegeabhängigkeit -**

eingereicht von

Angelika Lackner, BSc

Matr. Nr. 0533078

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 23. September 2010

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, am 23. September 2010

Angelika Lact

Danksagung

Nun möchte ich die Möglichkeit nutzen, um mich bei den Menschen zu bedanken, die mich bei der Bearbeitung meiner Masterarbeit unterstützt haben.

Besonders möchte ich mich bei Frau Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ rer.cur. Christa Lohrmann für die Betreuung meiner Masterarbeit bedanken, die mir immer mit wertvollen Ratschlägen zur Seite gestanden ist und mich immer wieder auf den richtigen Weg geführt hat. Vielen Dank!

Ferner gilt mein Dank dem Institut für Pflegewissenschaft für die Möglichkeit der Teilnahme an der Erhebung und der Bereitstellung der Daten. Desweiteren gilt mein Dank den teilnehmenden Einrichtungen.

Ein großes Dankeschön gilt Mama, Papa und Lisa, die mich während meiner Studienzzeit und des Verfassens meiner Masterarbeit immer unterstützt und Interesse gezeigt haben.

Ich möchte mich bei meinem Günther sehr bedanken, der während dieser Zeit immer Geduld gezeigt und mich sehr unterstützt hat.

Ein großes Dankeschön gilt Karo, die immer versuchte meine Fragen zu beantworten, so lieb war, meine Arbeit Korrektur zu lesen und mir immer eine sehr große Stütze war. Vielen Dank für alles!!!

Ich möchte mich herzlich bei meiner Denny bedanken, mit der ich meine Studienzzeit verbringen durfte, die mir immer mit Rat und Tat zur Seite stand und die mich immer unterstützte. Vielen Dank für die schöne Zeit!!!

Schließlich möchte ich mich bei auch meinen Kolleginnen der Forschungsgruppe für die Diskussionen und Hilfestellungen bei unseren „Mittwochstreffen“ und die gute Zusammenarbeit bedanken. Auch möchte ich mich hierbei bei Manu sehr bedanken, die immer bereit war meine Fragen zu beantworten und sehr geduldig mit mir war. Danke!

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung.....	I
Danksagung	II
Glossar.....	V
Abkürzungsverzeichnis	VIII
Abbildungsverzeichnis.....	IX
Tabellenverzeichnis	X
Zusammenfassung	XI
Abstract	XII
1 Einleitung	1
1.1 Sturz	2
1.2 Risikofaktoren	2
1.3 Pflegeabhängigkeit.....	4
1.4 Konsequenzen.....	5
1.4.1 Physische Konsequenzen	5
1.4.2 Psychologische Konsequenzen.....	6
1.4.3 Finanzielle Konsequenzen	7
1.5 Sturzprävalenz	8
1.6 Relevanz des Themas „Sturz“	9
2 Literaturrecherche.....	10
2.1 Vorgehensweise bei der Literaturrecherche	10
2.2 Ergebnisse der Literaturrecherche	13
2.2.1 Ergebnisse von internationalen Sturzprävalenzstudien	13
2.2.1.1 Prävalenzraten aus internationalen Studien	20
2.2.1.2 Sturzbedingte Verletzungen	22
2.2.1.3 Sturzumstände	22
2.2.1.4 Alter und Geschlecht	23
2.2.2 Angewandte Maßnahmen zur Sturzprävention	24
2.2.3 Pflegeabhängigkeit und Sturz.....	26
2.3 Fazit aus der Literaturrecherche	28
3 Zielsetzungen und Forschungsfragen	30

4	Methode.....	31
4.1	Studiendesign	31
4.2	Stichprobe.....	31
4.3	Messinstrument.....	32
4.4	Ethische Aspekte	33
4.5	Datensammlung	33
4.6	Datenanalyse.....	34
5	Ergebnisse	36
5.1	Beschreibung der Stichprobe.....	36
5.1.1	Alter, Geschlecht und Pflegeabhängigkeit der Stichprobe	37
5.1.2	Krankheitsbilder/Pflegebedarf.....	38
5.2	Sturzprävalenz	40
5.2.1	Krankheitsbilder/Pflegebedarf.....	41
5.2.2	Geschlecht und Alter	42
5.2.3	Zeitpunkt und Ursache der Stürze	44
5.2.4	Sturzbedingte Verletzungen	46
5.2.5	Angst vor Stürzen und Geschlecht	48
5.3	Anwendung von Präventionsmaßnahmen.....	50
5.4	Pflegeabhängigkeit und Sturz.....	53
6	Diskussion	56
6.1	Sturzprävalenz	56
6.1.1	Sturz und Geschlecht	57
6.1.2	Sturz und Alter	57
6.1.3	Sturzumstände	58
6.1.4	Sturzbedingte Verletzungen	59
6.2	Sturz- und Verletzungspräventionsmaßnahmen.....	60
6.3	Pflegeabhängigkeit und Sturz.....	61
6.4	Limitationen und Stärken der Studie	62
6.5	Empfehlungen.....	63
7	Literaturverzeichnis	XIII
8	Anhang	XXI

Glossar

Assessment – Die Einschätzung eines bestimmten Gesundheitszustandes, komplexeres Verfahren als ein Screening

Barthel-Index – Dieser ist ein anerkanntes Assessmentinstrument zur Bestimmung der Selbsthilfefähigkeit bei den grundlegenden Aktivitäten des Lebens (Krause 2005).

Bias – Die Einflussnahme oder Handlungsweise im Rahmen einer Studie, die die Ergebnisse verfälscht oder durch Tendenzbildung die Objektivität beeinträchtigt (Burns & Grove 2005)

Deskriptives Studiendesign – Design, dessen Ziel es ist, ein bestimmtes Phänomen und Variablen innerhalb dieses Phänomens zu identifizieren, konzeptionelle und operationale Definitionen von Variablen zu entwickeln und Variablen zu beschreiben (Burns & Grove 2005, p. 555)

Gelegenheitsstichprobe – Auswahl von momentan verfügbaren Personen, die bereit sind an einer Studie teilzunehmen (Polit & Beck 2008)

Hüftprotektor – Ergonomisch geformte Kunststoffschale, die Schutz vor Sturzfolgerisiken bietet, insbesondere Schutz vor Schenkelhalsfrakturen (Pierobon & Funk 2007, p. 75)

Informierte Zustimmung – Das Einverständnis eines/einer möglichen Teilnehmers/Teilnehmerin, freiwillig an einer Studie teilzunehmen, nach ausreichender Information über die Studie (Burns & Grove 2005)

Intertrigo – Wundwerden der Haut zwischen Hautfalten (Menche, Bazlen & Kommerell 2001, p. 184)

Item – Eine Frage oder Aussage in einem Fragebogen oder Aufgabe in einem Test (Bortz & Döring 2006, p. 730)

Literaturübersicht – Eine Zusammenfassung von aktuellen und theoretischen Literaturquellen, mit dem Ziel, einen Überblick über den momentanen Stand der Wissenschaft zu einem bestimmten Thema zu bekommen (Burns & Grove 2005)

Median – auch zentrale Tendenz, halbiert eine Verteilung mindestens ordinalskalierteter Messwerte (Bortz & Döring 2006, p. 733)

Mittelwert – Der Wert einer Verteilung, der sich ergibt, wenn die Summe aller Werte einer Verteilung durch die Gesamtzahl der Werte geteilt wird (Bortz 1999)

Multizentrische Studie – Eine Studie wird in mehreren Einrichtungen zur gleichen Zeit durchgeführt

Nykturie – Ein vermehrtes nächtliches Wasserlassen (Menche, Bazlen & Kommerell 2001, p. 1139)

Pflegeheim – Einrichtungen wie Alten-, Pflege- und Seniorenheime

Prävalenz – Eine epidemiologische Maßzahl, die angibt, wie viele Personen einer Zielpopulation zu einem bestimmten Zeitpunkt bzw. über eine bestimmte Zeitspanne an einer bestimmten Krankheit leiden (Bortz & Döring 2006)

Prävalenzstudie – Eine Querschnittstudie, die durchgeführt wird, um eine Bevölkerungsgruppe mit einem bestimmten Gesundheitszustand zu einem bestimmten Zeitpunkt zu untersuchen (Polit & Beck 2008)

Quantitative Daten – Merkmalsausprägungen von Untersuchungsobjekten, die zahlenmäßig und numerisch erfasst sind (Bortz & Döring 2006, p. 738)

Querschnittstudie – Ein Studiendesign zur gleichzeitigen Untersuchung von TeilnehmerInnengruppen, die sich in verschiedenen Entwicklungsstadien befinden, mit dem Ziel, über einen bestimmten Zeitraum hinweg Aufschluss über bestimmte Trends zu erhalten (Burns & Grove 2005, p. 575)

Setting – Ort, Umgebung, wo die Forschungen durchgeführt werden (Burns & Grove 2005, p. 577)

Signifikanzniveau – Die Irrtumswahrscheinlichkeit, die ein Studienergebnis maximal aufweisen darf, damit die Alternativhypothese als bestätigt gelten kann. Allgemein spricht man von einem signifikanten Ergebnis, wenn die Irrtumswahrscheinlichkeit höchstens 5%, von einem sehr signifikanten Ergebnis, wenn sie höchstens 1% beträgt (Bortz 1999)

Statistische Signifikanz – Das Ausmaß, indem die Ergebnisse aller Wahrscheinlichkeit nach, nicht auf Zufällen beruhen (Burns & Grove 2005, p. 578)

Sturzrisikoscreening – Die Einschätzung des Sturzrisikos, worauf ein Assessment folgen sollte

Abkürzungsverzeichnis

CINAHL[®] – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege

EMBASE – Excerpta Medical Database

et al. – et alii „und andere“

KH – Krankenhaus

n – Stichprobengröße

PAS – Pflegeabhängigkeitsskala

PH – Pflegeheim

TN – TeilnehmerInnen

χ^2 – Chi²

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schlüsselwörter der Literaturrecherche	10
Abbildung 2: Vorgehensweise bei der Literaturrecherche.....	12
Abbildung 3: Gründe für die Nichtteilnahme im Pflegeheim	36
Abbildung 4: Gründe für die Nichtteilnahme im Krankenhaus	37
Abbildung 5: Geschlechterverteilung im Krankenhaus und Pflegeheim.....	38
Abbildung 6: Gestürzte Männer und Frauen.....	43
Abbildung 7: Altersgruppen der gestürzten PatientInnen und BewohnerInnen.....	44
Abbildung 8: Zeitpunkte der Stürze in Krankenhäusern und Pflegeheimen.....	45
Abbildung 9: Sturz vor und nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung	46
Abbildung 11: Arten der Verletzungen im Krankenhaus und Pflegeheim	47
Abbildung 10: sturzbedingte Verletzungen im Krankenhaus und Pflegeheim	47
Abbildung 12: sturzbedingte Verletzungen bei Männern und Frauen.....	48
Abbildung 13: Angst zu stürzen im Krankenhaus und Pflegeheim.....	49
Abbildung 14: Angst zu stürzen bei Frauen und Männern	49
Abbildung 15: Angewandte Maßnahmen zur Sturzprävention	51
Abbildung 16: Pflegeabhängigkeit bei gestürzten und nicht-gestürzten TeilnehmerInnen ..	54

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Sturzrisikofaktoren	3
Tabelle 2: Übersicht ausgewählter Sturzprävalenzstudien.....	14
Tabelle 3: Beschreibung der Stichprobe	37
Tabelle 4: Übersicht zu den Krankheitsbildern der TeilnehmerInnen.....	39
Tabelle 5: Sturzprävalenz der vergangenen 30 Tage im Krankenhaus und Pflegeheim	40
Tabelle 6: Häufigkeit der Stürze in den vergangenen 30 Tagen im Krankenhaus und Pflegeheim.....	41
Tabelle 7: Krankheitsbilder/Pflegebedarf bei gestürzten und nicht gestürzten TeilnehmerInnen.....	42
Tabelle 8: Altersgruppen der gestürzten TeilnehmerInnen im Krankenhaus und Pflegeheim	43
Tabelle 9: Hauptursachen für Stürze.....	45
Tabelle 10: Angewandte Präventionsmaßnahmen im Krankenhaus und Pflegeheim (Mehrantworten möglich)	50
Tabelle 11: Angewandte Präventionsmaßnahmen in Abhängigkeit vom Sturzzeitpunkt....	52
Tabelle 12: Pflegeabhängigkeit bei gestürzten und nicht gestürzten TeilnehmerInnen	53
Tabelle 13: Unterschiede der Pflegeabhängigkeit bei gestürzten und nicht-gestürzten TeilnehmerInnen.....	55

Zusammenfassung

Stürze stellen ein schwerwiegendes und häufiges Pflegeproblem dar, das nicht nur gravierende physische und psychische Konsequenzen für die Betroffenen und deren Angehörige hat, sondern auch finanzielle Folgen für die Gesundheitseinrichtungen und das Gesundheitssystem nach sich ziehen. Internationale Sturzprävalenzraten in Krankenhäusern und Pflegeheimen reichen von 1,9% bis hin zu 24,4%. Bei einer Prävalenzerhebung in österreichischen Gesundheitseinrichtungen zeigte sich im Jahr 2009 eine Sturzrate von 13%. Ein Vergleich der internationalen Sturzprävalenzraten ist schwierig, da unterschiedliche Definitionen von Sturz, Erhebungszeiträume, Erhebungsmethoden und Studiendesigns verwendet werden.

Ziel dieser Arbeit war es, die Sturzprävalenz in Österreich standardisiert zu erheben, sowie Maßnahmen zur Sturz- und Verletzungsprävention. Ferner wurde auch die Pflegeabhängigkeit der TeilnehmerInnen eingeschätzt.

In jeweils 18 Krankenhäusern und Pflegeheimen wurden Daten von 3838 PatientInnen und BewohnerInnen erhoben. Die Sturzprävalenz lag bei PatientInnen in Krankenhäusern bei 13,7% und bei BewohnerInnen in Pflegeheimen bei 9,7%. In den Krankenhäusern ereigneten sich signifikant häufiger Stürze vor der Einweisung in die Einrichtung als in Pflegeheimen. In Pflegeheimen wurden statistisch signifikant häufiger Maßnahmen zur Verletzungs- und Sturzprävention, wie zum Beispiel eine Anpassung der Umgebung, angewandt als in Krankenhäusern. Gestürzte TeilnehmerInnen zeigten im Vergleich zu Nicht-gestürzten eine höhere Pflegeabhängigkeit, besonders bei der Körperpflege, Mobilität und beim An- und Ausziehen.

Es wurde herausgefunden, dass die Prävalenzrate von Stürzen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen höher ist als in anderen internationalen Studien zu diesem Thema. Eine mögliche Erklärung dafür wäre, dass diese Problematik in der pflegerischen Praxis bisher noch nicht ausreichend behandelt wurde. Durch diese Erhebung zeigt sich, dass das Thema Sturz mehr in den Fokus der Pflege gerückt werden muss. Durch die Teilnahme an Prävalenzerhebungen kann das Ausmaß von Stürzen in Gesundheitseinrichtungen bestimmt werden, woraufhin Maßnahmen und Präventionen überprüft und die Praxis ggf geändert werden kann, um in weiterer Folge die Pflegequalität zu verbessern. Eine regelmäßige Teilnahme der einzelnen Einrichtungen und eine größere Stichprobe wäre wünschenswert, um Vergleiche zwischen den Einrichtungen und mögliche Trends über mehrere Jahre hinweg ermöglichen zu können.

Abstract

Falls demonstrate a severe and important problem, which causes not only physical and psychological consequences for the persons concerned and their relatives, but also financial harms for the health care facilities and the health care system.

International studies in hospitals and nursing homes show fall prevalence rates between 1,9% and 24,4%. A prevalence study carried out in Austria in the year 2009 showed a fall rate of 13% in hospitals and nursing homes. A comparison of the international fall rates is difficult because there were used different definitions of falls and study designs, diverse survey periods and methods.

The aim of this study was to measure the prevalence of falls with a standardised method and to survey the utilization of fall and injury prevention measures. Furthermore the degree of care dependency of people who experienced a fall was assessed.

This study is based on the information about care-related problems from 18 hospitals and 18 nursing homes with 3838 patients and residents. The prevalence rate of falls was 13,7% in hospitals and 9,7% in nursing homes. There were statistically significant more falls before admission to hospitals than to nursing homes. It was found no statistically significant difference between falls and gender, and between gender and fall-related injuries. In nursing homes measures for the fall and injury prevention, for example like adaptation of the environment, were statistical significant more often utilized in nursing homes than in hospitals. Participants who experienced a fall were more care dependent than those who didn't, especially at hygiene, mobility and getting dressed and undressed.

The prevalence of falls in Austria was higher than in international studies. This could be defined thus that in nursing practice there was not dealt sufficiently with the problem of falls. Because of this study it could be shown that the problem of falls should be positioned in the focus of nursing. With prevalence studies the degree of the problem „fall“ could be determined in health care facilities. Thus measures for fall prevention could be checked and the nursing practice could possibly be changed consequently to improve the nursing quality. A larger sample would be desirable for further studies to make comparisons between health care facilities and to identify trends over the years.

1 Einleitung

Stürze und sturzassoziierte Verletzungen bei älteren Menschen in Pflegeheimen und Krankenhäusern werden zu einem immer größeren Problem für das Gesundheitswesen, da sie hohe Kosten verursachen und zu schwerwiegenden Konsequenzen für die Betroffenen führen können. Am häufigsten sind ältere Menschen ab dem Alter von 65 Jahren davon betroffen (Halfon et al. 2001; Woolf & Akesson 2003). Daten aus Österreich zeigen, dass sich die Altersstruktur deutlich hin zu den älteren Menschen verschiebt. Derzeit sind rund 23% der Bevölkerung im Alter von 60 Jahren und älter. 2020 werden es rund 26% der Bevölkerung sein (STATISTIK AUSTRIA 2010).

Durch diesen Anstieg der Lebenserwartung und des Anteils der über 65-jährigen werden Stürze zu einem relevanten Problem, da diese die häufigsten unerwünschten Ereignisse nach Arzneimittelnebenwirkungen bei älteren PatientInnen während der Krankenhausbehandlung darstellen (Thomas & Brennan 2000).

Die Prävalenz der Stürze in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen wurde im Jahr 2009 im Rahmen einer Prävalenzerhebung in ganz Österreich erfasst. Hierbei lagen die Sturzraten in den letzten 30 Tagen in Krankenhäusern und in Pflegeheimen bei 13,1 % (Lohrmann 2009). Bei einer prospektiven Studie in einem deutschen geriatrischen Krankenhaus stürzten 17% der PatientInnen (n=5946), wovon 0,56% eine sturzassoziierte Fraktur erlitten (Von Renteln-Kruse & Krause 2004). In deutschen Krankenhäusern und Pflegeheimen wurden 2002 und 2004 Prävalenzerhebungen unter anderem zum Thema Sturz durchgeführt. Hierbei lag im Jahr 2002 die Sturzrate in Krankenhäusern bei 3,8% (n=3348) und 2004 bei 3,4% (n=4409). Pflegeheime verzeichneten im Jahr 2002 eine Sturzrate von 6,3% (n=1091) und 2004 eine Rate von 7,1% (n=2339) (Heinze et al. 2007). Bei einer prospektiven Studie 2002 in St. Louis, USA, zeigte sich eine Sturzrate von 3,38 Stürzen pro 1000 PatientInnentagen (Hitcho et al. 2004).

Stürze sind die häufigsten und schwerwiegendsten Unfälle, die bei älteren Menschen zu Hause passieren. Sie sind ein Hauptgrund für eine Einweisung ins Krankenhaus oder in ein Pflegeheim, auch wenn keine schweren Verletzungen die Folge waren (Todd & Skelton 2004). In einem neurologischen Krankenhaus in Deutschland werden 7% aller PatientInnen aufgrund von Stürzen aufgenommen (Stolze et al. 2004).

1.1 Sturz

Die Definitionen zum Begriff „Sturz“ variieren in der Literatur und werden meist der Methodologie und den Zielen der jeweiligen Studien angepasst. In verschiedenster Literatur werden Ausschlusskriterien für Stürze in den Definitionen vermerkt. Dies kann sich als schwierig herausstellen, da Stürze oft unbeobachtet passieren und die eigentliche Ursache des Sturzes dann nicht nachvollziehbar ist. Es wird eine allgemeine Definition empfohlen, die keine Ereignisse ausschließt und bei den einzelnen Untersuchungen noch mit den Punkten Sturzzeitpunkt, -ort und Aktivität, ergänzt werden könnte. Die nach einer Literatursuche von Hauer et al. (2006) als am häufigsten verwendete identifizierte Definition, ist jene von der Kellogg International Working Group von 1987 (Hauer et al. 2006).

Im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit wird die nachfolgende Definition von Sturz herangezogen, um ein umfassendes Verständnis vom Begriff „Sturz“ zu erhalten.

“an event which results in the person coming to rest inadvertently on the ground or other lower level.” (Kellogg International Working Group on the prevention of falls by the elderly 1987, p. 4)

„ein Ereignis, in dessen Folge eine Person unbeabsichtigt auf dem Boden oder einer tieferen Ebene zu liegen kommt.“ (trans. DNQP 2006, p. 6)

Der zweite Teil der Definition - die Einschränkung, dass ein Sturz nicht als Konsequenz von einem gewaltsamen Schlag, Bewusstseinsverlust, plötzlichen Lähmungsanfall oder einem epileptischen Anfall geschieht - dieser international anerkannten Definition wird in dieser Arbeit nicht berücksichtigt, da viele Stürze unbeobachtet passieren und die eigentliche Ursache des Sturzes oft nicht nachvollziehbar ist (DNQP 2006; Lord, Sherrington & Menz 2001).

1.2 Risikofaktoren

Es gibt eine Vielzahl von Risikofaktoren, die Stürze begünstigen können. Hierbei muss erwähnt werden, dass das Sturzrisiko mit der Anzahl der Risikofaktoren steigt (Tinetti & Kumar 2010).

Vor der Beschreibung der Risikofaktoren soll vorerst das Sturzrisiko laut NANDA Diagnose definiert werden, um den Begriff zu spezifizieren.

„*Increased susceptibility to falling that may cause physical harm*” (NANDA International 2009, p. 245)

„*Gesteigerte Anfälligkeit für Stürze, die einen möglichen physischen Schaden verursachen könnten*“ (NANDA International 2009, p. 312) [Übersetzung A.L.]

Die Risikofaktoren können in intrinsische und extrinsische Faktoren unterteilt werden und sollen in Tabelle 1 veranschaulicht werden (Woolf & Akesson 2003).

Tabelle 1: Sturzrisikofaktoren (Fonad et al. 2009; Hitcho et al. 2004; Halfon et al. 2001; Krauss et al. 2005; Lord et al. 2003; Müller et al. 2009; Oliver et al. 2004; Vasallo et al. 2005; Wolf & Akesson 2003)

Intrinsische Faktoren	Extrinsische Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> - Frühere Stürze - Medizinische Diagnosen wie Diabetes, Parkinson, Stuhl- und Urininkontinenz - Hohes Alter - Geschlecht - Eingeschränkte Mobilität - Gangunsicherheit - Psychologischer Status (Angst vor Stürzen, Unsicherheit) - Eingeschränkter kognitiver Status (Verwirrtheit, Agitiertheit, eingeschränktes Erinnerungsvermögen) - Seheinschränkung - Hörschwäche 	<ul style="list-style-type: none"> - Medikamente (Benzodiazepine, Sedativa, Psychopharmaka, psychotropische Medikamente) - Unzureichendes Schuhwerk - Freiheitsentziehende Maßnahmen - Rahmenbedingungen (schlechte Licht- und Bodenverhältnisse)

PatientInnen und BewohnerInnen, die über 65 Jahre alt sind, haben ein erhöhtes Risiko zu stürzen (Halfon et al. 2001; Krauss et al. 2005; Mertens, Halfens & Dassen 2007). PatientInnen bzw. BewohnerInnen, die 70 Jahre oder älter sind, sind fünfmal so sturzgefährdet wie jüngere Personen. Ab einem Alter von 75 Jahren nimmt das Sturzrisiko jedoch wieder ab. Dies könnte daraus resultieren, da betagtere Personen eine geringere Mobilität aufweisen als die jüngeren Alten und daher weniger Gelegenheit haben zu stürzen (Heinze, Lahmann & Dassen 2002).

