

MASTERARBEIT

Dekubitus, Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen in 13 österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen

Vergleich der Pflegequalitätserhebungen von 2009 und 2010
hinsichtlich Prävalenz, Pflegemaßnahmen und Qualitätsindikatoren

eingereicht von

Sarah Moser, BSc

Mat.Nr.: 0411830

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von Betreuerin

Univ.-Prof.ⁱⁿDr.ⁱⁿrer.cur. Christa Lohrmann

Graz, am 01. Dezember 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.



Sarah Moser, BSc

Graz, am 01. Dezember 2010

DANKSAGUNGEN

Hiermit möchte ich die Gelegenheit nutzen, meinen großen Dank an diejenigen Menschen, die wesentlich zum Erfolg dieser Masterarbeit beigetragen haben, auszusprechen.

Zu Beginn möchte ich mich bei Frau Prof. Dr. Christa Lohrmann für die professionelle Betreuung dieser Masterarbeit, für ihre konstruktiven Beiträge sowie für die aufbauenden und motivierenden Worte bedanken. Mein Dank gilt auch Silvia Schönherr, die mir in schwierigen Momenten, hilfreiche Hinweise gegeben und aufmunternde Nachrichten geschickt hat.

Für das Korrekturlesen dieser Masterarbeit sowie für konstruktives Feedback bedanke ich mich herzlich bei meiner Mutter Erika, meiner Schwester Lydia und meinen Studienfreundinnen Eveline Berger und Barbara Nußbaumer.

Meinen allergrößten und unendlichen Dank möchte ich meiner geliebten Familie - meinen Eltern Erika und Klaus, meinen Geschwistern Lydia, Albert und Bernhard sowie meinem Schwager Mauricio und meiner „Schwägerin“ Katharina - ausdrücken. Sie alle haben mir mein Leben lang den notwendigen Rückhalt geboten und mich auf jedem Weg, den ich ging, begleitet. Ganz besonders möchte ich mich dafür bedanken, dass sie mich motiviert und bestärkt haben, trotz meiner hochgradigen Hörbeeinträchtigungen große Ziele zu setzen. Ohne ihre liebevolle Unterstützung hätte ich diese nie so erfolgreich, wenn überhaupt, erreichen können. Abschließend möchte ich mich auch dafür bedanken, dass ich durch die gemeinsame schöne, glückliche und heitere Zeit ausreichend Energie und neue Motivation für die Erreichung meiner Ziele sammeln kann.

Danke euch allen!

INHALTSVERZEICHNIS

Abkürzungen	i
Abbildungsverzeichnis	ii
Tabellenverzeichnis	iii
Zusammenfassung	iv
Abstract	v
1. Einleitung	1
1.1 Dekubitus	2
1.2 Stürze.....	4
1.3 Freiheitsentziehende Maßnahmen.....	5
1.4 Pflegequalität.....	6
1.5 Relevanz dieser Masterarbeit.....	7
2. Literaturübersicht	9
2.1 Wiederholte Querschnittstudien	9
2.1.1 <i>Literaturrecherche</i>	9
2.1.2 <i>Ergebnisse</i>	10
2.2 Aktuelle Studien mit der Methode der Wiederholten Querschnittstudien	13
2.2.1 <i>Literaturrecherche</i>	13
2.2.2 <i>Ergebnisse</i>	15
2.3 Zusammenfassung.....	24
3. Forschungsfragen und Zielsetzung	25
4. Methode	26
4.1 Studiendesign	26
4.2 Stichprobe und Setting.....	26
4.3 Messinstrument	27
4.4 Ethische Aspekte.....	27
4.5 Datenerhebung.....	28
4.6 Datenanalyse	29
5. Ergebnisse	30
5.1 Stichprobe.....	30
5.1.1 <i>Teilnahme</i>	30
5.1.2 <i>Charakteristika der TeilnehmerInnen</i>	31
5.2 Dekubitus	32
5.2.1 <i>Dekubitusprävalenz</i>	32
5.2.2 <i>Merkmale von Dekubituswunden</i>	34