Das Geschlecht als Risikofaktor zeigt in der Literatur unterschiedliche Ergebnisse. Bei Halfon et al. (2001) und Hitcho et al. (2004) stürzten mehr Männer als Frauen, in

Verbindung mit einer Erkrankung, wobei bei Kerzman et al. (2004) die Ergebnisse keine Unterschiede bei Stürzen zwischen den Geschlechtern feststellten. Jedoch sind Frauen nach Stürzen häufiger von Verletzungen betroffen (Müller et al. 2009). Außerdem zeigte sich, dass Inkontinenz insbesondere Nykturie einen ausschlaggebenden Risikofaktor darstellt, da bei einer retrospektiven Fall- Kontroll Studie von Müller et al. (2009) festgestellt wurde, dass 42% der Stürze in der Nacht erfolgten.

Unzureichendes Schuhwerk, das nicht geschlossen oder nicht passend ist, ist die Ursache bei 9,6 % der Stürze bei PatientInnen (Von Renteln-Kruse & Krause 2004).

Der Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen stellt einen signifikanten Risikofaktor für Stürze dar (Fonad et al. 2009). Es konnte gezeigt werden, dass durch eine Reduzierung von diesen Maßnahmen die Sturzprävalenz gesenkt werden konnte (Capezuti et al. 2007).

Darüber hinaus wurde herausgefunden, dass PatientInnen, die selten bis gar nicht die Alarmglocke an ihrem Bett benutzen, ein höheres Risiko haben zu stürzen (Krauss et al. 2005).

PatientInnen bzw. BewohnerInnen, die ohne Hilfe nicht mehr sitzen oder stehen können, haben ein geringeres Sturzrisiko als jene, die selbständig sitzen und stehen können. Das höchste Sturzrisiko haben jene PatientInnen bzw. BewohnerInnen, die zwar aufstehen, aber nicht ohne Hilfe stehen können (Lord et al. 2003).

1.3 Pflegeabhängigkeit

Risikofaktoren für Stürze sind nicht nur bestimmte Erkrankungen oder Einschränkungen, sondern auch Pflegeabhängigkeit. Diejenigen Personen unter höchstem Sturzrisiko, sind nicht vollständig pflegeabhängig, aber auch nicht völlig unabhängig – sie stehen auf einer mittleren Pflegeabhängigkeitsstufe (Heinze et al. 2008).

Unter dem Begriff „Pflegeabhängigkeit“ soll in dieser Masterarbeit folgendes verstanden werden:

„Nursing care dependency is a process in which the professional offers support to a patient whose self-care abilities have decreased and whose care demands make him/her to a certain degree dependent, with the aim of restoring this patient's independence in performing self-care“ (Dijkstra, Buist & Dassen 1998, p. 146)

Pflegeabhängigkeit ist definiert

„als ein Prozess, in dem professionelle Pflegende 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.“ (trans. Mertens et al. 2002, p. 196)

Eine Möglichkeit, den Grad der Pflegeabhängigkeit bei PatientInnen bzw. BewohnerInnen zu erheben, ist die Pflegeabhängigkeitsskala (PAS). Diese ist ein reliables und valides Instrument, das 1996 in den Niederlanden für PatientInnen mit Demenz und mentalen Einschränkungen entwickelt und bereits auch in deutscher Sprache psychometrisch überprüft wurde (Lohrmann, Dijkstra & Dassen 2003). Die PAS bietet eine solide Basis zur Planung und Durchführung einer individuellen Pflege.

Als Fundament der PAS dienen die 14 Grundbedürfnisse des Menschen von Virginia Henderson mit der Erweiterung des Items „Kommunikation“. Das Instrument ermöglicht eine Einteilung der PatientInnen in fünf Gruppen: völlig abhängig, überwiegend abhängig, teilweise abhängig, überwiegend unabhängig und völlig unabhängig. Hierbei können Werte zwischen 15 – 75 Punkten erreicht werden, dies bedeutet, umso kleiner die Punktzahl ist, desto pflegeabhängiger sind die PatientInnen. Mit der PAS kann eine konkrete Einschätzung der Pflegeabhängigkeit aus Sicht der Pflegenden erfolgen (Lohrmann, Dijkstra & Dassen 2003; Lohrmann et al. 2003; Mertens et al. 2002).

Nicht nur die Risikofaktoren von Stürzen beschreiben die Relevanz des Themas „Sturz“ sondern auch die zahlreichen Konsequenzen von Stürzen müssen dabei aufgezeigt werden.

1.4 Konsequenzen

Die Konsequenzen von Stürzen können in drei Ebenen unterteilt werden: die körperliche, psychische und finanzielle Ebene.

1.4.1 Physische Konsequenzen

Die physischen Folgen von Stürzen reichen von Schmerzen, Schürfwunden, Hämatomen über Platzwunden und Frakturen (Krause 2005). Der Anteil der Frakturen als Folge von Stürzen reicht von 1% bis 11,9% (Heinze, Lahmann & Dassen 2002; Krause 2005). Wenn

Verletzungen nach Stürzen auftreten, verlängern sich die Aufenthaltstage im Krankenhaus und eine mögliche Überweisung in ein Pflegeheim kann die Folge sein (Krause 2005).

Eine sturzassoziierte Verletzung wird definiert als eine körperliche Verletzung oder mögliche Verletzung, die medizinische Aufmerksamkeit zur Folge hat, mit diagnostischen Tests, Behandlung und weiterführender Pflege (Findorff et al. 2007). Stürze können eine Einschränkung der funktionellen Kapazität und einen erhöhten Bedarf an Gesundheitsleistungen zur Folge haben (Martin et al. 2005).

Verletzungen können, nach ihrem Schweregrad, folgend eingeteilt werden:

- Keine Verletzung: Kein Nachweis einer Hautabschürfung oder eines Blutergusses und keine Schmerzen nach dem Sturz.
- Minimale Verletzung: Eine kleine Abschürfung oder ein kleiner Bluterguss, wobei keine weitere medizinische Behandlung notwendig ist.
- Mittlere Verletzung: eine Verletzung, die eine medizinische Behandlung erfordert, aber nicht als schwere Verletzung gilt.
- Schwere Verletzung: eine schwere Verletzung beinhaltet Frakturen, Kopfverletzungen oder Wunden, die eine größere chirurgische Wundnaht erfordern (Morse 2008, p. 46).

1.4.2 Psychologische Konsequenzen

Eine schwerwiegende psychologische Folge ist das 'Post-fall Syndrom', wobei die Angst der Betroffenen vor weiteren Stürzen so groß ist, dass sich daraus eine Phobie entwickelt. Aus Angst vor weiteren Stürzen schränken diese ihre Bewegungsaktivitäten und ihr Mobilitätsverhalten ein, was bis zur Einschränkung von Alltagsaktivitäten und einer weitergehenden Immobilisierung führen kann (Pierobon & Funk 2007, p. 8-9). Ferner können nach sturzbedingten Verletzungen Depressionen bei den Betroffenen auftreten (Scaf-Klomp et al. 2003).

Bei einer qualitativen Studie im chinesischen Kulturkreis konnten die psychosozialen Konsequenzen von Stürzen in drei Kategorien unterteilt werden: Kraftlosigkeit, Angst und Suche nach Pflege. Kraftlosigkeit wird mit Kontroll- und Emotionsverlust und der Suche nach einem Grund für den Sturz in Verbindung gebracht. Angst verursacht negative Gefühle und Unwohlsein der Betroffenen. Die Suche nach Pflege erfolgt bei den

Betroffenen, indem sie mit Angehörigen über die negativen Gefühle, die in Verbindung mit dem Sturz stehen, sprechen möchten und Hilfe suchen (Kong et al. 2002).

Nach einem Sturz entstehen nicht nur Konsequenzen für die Betroffenen sondern auch für deren Familien, Angehörige und Pflegende, da sich der Pflegeaufwand der Betroffenen erhöhen kann (Kelly & Dowling 2004).

1.4.3 Finanzielle Konsequenzen

Die finanziellen Folgen von Stürzen sind vor allem für das Gesundheitssystem relevant, da sich bei sturzassoziierten Verletzungen die Kosten erheblich erhöhen, indem weitere Behandlungen notwendig sind. Um das finanzielle Ausmaß von Stürzen zu veranschaulichen, kann eine Studie von Nurmi & Lühje (2002) aus Finnland herangezogen werden, wo sturzassoziierte Kosten ausgewertet wurden. Hierbei lag die Verletzungsrate durch Stürze bei 21% (n=34) und die durchschnittlichen Behandlungskosten pro Sturz lagen bei € 944. Die Gesamtkosten für alle 34 Sturzverletzungen lagen bei € 32110, die sich durch verlängerte Krankenhausaufenthalte, diagnostische Tests und weitere Behandlungen zusammensetzten (Nurmi & Lühje 2002). Hierbei darf man nicht außer Acht lassen, dass diese Kosten zusätzlich neben den Kosten für die eigentliche Behandlung, nach einem Sturz hinzukommen können (Findorff et al. 2007).

Die hohen Kosten, die durch Stürze verursacht werden, setzen sich aus der Krankenhausaufenthaltsdauer, der zusätzlichen Pflege und den zusätzlichen Leistungen von anderen Gesundheitsanbietern zusammen (Donoghue et al. 2003).

Außerdem kann sich die Verweildauer von PatientInnen, die gestürzt sind, im Krankenhaus um 9,3 Tage verlängern (Krause 2005).

Um den Konsequenzen von Stürzen vorzubeugen, sollten in Krankenhäusern und Pflegeheimen entsprechende Maßnahmen zur Sturzprävention praktiziert werden. Ein Beispiel dafür ist die Leitlinie zur Sturzprävention von der American Geriatrics Society (2001). Diese empfiehlt ein Sturzrisikoscreening bei allen PatientInnen, hinsichtlich der vergangenen Stürze im letzten Jahr. Bei den danach unter Risiko stehenden Personen sollte ein Test auf eine Gang- oder Balanceunsicherheit durchgeführt werden, indem sie beim Aufstehen aus einem Sessel beobachtet werden („Stand up and Go Test“). Diejenigen

PatientInnen und BewohnerInnen, die bei diesem Test eine Unsicherheit aufweisen, sollten einem weiteren Assessment unterzogen werden. Bei dieser nachfolgenden Sturzevaluation sollen die Betroffenen hinsichtlich der Sturzumstände, Medikamente, Erkrankungen, und Mobilitätsstufe befragt werden. Obendrein sollte eine Untersuchung der Sehstärke, der Gelenksfunktionen, des kardiovaskulären Status und der neurologischen Funktionen erfolgen. Danach sollten dementsprechende Interventionen zur Vorbeugung von Stürzen durchgeführt werden, wie Gang- und Balancetraining, Modifikation von Medikamenten, umgebungsbedingte Veränderungen und Hilfsmittel (Hüftprotektor, Gehhilfsmittel,...) (AGS Panel on Falls Prevention 2001).

Durch den Einsatz von präventiven Maßnahmen könnten 20-40% der Stürze im Bereich des Pflegeheimes verhindert werden. Die Maßnahmen im Krankenhaus und im Pflegeheim haben jeweils einen speziellen Fokus. Bei BewohnerInnen im Pflegeheim wird der Einsatz von Trainingsprogrammen zur Stärkung von Kraft und Balance empfohlen, welche auch für höchstalttrige Personen geeignet ist. Der Einsatz von Hüftprotektoren wird im Pflegeheim empfohlen, der eine Schutzwirkung von 90% bei richtiger Anwendung aufweist. Der Fokus der präventiven Maßnahmen im Krankenhaus liegt bei der Unterstützung und Sicherung des Transfers im PatientInnenzimmer und der Anpassung und Modifikation der umgebungsbedingten Faktoren (Heinze, Rissmann & Dassen 2004).

1.5 Sturzprävalenz

Eine geeignete epidemiologische Maßzahl für die Erhebung der Häufigkeit von Stürzen stellt die Prävalenz dar. Diese gibt an, wie viele Personen einer Zielpopulation zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) bzw. über eine bestimmte Zeitspanne (Periodenprävalenz) an einer bestimmten Krankheit leiden (Bortz & Döring 2006). Da die Erhebung von Stürzen nur über eine bestimmte Zeitspanne (in dieser Studie über 30 Tage) Sinn macht, um das richtige Ausmaß der Sturzproblematik zu erheben, und, da nicht nur Erststürze sondern auch Mehrfachstürze erhoben werden, ist die Periodenprävalenz die geeignete Methode zur Identifikation des Sturzausmaßes.

1.6 Relevanz des Themas „Sturz“

In Österreich gibt es noch sehr wenige Daten zur Sturzproblematik, das heißt, wieviele Betroffene es in Krankenhäusern und Pflegeheimen gibt und welche Maßnahmen zur Prävention bereits angewendet werden.

Bisher wurde 2009 eine Prävalenzerhebung in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen durchgeführt, um das Ausmaß von Stürzen zu erheben. Um den negativen Konsequenzen von Stürzen vorzubeugen, ist es notwendig, präventive Maßnahmen in den Einrichtungen anzuwenden. Von der Prävalenz von Stürzen ausgehend, könnte man bestimmen, ob Maßnahmen zur Prävention ergriffen werden sollten und wie umfangreich diese sein sollten. Jene ist in der Lage die Verbreitung von Stürzen zu beziffern (Bortz & Döring 2006).

Eine Möglichkeit für die Bestimmung von Prävalenzraten sind Querschnittstudien, die es ermöglichen, sich ein klares Bild von einem Problem und sich einen Schnappschuss von den Personen unter Risiko zu verschaffen, um das Ausmaß eines Problems zu erheben (Polit & Beck 2008). Querschnittstudien werden angewandt, um die Prävalenzrate einer bestimmten Krankheits- oder Gesundheitssituation zu einem bestimmten Zeitpunkt zu erfassen (Burns & Grove 2009). Diese können der Ausgangspunkt für die Entwicklung von Theorien oder der Generierung von Hypothesen sein (Polit & Beck 2008).

Die Erhebungsinstrumente bei Querschnittstudien sollen reliabel und valide sein. Wenn bei diesen die gleichen Erhebungsmethoden verwendet werden, kann eine Vergleichbarkeit zwischen einzelnen Einrichtungen erzielt werden, wobei Trends nach mehreren Jahren identifiziert werden können (Burns & Grove 2009).

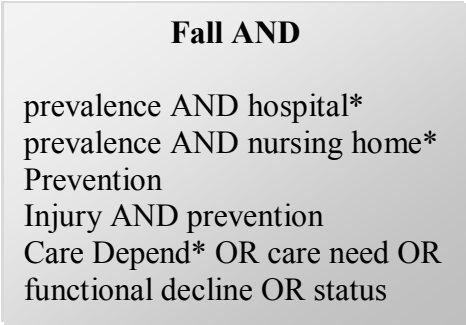
2 Literaturrecherche

Die systematische Literaturrecherche wurde im Zeitraum von 26.03.2010 bis 03.05.2010 durchgeführt, um den aktuellen Stand der Wissenschaft zum Thema Sturz zu identifizieren.

2.1 Vorgehensweise bei der Literaturrecherche

Zu Beginn wurde eine Internetrecherche in allgemeinen Suchmaschinen, wie Google und GoogleScholar, sowie in der Datenbank Pubmed durchgeführt, um sich einen Überblick über das Thema Sturz zu verschaffen. Die Schlüsselwörter bei dieser Recherche waren „fall prevalence“ und „risk factors“, auch mit der jeweils deutschen Übersetzung der Begriffe.

Anschließend wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed[®], CINAHL[®], Cochrane Library, ISI Web of Knowledge und EMBASE durchgeführt. Die dafür verwendeten Schlüsselwörter werden in Abbildung 1 dargestellt.



Fall AND

prevalence AND hospital*
prevalence AND nursing home*
Prevention
Injury AND prevention
Care Depend* OR care need OR
functional decline OR status

Abbildung 1: Schlüsselwörter der Literaturrecherche

Die Suche wurde mit unterschiedlichen Kombinationen der zuvor identifizierten Schlüsselwörter durchgeführt. Außerdem wurde eine Handsuche durchgeführt, indem Referenzen der zuvor ausgewählten Studien oder ausgewählten Universitätswebseiten durchsucht wurden, die ebenfalls die Themen Sturzprävalenz, Pflegeabhängigkeit und Sturz- und Verletzungsprävention bearbeitet haben.

Um die Auswahl zwischen den gefundenen Artikel zu erleichtern, wurden Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt. Es wurden jene Studien eingeschlossen, deren Stichprobe Erwachsene über 18 Jahren war und im Setting Krankenhaus oder Pflegeheim durchgeführt wurden. Der Extramurale Bereich der Pflege und die Stichprobe von zuhause lebenden Personen („community-dwelling people“) wurden bei der Literaturrecherche ausgeschlossen, da diese Gruppe sehr groß und inhomogen ist. In diesem Bereich lassen sich keine allgemein gültigen Maßnahmen empfehlen und die Sturzumstände sind mit dem Setting Krankenhaus oder Pflegeheim nicht vergleichbar (Heinze, Rissmann & Dassen 2004). Zudem wurden Studien ausgeschlossen, die das Thema Sturz in Verbindung mit einzelnen Erkrankungen untersucht haben, wie bei SchlaganfallpatientInnen oder bei PatientInnen mit Rheuma, um ein umfassendes Bild von Stürzen in Krankenhäusern und Pflegeheimen zu erhalten und nicht nur in Bezug auf ein Krankheitsbild.

Bei der Suche nach den Maßnahmen zur Sturzprävention, die in der Praxis angewandt werden, wurden jene ausgeschlossen, die den Effekt von einzelnen Präventionsprogrammen messen.

In den einzelnen Datenbanken wurde die Suche der Studien auf das Alter der TeilnehmerInnen (über 18 Jahre), „human“ und die Sprachen Englisch und Deutsch eingeschränkt.

Studien, die älter als 10 Jahre sind, wurden ausgeschlossen, um die Aktualität der wissenschaftlichen Studien zu gewährleisten (Burns & Grove 2005).

Die nach der Eingabe der Schlüsselwörter und den dazugehörigen Limits gefundenen 1742 Studien wurden hinsichtlich der Relevanz und Adäquatheit zum Thema nach ihrem Titel beurteilt. Die danach eingeschlossenen Artikel wurden nach Durchsicht und Bewertung des Abstracts/der Zusammenfassung unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien in die kritische Beurteilung der einzelnen ausgewählten Studien aufgenommen.

Die kritische Analyse der Studien erfolgte nach den Beurteilungskriterien von Polit & Beck (2008), wonach zuerst die Einleitung hinsichtlich des Forschungsproblems, der Forschungsfragen oder Hypothesen, der Literaturübersicht und dem theoretischen Rahmen beurteilt wird. Danach wird die Methode mit Berücksichtigung der ethischen Prinzipien, des passenden Forschungsdesign, der Population und der Stichprobe, der Datensammlung und Messung durchleuchtet. Die Ergebnisse sollten eine Beschreibung der Datenanalyse

und der Resultate aus den Studien beinhalten. Desweiterm soll die Diskussion eine Interpretation der Ergebnisse und Empfehlungen für die Praxis enthalten.

Die nach dieser kritischen Beurteilung 26 eingeschlossenen Artikel werden in der Literaturübersicht dargestellt.

Der Verlauf der Literaturrecherche wird in Abbildung 2 dargestellt.

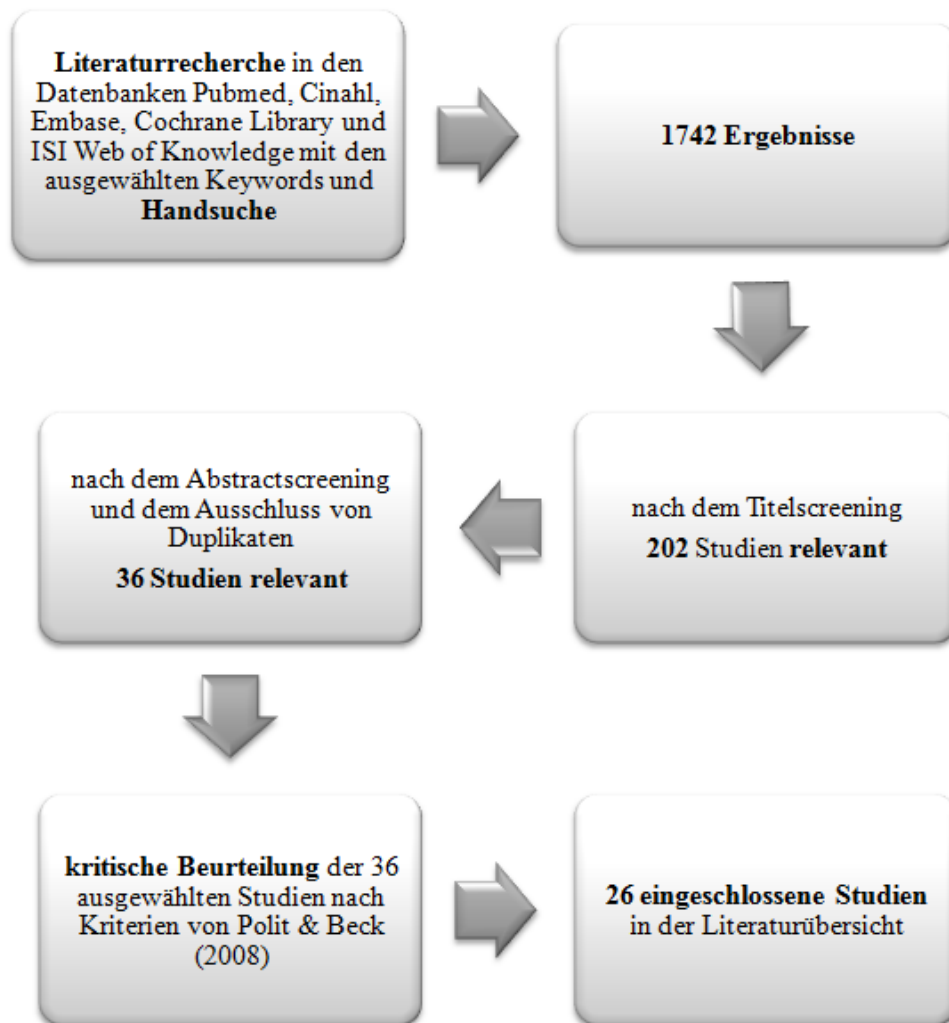


Abbildung 2: Vorgehensweise bei der Literaturrecherche

2.2 Ergebnisse der Literaturrecherche

Die nach der kritischen Bewertung eingeschlossenen Studien werden nun nachfolgend hinsichtlich verschiedenster Aspekte betrachtet und beschrieben. Zuerst sollen die Sturzprävalenzen der einzelnen Länder verglichen werden, anschließend werden die Sturzumstände und die sturzbedingten Verletzungen dargelegt.

Die am häufigsten angewandten Maßnahmen zur Sturzprävention sollen aufgezeigt und das Problem Sturz mit Pflegeabhängigkeit in Verbindung gebracht werden.

2.2.1 Ergebnisse von internationalen Sturzprävalenzstudien

Um einen Gesamtüberblick über die 22 eingeschlossenen Studien zu den Prävalenzraten von Stürzen zu erhalten, werden diese in Tabelle 2 dargestellt. Die Studien werden in alphabetischer Reihenfolge aufgereiht. Die Tabelle zeigt ebenso das Land und das Setting, das Design und die Stichprobe der jeweiligen Studie. Anschließend wird die Prävalenzrate angeführt, die entweder in Stürzen pro 1000 Personentage oder in Prozentsätzen angegeben wird. Bei einigen Studien wurden beide Formen der Prävalenzrate berechnet und in der Literaturübersicht angezeigt. Zusätzlich wird die Erfassungsmethode benannt, die in den verschiedenen Studien sehr unterschiedlich sein kann. In der letzten Spalte werden Verletzungen angegeben, die bei gestürzten PatientInnen und BewohnerInnen aufgetreten sind und die teilweise in Kategorien von keine, minimale, mittlere und schwere Verletzungen eingeteilt wurden.