5.2.3	<i>Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Dekubitus</i>	36
5.2.4	<i>Qualitätsindikatoren</i>	39
5.3	Stürze	40
5.3.1	<i>Sturzhäufigkeit</i>	41
5.3.2	<i>Umstände der Sturzereignisse</i>	43
5.3.3	<i>Sturzbedingte Verletzungen</i>	44
5.3.4	<i>Maßnahmen zur Prävention und Behandlung</i>	46
5.3.5	<i>Qualitätsindikatoren</i>	47
5.4	Freiheitsentziehende Maßnahmen	48
5.4.1	<i>Prävalenz von Fixierungen</i>	48
5.4.2	<i>Methoden der freiheitsentziehenden Maßnahmen</i>	49
5.4.3	<i>Gründe für die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen</i>	50
5.5	Qualitätsindikatoren.....	50
6.	Diskussion	51
6.1	Schlussfolgerung.....	51
6.2	Interpretation der Ergebnisse	52
6.2.1	<i>Dekubitus</i>	53
6.2.2	<i>Stürze</i>	56
6.2.3	<i>Freiheitsentziehende Maßnahmen</i>	57
6.3	Stärken und Schwächen	58
6.4	Empfehlungen	59
	Literaturverzeichnis	I
	Anhang	VIII

ABKÜRZUNGEN

bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
EMBASE	Excerpta Medica Database
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
et al.	et alii (und andere)
etc.	et cetera (und so weiter)
exkl.	exklusive
HeimAufG	Heimaufenthaltsgesetz
inkl.	inklusive
JBI	Joanna Briggs Institute
KH	Krankenhaus
LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen
MW	Arithmetischer Mittelwert
n	Stichprobengröße, Bezugsgröße
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
PGG	Institut für Pflegewissenschaft Graz
PH	Pflegeheim
p	p-Wert
SD	Standardabweichung
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Verlauf der Literaturrecherche	15
Abbildung 2: Gesamtprävalenz in den Krankenhäusern (inkl. & exkl. Grad 1).....	33
Abbildung 3: Gesamtprävalenz in den Pflegeheimen (inkl. & exkl. Grad 1)	33
Abbildung 4: Prävalenz in der Risikogruppe in den Krankenhäusern (inkl. & exkl. Grad 1).....	34
Abbildung 5: Prävalenz in der Risikogruppe in den Pflegeheimen (inkl. & exkl. Grad 1)	34
Abbildung 6: Verteilung der Dekubitusgrade in den Krankenhäusern.....	35
Abbildung 7: Verteilung der Dekubitusgrade in den Pflegeheimen	36
Abbildung 8: Gestürzte PatientInnen und BewohnerInnen	41
Abbildung 9: Wie oft sind PatientInnen in den vergangenen 30 Tagen gestürzt?	42
Abbildung 10: Wie oft sind BewohnerInnen in den vergangenen 30 Tagen gestürzt?.....	42
Abbildung 11: Sturzort innerhalb der Krankenhäuser	43
Abbildung 12: Sturzort innerhalb der Pflegeheime.....	43
Abbildung 13: Hauptursachen der Stürze innerhalb des Krankenhauses.....	44
Abbildung 14: Hauptursachen der Stürze innerhalb des Pflegeheims	44
Abbildung 15: Sturzbedingte Verletzungen der PatientInnen und BewohnerInnen	45
Abbildung 16: Sturzbedingte Verletzungen bei PatientInnen.....	46
Abbildung 17: Sturzbedingte Verletzungen bei BewohnerInnen.....	46
Abbildung 18: Fixierung in den letzten sieben Tagen in Krankenhäusern und Pflegeheimen.....	49

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Ergebnisse der Literaturrecherche.....	14
Tabelle 2: Studien zur Dekubitusprävalenz	16
Tabelle 3: Studien zur Prävalenz von Stürzen und freiheitsentziehenden Maßnahmen.....	19
Tabelle 4: Belegung und Teilnahme.....	30
Tabelle 5: Gründe für die Ablehnung der Teilnahme	31
Tabelle 6: Charakteristika der Stichproben.....	32
Tabelle 7: Gesamtprävalenz inkl. und exkl. Dekubitus ersten Grades.....	33
Tabelle 8: Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe	34
Tabelle 9: Einrichtungsintern oder -extern entstandene Dekubituswunden.....	35
Tabelle 10: Gesetzte Maßnahmen zur Prävention von Dekubitus	37
Tabelle 11: Betten und Matratzen als durchgeführte Präventivmaßnahmen.....	38
Tabelle 12: Anwendung von Kissen als Maßnahme zur Dekubitusprävention	38
Tabelle 13: Einsatz Sonstiger Hilfsmittel zur Dekubitusprävention.....	39
Tabelle 14: Qualitätsindikatoren „Dekubitus“ (Einrichtungsebene).....	40
Tabelle 15: Sturzrate der PatientInnen und BewohnerInnen	41
Tabelle 16: Der letzte bekannte Sturz vor oder nach der Einweisung.....	42
Tabelle 17: Maßnahmen zur Sturzprävention.....	47
Tabelle 18: Verletzungspräventive Maßnahmen.....	47
Tabelle 19: Qualitätsindikatoren „Sturz“ (Einrichtungsebene).....	48
Tabelle 20: Methoden der freiheitsentziehenden Maßnahmen.....	49
Tabelle 21: Gründe für den Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen.....	50
Tabelle 22: Qualitätsindikatoren „Freiheitsentziehende Maßnahmen“.....	50