Die Sturzprävalenzraten werden im Nachhinein einander gegenübergestellt und getrennt voneinander betrachtet.

Tabelle 2: Übersicht ausgewählter Sturzprävalenzstudien

Autor	Land/Setting	Design (Erhebungszeitraum)	Stichprobe	Prävalenzrate	Erfassungsmethode	Verletzungen
Aizen, Shugaev & Lenger 2007	Israel, Geriatrisches Krankenhaus	Prospektive Studie (6 Monate)	582	1,33 Stürze pro Jahr	Sturzdokumentation	
Becker et al. 2006	Deutschland 6 Langzeitpflege Einrichtungen	Beobachtungsstudie (1 Jahr)	881	453 Stürze pro 1000 Bewohnerjahre	Sturzdokumentation	3% erlitten eine Fraktur
Cina-Tschumi et al. 2009	Schweiz, 3 Akutpflege- krankenhäuser	Sekundäre Datenanalyse (1 Jahr)	954	3,0 Stürze pro 1000 Patiententage	Sturzinzidenzberichte	62,9% keine Verletzungen 36,3% mit Verletzungen
Dassen 2009	Deutschland 15 Pflegeheime, 76 Krankenhäuser	Punktprävalenz- erhebung 2009 Stürze innerhalb der letzten 14 Tage	8266	4% der TeilnehmerInnen stürzten in den letzten 14 Tagen	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten	Im KH: 63,5% keine Verletzungen 24,2% minimale Verletzungen 6,3% mittlere Verletzungen 6,0% schwere Verletzungen

						Im PH: 61,4% keine Verletzungen 20,5% minimale Verletzungen 9,0 % mittlere Verletzungen 9,0% schwere Verletzungen
Dassen 2008	Deutschland 37 Pflegeheime, 19 Krankenhäuser	Punktprävalenz- erhebung 2008 Stürze innerhalb der letzten 14 Tage	6628	3,7 pro 1000 Patiententage 3,8% der TeilnehmerInnen	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten	62,5% keine Verletzungen 22,6% minimale Verletzungen 7,2% mittlere Verletzungen 7,7% schwere Verletzungen
Halfon et al. 2001	Schweiz, Universitäts- krankenhaus	Retrospektive Studie (1 Jahr)	26643	2,7 Stürze pro 1000 Patiententage	Dokumentation	63% keine Verletzungen 34% minimale Verletzungen 3% schwere Verletzungen
Heinze, Lahmann & Dassen 2002	Deutschland, 11 Krankenhäuser	Punktprävalenz- erhebung 2001 Stürze innerhalb der letzten 14 Tage	2820	3,5 % der Patienten	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten	61,4% keine Verletzungen 18,8% mittlere Verletzungen 11,9% Frakturen/Gelenks- verletzungen

Heinze, Halfens & Dassen 2007	Deutschland, 2002 – 40 Krankenhäuser und 15 Pflegeheime 2004 – 39 Krankenhäuser und 29 Pflegeheime	Punktprävalenz- erhebung 2002, 2004 Stürze innerhalb der letzten 14 Tage Auswertung von jenen über 65 Jahren	2002 - 5175 2004 - 6925	<p>2002 <u>Pflegeheim:</u> 4,5 Stürze pro 1000 Bewohnertage/ 6,3% der BewohnerInnen</p> <p><u>Krankenhaus:</u> 4,7 Stürze pro 1000 Patiententage/ 3,8% der PatientInnen</p> <p>2004 Pflegeheim 5,1 Stürze pro 1000 Bewohnertage/ 7,1% der BewohnerInnen</p> <p><u>Krankenhaus:</u> 4,2 Stürze pro 1000 Patiententage/ 3,4% der PatientInnen</p>	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten	<p>2002 im KH: 66,9% keine oder minimale Verletzungen 26,8% Verletzungen mit Behandlungsbedarf</p> <p>2002 im PH: 73,9% keine oder minimale Verletzungen 18,8% Verletzungen mit Behandlungsbedarf</p>
Izumi et al. 2002	Japan, 6 Langzeitpflege- einrichtungen, 4 Krankenhäuser	Deskriptive Studie (3 Monate)	746	12,5% der PatientInnen	Sturzinzidenzbericht	

Koh et al. 2007	Singapur, 5 Akutpflege- krankenhäuser	Retrospektive Studie (9 Monate)	6000	Von 0,68 bis 1,44 Stürze pro 1000 Patiententage	Sturzdokumentation	
Krause 2005	Deutschland Geriatrische Klinik	Retrospektive Studie (2003)	2108	9,1 Stürze pro 1000 Patiententage/ 16,4% der PatientInnen	Sturzprotokoll	17,1% Schmerzen 11,6% Schürfwunden 10,1% Hämatome 5,5% Platzwunden 1,4% Frakturen
Lee & Stokic 2008	USA, Rehabilitations- zentrum	Retrospektive Studie (18 Monate)	1472	6,7 Stürze pro 1000 Patiententage/ 9,5% der PatientInnen	Sturzprotokoll und Dokumentation	
Lohrmann 2009	Österreich 21 Institutionen (11 Krankenhäuser, 6 Pflegeheime, 2 Rehabilitations- einrichtungen, 2 Sonstige)	Prävalenzerhebung (Stürze innerhalb der letzten 30 Tage)	3655	16,7% der TeilnehmerInnen stürzten in Krankenhäusern, 8,0% in Pflegeheimen, 7,2% in Rehabilitations- einrichtungen	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten	41,2% minimale Verletzungen 20,9% mittlere Verletzungen 29,7% schwere Verletzungen
Lord et al. 2003	Australien, 43 Pflege- einrichtungen	Prospektive Kohortenstudie	1000	5,45 Stürze pro 1000 Patiententage	Sturzprotokolle und Dokumentation	

Mecocci et al. 2005	Italien, 81 Krankenhäuser	Prospektive Beobachtungsstudie (20 Monate zwischen 1991 und 1998)	13729	1,9 % der PatientInnen	Patientenfragebogen	
Müller et al. 2009	Schweiz, Universitäts- krankenhaus	Retrospektive Fall- Kontroll Studie (2005)	456	5,7 Stürze pro 1000 Patiententage/ 4,8% der PatientInnen	Patientenakte	63,2% keine Verletzungen 32% leichte Verletzungen 4,4% schwere Verletzungen
Nurmi & Lüthje 2002	Finnland, 2 Pflegeheime und 2 Krankenhäuser	Prospektive Studie (1993-1994)	1056	1,34 Stürze pro Bett	Fragebogen für das Personal	30% Verletzungen
Schwendimann et al. 2008	Schweiz, Krankenhaus	Retrospektive Studie (1999-2003)	34972	7 Stürze pro 1000 Patiententage/ 7,5% der PatientInnen	Patientendaten und Sturzprotokoll	64,8% keine Verletzungen 30,1% minimale Verletzungen 5,1% schwere Verletzungen
Vasallo et al. 2000	Großbritannien Krankenhaus (3 Stationen)	Prospektive beschreibende Studie (4 Monate)	1609	3,23% der PatientInnen	Sturzdokumentation	

Vasallo et al. 2003	Großbritannien, 3 Rehabilitationsstationen	Prospektive beschreibende Studie (1 Jahr)	1025	24,39% der PatientInnen	Sturzprotokoll	
Vasallo et al. 2005	Großbritannien, 3 Rehabilitationsstationen	Prospektive beschreibende Studie (1 Jahr)	825	18,2% der PatientInnen	Sturzprotokoll	
Von Renteln-Kruse & Krause 2004	Deutschland, geriatrisches Krankenhaus	Prospektive Studie (2000-2002)	5946	9,1 Stürze pro 1000 Patiententage/ 17,0% der PatientInnen	Sturzprotokoll	72,9% keine Verletzungen 9% Frakturen 16,4% Wunden 10,1% Prellungen 16,7% Schmerzen

2.2.1.1 Prävalenzraten aus internationalen Studien

Wenn man die unterschiedlichen Prävalenzraten der einzelnen Länder betrachtet, kann man erkennen, dass PflegeheimbewohnerInnen häufiger Stürze erleiden als KrankenhauspatientInnen, wobei hier in den geriatrischen Abteilungen die Sturzraten ebenfalls höher sind als in anderen Bereichen (Dassen 2008; Heinze, Halfens & Dassen 2007; Izumi et al. 2002; Mertens et al. 2007). Daraus kann man erkennen, dass Personen ab einem Alter von 65 Jahren von einem erhöhten Sturzrisiko betroffen sind (Halfon et al. 2001; Heinze, Halfens & Dassen 2007; Müller et al. 2009).

Die Sturzraten reichen in Krankenhäusern wie auch in Pflegeheimen von 0,68 bis 9,1 Stürze pro 1000 PatientInnen bzw. BewohnerInnentage. Die Prävalenzraten werden entweder in Stürzen pro 1000 PatientInnentagen angegeben oder mithilfe von Prozentraten. Laut Hauer et al. (2006) ist die Darstellung der Sturzprävalenz in Prozenten die gängigste Methode.

Durch die Literaturrecherche zeigte sich, dass bei einer Studie in Israel eine sehr niedrige Prävalenzrate von 1,3 Stürzen pro 1000 PatientInnentage (n= 582) herausgefunden wurde, im Gegensatz zu einer geriatrischen Klinik in Deutschland, die eine Sturzrate von 9,1 Stürzen pro 1000 PatientInnentagen (n= 2108) entdeckt hat (Aizen, Shugaev & Lenger 2007; Krause 2005). Auch bei Schwendimann et al. (2008) zeigten sich Sturzprävalenzraten (n=34972) in der Geriatrie von 24,8%, in der internen Station von 8,8% und in den chirurgischen Stationen von 1,9%. Hohe Sturzraten zeigten sich bei Studien aus Großbritannien, wo 24,3% (n=1025) und 18,2% (n=825) der PatientInnen stürzten (Vasallo et al. 2003; Vasallo et al. 2005) im Gegensatz zur einer retrospektiven Studie aus den USA, wo 9,5% (n=1472) der PatientInnen einen Sturz erlitten (Lee & Stokic 2008).

Im deutschsprachigen Raum, insbesondere aus Deutschland und der Schweiz, konnten einige Studien zu Sturzprävalenzraten identifiziert werden. Wenn man die Daten von Deutschland und Österreich im Jahr 2009 vergleicht, ungeachtet dessen, dass die Stichprobe in Deutschland größer war und der Zeitraum variierte (14 Tage und 30 Tage), wird deutlich, dass die Sturzrate in Deutschland mit 4% (n=8266) deutlich niedriger ist, als in Österreich, mit 13,1% (n=3655) (Dassen 2009; Lohrmann 2009). Außerdem zeigten sich hier auch Unterschiede bei der Sturzrate in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Wie oben erwähnt zeigte sich bei der Mehrheit der Studien in der Literatur eine höhere

Sturzprävalenz in Pflegeheimen als in Krankenhäusern (Izumi et al. 2002; Heinze, Halfens & Dassen 2007; Dassen 2008). Im Gegensatz dazu war die Sturzprävalenz in österreichischen Krankenhäusern (16,7%) deutlich höher als in Pflegeheimen (8,0%) (Lohrmann 2009).

Um einen Vergleich zwischen den Studien durchführen zu können, wäre bei den Untersuchungen eine einheitliche Sturzdefinition, Datenerfassung und Festlegung des Zeitraumes, indem sich Stürze ereignet haben, notwendig (Dassen 2008).

Durch die unterschiedlichen Erfassungsarten der Sturzprävalenzen lassen sich jene schwer vergleichen, weil dafür das gleiche Instrument notwendig wäre. Außerdem ist ein Vergleich der Sturzzraten durch die unterschiedlich festgelegten Zeiträume schwer möglich, in denen die Stürze erfasst wurden. Diese variieren von 14 bis 30 Tagen über 4 Jahre. Durch diese hohe Spannweite der Untersuchungszeiträume lassen sich die Sturzzraten nicht gegenüberstellen.

Die häufigsten Erfassungsmethoden in den eingeschlossenen Studien stellen ausgewertete Sturzprotokolle und Sturzzinzidenzberichte dar, die einen Teil von sturzpräventiven Maßnahmen darstellen. Darüber hinaus stellt es sich teilweise als schwierig heraus, Vergleiche der Prävalenzraten anzustellen, da oftmals Daten aus früheren Jahren verwendet wurden. Jene Studien wurden in diesem Punkt zwar kritisiert, jedoch trotzdem in die Literaturübersicht eingeschlossen, da ansonsten keine schwerwiegenden Mängel festgestellt werden konnten (Mecocci et al. 2005; Nurmi & Lühje 2002). Bei Mecocci et al. (2005) wurde im Rahmen der Studie in ganz Italien eine große Stichprobe mit 13729 TeilnehmerInnen untersucht, welche eine sehr geringe Sturzrate von 1,9% aufwies, wobei zu kritisieren wäre, dass die Zahlen von 1991 und 1998 verwendet wurden und somit nicht mehr am aktuellen Stand der Wissenschaft sind (Mecocci et al. 2005).

Bei der Erhebung der Prävalenzraten wurden meist die Erst- und Mehrfachstürze bei den PatientInnen und BewohnerInnen erhoben. Bei der Betrachtung der Erststürze lässt sich erkennen, dass diese in Krankenhäusern und Pflegeheimen drei Viertel der Stürze darstellen (Müller et al. 2009; Schwendimann 2008; von Renteln-Kruse & Krause 2004). Im Gegensatz dazu wurde bei Nurmi & Lühje (2002) herausgefunden, dass Mehrfachstürze die Hälfte aller Stürze ausmachen. Nun gilt es herauszufinden, wie sich diese Arten der Stürze in österreichischen Einrichtungen aufteilen.

2.2.1.2 Sturzbedingte Verletzungen

Der Grad der Verletzungen kann in keine, minimale, mittlere und schwere Verletzungen eingeteilt. Bei 10 Studien zu Sturzprävalenzen wurde der Grad der sturzbedingten Verletzungen erhoben. Der Anteil der minimalen Verletzungen reicht von 18,8% (Heinze, Lahmann & Dassen 2002) und 34% (Halfon et al. 2001) bis hin zu 17,1% (Krause 2005) und 30,1% (Schwendimann et al. 2008). Schwere Verletzungen treten in geringerem Maße auf von 3,3% (Halfon et al. 2001) über 7,7% in Krankenhäusern und Pflegeheimen (Dassen 2008) und 6% in Krankenhäusern und 9% in Pflegeheimen (Dassen 2009) bis hin zu 31,4% in Krankenhäusern und 8,3% in Pflegeheimen (Lohrmann 2009).

Obwohl schwere Verletzungen grundsätzlich nicht die größte Gruppe bei den Verletzten darstellt, gilt ihrer Prävention besonders viel Aufmerksamkeit, weil jene mit Hüftfrakturen die schwerwiegendsten Konsequenzen nach sich ziehen (Krause 2005). Darüber hinaus wurden bei einigen Studien die Verletzungen zwischen den Geschlechtern untersucht. Hierbei ergab sich einerseits, dass es keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich der Verletzungen gibt (Krause 2005; Müller et al. 2009), jedoch waren Schmerzen bei Frauen als Folge von Stürzen öfters dokumentiert als bei Männern (Krause 2005). Andererseits wurde herausgefunden, dass Frauen signifikant öfter Verletzungen nach einem Sturz erleiden als Männer, jedoch die Häufigkeit von Kopfverletzungen bei Männern zwei Mal so hoch ist, wie bei Frauen (Izumi et al. 2002).

2.2.1.3 Sturzumstände

Hinsichtlich der Tageszeiten, in denen sich Stürze ereignen, zeigten sich unterschiedliche Ergebnisse bei der Literaturrecherche. Bei Halfon et al. (2001) traten die Hälfte der Stürze zwischen 9 und 11 Uhr morgens und zwischen 5 und 6 Uhr abends in den PatientInnenzimmern auf. Im Gegensatz dazu wurde bei einer Studie in der Schweiz herausgefunden, dass 42% aller Stürze in der Nacht, in Verbindung mit Inkontinenz, geschehen (Müller et al. 2009). Bei Von Renteln-Kruse & Krause (2004) zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Stürzen in der Nacht und am Tag. Jedoch konnte man ein Häufigkeitsmaximum von Stürzen zwischen 9 und 12 Uhr mittags bei Schlaganfall- und ParkinsonpatientInnen erkennen. PatientInnen mit einer kardiovaskulären Hauptdiagnose

stürzten hingegen vermehrt zwischen 3 und 6 Uhr morgens (Von Renteln-Kruse & Krause 2004).

Bei Schwendimann et al. (2008) zeigte sich, dass 75,7% aller Stürze in den PatientInnenzimmern geschehen, wohingegen 15,2% im Badezimmer stürzten (Schwendimann et al. 2008). Diese Ergebnisse wurden auch in einer deutschen Studie festgestellt, wo sich 73,5% der Stürze in den PatientInnenzimmern und jeweils weitere 10% zwischen den Zimmern und dem Badezimmer und im Badezimmer selbst ereigneten (Von Renteln-Kruse & Krause 2004).

Diese Ergebnisse konnte man bei einer deutschen Prävalenzerhebung erkennen, wo in Pflegeheimen 97,2% der BewohnerInnen in den eigenen Wohnbereichen stürzten, hingegen im Krankenhaus 77,4% der PatientInnen auf der eigenen Station stürzten (Dassen 2008). Ebenso wurde herausgefunden, dass sich der Großteil der Stürze aus dem Bett und im Badezimmer ereignen (Vasallo et al. 2000).

Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass eine Studie zu Sturzprävalenzen aus Österreich identifiziert werden konnte, und um mögliche Vergleiche vollziehen zu können, sind noch weitere Erhebungen, mit dem gleichen Erhebungsinstrument von Nöten. Dies ist deshalb sehr wichtig, da durch die regelmäßige Erhebung von Sturz, mögliche Trends zu erkennen wären und den jeweiligen Einrichtungen eine Hilfestellung zur Verbesserung der Pflegequalität bieten würden.

2.2.1.4 Alter und Geschlecht

Bei der Identifizierung, ob das Geschlecht eine Rolle bei Stürzen spielt, ergaben sich bei den verschiedenen internationalen Studien unterschiedliche Ergebnisse. Studien haben einerseits herausgefunden, dass mehr Frauen in Krankenhäusern und vor allem in Pflegeheimen stürzen (Halfon et al. 2001; Heinze, Lahmann & Dassen 2002; Heinze, Halfens & Dassen 2007; Izumi et al. 2002; Schwendimann et al. 2008; Vasallo et al. 2003; Vasallo et al. 2005). Hierbei besteht die Annahme, dass deshalb mehr Frauen in Pflegeheimen stürzen, da ihre Lebenserwartung höher ist und mehr Frauen als Männer in Pflegeheimen leben (Halfon et al. 2001). Im Gegensatz dazu wurde herausgefunden, dass mehr Männer als Frauen stürzen (Koh et al. 2007; Krause 2005; Lord et al. 2003; von Renteln-Kruse & Krause 2004). Männer sind besonders von Mehrfachstürzen häufiger

betroffen (von Renteln-Kruse & Krause 2004). Aber im Vergleich zu diesen Ergebnissen wurde ebenfalls erhoben, dass es keinen Unterschied zwischen gestürzten Männern und Frauen gibt (Aizen, Shugaev & Lenger 2007; Cina-Tschumi et al. 2009; Lee & Stokic 2008; Mecocci et al. 2005; Vasallo et al. 2000). Nachdem sich durch die Literatursuche solche Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts in Verbindung mit Stürzen herauskristallisiert haben, ist es notwendig zu erfahren, ob es in österreichischen Einrichtungen eine signifikante Verbindung zwischen dem Geschlecht und Stürzen gibt.

Darüber hinaus wurde beim Großteil der Prävalenzerhebungen das Alter der gestürzten PatientInnen und BewohnerInnen ermittelt. Im Allgemeinen ergab sich hierbei, dass bei PatientInnen und BewohnerInnen ab einem Alter von 65 Jahren am häufigsten Stürze ereignen (Halfon et al. 2001; Heinze, Lahmann & Dassen 2002; Koh et al. 2007). Bei weiteren Studien lag das Durchschnittsalter von gestürzten PatientInnen und BewohnerInnen bei 80 Jahren (Cina-Tschumi et al. 2009; Heinze, Halfens & Dassen 2007; Halfon et al. 2001) und bei rund 75 Jahren (Dassen 2008; Heinze, Halfens & Dassen 2007; Heinze, Lahmann & Dassen 2002; Izumi et al. 2002; Vasallo et al. 2000; Vasallo et al. 2003; Vasallo et al. 2005; Von Renteln- Kruse & Krause 2004). Ab einem Alter von 70 Jahren und älter steigt das Risiko zu stürzen um ein Fünffaches, wobei aber mit zunehmenden Alter (85 Jahren und älter) die Wahrscheinlichkeit zu stürzen wieder abnimmt (Heinze, Lahmann & Dassen 2002).

2.2.2 Angewandte Maßnahmen zur Sturzprävention

Bei einer Prävalenzerhebung in Deutschland (n=6628) wurde die Anwendung von Präventionsmaßnahmen bei sturzgefährdeten PatientInnen erhoben. Zu den häufigsten eingesetzten Maßnahmen in Kliniken und Pflegeheimen gehörten der Einsatz von Mobilitätshilfsmitteln (41,3%), die Beratung von unter Risiko stehenden PatientInnen bzw. BewohnerInnen (40,4%) sowie die Modifikation der Umgebung (40,2%). Kraft- und Balanceübungen wurden in Krankenhäusern (14,8%) und Pflegeheimen (13,6%) gleichermaßen angewandt. Eine individuelle Physiotherapie wurde hingegen häufiger in Krankenhäusern (28,6%) als in Pflegeheimen (12,8%) durchgeführt. Eine Anpassung der Medikation und die Anwendung von Hüftprotektoren wurden am wenigsten erwähnt. Nach einem erfolgten Sturz war die häufigste Form der Erfassung ein Sturzprotokoll in

Krankenhäusern (53,2%) und Pflegeheimen (79,4%). Eine Analyse der Sturzursache wurde bei der Hälfte der Stürze durchgeführt, wohingegen eine Anpassung der sturzpräventiven Maßnahmen seltener angewandt wurde (Dassen 2008). Bei einer Prävalenzerhebung in Deutschland im Jahr 2009 (n=8266) wurde die Anwendung von präventiven Maßnahmen bei unter Sturzrisiko stehenden Personen untersucht. Dabei stellte sich heraus, dass bei 30% der PflegeheimbewohnerInnen im Gegensatz zu 2,2% der PatientInnen das Angebot eines Hüftprotektors gemacht wurde, der anschließend von BewohnerInnen (11,1%) häufiger getragen wurde als von PatientInnen (2,4%). Im Übrigen wurden 74,5% der BewohnerInnen und 53,4% der PatientInnen zum Sturzrisiko beraten. Eine vermehrte Beobachtung wurde bei BewohnerInnen (45,1%) häufiger durchgeführt als bei PatientInnen (25,9%). Eine weitere Maßnahme zur Sturzprävention stellt der Einsatz von Bettgittern dar, welche bei 24,1% der BewohnerInnen und bei 28,5% der PatientInnen angewandt wurden. Auch eine Fixierung wurde in Pflegeheimen (6,1%) doppelt so oft eingesetzt als in Krankenhäusern (3,3%) (Dassen 2009).

Bei einer Prävalenzerhebung im Jahr 2009 in Österreich (n=3655) zeigte sich, dass die am häufigsten angewandte sturzpräventive Maßnahme in Pflegeheimen die Beaufsichtigung (60,8%) der BewohnerInnen, gefolgt von einer Anpassung der Umgebung (48,9%) und Absprachen mit den BewohnerInnen und deren Angehörigen und den MitarbeiterInnen (37,0%) war. In Krankenhäusern wurde bei 58,9% der PatientInnen keine Maßnahme zur Sturzprävention durchgeführt. Ansonsten wurde bei 12,6% der PatientInnen eine Übungstherapie verordnet, bei 25,0% wurde eine Anpassung der Umgebung durchgeführt und bei 23,9% wurden Absprachen mit den PatientInnen und deren Angehörigen und den MitarbeiterInnen initiiert. Maßnahmen zur Prävention von sturzbedingten Verletzungen wurden in Krankenhäusern bei 94,6% der PatientInnen und bei 71,3% der BewohnerInnen nicht angewandt (Lohrmann 2009).

Im Rahmen einer Erhebung der Prävalenz von Stürzen (n=6000) in fünf Akutkrankenhäusern in Singapur wurde der Einsatz von Sturzpräventionsmaßnahmen erhoben. Dabei wurde festgestellt, dass bei 91% der PatientInnen ein Screening über vergangene Stürze und bei 77% ein Sturzsituationsassessment durchgeführt wurde. Ein Risikoassessmentinstrument wurde bei 77% der PatientInnen angewandt, das ein Gang- und Balancetraining beinhaltet.

Folgende präventive Maßnahmen wurden in jenen Krankenhäusern beim Großteil der PatientInnen durchgeführt:

- Regelmäßiger Gang
- Durchsicht und Modifikation der Medikamente
- Toilettenrunden
- Umgebungsabhängige Veränderungen
- Behandlung der vorliegenden Erkrankungen

Die Behandlung der vorliegenden Erkrankungen als präventive Maßnahme wurde am häufigsten bei Gestürzten (99,5%) und Nicht-gestürzten (94,9%) PatientInnen angewandt. Obwohl bei 76% der PatientInnen eine Gangunsicherheit und Balanceschwäche in den PatientInnenakten verzeichnet wurde, wurde nur bei 29% eine dahingehend weiterführende Behandlung oder Physiotherapie angeordnet (Koh et al. 2007).

Eine Literaturübersicht zu Präventionsmaßnahmen zeigte folgende Maßnahmen, die am häufigsten eingesetzt wurden:

- Systematische Einschätzung des Sturzrisikos
- Kennzeichnung gefährdeter PatientInnen
- Wiederholte Risikoeinschätzung im Verlauf mit definierter Einschätzungsfrequenz
- Ereigniserfassung und Ergebnisberichte
- Dokumentation der Risikoeinschätzungen/Interventionen, interdisziplinäre Zusammenarbeit (Schwendimann 2000)

2.2.3 Pflegeabhängigkeit und Sturz

Bei einer Punktprävalenzerhebung in Deutschland wurde mit Hilfe der Pflegeabhängigkeitsskala der Grad der Pflegeabhängigkeit bei gestürzten und Nicht-gestürzten PatientInnen und BewohnerInnen verglichen. Hierbei ergab sich, dass gestürzte PatientInnen und BewohnerInnen insgesamt pflegeabhängiger waren. Mit einem Durchschnittswert von 52 Punkten lagen Gestürzte 10 Punkte unter den Nicht-gestürzten (Heinze, Lahmann & Dassen 2002). Auch im Jahr 2002 und 2004 stellten sich bei den gestürzten PatientInnen und BewohnerInnen Durchschnittswerte von 52 Punkten in Krankenhäusern und 41 in Pflegeheimen heraus (Heinze et al. 2007). Bei der deutschen Erhebung im Jahr 2008 konnten nur geringe Unterschiede bei der Pflegeabhängigkeit von

gestürzten und nicht-gestürzten PflegeheimbewohnerInnen (Mittelwert von 44,0 vs. 43,3) identifiziert werden. Bei den PatientInnen hat sich jedoch ein deutlicher Unterschied herauskristallisiert: Die gestürzten PatientInnen waren deutlich pflegeabhängiger (52,1 Punkte) als die Nicht-gestürzten (65,4 Punkte) (Dassen 2008).

Bei der Messung der Pflegeabhängigkeit mit dem Barthel-Index ergab sich, dass gestürzte PatientInnen (40,2 Punkte) größere Beeinträchtigungen bei der Ausübung von grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens aufwiesen als Nicht-Gestürzte (48,5 Punkte). Dabei wurde deutlich, dass gestürzte PatientInnen schon bei der Aufnahme ins Krankenhaus einen niedrigeren funktionellen Ausgangsstatus hatten und somit von Anfang an ein höheres Sturzrisiko hatten (Krause 2005).

Im Rahmen einer Prävalenzerhebung wurde überprüft, ob die Pflegeabhängigkeitsskala als Sturzrisikoscreeninginstrument geeignet ist. Hierbei wurden Merkmale aus der Skala untersucht, die in Beziehung mit Stürzen stehen könnten. Die Pflegeabhängigkeit stellte sich bei den Items „Mobilität“ und „Vermeiden von Gefahren“ in Krankenhäusern und „Körpertemperatur“ und „Vermeiden von Gefahren“ in Pflegeheimen als Risikofaktor für Stürze heraus (Mertens et al. 2007).

Bei der Untersuchung des Ausmaßes der Pflegeabhängigkeit bei PatientInnen und BewohnerInnen zeigte sich in den unterschiedlichen Studien, dass durch Stürze die Pflegeabhängigkeit erhöht wird (Dassen 2008; Laird et al. 2001).

Es gibt noch keine Studien aus österreichischen Gesundheitseinrichtungen, wo das Ausmaß der Pflegeabhängigkeit bei gestürzten PatientInnen und BewohnerInnen untersucht wurde.

2.3 Fazit aus der Literaturrecherche

Bei der Literaturrecherche zu den Sturzprävalenzen ergaben sich Ergebnisse mit Prävalenzraten aus den verschiedensten Ländern. Es wurde nicht nur die Sturzprävalenz erhoben, sondern auch andere Forschungsschwerpunkte. So wurden auch die Konsequenzen und die Risikofaktoren von Stürzen untersucht. Häufig wurden die Sturzumstände und Sturzorte vermerkt, um so mögliche Unterschiede in den verschiedenen Einrichtungsarten zu erkennen. Jedoch wurde im Rahmen der Untersuchungen zu den Sturzprävalenzraten selten die Anwendung von Maßnahmen zur Sturzprävention erhoben.

Wenn man die Prävalenzraten von Stürzen betrachtet, kann man große Schwankungen bei den Ergebnissen der einzelnen Studien erkennen. So bei einer retrospektiven Studie in Singapur, wo die Sturzprävalenzrate zwischen 0,68 und 1,44 Stürzen pro 1000 PatientInnentage (n=6000) lag (Koh et al. 2007). Wohingegen sich bei der Untersuchung in einem geriatrischen Krankenhaus in Deutschland eine Prävalenzrate von 9,1 Stürzen pro 1000 PatientInnentage (n=2108) zeigte (Krause 2005). Diese Ergebnisse können nicht miteinander verglichen werden, da die jeweiligen Einrichtungen eine unterschiedliche Methode angewandt haben, um Sturzereignisse zu dokumentieren und es auch davon abhängt, welche Definition von Sturz bevorzugt und mit welcher im Pflegealltag gearbeitet wird (Hauer et al. 2007). Zusätzlich ist es für einen Vergleich notwendig, eine einheitliche Datenerfassung und Festlegung des Zeitraumes, indem sich Stürze ereignet haben, zu verwenden (Dassen 2008).

Wenn zum Beispiel nur Stürze dokumentiert werden, die Verletzungen zur Folge haben, weil dies in der Definition so verankert ist, kann von fehlenden Werten hinsichtlich der Gesamtanzahl der Stürze ausgegangen werden. Es stellt sich als Problem heraus, dass unterschiedliche Messinstrumente, Studienpopulationen und Definitionen von Sturz und Prävalenz in den ausgewählten Studien verwendet wurden (Hauer et al. 2007).

Die Literaturrecherche zeigte, dass es schon zahlreiche internationale Studien zur Sturzprävalenz in Gesundheitseinrichtungen gibt. In Deutschland werden jährlich Prävalenzerhebungen unter anderem zum Thema Sturz durchgeführt. Durch die Einheitlichkeit der jährlichen Untersuchungen, mit dem jeweils gleichen Erhebungsinstrument lassen sich auf lange Sicht Vergleiche anstellen, die den

verschiedenen Einrichtungen als Basis zur Verbesserung der Pflegequalität dienen könnten. Es konnte eine Studie identifiziert werden, die unter anderem Sturzprävalenzraten aus Österreich untersucht hat. Um die Umstände zur Sturzproblematik zu verdeutlichen und um in Zukunft Vergleiche anstellen zu können, wären weitere Daten aus Österreich von Nöten.

3 Zielsetzungen und Forschungsfragen

Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Häufigkeit von Stürzen, Sturzumständen und Sturzfolgen, in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen, im Rahmen der europäischen Pflegequalitätserhebung zu messen, die Ergebnisse der Einrichtungen zu beschreiben und zu vergleichen. In weiterer Folge soll die Anwendung von Maßnahmen zur Sturz- und Verletzungsprävention in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen erhoben werden. Ferner soll das Ausmaß der Pflegeabhängigkeit von gestürzten PatientInnen und BewohnerInnen identifiziert werden.

Folgende Forschungsfragen sollen mit Hilfe dieser Arbeit untersucht werden:

1. Wie hoch ist die Sturzprävalenz bei PatientInnen und BewohnerInnen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen?
2. Welche Maßnahmen werden bei PatientInnen und BewohnerInnen zur Sturz- und Verletzungsprävention in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen durchgeführt?
3. Wie pflegeabhängig sind gestürzte PatientInnen bzw. BewohnerInnen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen?

4 Methode

Die europäische Pflegequalitätserhebung wurde in Österreich vom Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz und der Projektgruppe der europäischen Pflegequalitätserhebung der Universität Maastricht organisiert, um die Prävalenz von Stürzen und anderen Pflegeproblemen zu erheben. Die Studie fand am 13.04.2010 in unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen in Österreich, den Niederlanden, Deutschland, der Schweiz und Neuseeland statt. Diese Studie wird in den Niederlanden regelmäßig seit 1998 und nun auch seit 2009 in Österreich durchgeführt. Ursprünglich war die Erhebung 1998 auf die Prävalenz von Dekubitus begrenzt. Inzwischen ist die Studie zu einer umfassenden Erhebung von einer Reihe von Pflegeproblemen, wie Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo, Stürze und freiheitsentziehenden Maßnahmen, herangewachsen.

4.1 Studiendesign

Bei der Methode dieser Masterarbeit handelt es sich um eine multizentrische, quantitative Querschnittstudie mit deskriptivem Design. Eine Querschnittstudie sammelt Daten zu einem bestimmten Zeitpunkt und ist eine angemessene Methode, um Phänomene zu beschreiben und sich ein klares Bild von den Personen, die unter dem Risiko einer bestimmten Krankheit stehen, zu verschaffen (Polit & Beck 2008; Burns & Grove 2009).

4.2 Stichprobe

Für die Erhebung der Daten der europäischen Pflegequalitätserhebung wurde eine Gelegenheitsstichprobe herangezogen. Alle PatientInnen und BewohnerInnen, die am Tag der Erhebung in den Einrichtungen zur Verfügung standen, wurden in die Untersuchung eingeschlossen. Die teilnehmenden Einrichtungen konnten die Teilnahme der einzelnen Stationen und Wohnbereiche selbst festlegen. Jedoch wurde die Teilnahme der gesamten Einrichtung empfohlen, um ein umfassendes Bild von den einzelnen Pflegeproblemen zu erhalten.

Es nahmen jeweils 18 Krankenhäuser und Pflegeheime an der Erhebung teil. In jenen waren 4924 PatientInnen und BewohnerInnen in den Einrichtungen anwesend, wobei von 3853 Personen Daten erhoben werden konnten. Nach dem Ausschluss von den TeilnehmerInnen unter 18 Jahren, konnten 3838 TeilnehmerInnen in die Datenanalyse eingeschlossen werden. Eine nähere Beschreibung der Stichprobe befindet sich im Abschnitt der Ergebnisse.

4.3 Messinstrument

Der verwendete Erfassungsbogen der europäischen Pflegequalitätserhebung ist von der Universität Maastricht entwickelt und innerhalb einer internationalen Forschungsgruppe abgestimmt worden. Die Entwicklung der Fragen erfolgte anhand von internationaler wissenschaftlicher Literatur und in Absprache mit ExpertInnen der jeweiligen Pflegeprobleme. Bereits vorhandene Messinstrumente wurden dabei ebenfalls weitestgehend berücksichtigt.

Mithilfe des Fragebogens zur europäischen Pflegequalitätserhebung (siehe Anhang) wurden Daten zu den Pflegeproblemen Dekubitus, Mangelernährung, Inkontinenz, Intertrigo, Stürze und freiheitentziehende Maßnahmen gesammelt. Das Institut für Pflegewissenschaft an der medizinischen Universität Graz übernahm die deutsche Version des Fragebogens, wobei nach einer Pilotstudie Änderungen durchgeführt wurden.

Das Messinstrument umfasst zwei Teile. Der erste, allgemeine Teil besteht aus Fragen zu den demographischen Merkmalen der TeilnehmerInnen und zur Ermittlung der Leistungsindikatoren. Der zweite Teil beinhaltet die oben genannten Pflegeprobleme, wobei jedes auf drei Ebenen untersucht wird.

1. Ebene: das Profil der Einrichtung (Art der Einrichtung und Qualitätsindikatoren)
2. Ebene: das Profil der Abteilung/des Wohnbereiches (Art der Abteilung/des Wohnbereiches und Qualitätsindikatoren)
3. Ebene: patientInnenbezogene Datenerhebung (Merkmale der Pflegeprobleme, präventive Maßnahmen und Behandlung)

Auf der dritten Ebene des Fragebogens werden anschließend die Module der Pflegeprobleme jeweils einzeln nach Ihrem Auftreten erfasst (siehe Abschnitte 3a bis 3e im Fragebogen).

Der Abschnitt 3e behandelt das Modul Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen. Hierbei werden die Häufigkeiten, Ort, Zeitpunkt, Umstände und Hauptursache des Sturzes erfasst. Darüber hinaus werden die möglichen verursachten Verletzungen und Maßnahmen zur Sturz- und Verletzungsprävention erhoben.

4.4 Ethische Aspekte

Die Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz gab ihr Einverständnis zur Pflegequalitätserhebung. Eine informierte Zustimmung der PatientInnen und BewohnerInnen war für die Teilnahme erforderlich und wurde von jenen eigenständig ausgefüllt. Wenn der gesundheitliche Zustand der TeilnehmerInnen dies nicht zuließ, wurden die gesetzlichen VertreterInnen um das Einverständnis für die Teilnahme an der Studie gebeten.

4.5 Datensammlung

Das Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz lud alle österreichischen Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Pflege- und Betreuungseinrichtungen für ältere Menschen oder Personen mit einer Behinderung schriftlich ein, an der europäischen Pflegequalitätserhebung teilzunehmen. Die teilnehmenden Einrichtungen wurden auf die anonyme Behandlung der Daten der Erhebung hingewiesen. Die Teilnahme war für jede Einrichtung und für die teilnehmenden PatientInnen und BewohnerInnen kostenpflichtig.

Die teilnehmenden Einrichtungen benannten jeweils eine/einen Koordinatorin/Koordinator, die/der während des gesamten Zeitraumes der Erhebung für die Koordination innerhalb der Einrichtung zuständig war und als AnsprechpartnerIn für die Projektgruppe fungierte. Jene nahmen anschließend an einer Einführungsveranstaltung teil, wo alle Aspekte der Studie erläutert wurden.

Außerdem lagen die Aufgaben der KoordinatorInnen bei der Bestimmung über die Teilnahme der Stationen/Wohnbereiche und der Einweisung des Pflgeteams über die Durchführung der Erhebung. Darüber hinaus stellten die KoordinatorInnen der

Einrichtungen Teams aus qualifizierten Pflegepersonen zusammen, welche anschließend in Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal der teilnehmenden Stationen/Wohnbereichen, die Erhebung auf den Stationen/Wohnbereichen durchführten.

Die Erhebung fand in allen teilnehmenden Einrichtungen am 13. April 2010 statt. In Österreich wurden Daten zu allen Modulen (Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo, Sturz und freiheitsentziehende Maßnahmen) anonym erhoben. Die von den KoordinatorInnen gebildeten Pflgeteams führten die Erhebung auf den Stationen/Wohnbereichen durch. Dabei wurden Teams, bestehend aus einer diplomierten Pflegeperson und einer unabhängigen Pflegeperson, gebildet. Jene untersuchten, ob die TeilnehmerInnen von den Pflegeproblemen betroffen waren. Dabei sollten beide Pflegepersonen in ihren Angaben übereinstimmen. Wenn dies nicht der Fall war, entschied die unabhängige Pflegeperson. Die Angaben zu den Wohnbereichen/Stationen wurden von den KoordinatorInnen und den jeweiligen LeiterInnen der Stationen/Wohnbereiche aufgenommen.

Die KoordinatorInnen waren für die Fragebogensammlung und Kontrolle der Daten auf Vollständigkeit und Korrektheit verantwortlich. Anschließend waren die KoordinatorInnen für die Eingabe der Daten in eine Internetsoftware verantwortlich. Dadurch erhielt die Projektgruppe der europäischen Pflegequalitätserhebung die Daten und überprüfte sie wiederum auf Vollständigkeit und Korrektheit.

4.6 Datenanalyse

Die Auswertung der Daten zum Thema Sturz wurde mit dem Statistikprogramm Statistical Package for the Social Science (SPSS, Version 17.0, Englisch) durchgeführt. Es wurden ausschließlich die Daten aus österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen für die Analyse berücksichtigt.

Die Daten wurden mithilfe der deskriptiven Statistik ausgewertet, indem Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen, Prozente und statistische Tests berechnet wurden. Zur Darstellung der Ergebnisse wurden Abbildungen und Tabellen verwendet. Die deskriptive Analyse wurde für die Beschreibung der Stichprobe durchgeführt und die statistischen

Tests wurden für die Berechnung der Unterschiede zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen bzw. gestürzten und nicht-gestürzten TeilnehmerInnen angewandt.

Bei den statistischen Tests wurde mit einem zweiseitigen Signifikanzniveau von α 0,05 gearbeitet, da dieses die statistische Signifikanz beschreibt (Bortz & Döring 2006).

Für die Beschreibung der Stichprobe wurden die kategoriellen Variablen (TeilnehmerInnenanzahl, Gründe für die Nichtteilnahme, Geschlecht, Krankheitsbilder/Pflegebedarf) der PatientInnen und BewohnerInnen mittels Kreuztabellen analysiert. Für die Beschreibung der metrischen Variablen Alter und Pflegeabhängigkeit wurde eine benutzerdefinierte Tabelle erstellt um die Unterschiede der Mittelwerte zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen darzustellen.

Die Prävalenz von Stürzen wurde in Prozentraten angegeben, da diese Art in internationaler Literatur am häufigsten Anwendung findet (Hauer et al. 2006).

Zur Analyse der Forschungsfragen 1 und 2 wurden bei den Vergleichen von kategoriellen Variablen zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen bzw. gestürzten und nicht-gestürzten TeilnehmerInnen zweidimensionale Kreuztabellen angewandt. Anschließend wurden mittels einem χ^2 - Test die Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen ermittelt. Wenn die Voraussetzungen für den χ^2 - Test nicht erfüllt werden konnten, wurde ein Fishers exakter Test durchgeführt.

Bei der Bearbeitung der 3. Forschungsfrage wurden zuerst die Mittelwerte der Pflegeabhängigkeit von gestürzten und nicht-gestürzten TeilnehmerInnen in Krankenhäusern und Pflegeheimen dargestellt. Anschließend wurden die Modalwerte der einzelnen Items der Pflegeabhängigkeitsskala zwischen gestürzten und nicht-gestürzten TeilnehmerInnen mithilfe eines Netzdiagramms abgebildet. Im nächsten Schritt wurden die Stufen der Ratingskala der PAS „völlig abhängig“, „überwiegend abhängig“ und „teilweise abhängig“ unter dem Begriff „abhängig“ zusammengefasst, und mithilfe einer Kreuztabelle mit den Items der PAS dargestellt.

5 Ergebnisse

Im nachfolgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Auswertung der Daten der europäischen Prävalenzerhebung zum Thema Sturz dargestellt und Vergleiche zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen angestellt.

5.1 Beschreibung der Stichprobe

An der europäischen Pflegequalitätserhebung nahmen in Österreich jeweils 18 Krankenhäuser und Pflegeheime teil. Am Tag der Erhebung waren in den Krankenhäusern und Pflegeheimen 4924 PatientInnen und BewohnerInnen anwesend. Davon nahmen in den Krankenhäusern 78,3% und in den Pflegeheimen 78,2% teil. Somit wurden die Daten von 3838 TeilnehmerInnen aus Krankenhäusern und Pflegeheimen ausgewertet. Die Verteilung der Gründe für die Nichtteilnahme an der Erhebung werden in Abbildung 3 und Abbildung 4 dargestellt.

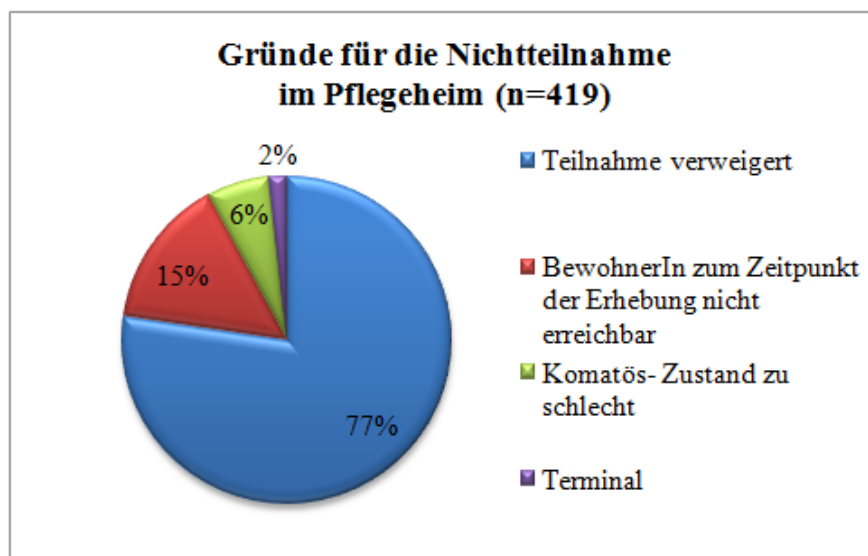


Abbildung 3: Gründe für die Nichtteilnahme im Pflegeheim

In den Pflegeheimen haben 77% der BewohnerInnen die Teilnahme verweigert, was den häufigsten Grund für die Nichtteilnahme bei der Erhebung darstellt. Der an zweiter Stelle genannte Grund nicht teilzunehmen, war, dass die/der BewohnerIn zum Zeitpunkt der Erhebung nicht erreichbar war.

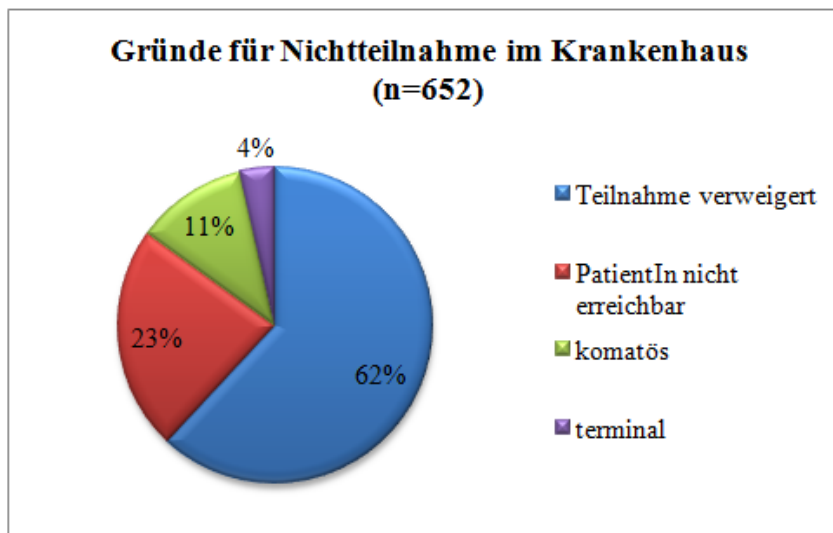


Abbildung 4: Gründe für die Nichtteilnahme im Krankenhaus

In den Krankenhäusern haben 62% die Teilnahme an der Erhebung verweigert und 23% der nicht-teilnehmenden PatientInnen waren zum Zeitpunkt der Erhebung nicht erreichbar.

5.1.1 Alter, Geschlecht und Pflegeabhängigkeit der Stichprobe

Die Anzahl der TeilnehmerInnen (TN) im Pflegeheim und Krankenhaus, der Mittelwert (MW) und die Standardabweichung (SD) des Alters, die Verteilung von Männern und Frauen und der Mittelwert der Pflegeabhängigkeit werden in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Beschreibung der Stichprobe

Einrichtung	TN	Alter		Geschlecht		MW Pflegeab- hängigkeit
		MW	SD	w	m	
Pflegeheim	1502	84,2	9,486	1261	241	40,05
Krankenhaus	2336	66	17	1259	1077	66,42
Gesamt	3838	75,1	13,24	2520	1318	53,24

Es nahmen insgesamt 3838 Personen aus Krankenhäusern und Pflegeheimen teil. Das durchschnittliche Alter lag bei 75,1 Jahren und der durchschnittliche Summenwert der Pflegeabhängigkeitsskala betrug 53,24 in den Krankenhäusern und Pflegeheimen.

Wie man in Abbildung 5 erkennen kann, waren mehr Frauen in den Pflegeheimen als in den Krankenhäusern anwesend.

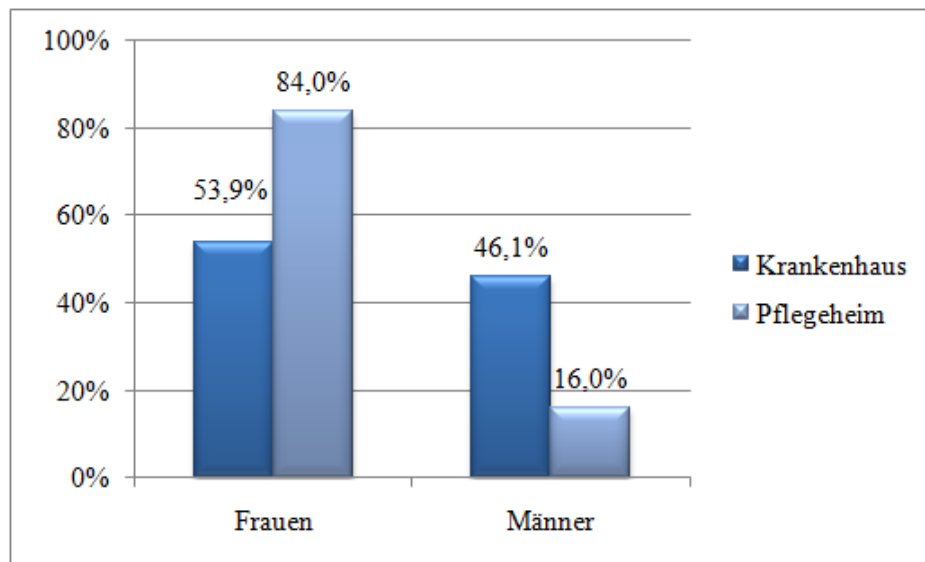


Abbildung 5: Geschlechterverteilung im Krankenhaus und Pflegeheim

In den teilnehmenden Pflegeheimen gibt es statistisch signifikante Unterschiede ($p < 0,05$) zu den Krankenhäusern hinsichtlich der Verteilung von Männern und Frauen. Wie man in Abbildung 5 erkennen kann, waren in den Pflegeheimen erheblich mehr Frauen als Männer anwesend. Im Krankenhaus war die Verteilung der Geschlechter fast ausgeglichen.

5.1.2 Krankheitsbilder/Pflegebedarf

Im allgemeinen Teil des Erhebungsbogens wurden die Krankheitsbilder und der Pflegebedarf der TeilnehmerInnen erhoben, wobei Mehrfachantworten möglich waren. Die Häufigkeiten dieser werden in Tabelle 4 getrennt zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen dargestellt.

Tabelle 4: Übersicht zu den Krankheitsbildern der TeilnehmerInnen

Krankheitsbilder/Pflegebedarf (mehrfachantworten möglich)	Krankenhaus	Pflegeheim	Gesamt
	n (%)	n (%)	n (%)
Herz- und Gefäßerkrankung	905 (38,7%)	893 (59,5%)	1798 (46,8%)
Erkrankung des Bewegungsapparates	726 (31,1%)	638 (42,5%)	1364 (35,5%)
Erkrankung des Verdauungstrakts	576 (24,7%)	344 (22,9%)	920 (24%)
Angewiesen auf Hilfe im täglichen Leben	494 (21,1%)	1178 (78,4%)	1672 (43,6%)
Angewiesen auf Hilfe im Haushalt	493 (21,1%)	838 (55,8%)	1331 (34,7%)
Erkrankung der Nieren/Harnwege, Geschlechtsorgane	414 (17,7%)	330 (22,0%)	744 (19,4%)
Atemwegserkrankung, einschließlich Nase und Tonsillen	371 (15,9%)	153 (10,2%)	524 (13,7%)
Diabetes Mellitus	343 (14,6%)	287 (19,1%)	630 (16,4%)
Endokrine, Ernährungs- oder Stoffwechselerkrankung	288 (12,3%)	211 (14%)	499 (13,0%)
Erkrankung des Nervensystems, mit Ausnahme von Schlafanfällen	188 (8,0%)	239 (15,9%)	427 (11,1%)
Erkrankungen am Auge/Ohr	208 (8,9%)	297 (19,8%)	505 (13,2%)
Sonstiges	180 (7,7%)	131 (8,7%)	311 (8,1%)
Totale Hüftprothese	130 (5,6%)	103 (6,9%)	233 (6,1%)
psychische Störung	128 (5,5%)	331 (22,0%)	495 (12,0%)
Schlaganfall/Hemiparese	126 (5,4%)	259 (17,2%)	524 (13,7%)
Infektionskrankheit	127 (5,4%)	64 (4,3%)	191 (5%)
Unfallverletzung(en) und unerwünschte Unfallfolgen	127 (5,4%)	123 (8,2%)	250 (6,5%)
Blutkrankheit oder eines blutbildenden Organs	100 (4,3%)	81 (5,4%)	181 (4,7%)
Demenz	84 (3,6%)	884 (58,9%)	968 (25,2%)
Hauterkrankung	82 (3,5%)	111 (7,4%)	193 (5,0%)
Querschnittsläsion	2 (0,1%)	8 (0,5%)	10 (0,3%)
Kongenitale Abweichungen	3 (0,1%)	42 (2,8%)	45 (1,2%)
Keine genaue(n) Diagnose(n) möglich	3 (0,1%)	4 (0,3%)	7 (0,2%)

Die häufigsten Krankheitsbilder bei den teilnehmenden PatientInnen waren Krebs (20,9%), Herz- und Gefäßerkrankungen (38,7%), Erkrankungen des Verdauungstrakts (24,7%), Erkrankungen des Bewegungsapparates (31,1%), Angewiesen sein auf Hilfe im täglichen Leben (21,1%) und auf Hilfe im Haushalt (21,1%). Im Pflegeheim zeigten sich teilweise andere am häufigsten genannte Krankheitsbilder als im Krankenhaus. Bei BewohnerInnen sind die am häufigsten genannten Krankheitsbilder psychische Störungen (22,0%), Demenz (58,9%), Herz- und Gefäßerkrankung (59,5%), Erkrankung des Verdauungstrakts (22,9%) und des Bewegungsapparates (42,5%), Angewiesen sein auf Hilfe im täglichen Leben (78,4%) und Angewiesen sein auf Hilfe im Haushalt (55,8%).

5.2 Sturzprävalenz

Im Abschnitt der Beschreibung der Sturzprävalenz werden die Umstände, Folgen sowie die Merkmale von gestürzten Personen dargestellt. Diese werden entweder mit Unterschieden zu den Krankenhäusern und Pflegeheimen, zwischen den Geschlechtern oder zwischen den gestürzten und nicht-gestürzten TeilnehmerInnen angezeigt. Es wurden die Stürze der vergangenen 30 Tage der PatientInnen und BewohnerInnen erhoben.

In der nachfolgenden Tabelle 5 werden die prozentualen Häufigkeiten der gestürzten und nicht-gestürzten TeilnehmerInnen, aufgeteilt in Krankenhaus (KH) und Pflegeheim (PH), dargestellt.

Tabelle 5: Sturzprävalenz der vergangenen 30 Tage im Krankenhaus und Pflegeheim

Sturz	KH		PH		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
<u>TNg</u> *	320	13,7	146	9,7	466	12,1
<u>TNng</u> **	1942	83,1	1345	89,5	3287	85,6
<u>Unb</u> ***	74	3,2	11	0,7	85	2,2
Gesamt	2336	100	1502	100	3838	100

*TNg: TeilnehmerIn gestürzt

**TNng: TeilnehmerIn nicht gestürzt

***Unb: Unbekannt

Die Sturzprävalenz im Krankenhaus betrug 13,7% und im Pflegeheim 9,7%, wobei es einen signifikanten Unterschied ($p < 0,05$) zwischen den zwei Einrichtungsarten hinsichtlich der Sturzprävalenz gab. Die Gesamtprävalenz für Krankenhäuser und Pflegeheime lag bei 12,1%.

In Tabelle 6 werden die Einzel- und Mehrfachstürze der PatientInnen und BewohnerInnen getrennt für Krankenhäuser und Pflegeheime aufgezeigt.

Tabelle 6: Häufigkeit der Stürze in den vergangenen 30 Tagen im Krankenhaus und Pflegeheim

Stürze	1x		2x		3x		mehr als 3x		Gesamt	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Krankenhaus	75,0	240	14,1	45	4,7	15	6,3	20	100	320
Pflegeheim	74,0	108	13,0	19	6,2	9	6,8	10	100	146
Gesamt	74,4	348	13,7	64	5,2	24	6,4	30	100	466

In Krankenhäusern, wie auch in Pflegeheimen, stürzten rund 74% der PatientInnen und BewohnerInnen ein Mal. Im Krankenhaus stürzten 14,1% der Personen zwei Mal, wobei hingegen 6,3% der PatientInnen mehr als drei Mal einen Sturz erlitten.

Im Pflegeheim stürzten 13% der BewohnerInnen zwei Mal und 6,8% mehr als drei Mal. Zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen gibt es bezüglich der Mehrfachstürze keine Unterschiede.

5.2.1 Krankheitsbilder/Pflegebedarf

In Tabelle 7 werden die Krankheitsbilder/der Pflegebedarf, die/der bei gestürzten und nicht-gestürzten TeilnehmerInnen aufgetreten sind/ist, verglichen und dargestellt.

Tabelle 7: Krankheitsbilder/Pflegebedarf bei gestürzten und nicht-gestürzten TeilnehmerInnen

Krankheitsbilder/Pflegebedarf	Nicht gestürzte TN (n=3287)		Gestürzte TN (n=466)	
	%	n	%	n
Herz- und Gefäßerkrankung	45,9	1508	54,9	256
Angewiesen sein auf Hilfe im täglichen Leben	42,4	1394	52,4	244
Angewiesen sein auf Hilfe im Haushalt	33,2	1092	44,8	209
Diabetes mellitus	15,7	517	21,2	99
Psychische Störung	11,4	375	15,5	72
Erkrankung des Nervensystems	10,7	351	14,2	66
Unfallverletzung	5,0	165	17,8	83

Beim Vergleich der Krankheitsbilder/des Pflegebedarfs von gestürzten und nicht-gestürzten TeilnehmerInnen kristallisierten sich einige heraus, die einen signifikanten Unterschied anzeigten.

Die häufigsten Krankheitsbilder, die gestürzte TeilnehmerInnen aufwiesen, waren Herz- und Gefäßerkrankungen (54,9%) und Diabetes mellitus (21,2%). Der Pflegebedarf war bei 44,8% der gestürzten TeilnehmerInnen bei der Hilfe im Haushalt und bei 52,4% der Personen bei der Hilfe im täglichen Leben gegeben.

Der Unterschied bei Diabetes mellitus, psychischen Störungen, Erkrankungen des Nervensystems, Herz- und Gefäßerkrankungen und bei Unfallverletzungen zwischen gestürzten und nicht-gestürzten TeilnehmerInnen war statistisch signifikant ($p < 0,05$). Ebenso gab es signifikante Unterschiede ($p < 0,05$) zwischen gestürzten und nicht-gestürzten TeilnehmerInnen, die auf Hilfe im täglichen Leben und im Haushalt angewiesen waren.

5.2.2 Geschlecht und Alter

Im Krankenhaus und Pflegeheim sind 13,5% (n=178) der Männer und 11,4% (n=288) der Frauen gestürzt. In Abbildung 6 wird die Verteilung der Stürze auf Männer und Frauen dargestellt.

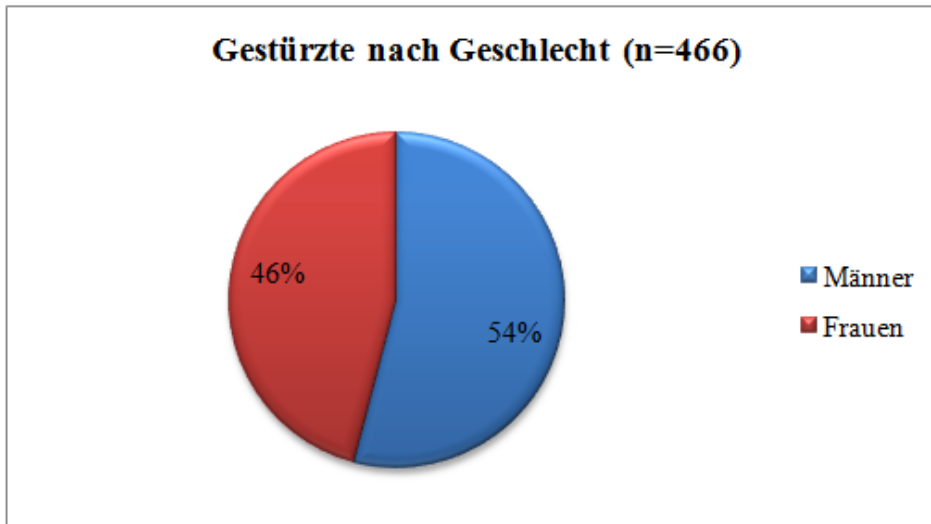


Abbildung 6: Gestürzte Männer und Frauen

54% der gestürzten Personen waren Männer und 46% waren Frauen. Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede ($p=0,97$) hinsichtlich des Geschlechts und der Sturzprävalenz.

Das Durchschnittsalter der gestürzten PatientInnen lag im Krankenhaus bei 72 Jahren und im Pflegeheim bei 85 Jahren.

Es wurden vier Altersgruppen gebildet, um zu erkennen, in welchem Abschnitt die meisten Stürze erfolgten. Die Altersgruppen wurden beginnend bei unter 64-jährigen gebildet, anschließend in zehn-Jahresschritten bis über 85-jährige.

In Tabelle 8 werden diese Altersgruppen der gestürzten TeilnehmerInnen für Krankenhäuser und Pflegeheime getrennt dargestellt.

Tabelle 8: Altersgruppen der gestürzten TeilnehmerInnen im Krankenhaus und Pflegeheim

	Altersgruppen								Gesamt	
	unter 64 Jahre		65-74 Jahre		75-84 Jahre		über 85 Jahre			
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Krankenhaus (n=318)	25,3%	81	22,8%	73	33,8%	108	18,1%	58	100%	320
Pflegeheim (n=141)	2,1%	3	8,2%	12	29,5%	43	60,3%	88	100%	146
Gesamt	18%	84	18,2%	85	32,4%	151	31,3%	146	100%	466

Die Ergebnisse zeigten, dass im Krankenhaus 33,8% der Stürze im Alter zwischen 75-84 Jahren passierten, wohingegen ab einem Alter von über 85 Jahren bei 18,1% die Sturzrate sank. Im Pflegeheim hingegen stürzten 29,5% im Alter zwischen 75-84 Jahren und 60,3% der BewohnerInnen waren über 85 Jahre alt.

Da sich rund 60% der Stürze ab einem Alter von 75 Jahren ereigneten, wurden anschließend weitere fünf Altersgruppen gebildet, die ab dem Alter von 75 Jahren in fünf-Jahresschritten eingeteilt wurden. Die Verteilung der Stürze in den fünf Altersgruppen in Krankenhäusern und Pflegeheimen werden in Abbildung 7 dargestellt.

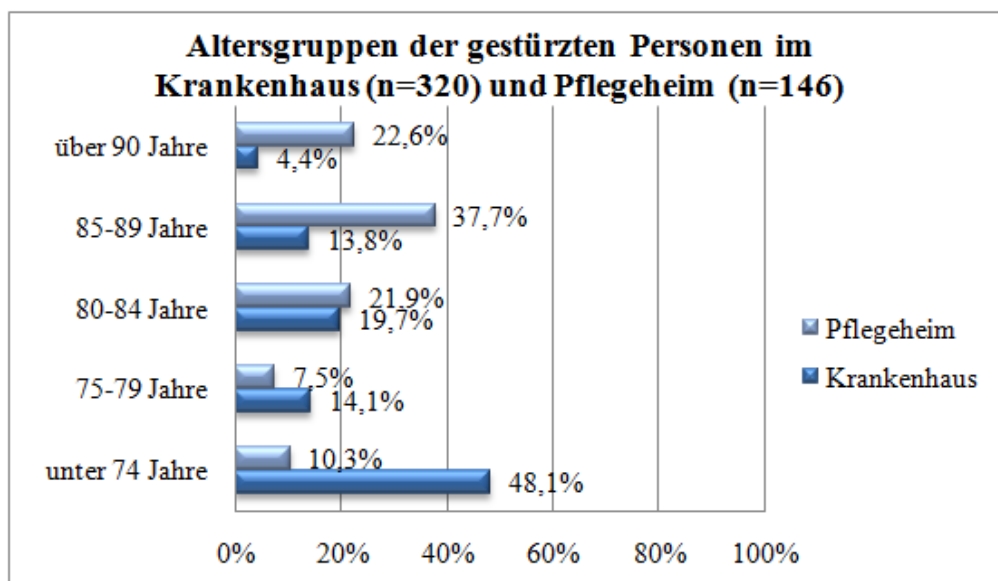


Abbildung 7: Altersgruppen der gestürzten PatientInnen und BewohnerInnen

Im Krankenhaus stürzten 48,1% der PatientInnen unter dem Alter von 74 Jahren. Zwischen dem Alter von 80 und 84 Jahren stürzten 19,7% der PatientInnen. Im Pflegeheim hingegen erlitten 37,7% der BewohnerInnen einen Sturz, die zwischen 85 und 89 Jahren alt waren. Im Alter zwischen 80 und 84 Jahren stürzten 21,9% der BewohnerInnen.

Sowohl im Krankenhaus als auch im Pflegeheim war die Häufigkeit der Stürze ab einem Alter von über 90 Jahren rückläufig.

5.2.3 Zeitpunkt und Ursache der Stürze

Ebenso wurden die Zeitpunkte, an denen sich die Stürze in den Krankenhäusern und Pflegeheimen ereigneten, erfasst. Jene werden nun in Abbildung 8 dargestellt, wo die Unterschiede zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen aufgezeigt werden.

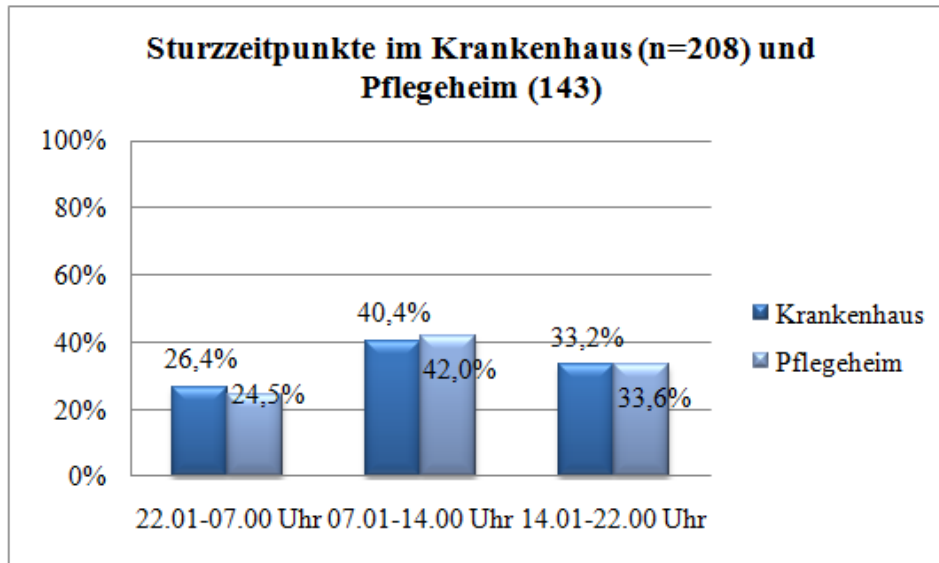


Abbildung 8: Zeitpunkte der Stürze in Krankenhäusern und Pflegeheimen

Im Krankenhaus, wie auch im Pflegeheim, hat sich der Großteil (40%) der Stürze am Vormittag (zwischen 7.01 und 14.00 Uhr) ereignet. Ein Drittel der Stürze ereignete sich im Krankenhaus und Pflegeheim von Nachmittags bis abends (14.01-22.00 Uhr).

Beim Vergleich der Zeiträume, in denen sich die Stürze ereigneten, zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen ($p=0,913$).

Die Ursachen der Stürze, wie körperliche und psychische Gesundheitsprobleme (GP) und externe Faktoren werden in Tabelle 9 für Krankenhäuser und Pflegeheime dargestellt.

Tabelle 9: Hauptursachen für Stürze

	Unbekannt		Körperliche GP		Psychische GP		Externe Faktoren		Gesamt	
	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Krankenhaus (n=208)	20,2	42	45,7	95	5,8	12	28,4	59	100	208
Pflegeheim (n=143)	39,9	57	36,4	52	21	30	2,8	4	100	143
Gesamt	28,2	99	41,9	147	12	42	17,9	63	100	351

Körperliche Gesundheitsprobleme (45,7%) und externe Faktoren (28,4%) waren im Krankenhaus die häufigsten Ursachen für Stürze. Im Pflegeheim war die Ursache bei

39,9% der Stürze unbekannt. Eine weitere Ursache für Stürze bei BewohnerInnen waren bei 36,4% körperliche Gesundheitsprobleme.

Die Hauptursachen für Stürze unterschieden sich signifikant ($p < 0,05$) in Krankenhäusern und Pflegeheimen.

In Abbildung 9 sollen nun die Unterschiede zwischen Krankenhaus und Pflegeheim hinsichtlich der Stürze vor und nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung aufgezeigt werden.

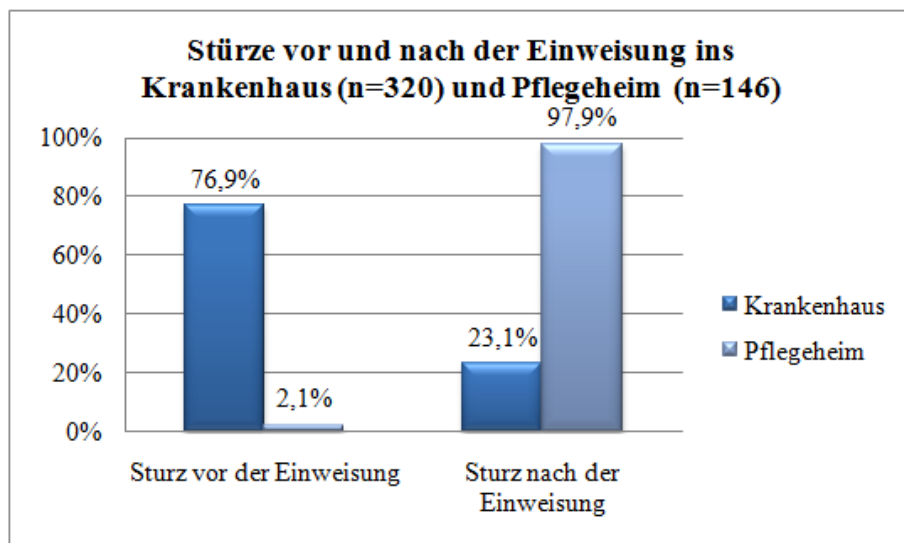


Abbildung 9: Sturz vor und nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung

Im Krankenhaus ($n=320$) erfolgten 76,9% der Stürze vor der Einweisung des Patienten/der Patientin in die Einrichtung und 23,1% der Stürze nach der Einweisung, wohingegen sich im Pflegeheim ($n=146$) 2,1% der Stürze vor der Einweisung und 97,9% der Stürze nach der Einweisung in die Einrichtung ereigneten. Aus diesen Häufigkeiten ergeben sich statistisch signifikante Unterschiede ($p < 0,05$) zwischen dem Krankenhaus und Pflegeheim.

5.2.4 Sturzbedingte Verletzungen

In Abbildung 10 werden nun die sturzbedingten Verletzungen im Vergleich zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen dargestellt.

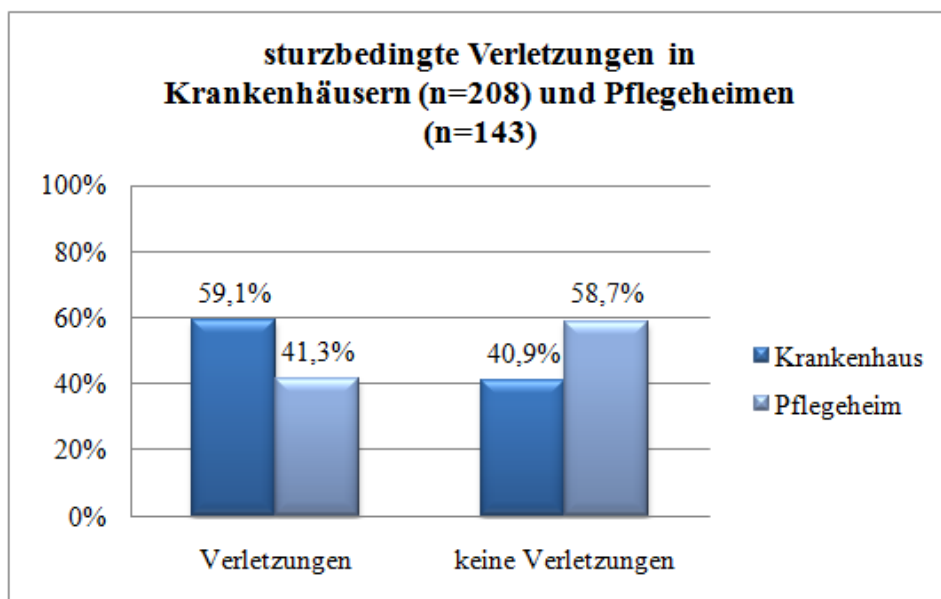


Abbildung 10: sturzbedingte Verletzungen im Krankenhaus und Pflegeheim

Im Krankenhaus resultierten 59,1% der Stürze in Verletzungen. Im Pflegeheim hingegen erlitten 41,3% der gestürzten BewohnerInnen eine Verletzung. Hierbei ergibt sich ein statistisch signifikanter Unterschied ($p < 0,05$) zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen.

Die Verletzungsarten wurden in die Kategorien minimale, mittlere und schwere Verletzung und Hüftfraktur eingeteilt. Diese werden nun im Vergleich zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen in Abbildung 11 dargestellt.

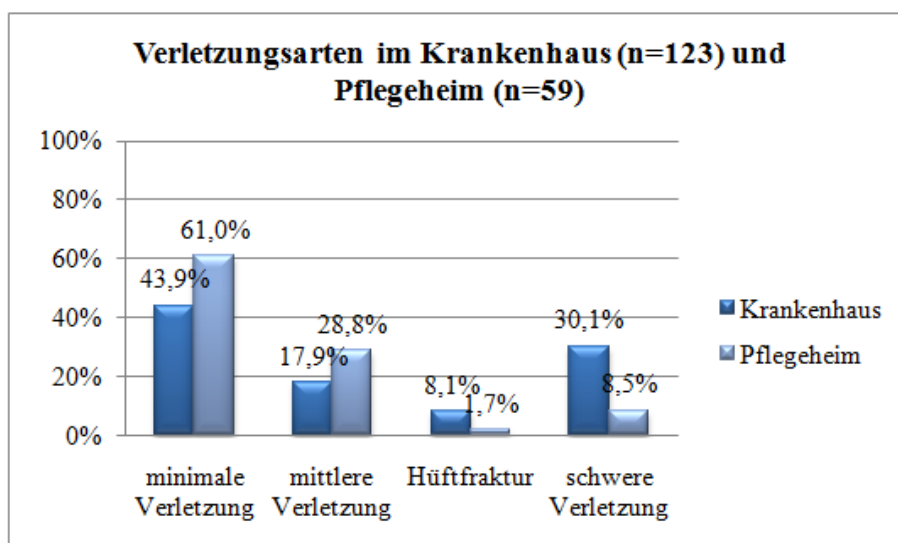


Abbildung 11: Arten der Verletzungen im Krankenhaus und Pflegeheim

Im Krankenhaus (n=123) ergaben sich als Folge von Stürzen 43,9% minimale Verletzungen, 17,9% mittlere Verletzungen und 30,1% schwere Verletzungen. Im Pflegeheim (n=59) waren 61,0% minimale Verletzungen und 28,8% mittlere Verletzungen. Im Übrigen traten im Krankenhaus 8,1% der PatientInnen und im Pflegeheim bei 1,7% der BewohnerInnen Hüftfrakturen als sturzbedingte Verletzung auf. Es konnte ein signifikanter Unterschied ($p < 0,05$) zwischen den Krankenhäusern und Pflegeheimen hinsichtlich der Art der sturzbedingten Verletzungen identifiziert werden.

Des Weiteren werden nun in Abbildung 12 die sturzbedingten Verletzungen im Vergleich zwischen Männern und Frauen dargestellt.

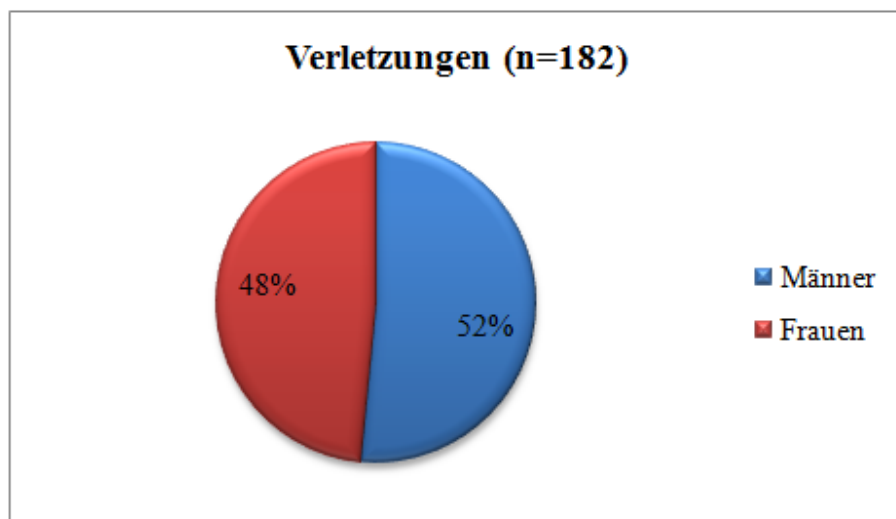


Abbildung 12: sturzbedingte Verletzungen bei Männern und Frauen

52% der gestürzten Männer und 48% der gestürzten Frauen erlitten eine sturzbedingte Verletzung. Es ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich der Verletzungen und dem Geschlecht, weder im Krankenhaus ($p = 0,795$) noch im Pflegeheim ($p = 0,368$).

5.2.5 Angst vor Stürzen und Geschlecht

Da auch Angst vor Stürzen eine Konsequenz von Stürzen sein kann, wird im Folgenden die Angst vor Stürzen zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen verglichen und anschließend zwischen Männern und Frauen.

In Abbildung 13 werden die Häufigkeiten von Angst vor Stürzen im Krankenhaus und Pflegeheim dargestellt.

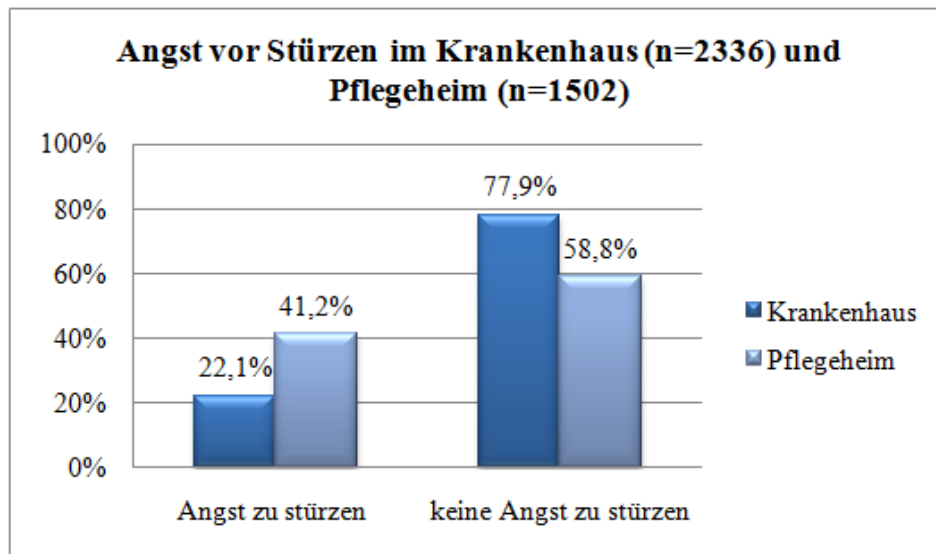


Abbildung 13: Angst zu stürzen im Krankenhaus und Pflegeheim

Im Krankenhaus (n=2336) hatten 22,1% der PatientInnen und im Pflegeheim (n=1502) 41,2% der BewohnerInnen Angst zu stürzen.

Der Unterschied zwischen Krankenhaus und Pflegeheim war statistisch signifikant ($p < 0,05$).

In Abbildung 14 wird Angst vor Stürzen zwischen Männern und Frauen verglichen.

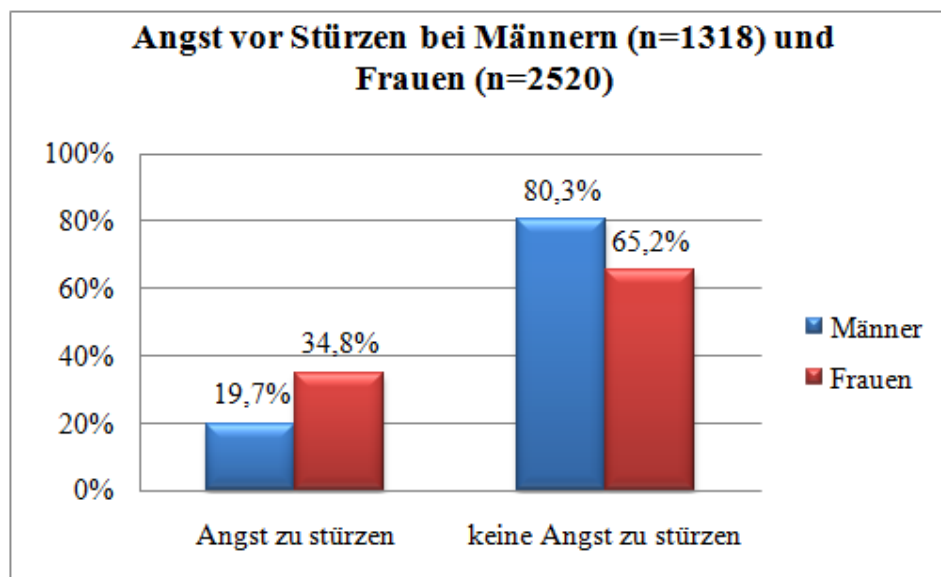


Abbildung 14: Angst zu stürzen bei Frauen und Männern

34,8% der Frauen und 19,7% der Männer hatten Angst vor Stürzen. Der Unterschied hierbei ist zwischen Männern und Frauen statistisch signifikant ($p < 0,05$).

5.3 Anwendung von Präventionsmaßnahmen

Nun werden die im Krankenhaus und Pflegeheim angewandten Sturz- und Verletzungspräventionsmaßnahmen beschrieben.

In Tabelle 10 werden die angewandten Maßnahmen zur Sturz- und Verletzungsprävention für das Krankenhaus und Pflegeheim getrennt dargestellt.

Tabelle 10: Angewandte Präventionsmaßnahmen im Krankenhaus und Pflegeheim (Mehrantworten möglich)

		Krankenhaus	Pflegeheim	Gesamt
<u>Sturzprävention</u>		Anzahl (%)	Anzahl (%)	Anzahl (%)
	Anpassen der Umgebung**	715 (30,4%)	993 (66,1%)	1704 (44,4%)
	Absprachen**	585 (24,9%)	727 (48,4%)	1312 (34,2%)
	Beaufsichtigung**	340 (14,5%)	1009 (67,2%)	1347 (35,1%)
	Übungstherapie*	326 (13,9%)	249 (16,6%)	574 (15,0%)
	Auswertung der Hilfsmittel**	288 (12,3%)	481 (32%)	768 (20,0%)
	Alarmierung (Sensormatte, Alarmsensor, Alarmklingel)**	107 (4,6%)	400 (26,6%)	507 (13,2 %)
	Sonstiges**	94 (4%)	161 (10,7%)	255 (6,6%)
	Auswertung der Medikation**	57 (2,4%)	211 (14%)	268 (7,0%)
	Auswertung des Tagesprogramms**	18 (0,8%)	181 (12,1%)	199 (5,2%)
	Untersuchung des Visus**	7 (0,3%)	43 (2,9%)	50 (1,3%)
<u>Verletzungsprävention</u>				
	Sonstiges**	70 (3,0%)	302 (20,1%)	372 (9,7%)
	Stärkung der Knochen**	50 (2,1%)	114 (7,6%)	164 (4,3%)
	Schiene/Stütze	17 (0,7%)	6 (0,4%)	23 (0,6 %)
	Hüftschutz weich**	0 (0,0%)	55 (3,7%)	55 (1,4%)
	Hüftschutz hart**	0 (0,0%)	23 (1,5%)	23 (0,6%)
	Kopfschutz	1 (0,0%)	4 (0,3%)	5 (0,1%)
* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$				

Es ergaben sich signifikante Unterschiede bei der Anwendung von sturzpräventiven Maßnahmen zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen. Die am häufigsten angewendeten Maßnahmen im Pflegeheim zur Sturzprävention waren die Beaufsichtigung der BewohnerInnen (67,2%), Absprachen mit den BewohnerInnen und deren Angehörigen (48,4%), die Auswertung der Hilfsmittel (32%) und die Anpassung der Umgebung (66,1%). Im Krankenhaus hingegen waren die am häufigsten angewandten Maßnahmen Absprachen mit den PatientInnen und deren Angehörigen (24,9%) und die Anpassung der Umgebung (30,4%). In diesem Setting war die am häufigsten genutzte Maßnahme zur Verletzungsprävention die Stärkung der Knochen (2,1%). Dazu wurde im Pflegeheim im Gegensatz häufiger eine Maßnahme zur Verletzungsprävention angewandt. Hüftschutzhose wurde bei 3,7% und Stärkung der Knochen bei 7,6% zur Vorbeugung von Verletzungen verwendet.

Die Häufigkeiten der Anwendung von Präventionsmaßnahmen in Krankenhäusern und Pflegeheimen werden in Abbildung 15 dargestellt.

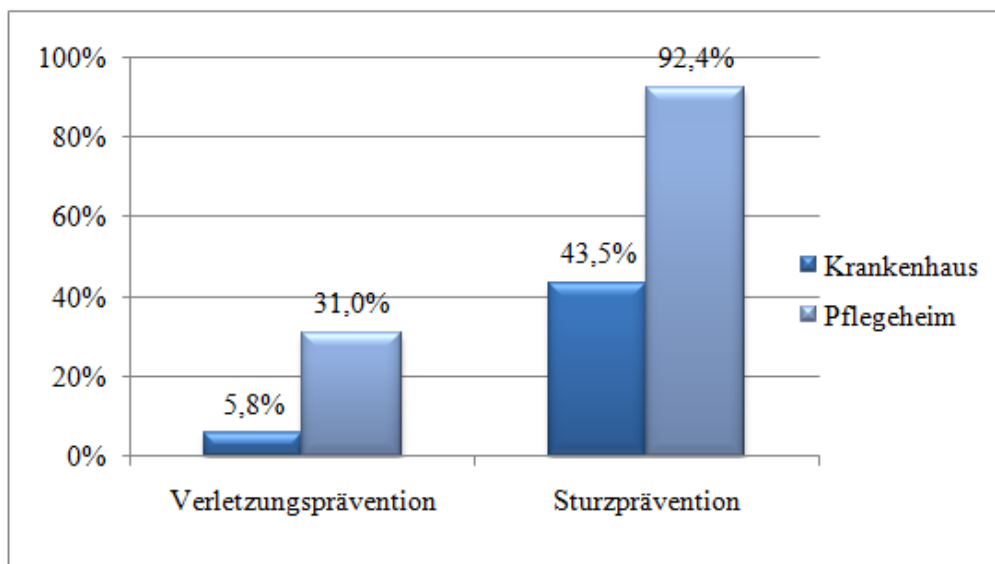


Abbildung 15: Angewandte Maßnahmen zur Sturzprävention

Im Pflegeheim (n=1502) wurde bei 92,4% der BewohnerInnen Maßnahmen zur Sturzprävention angewandt, im Krankenhaus (n=2336) hingegen bei 43,5% der PatientInnen.

Maßnahmen zur Verletzungsprävention wurden im Krankenhaus bei 5,8% der PatientInnen und im Pflegeheim bei 31,0% der BewohnerInnen angewendet. Der Unterschied zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen bei der Anwendung von Präventionsmaßnahmen ist statistisch signifikant ($p < 0,05$).

Wie im Abschnitt der Sturzprävalenz beschrieben ist, ereignen sich im Krankenhaus mehr Stürze vor der Einweisung und im Pflegeheim mehr Stürze nach der Einweisung in die Einrichtung. Im Folgenden soll erläutert werden, ob und wie viele gestürzte PatientInnen und BewohnerInnen eine Maßnahme zur Sturz- und Verletzungsprävention erhalten haben. Wie in der Einleitung beschrieben, stellt ein bereits erfolgter Sturz einen Risikofaktor für weitere Stürze dar. Deshalb ist es von Interesse zu erfahren, ob Maßnahmen zur Prävention bei PatientInnen und BewohnerInnen nach einem Sturz gesetzt wurden. In Tabelle 11 wird die Nutzung der Präventionsmaßnahmen in Abhängigkeit vom Sturzzeitpunkt im Vergleich zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen dargestellt.

Tabelle 11: Angewandte Präventionsmaßnahmen in Abhängigkeit vom Sturzzeitpunkt

	SP* Sturz vor der Einweisung		SP* Sturz nach der Einweisung		VP** Sturz vor der Einweisung		VP** Sturz nach der Einweisung	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Krankenhaus (n=320)	76,4%	188	94,6%	70	8,9%	22	17,6%	13
Pflegeheim (n=146)	100%	3	99,3%	142	33,3%	1	50,3%	72
Gesamt	76,7%	191	97,7%	212	9,2%	23	39,2%	85

SP* Sturzprävention

VP** Verletzungsprävention

Im Krankenhaus wurde bei 76,4% der PatientInnen, die einen Sturz vor der Einweisung erlitten, eine Maßnahme zur Sturzprävention und bei 8,9% eine Maßnahme zur Verletzungsprävention angewandt.

Im Pflegeheim erhielten 99,3% der BewohnerInnen, die nach der Einweisung stürzten, eine Maßnahme zur Sturzprävention und bei 50,3% eine Verletzungspräventionsmaßnahme.

In den Pflegeheimen wurden häufiger Maßnahmen zur Verletzungsprävention, bei bereits gestürzten Personen, angewandt als in den Krankenhäusern.

5.4 Pflegeabhängigkeit und Sturz

Im Folgenden werden die Werte der PAS zwischen gestürzten und nicht-gestürzten TeilnehmerInnen verglichen.

Die Mittelwerte der Gesamtsumme der Pflegeabhängigkeit von gestürzten und nicht gestürzten TeilnehmerInnen (TN) werden in Tabelle 12 dargestellt.

Tabelle 12: Pflegeabhängigkeit bei gestürzten und nicht gestürzten TeilnehmerInnen

	PA im Pflegeheim*	PA im Krankenhaus*	Gesamt
Gestürzte TN	43,14	60,47	51,81
Nicht gestürzte TN	39,75	67,95	53,58

*Summenwert der Pflegeabhängigkeitsskala

Im Pflegeheim betrug der Summenwert der Pflegeabhängigkeit bei gestürzten BewohnerInnen 43,14 und bei nicht gestürzten BewohnerInnen 39,75. Im Krankenhaus hingegen lag der Summenwert bei gestürzten PatientInnen bei 60,47 und bei nicht Gestürzten bei 67,95. Man kann erkennen, dass PflegeheimbewohnerInnen insgesamt pflegeabhängiger waren als KrankenhauspatientInnen und es Unterschiede zwischen den Summenwerten der Pflegeabhängigkeitsskala bei gestürzten und nicht-gestürzten TeilnehmerInnen gab. Die gestürzten PatientInnen im Krankenhaus waren pflegeabhängiger als die Nicht-gestürzten. Wobei hingegen im Pflegeheim die gestürzten BewohnerInnen weniger pflegeabhängig waren als die Nicht-gestürzten.

Beim Vergleich der Mediane der einzelnen Items der Pflegeabhängigkeitsskala bei gestürzten TeilnehmerInnen in den Krankenhäusern und Pflegeheime konnte ein statistisch signifikanter Unterschied festgestellt werden.

In Abbildung 16 werden die Mediane der Items der Pflegeabhängigkeitsskala im Vergleich von gestürzten (n=466) und nicht-gestürzten (n=3286) TeilnehmerInnen dargestellt.

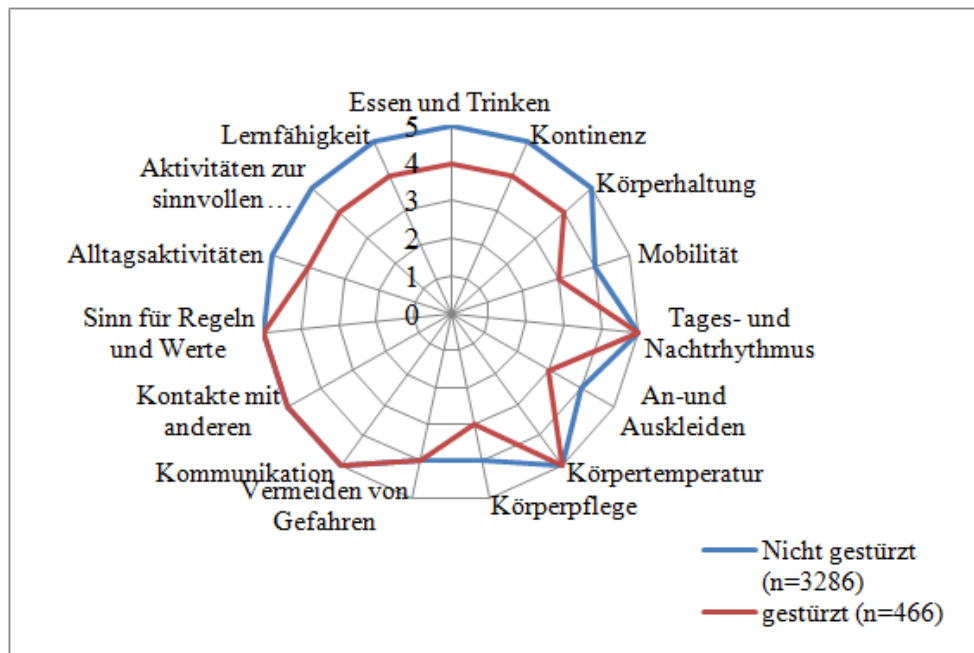


Abbildung 16: Pflegeabhängigkeit bei gestürzten und nicht-gestürzten TeilnehmerInnen

Es wird ersichtlich, dass gestürzte TeilnehmerInnen im Allgemeinen pflegeabhängiger als nicht-gestürzte TeilnehmerInnen waren. Jedoch bei einigen Items der PAS wie Tages- und Nachtrhythmus, Körpertemperatur, Vermeiden von Gefahren, Kommunikation, Kontakte mit anderen und Sinn für Regeln und Werte gibt es keine Unterschiede zwischen gestürzten und nicht-gestürzten PatientInnen und BewohnerInnen. Bei den Items Mobilität, Kontinenz, Alltagsaktivitäten, Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung, Lernfähigkeit, Essen und Trinken, Körperhaltung, An- und Auskleiden und bei der Körperpflege waren gestürzte TeilnehmerInnen insgesamt pflegeabhängiger als nicht-gestürzte TeilnehmerInnen.

Um den Unterschied zwischen gestürzten und nicht-gestürzten TeilnehmerInnen (TN) bei den oben genannten Items genauer zu beleuchten, werden jene in prozentualen Häufigkeiten in Tabelle 13 dargestellt. Hierbei wurden die Stufen der Ratingskala „völlig abhängig“, „überwiegend abhängig“ und „teilweise abhängig“ unter dem Begriff „abhängig“ zusammengefasst.

Tabelle 13: Unterschiede der Pflegeabhängigkeit bei gestürzten und nicht-gestürzten TeilnehmerInnen

	Gestürzte TN (n=459)	Nicht gestürzte TN (n=3338)
	abhängig (%)	abhängig (%)
Körperpflege	61,2	49,4
Mobilität	53,7	41,2
An- und Ausziehen	52,8	45,2
Alltagsaktivitäten	47,2	39,2
Kontinenz	46,5	40,9
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung	42,7	36,4
Körperhaltung	37,3	32,2
Lernfähigkeit	37,0	34,5
Essen und Trinken	35,2	31,0

Es ergaben sich deutliche Unterschiede bezüglich der Pflegeabhängigkeit bei gestürzten TeilnehmerInnen im Gegensatz zu den Nicht-gestürzten bei den Items Körperpflege, Mobilität, An- und Ausziehen, Kontinenz und Alltagsaktivitäten. Die größten Unterschiede zeigten sich beim Item Mobilität, wobei 53,7% der Gestürzten im Gegensatz zu 41,2% der Nicht-gestürzten abhängig waren. Ebenso zeigten 61,2% der gestürzten versus 49,4% der nicht gestürzten TeilnehmerInnen bei der Körperpflege eine Abhängigkeit. Darüber hinaus waren 46,5% der gestürzten TeilnehmerInnen beim Punkt Kontinenz abhängig im Gegensatz zu den nicht-gestürzten TeilnehmerInnen mit 40,9%. Auch beim Item An- und Ausziehen waren gestürzte TeilnehmerInnen mit 52,8% abhängiger als nicht-gestürzte mit 45,2%.

6 Diskussion

Im nachfolgenden Abschnitt werden die Ergebnisse des Moduls Sturz der europäischen Pflegequalitätserhebung 2010 mit den Resultaten aus internationalen Studien verglichen und diskutiert. Ferner werden Limitationen der Studie besprochen und Empfehlungen für die Praxis und für weitere Forschungsarbeiten gegeben.

6.1 Sturzprävalenz

Die Gesamtprävalenz von Stürzen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen lag bei dieser Erhebung bei 12,1% (n=3838). Beim Vergleich dieser Prävalenz mit anderen Studien erkennt man, dass die Sturzrate bedeutend höher war als bei den deutschen Prävalenzerhebungen im Jahr 2008 mit 3,8% (n=6628) und im Jahr 2009 mit 4% (n=8266) (Dassen 2008; Dassen 2009). Auch eine italienische Studie mit einer hohen TeilnehmerInnenanzahl (n=13729) zeigte eine niedrigere Sturzprävalenzrate mit 1,9% (Mecocci et al 2005). Bei einer deutschen Studie 2004 (n=6925) zeigte sich in den Pflegeheimen eine Sturzrate von 7,1% und in den Krankenhäusern eine Sturzprävalenzrate von 3,4% (Heinze, Halfens & Dassen 2007). Im Gegensatz dazu stürzten bei dieser Erhebung mit 13,7% mehr TeilnehmerInnen in den Krankenhäusern als in den Pflegeheimen mit 9,7%. Bei einer österreichischen Prävalenzerhebung 2009 (n=3655) ergab sich ebenfalls, dass in den Krankenhäusern (16,7%) mehr TeilnehmerInnen stürzten als in den Pflegeheimen (8,0%) (Lohrmann 2009). Die Sturzprävalenzrate in deutschen Krankenhäusern im Jahr 2004 war deutlich niedriger als in dieser Erhebung (Heinze, Halfens & Dassen 2007). Höhere Gesamtprävalenzraten von Stürzen zeigten sich mit 16,4% (n=2108) in einer deutschen Studie (Krause 2005), mit 24,3% (n=1025) in einer britischen Studie (Vasallo et al. 2003) und mit 13% (n=3655) in einer österreichischen Prävalenzerhebung (Lohrmann 2009).

Auch die Definition von Stürzen, die in den einzelnen Einrichtungen zugrunde liegen, könnte einen Einfluss auf die Prävalenzen in den Krankenhäusern und Pflegeheimen haben. Durch unterschiedliche Definitionen können Sturzprävalenzen unter- oder überschätzt werden, indem zum Beispiel nur jene Stürze erfasst werden, bei denen sich Verletzungen ereignet haben (Hauer et al. 2006). Eine Erklärung für die höhere Sturzrate

in Österreich, im Vergleich zu anderen internationalen Studien, wäre, dass die Problematik „Sturz“ noch nicht ausreichend in der pflegerischen Praxis erkannt wurde.

In dieser Erhebung stürzten rund 74% ein Mal und rund 15% zwei Mal. Diese Ergebnisse zeigten sich auch bei weiteren Studien aus Deutschland und der Schweiz, wo drei Viertel der Stürze Erststürze waren (Müller et al. 2009; Schwendimann 2008; von Renteln-Kruse & Krause 2004). Im Gegensatz dazu wurde in einer weiteren Studie herausgefunden, dass Mehrfachstürze die Hälfte der Stürze ausmachen (Nurmi & Lühje 2002).

6.1.1 Sturz und Geschlecht

Bei dieser Studie gab es keine Unterschiede bei der Sturzprävalenz hinsichtlich des Geschlechts. Hierbei waren 54% der gestürzten Personen Männer und 46% der gestürzten TeilnehmerInnen Frauen. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Resultaten anderer internationaler Studien (Aizen, Shugaev & Lenger 2007; Cina-Tschumi et al. 2009; Lee & Stokic 2008; Mecocci et al. 2005; Vasallo et al. 2000). Hierbei besteht jedoch keine Einigkeit, da auch herausgefunden wurde, dass mehr Frauen als Männer gestürzt sind (Halfon et al. 2001; Heinze, Halfens & Dassen 2007; Schwendimann et al 2008, Vasallo et al. 2003; Vasallo et al. 2005). Im Gegensatz dazu wurde erhoben, dass mehr Männer als Frauen stürzen (Koh et al. 2007; Krause 2005; Lord et al. 2003; von Renteln- Kruse & Krause 2004). Bei der Auswertung der Daten bezüglich des Geschlechts und Stürzen wurde keine Unterscheidung zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen durchgeführt, da in den Pflegeheimen mehr Frauen als Männer anwesend waren und somit dieser Unterschied signifikant gewesen wäre. Für diese Masterarbeit war es interessanter zu erfahren, ob es im Krankenhaus und Pflegeheim, zusammen, Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Stürze gab.

6.1.2 Sturz und Alter

Im Rahmen dieser Erhebung wurden obendrein Altersgruppen gebildet, um herauszufinden, in welchem Alter sich die meisten Stürze ereigneten. Zwei Drittel der Stürze geschahen im Krankenhaus und Pflegeheim ab einem Alter von 75 Jahren. Bei getrennter Betrachtung von Krankenhäusern und Pflegeheimen konnte man erkennen, dass

sich 48% der Stürze in den Krankenhäusern bei unter 74-jährigen PatientInnen ereigneten. Diese Ergebnisse wurden auch bei weiteren Studien herausgefunden (Dassen 2008; Heinze, Halfens & Dassen 2007; Heinze, Lahmann & Dassen 2002; Izumi et al. 2002; Vasallo et al. 2000; Vasallo et al. 2003; Vasallo et al. 2005; Von Renteln- Kruse & Krause 2004). Im Gegensatz dazu ist die Sturzprävalenz im Pflegeheim in der Altersgruppe zwischen 85-89 Jahren mit 37,7% am höchsten. Dazu fanden Heinze, Lahmann & Dassen (2002) heraus, dass die Wahrscheinlichkeit zu stürzen mit zunehmendem Alter (85 Jahre und älter) abnimmt. In dieser Erhebung war dies nur im Krankenhaus der Fall und im Pflegeheim, nahm die Sturzhäufigkeit erst ab einem Alter von 90 Jahren ab. Dieses Phänomen, das mit hohem Alter die Sturzhäufigkeit abnimmt, könnte dadurch erklärt werden, dass jene eine geringere Mobilität aufweisen als die Jüngeren, und somit nicht die Möglichkeit haben zu stürzen.

6.1.3 Sturzumstände

In der vorliegenden Erhebung ereigneten sich rund 40% der Stürze zwischen 7.00-14.00 Uhr. Ein Viertel der Stürze geschahen zwischen 22.01-7.00 Uhr und ein Drittel der Stürze zwischen 14.01.-22.00 Uhr. Es ergaben sich bei den Uhrzeiten, in denen sich Stürze ereigneten, keine signifikanten Unterschiede zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen. Da in weiteren internationalen Studien, andere Zeiträume in den jeweiligen Fragebögen verwendet wurden, ist ein Vergleich nur teilweise möglich. Der Zeitpunkt der Stürze wurde häufig auch nicht erfasst. Einerseits wurde kein Unterschied zwischen den Stürzen, die tagsüber oder nachts geschahen, festgestellt (von Renteln-Kruse & Krause 2004), andererseits ereignete sich die Hälfte aller Stürze vormittags (Halfon et al. 2001). Bei einer österreichischen Studie 2009 zeigte sich, dass sich in den Krankenhäusern mit 41,3% in der Zeit zwischen 7.01-14.00 Uhr mehr Stürze ereigneten als in den Pflegeheimen mit 20,8%. In den Pflegeheimen (50,9%) ereigneten sich auch mehr Stürze zwischen 14.01-22.00 Uhr als in den Krankenhäusern (33,2%) (Lohrmann 2009). Diese Ergebnisse unterscheiden sich von dieser Studie, da hier keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen identifiziert werden konnten.

In den Krankenhäusern ereigneten sich bei dieser Studie 76% der Stürze vor der Einweisung, im Gegensatz zu den Pflegeheimen mit 2%. Man kann hierbei annehmen,

dass jene Personen, die vor der Einweisung ins Krankenhaus stürzten, aufgrund der Sturzverletzungen in die Einrichtung eingewiesen werden mussten. Diesen Aspekt muss man bei der Sturzprävalenz ebenfalls beachten, wenn man den statistisch signifikanten Unterschied der Prävalenzraten zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen betrachtet.

Bei diesem Punkt kann man auch annehmen, dass aufgrund der hohen Rate von Stürzen vor der Einweisung ins Krankenhaus mehr sturzbedingte Verletzungen insbesondere schwere Verletzungen in den Krankenhäusern auftraten als in den Pflegeheimen.

Auch bei der österreichischen Studie im Jahr 2009 zeigten sich diese Ergebnisse ebenfalls, dass sich im Krankenhaus mehr Stürze vor der Einweisung in die Einrichtung ereigneten als in Pflegeheimen (Lohrmann 2009).

Als häufigstes Krankheitsbild bei gestürzten PatientInnen und BewohnerInnen wurden Herz- und Gefäßerkrankungen angegeben. Dies könnte dadurch erklärt werden, dass Medikamente zur Behandlung dieser Erkrankungen und die Krankheit selbst einen Risikofaktor für Stürze darstellen können (Oliver et al. 2004). Außerdem waren bei den Krankheitsbildern Mehrfachantworten möglich und deshalb könnten mehrere Risikofaktoren die Stürze begünstigt haben. Rund 20% der gestürzten TeilnehmerInnen waren an Diabetes mellitus erkrankt und rund 15% hatten eine psychische Störung. Jene Krankheitsbilder gelten als Risikofaktor für Stürze (Müller et al. 2009; Oliver et al. 2004). Ferner war die Hälfte der gestürzten TeilnehmerInnen auf Hilfe im täglichen Leben angewiesen, was einen weiteren Risikofaktor für Stürze darstellen kann (Krause 2005).

6.1.4 Sturzbedingte Verletzungen

Bei dieser Erhebung war die Rate der sturzbedingten Verletzungen mit rund 60% in Krankenhäusern und rund 40% in den Pflegeheimen höher als bei anderen wissenschaftlichen Studien. Bei Cina-Tschumi et al. (2009) endeten 36% der Stürze in Verletzungen in den untersuchten Krankenhäusern, bei weiteren Studien, lag die Verletzungsrate bei rund 40% (Dassen 2009; Dassen 2008; Halfon et al. 2001; Heinze, Lahmann & Dassen 2007; Krause 2005).

Ferner kann die hohe Rate von 30% schwerer Verletzungen in den Krankenhäusern darauf zurückgeführt werden, dass möglicherweise die PatientInnen aufgrund der schweren Verletzungen in die Einrichtung eingewiesen wurden. Nichtsdestotrotz war die Rate der

schweren Verletzungen im Vergleich zu anderen Studien hoch. Bei Dassen (2009) erlitten hingegen wiederum 6% der PatientInnen eine schwere sturzbedingte Verletzung. Auch bei Müller et al. (2009) lag die Rate der schweren Verletzungen bei 4,4%. Im Vergleich zu den Ergebnissen der Prävalenzerhebung 2009 in Österreich ist die Rate der sturzbedingten Verletzungen mit 29,7% ungefähr gleich hoch wie in dieser Erhebung (Lohrmann 2009). Bei einer Studie aus Deutschland wurde herausgefunden, dass mehr Frauen als Männer Verletzungen nach einem Sturz erlitten (Müller et al. 2009). Diese Ergebnisse zeigten sich bei dieser Erhebung nicht, da sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen sturzbedingten Verletzungen und dem Geschlecht ergab.

6.2 Sturz- und Verletzungspräventionsmaßnahmen

Bei dieser Studie wurde herausgefunden, dass in Krankenhäusern bei 5,8% der PatientInnen eine Maßnahme zur Verletzungsprävention und bei 43,5% eine Maßnahme zur Sturzprävention angewandt wurde. Obwohl sich, wie oben erwähnt, der Großteil der Stürze vor der Einweisung in das Krankenhaus ereignete, und ein vergangener Sturz als Risikofaktor für weitere Stürze gilt, wurden in diesem Setting weniger Präventionsmaßnahmen durchgeführt als in Pflegeheimen. Diese Ergebnisse zeigten sich auch bei einer Studie aus Österreich, bei der Pflegeheimen häufiger Präventionsmaßnahmen angewandt wurden als in Krankenhäusern (Lohrmann 2009). In den Pflegeheimen waren die am häufigsten angewandte Präventionsmaßnahme die Beaufsichtigung der BewohnerInnen und die Anpassung der Umgebung. Diese Ergebnisse zeigten sich bei einer weiteren Studie aus Österreich (Lohrmann 2009).

Eine Anpassung der Umgebung war die am häufigsten angewandte Maßnahme zur Sturzprävention in Krankenhäusern, wie es auch andere Studien zeigen (Dassen 2009; Koh et al. 2007).

Interessant ist, dass Hüftprotektoren in Krankenhäusern nie und in Pflegeheimen bei sehr wenigen TeilnehmerInnen angewandt wurden. Auch andere Studien kamen zu diesem Ergebnis (Dassen 2008; Dassen 2009; Lohrmann 2009). Hierbei wäre es interessant zu erfahren, welche Gründe für den seltenen Einsatz von Hüftprotektoren genannt werden, weil doch die positive Wirkung von Hüftprotektoren, bei regelmäßigem Tragen, nachgewiesen werden konnte (Meyer et al. 2003; Parker, Gillespie & Gillespie 2009). Die Gründe für die Ablehnung von Hüftprotektoren könnten der zusätzliche Kostenaufwand

für die Einrichtung bzw. für die PatientInnen und BewohnerInnen oder die niedrige Bereitschaft für das Tragen der Protektoren von den Betroffenen, was oftmals auch aus ästhetischen Gründen erfolgt, sein (van Schoor et al. 2003). Eine bessere Aufklärung und ausreichende Informationen über mögliche Maßnahmen zur Prävention von Stürzen und Verletzungen für Einrichtungen, das Pflegepersonals und die Betroffenen würden mögliche Missverständnisse und mangelndes Wissen aus dem Weg räumen.

Ferner wurde berechnet, ob bei bereits gestürzten PatientInnen und BewohnerInnen eine Maßnahme zur Sturz- und Verletzungsprävention angewandt wurde. Zusammenfassend kann bei diesem Punkt gesagt werden, dass bei TeilnehmerInnen mit vergangenen Stürzen großteils eine Sturzpräventionsmaßnahme angewandt wurde, sowohl in Krankenhäusern als auch in Pflegeheimen. Dieser Bereich wurde berechnet, da vergangene Stürze als Risikofaktor für weitere Stürze gelten (Müller et al. 2009). Jedoch die Anwendung von Maßnahmen zur Prävention von sturzbedingten Verletzungen wurde in Pflegeheimen häufiger angewandt als in Krankenhäusern.

6.3 Pflegeabhängigkeit und Sturz

Bei der Betrachtung der Summenwerte aus der Pflegeabhängigkeitsskala gab es bei dieser Erhebung keinen Unterschied zwischen der Pflegeabhängigkeit bei gestürzten und nicht-gestürzten TeilnehmerInnen. Interessant war jedoch, dass gestürzte BewohnerInnen (43 Punkte) um drei Punkte weniger pflegeabhängig waren als nicht-gestürzte (40 Punkte). Dieser geringe Unterschied zeigte sich auch bei einer deutschen Prävalenzerhebung im Jahr 2008 (Dassen 2008). Im Krankenhaus hingegen waren gestürzte TeilnehmerInnen mit 60 Punkten pflegeabhängiger als nicht gestürzte PatientInnen mit 68 Punkten. Dass es größere Unterschiede zwischen gestürzten und nicht- gestürzten TeilnehmerInnen in den Krankenhäusern als in den Pflegeheimen gegeben hat, zeigte sich auch bei der Prävalenzerhebung im Jahr 2008 in Deutschland (Dassen 2008). Ferner fällt auch auf, dass PatientInnen bei dieser Studie mit rund 60 Punkten weniger pflegeabhängig in Krankenhäusern waren als bei den deutschen Erhebungen in den Jahren 2002 und 2004, wo die Durchschnittswerte bei rund 50 Punkten lagen (Heinze et al. 2007).

Bei der Identifizierung der einzelnen Items Körperpflege, Mobilität, Körperhaltung, Alltagsaktivitäten, An- und Ausziehen, Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung, Essen

und Trinken, Lernfähigkeit und Kontinenz, konnte man erkennen, dass bei jenen gestürzte TeilnehmerInnen pflegeabhängiger waren als Nicht-gestürzte.

Das Item „Mobilität“ bei völliger Abhängigkeit wurde in einer deutschen Studie als Risikofaktor für Stürze identifiziert (Mertens et al. 2007).

6.4 Limitationen und Stärken der Studie

Eine Schwäche dieser Studie stellen die Kosten für die Teilnahme an der Erhebung dar, weil jene einen Bias darstellen könnten. Dies könnte verursacht haben, dass manche Einrichtungen sich durch die Kosten gescheut haben, an der Studie teilzunehmen oder sich die Teilnahme nicht leisten konnten.

Eine weitere Limitation stellte die freiwillige Teilnahme der einzelnen Stationen der Einrichtungen an der Studie dar, weil dadurch möglicherweise nur jene Gesundheitseinrichtungen teilgenommen haben, die bereits geeignete Maßnahmen zur Prävention von Stürzen und Verletzungen eingeführt haben. Jene Einrichtungen haben eventuell schon ein gewisses Maß an Interesse und Engagement für die speziellen Pflegeprobleme, die in Gesundheitseinrichtungen auftreten können, gezeigt. Die Gesundheitseinrichtungen, die noch wenig Bewusstsein für die spezifischen Pflegeprobleme geschaffen haben, würden bei einer Teilnahme womöglich die Prävalenzraten erhöhen. Zudem könnte es ein Nachteil sein, dass nicht die gesamten Einrichtungen, sondern sich nur einzelne Stationen an der Erhebung beteiligten. Diese Auswahl der Stationen könnte eine Verzerrung der Ergebnisse zur Folge haben, da es möglich sein könnte, dass nur jene Stationen ausgewählt wurden, wo die Sturzrate niedrig ist oder schon geeignete Maßnahmen zur Sturz- und Verletzungsprävention eingeführt wurden.

Auch die informierte Zustimmung in schriftlicher Form stellt eine Schwäche der Studie dar, weil dadurch die potentiellen TeilnehmerInnen möglicherweise gehemmt waren, an der Studie teilzunehmen. Ansonsten mussten bei PatientInnen und BewohnerInnen, die nicht in der Lage waren selbst zu unterschreiben, die Einwilligung der gesetzlichen VertreterInnen eingeholt werden. Dies stellte einen zusätzlichen Aufwand für jene dar und könnte einen Grund für die Nicht-Teilnahme dargestellt haben. Die Daten dieser Gruppe wären interessant gewesen, weil zum Beispiel demenzerkrankte PatientInnen und

BewohnerInnen, die oftmals gesetzliche VertreterInnen haben, eine sturzgefährdete Risikogruppe darstellt (Härlein et al. 2009).

Eine besondere Stärke dieser Studie ist die Einheitlichkeit des Fragebogens in mehreren Ländern und innerhalb von Österreich. Dadurch ist eine Vergleichbarkeit innerhalb der verschiedenen Einrichtungen und der Länder möglich, wodurch in weiterer Folge mögliche Trends erkennbar und denkbar werden. Die Wahl des Designs der deskriptiven Studie, die an einem Tag durchgeführt wird, ermöglicht es, sich einen Überblick über die Ist-Situation von speziellen Pflegeproblemen in den jeweiligen Einrichtungen zu verschaffen.

Besonders beim Thema Sturz ist der Zeitraum, in denen die Stürze erfasst wurden, für die Vergleichbarkeit von Prävalenzen wichtig, da ansonsten kein Vergleich möglich wäre (Hauer et al. 2006). Durch den einheitlichen Fragebogen, in dem die Stürze in den vergangenen 30 Tagen erhoben werden, wird dies möglich.

Im Übrigen ist ein großer Vorteil, dass diese Pflegequalitätserhebung schon zum zweiten Mal durchgeführt wurde und weitere Gesundheitseinrichtungen für die Teilnahme gewonnen werden konnten. Durch diese Studie kann ein größeres Bewusstsein für das Pflegeproblem Sturz geschaffen werden und bei mehrmaliger Teilnahme der Einrichtungen, das Engagement für Maßnahmen und Veränderungen gestärkt werden.

6.5 Empfehlungen

Mit Hilfe dieser Pflegequalitätserhebung konnte das Ausmaß des Pflegeproblems „Sturz“ und den dazugehörigen Komponenten in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen erfasst werden.

Da die Ergebnisse zeigen, dass sehr wenige Maßnahmen zur Verletzungsprävention angewandt werden, wäre eine vermehrte Aufklärung über den Nutzen, die Vorteile und Vielfalt der verschiedensten Maßnahmen notwendig.

Insgesamt haben sich jeweils 18 Krankenhäuser und Pflegeheime an der europäischen Pflegequalitätserhebung in Österreich beteiligt. Für weitere Prävalenzerhebungen wäre eine größere Stichprobe wünschenswert, um eine mögliche Generalisierbarkeit der Ergebnisse gewährleisten zu können und um einen Vergleich zwischen den Einrichtungen und mögliche Trends über mehrere Jahre hinweg ermöglichen zu können.

Die hohe Prävalenzrate von Stürzen in Österreich im Vergleich zu internationalen Studien zeigt, dass das Thema „Sturz“ vermehrt in den Fokus der Pflege gesetzt werden sollte.

Durch eine mehrmalige Teilnahme an dieser Querschnittstudie und durch die standardisierte Vorgehensweise können in Zukunft Vergleiche möglich und ein umfassendes Bild über die Situation von Stürzen in österreichischen Einrichtungen verschafft werden. Daraufhin könnten Maßnahmen und Präventionen überprüft und die Praxis möglicherweise geändert werden, um in weiterer Folge die Pflegequalität zu verbessern.

7 Literaturverzeichnis

AGS Panel on Falls Prevention 2001, 'Guideline for the Prevention of Falls in Older Persons', *Journal of the American Geriatric Society*, vol. 49, pp. 664-672.

Aizen, E, Shugaev, I & Lenger, R 2007, 'Risk factors and characteristics of falls during inpatient rehabilitation of elderly patients', *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 44, pp. 1-12.

Becker, C, Loy, S, Nikolaus, TH, Reißmann, U, Rapp, K, Lindemann, B & Kron, M 2006, 'A follow-up study on fall and fracture incidence in long-term care including the role of formal caregiver time on fall incidence rates', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 39, pp. 292-296.

Bortz, J 1999, *Statistik für Sozialwissenschaftler*, 5th edition, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg.

Bortz, J & Döring, N 2006, *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*, 4th edition, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Burns, N & Grove, S 2005, *Pflegforschung verstehen und anwenden*, first edition, ELSEVIER Urban & Fischer, München.

Burns, N & Grove, S 2009, *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*, 6th edition, Saunders Elsevier, St. Louis.

Capezuti, E, Wagner, L, Brush, B, Boltz, M, Renz, S & Talerico K 2007, 'Consequences of an Intervention to Reduce Restrictive Side Rail Use in Nursing Homes', *Journal of The American Geriatrics Society*, vol. 55, pp. 334-341.

Cina-Tschumi, B, Schuber, M, Kressig, RW, De Geest, S & Schwendimann, R 2009, 'Frequencies of falls in Swiss hospitals: Concordance between nurses' estimates and fall incident reports', *International Journal of Nursing Practice*, vol. 46, pp. 164-171.

Dassen, T (ed.) 2008, *Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus. Erhebung 2008*, Charité Universitätsmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin, Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Berlin.

Dassen, T (ed.) 2009, *Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus. Erhebung 2009*, Charité Universitätsmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin, Institut für Medizin-/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Berlin.

DNQP 2006, *Auszug aus der abschließenden Veröffentlichung Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege – Entwicklung- Konsentierung- Implementierung*, viewed on 22.04.2010, <<http://www.dnqp.de/ExpertenstandardSturzprophylaxe.pdf>>.

Donoghue, J, Graham, J, Gibbs, J & Mitten-Lewis, S 2003, 'Who, where and why: situational and environmental factors contributing to patient falls in the hospital setting', *Australian Health Review*, vol. 26, no. 3, pp. 79-87.

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, pp. 142-151.

Findorff, MJ, Wyman, JF, Nyman, JA & Croghan, CF 2007, 'Measuring the Direct Healthcare Costs of a Fall Injury Event', *Nursing Research*, vol. 56, no. 4, pp. 283-287.

Fonad, E, Emami, A, Wahlin, TBR, Winblad, B & Sandmark 2009, 'Falls in somatic and dementia wards at community care units', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 23, pp. 2-10.

Halfon, P, Eggli, Y, Van Melle, G & Vagnair, A 2001, 'Risk of falls for hospitalized patients: A predictive model based on routinely available data', *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 54, pp. 1258-1266.

Härlein, J, Dassen, T, Halfens, RJG & Heinze, C 2009, 'Fall risk factors in older people with dementia or cognitive impairment: a systematic review', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 65, no. 5, pp. 922-933.

Hauer, K, Lamb, SE, Jorstand, EC, Todd, C & Becker, C 2006, 'Systematic review of definitions and methods of measuring falls in randomized controlled fall prevention trials', *Age and Ageing*, vol.35, pp. 5-10.

Heinze, C, Dassen, T, Halfens, R & Lohrmann C 2008, 'Screening the risk of falls: a general of a specific instrument', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 18, pp. 350-356.

Heinze, C, Halfens, RJG & Dassen, T 2007, 'Falls in German in-patients and residents over 65 years of age', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 16, pp. 495-501.

Heinze, C, Lahmann, N & Dassen, T 2002, 'Sturzhäufigkeiten in deutschen Kliniken', *Gesundheitswesen*, vol. 40, pp. 598-601.

Heinze, C, Rissmann, U & Dassen, T 2004, 'Stürze bei älteren Menschen', *Pflegewissenschaft*, vol. 2, pp. 105-110.

Hitcho, EB, Krauss, MJ, Birge, S, Dunagan, WC, Fischer, I, Johnson, S, Nast, PA, Constantinou, E & Fraser, VJ 2004, 'Characteristics and Circumstances of Falls in a Hospital Setting', *Journal of General Internal Medicine*, vol. 19, pp. 732-739.

Izumi, K, Makimoto, K, Kato, M & Hiramatsu, T 2002, 'Prospective study of fall risk assessment among institutionalized elderly in Japan', *Nursing and Health Sciences*, vol. 4, pp. 141-147.

Kelly, A & Dowling, M 2004, 'Reducing the likelihood of falls in older people', *Nursing Standard*, vol. 18, no. 49, pp. 33-40.

Kellogg International Working Group on the prevention of falls by the elderly 1987, 'The Prevention of Falls in later life', *Danish Medical Bulletin*, vol.34, suppl. 4, pp. 1-24.

Kerzman, H, Chetrit, A, Brin, L & Toren, O 2004, 'Characteristics of falls in hospitalized patients', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 47, no. 2, pp. 223-229.

Koh, SSL, Manias, E, Hutchinson, AM & Johnston, L 2007, 'Fall incidence and fall prevention practices at acute care hospitals in Singapore: a retrospective audit', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 13, pp. 722-727.

Kong, KS, Lee, F, Mackenzie, AE & Lee DTF 2002, 'Psychosocial consequences of falling: the perspective of older Hong Kong Chinese who had experienced recent falls', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 37, no. 3, pp. 234-242.

Krause, T 2005, 'Sturzfolgen bei geriatrischen Krankenhauspatienten', *Pflege*, vol. 18, pp. 39-42.

Krauss, MJ, Evanoff, B, Hitcho, E, Ngugi, K E, Dunagan, WC, Fischer, I, Birge, S, Johnson, S, Constantinou, E & Fraser, VJ 2005, 'A Case-control Study of Patient, Medication, and Care-related Risk Factors for Inpatient Falls', *Journal of General Internal Medicine*, vol. 20, pp. 116-122.

Laird, RD, Studenski, S, Perera, S & Wallace, D 2001, 'Fall History Is an independent Predictor of Adverse Health Outcomes and Utilization in the Elderly', *The American Journal of Managed Care*, vol. 7, 1133-1138.

Lee, JE & Stokic, DS 2008, 'Risk Factors for Falls During Inpatient Rehabilitation', *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, vol. 87, pp. 341-353.

Lohrmann, C, Dijkstra, A & Dassen 2003, 'Care Dependency: testing the German version of the care dependency scale in nursing homes and on geriatric wards', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 17, pp. 51-56.

Lohrmann, C, Balzer, K, Dijkstra, A & Dassen, T 2003, 'Pflegeabhängigkeit im Pflegeheim – eine psychometrische Studie', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 36, pp. 255-259.

Lohrmann, C (ed.) 2009, *Prävalenzbericht pflegebezogener Daten 2009*, Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft, Graz.

Lord, SR, March, LM, Cameron, ID, Cumming, RG, Schwarz, J, Zochling, J, Chen, JS, Makaroff, J, Sitoh, YY, Lau, TC, Brnabic, A & Sambrook, PN 2003, 'Differing Risk Factors for Falls in Nursing Home and Intermediate-Care Residents Who Can and Cannot Stand Unaided', *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 51, pp. 1645-1650.

Lord, SR, Sherrington, C & Menz, HB 2001, *Falls in older people – Risk factors and strategies for prevention*, Cambridge University Press, viewed on 14.04.2010, <<http://catdir.loc.gov/catdir/samples/cam031/00023656.pdf>>.

Martin, FC, Hart, D, Spector, T, Doyle, DV & Harari, D 2005, 'Fear of falling limiting activity in young old women is associated with reduced functional mobility rather than psychological factors', *Age and Ageing*, vol. 34, pp. 281-287.

Mecocci, P, von Strauss, E, Cherubini, A, Ercolani, S, Mariani, E, Senin, U, Winblad, B & Fratiglioni, L 2005, 'Cognitive Impairment Is the Major Risk Factor for Development of Geriatric Syndromes during Hospitalization: Results from the GIFA Study', *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, vol. 20, pp. 262-269.

Menche, N, Bazlen, U & Kommerell, T (ed.) 2001, *Pflege Heute – Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe*, 2nd edition, Urban & Fischer, München.

Mertens, EI, Tannen, A, Lohrmann, C & Dassen, T 2002, 'Pflegeabhängigkeit im Krankenhaus', *Pflege*, vol. 15, pp. 195-197.

Mertens, EI, Halfens, RJG & Dassen, T 2007, 'Using the Care Dependency Scale for fall risk screening', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 68, no. 6, pp. 594-601.

Meyer, G, Warnke, A, Bender, R & Mühlhauser, I 2003, 'Effect on hip fractures of increased use of hip protectors in nursing homes: cluster randomized controlled trial', *British Medical Journal*, vol. 326, no. 76.

Morse, JM 2008, *Preventing Patient Falls: Establishing a Fall Intervention Program*, 2nd edition, Springer Publishing Company.

Müller, R, Halfens, R, Schwendimann, R, Müller, M, Imoberdorf, R & Ballmer, P 2009, 'Risikofaktoren für Stürze und sturzbedingte Verletzungen im Akutspital - eine retrospektive Fall- Kontroll- Studie', *Pflege*, vol. 22, pp. 431-441.

NANDA 2009 see reference North American Nursing Diagnoses Association 2009, *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2009-2011*, 1. Auflage, Wiley-Blackwell, Oxford.

Nurmi, I & Lühje, P 2002, 'Incidence and costs of falls and fall injuries among elderly in institutional care', *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 20, pp. 118-122.

Oliver, D, Daly, F, Martin, FC & McMurdo, MET 2004, 'Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital-in-patients: a systematic review', *Age and Ageing*, vol. 33, pp. 122-130.

Parker, MJ, Gillespie, WJ & Gillespie, LD 2009, 'Hip protectors for preventing hip fractures in older people', *The Cochrane Library*, issue 1, published by John Wiley & sons.

Pierobon, A & Funk, M 2007, *Sturzprävention bei älteren Menschen: Risiken-Folgen-Maßnahmen*, 1. Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Polit, DE & Beck, CT 2008, *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 8th edition, Lippincott Williams & Wilkins a Wolkers Kluwer Business, Philadelphia.

Scaf-Klomp, W, Sanderman, R, Ormel, J & Kempen, GIJM 2003, 'Depression in older people after fall-related injuries: a prospective study', *Age and Ageing*, vol. 32, pp. 88-94.

Schwendimann, R 2000, 'Sturzprävention im Akutspital - Eine Literaturübersicht', *Pflege*, vol. 13, pp. 169-179.

Schwendimann, R, Bühler, H, De Geest, S & Milisen, K 2008, 'Characteristics of Hospital Inpatients Falls across Clinical Departments', *Gerontology*, vol.54, pp. 342-348.

STATISTIK AUSTRIA 2010, *Bevölkerungsprognosen*, viewed on 3 April 2010, <http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html>.

Stolze, H, Klebe, S, Zechlin, C, Baecker, C, Friege, L & Deuschl, G 2004, 'Falls in frequent neurological diseases: Pravalence, risk factors and aetiology', *Journal of Neurology*, vol. 251, pp. 79-84.

Tinetti, ME & Kumar, C 2010, 'The Patient Who Falls', *Journal of the American Medical Association*, vol. 303, no. 3, pp. 258-266.

Thomas, EJ & Brennan, TA 2000, 'Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records', *British Medical Journal*, vol. 320, pp. 741-744.

Todd, C & Skelton, D 2004, 'What are the main risk factors, for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls?' WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report), Kopenhagen, viewed on 18.03.2010, <<http://www.euro.who.int/document/E82552.pdf>>.

Van Schoor, NM, Smit, JH, Twisk, JWR, Bouter, LM & Lips, P 2003, 'Prevention of Hip Fractures by External Hip Protectors – A randomized controlled trial', *Journal of the American Medical Association*, vol. 289, no. 15, pp. 1957-1962.

Vasallo, M, Azeem, T, Pirwani, MF, Sharma, JC & Allen, SC 2000, 'An epidemiological study of falls on integrated general medical wards', *International Journal of Clinical Practice*, vol. 54, no. 10, 654-657.

Vassallo, M, Sharma, JC, Briggs, RSJ & Allen, SC 2003, 'Characteristics of early fallers on elderly patient rehabilitation wards', *Age and Ageing*, vol. 32, pp. 338-342.

Vassallo, M, Vignaraja, R, Sharma, JC, Briggs, R & Allen, S 2005, 'The Relationship of falls to injury among hospital in- patients', *International Journal of Clinical Practice*, vol. 59, no. 1, pp. 17-20.

Von Renteln-Kruse, W & Krause, T 2004, 'Sturzereignisse stationärer geriatrischer Patienten – Ergebnisse einer 3-jährigen prospektiven Erfassung', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 37, pp. 9-14.

Woolf, AD & Akesson, K 2003, 'Preventing fractures in elderly people', *British Medical Journal*, vol. 327, pp. 89-95.

8 Anhang

Fragebogen zur europäischen Pflegequalitätserhebung 2010



Europäische Pflegequalitätserhebung

1

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 PatientInnen 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? (Bitte nur eine Antwort auswählen)		
<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.

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

Ein tiefer Dekubitus mit intakter Haut und angegriffenen Knochen, Sehnen und Gelenkkapseln, wie er häufig bei querschnittsgelähmten Patienten/ Bewohnern zu sehen ist, die zu lange im Stuhl sitzen, wird dem vierten Grad zugerechnet.

Bei Personen mit einer dunklen Hautfarbe ist eine Rötung der intakten Haut häufig nur schwer oder auch gar nicht zu erkennen. Der erste Grad kennzeichnet sich vor allem durch eine deutliche wahrnehmbare Veränderung der Hautabschnitte, die Druck ausgesetzt gewesen sind und sich dadurch von anderen vergleichbaren Hautabschnitten unterscheiden. Die Veränderungen können sich in einer Veränderung der Farbe, Temperatur und Sensibilität der betreffenden Hautabschnitte manifestieren.

Pflegeabhängigkeitsskala: Kategorienbeschreibungen

- Völlig abhängig: Der Patient ist nicht in der Lage, selbstständig Temperaturen wie Wärme und Kälte zu unterscheiden. Er muss von Dritten vor Temperaturschwankungen (Zugluft, Sonne usw.) geschützt werden.
- Überwiegend abhängig: Der Patient ist teilweise in der Lage, selbstständig Temperaturen wie Wärme und Kälte zu unterscheiden. Er ist jedoch nicht in der Lage, selbstständig entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Der Patient ist auf die Hilfe Dritter angewiesen, wenn er sich nicht wohl fühlt.
- Teilweise abhängig: Der Patient ist in der Lage, selbstständig Temperaturen wie Wärme und Kälte zu unterscheiden. Er ist jedoch nur begrenzt in der Lage, selbstständig entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Ist teilweise auf die Hilfe Dritter angewiesen, um nach eigenem Wunsch ein Gefühl des Wohlbefagens 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 Hamdrang. Dem (andauernden) Hamdrang geht nur eine sehr kurze Warnung voraus, häufig fehlt diese sogar ganz.
- Mischinkontinenz: Eine Kombination aus Belastungs- und Dranginkontinenz, wobei eine der beiden Formen verstärkt im Vordergrund steht.
- Funktionale Inkontinenz: Ist ein Patient aufgrund körperlicher oder praktischer Einschränkungen nicht mehr in der Lage, selbstständig zur Toilette zu gehen, ist von einer funktionalen Inkontinenz die Rede. Es liegt bei dieser Art der Urininkontinenz also keine urogenitale Funktionsstörung vor. Beispiele sind: Nebenwirkungen nach einer Narkose oder durch Medikamentierung, Desorientierung, geistige/ körperliche/ visuelle Einschränkungen, eine unpraktische Bekleidung, ein zu langer Abstand oder Hindernisse beim Aufsuchen der Toilette.
- Überlaufinkontinenz: Beim unwillkürlichen Verlust kleiner Mengen an Urin aus einer vollen Blase ist von Überlaufinkontinenz die Rede. Überlaufinkontinenz tritt auf, wenn die Blase vergrößert ist und unempfindlich wird. Der Druck auf die Blase wird so groß, dass kleine Mengen an Urin wegtropfen.
- Komplette Inkontinenz: Kennzeichen einer kompletten Inkontinenz ist das kontinuierliche Heraustropfen von Urin aus der Harnröhre, sowohl tagsüber als auch nachts. Eine komplette Inkontinenz tritt auf, wenn der Schließmuskel der Blase nicht mehr richtig funktioniert.

Intertrigo

Intertrigo ist eine Entzündung, die hauptsächlich zwischen Hautfalten vorkommt.

Maßnahmen Mangelernährung

- Energiereiche Zwischenmahlzeiten: Darunter sind Milchprodukte (zum Beispiel Kakao, Fruchtequark, Grießbrei), herzhafte Snacks (zum Beispiel Käsewürfel, Wurst, Nüsse, Erdnüsse, Frühlingsrollen, Würstchen in Blätterteig), Kekse und Süßigkeiten (zum Beispiel Schokolade, Donuts, Kekse, Müsliriegel, Schokoladenriegel) sowie Getreideprodukte (zum Beispiel Brot, Rosinenbrötchen, 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. Kinder: Fähigkeit, dem Entwicklungsstand entsprechend adäquat auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren</p>	<p>1 Fehlt Keine Reaktion auf schmerzhaftes Stimuli. Mögliche Gründe: Bewegungslosigkeit, Sedierung ODER <i>Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, die den größten Teil des Körpers betreffen (z.B. hoher Querschnitt)</i></p>	<p>2 Stark eingeschränkt Eine Reaktion erfolgt nur auf starke Schmerzreize. Beschwerden können kaum geäußert werden (z.B. nur durch Stöhnen oder Unruhe) ODER <i>Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, wovon die Hälfte des Körpers betroffen ist</i></p>	<p>3 Leicht eingeschränkt Eine Reaktion auf Ansprache oder Kommandos. Beschwerden können aber nicht immer ausgedrückt werden (z.B. dass die Position geändert werden soll) ODER <i>Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon eine oder zwei Extremitäten betroffen sind</i></p>	<p>4 Vorhanden Reaktion auf Ansprache. Beschwerden können geäußert werden ODER <i>keine Störung der Schmerzempfindung</i></p>
<p>Feuchtigkeit</p> <p>Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist</p>	<p>1 Ständig feucht 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 Die Haut ist feucht, aber nicht immer. Bettzeug oder Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden</p>	<p>3 Manchmal feucht Die Haut ist manchmal feucht. Etwa einmal pro Tag wird neue Wäsche benötigt</p>	<p>4 Selten feucht Die Haut ist meist trocken. Neue Wäsche wird selten benötigt Kinder: regelmäßiger Windelwechsel</p>
<p>Aktivität</p> <p>Ausmaß der physischen Aktivität</p>	<p>1 Bettlägerig Ans Bett gebunden</p>	<p>2 Sitzt auf Kann mit Hilfe etwas laufen. Kann das eigene Gewicht nicht allein tragen. Braucht Hilfe, um aufzusitzen (Bett, Stuhl, Rollstuhl)</p>	<p>3 Geht wenig 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 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 Kann auch keinen geringfügigen Positionswechsel ohne Hilfe durchführen</p>	<p>2 Mobilität stark eingeschränkt Bewegt sich manchmal geringfügig (Körper, Extremitäten). Kann sich aber nicht regelmäßig allein ausreichend umlagern</p>	<p>3 Mobilität gering eingeschränkt macht regelmäßig kleine Positionswechsel des Körpers und der Extremitäten</p>	<p>4 Mobil kann allein seine Position umfassend verändern</p>
<p>Ernährung</p> <p>Ernährungsgewohnheiten</p>	<p>1 sehr schlechte Ernährung Isst kleine Portionen nie auf, sondern nur etwa 1/3. Trinkt zu wenig, nimmt keine Ergänzungskost zu sich ODER <i>nur klare Flüssigkeit UND / ODER erhält Ernährungsinfusionen länger als 5 Tage</i></p>	<p>2 Mäßige Ernährung Isst selten eine normale Essensportion auf, isst im Allgemeinen etwa die Hälfte der angebotenen Nahrung. Nimmt regelmäßig Ergänzungskost zu sich ODER <i>erhält zu wenig Nährstoffe über Sondenkost oder Infusionen</i></p>	<p>3 Adäquate Ernährung Isst mehr als die Hälfte der normalen Essensportionen. Verweigert gelegentlich eine Mahlzeit, nimmt aber Ergänzungskost zu sich ODER <i>kann über Sonde oder Infusionen die meisten Nährstoffe zu sich nehmen</i></p>	<p>4 Gute Ernährung Isst immer die angebotenen Mahlzeiten auf. Isst auch manchmal zwischen den Mahlzeiten. Braucht keine Ergänzungskost 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 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 Kinder: Spastik, Kontrakturen, Jucken oder motorische Unruhe führen zu fast ständigem Rutschen und Reibung</p>	<p>2 Potenzielles Problem 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 bewegt sich in Bett und Stuhl allein hat genügend Kraft, sich anzuheben. Kann eine Position über lange Zeit halten, ohne herunterzurutschen 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 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 19 Wurde der Katheter in dieser organisatorische Einheit gelegt?

- Ja
- Nein
- Unbekannt

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 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 (Siestallege)
- Isolation/Separation

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

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

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

3 Betten und Matratzen als Präventivmaßnahme

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

4 (Roll-) Stuhlkissen als Präventivmaßnahme

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

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

- Ellenbogenschutz
- Fersenschutz
- Felle
- Sonstiges
- Keine

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

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

Wann entstanden (die schwerste Verletzung)		Urin	Fäkalien
Vor der Einweisung in die eigene Einrichtung (ambulante Pflege: vor dem Pflegezeitraum)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach der Einweisung in die eigene Einrichtung (ambulante Pflege: während des Pflegezeitraums)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 Spezielle Hautpflege zur Behandlung Inkontinenzbedingter Verletzungen?

- Ja
- Nein

12 Spezielle Hautpflege zur Prävention Inkontinenzbedingter Verletzungen?

- Ja
- Nein

Modul Mangelernährung

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

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%



Europäische Pflegequalitätserhebung

Modul Mangelernährung

Angaben zur Patientin

3c

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





Code der Einrichtung

Code der Station/
Wohnbereich

Europäische Pflegequalitätserhebung

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 Leistengegend
- Linke Leistengegend
- 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

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)