ZUSAMMENFASSUNG

Dekubitus, Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen sind häufig auftretende Pflegephänomene, welche die Lebensqualität von PatientInnen und BewohnerInnen einschränken und hohe Kosten im Gesundheitssystem verursachen. Sie fordern die Pflegepraxis heraus, hochwertige Pflege anzubieten. Um nützliche Informationen über das Ausmaß der Pflegephänomene zu erhalten und die Pflegequalität adäquat abbilden zu können, eignen sich Prävalenzerhebungen. In Österreich gibt es bislang kaum Daten zum Umfang bzw. zu den Veränderungen dieser drei Pflegephänomene in einem bestimmten Zeitraum. Ziel dieser Masterarbeit ist es deshalb, die Ergebnisse von zwei multizentrischen Querschnittstudien miteinander zu vergleichen, um Veränderungen der Häufigkeit dieser Pflegephänomene, der gesetzten Maßnahmen sowie der Qualitätsindikatoren in Krankenhäusern und Pflegeheimen identifizieren zu können. Herangezogen werden die Ergebnisse der Europäischen Pflegequalitätserhebungen, die in Österreich im Jahr 2009 und 2010 jeweils mit derselben Erhebungsmethodik durchgeführt wurden.

Für die Analyse wurden Daten von neun Krankenhäusern und vier Pflegeheimen, die an beiden Erhebungen teilnahmen, verwendet. Die Charakteristika der Stichproben waren hinsichtlich der demografischen Merkmale und des Dekubitusrisikos homogen. Hinsichtlich des Pflegephänomens Dekubitus konnte von 2009 auf 2010 einen Rückgang der Gesamtprävalenz inklusive Schweregrad eins sowie der Prävalenz in der Risikogruppe mit und ohne Schweregrad eins in beiden Einrichtungen identifiziert werden. Einzig die Gesamtprävalenz exklusive Schweregrad eins erhöhte sich in den Krankenhäusern. In beiden Erhebungsjahren wurden mehr pflegerische Interventionen als prophylaktische Maßnahmen gesetzt oder sonstige Hilfsmittel zur Dekubitusprävention und -behandlung verwendet. Eine Stabilität konnte bei der Sturzhäufigkeit in den Krankenhäusern und Pflegeheimen festgestellt werden. Zur Prävention von Verletzungen wurden weiterhin wenige Maßnahmen eingeleitet, bei sturzpräventiven Maßnahmen dominierte immer noch die Anpassung an die Umgebung. Sturzprävention gilt als der Hauptgrund für die Durchführung von Fixierungen in beiden Erhebungsjahren. Die Prävalenz von freiheitsentziehenden Maßnahmen reduzierte sich von 2009 auf 2010. Hinsichtlich der Anwendung von Qualitätsindikatoren konnte bei allen untersuchten Pflegephänomenen entweder eine Stabilität oder ein Anstieg identifiziert werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass eine Veränderung der Prävalenz von Dekubitus, Stürzen und freiheitsentziehenden Maßnahmen stattgefunden hat. Um den Verlauf der Prävalenz weiterhin beobachten zu können und die gesetzten Maßnahmen hinsichtlich ihrer Effektivität evaluieren zu können, sind Wiederholungen von Prävalenzerhebungen empfehlenswert.

ABSTRACT

Pressure ulcers, falls and physical restraints are common and widely spread phenomena, which have a negative impact on quality of life of patients. They lead to enormous costs in health care system and challenge nurses to provide care of high quality. It is possible to get information about the extent of these health problems and to illustrate the quality of nursing care in hospitals and nursing homes by prevalence studies. In Austria up to now there are no data about the magnitude respectively changes of these health problems over time available). Therefore the objective of this master's thesis was the comparison of two multicentred cross sectional studies in order to identify the changes of prevalence, initiated preventive interventions and quality indicators with regard to pressure ulcers, falls and physical restraints. For the achievement of objectives results of "Europäische Pflegequalitätserhebungen", conducted in 2009 and 2010, were used. Both prevalence surveys had the same method of collecting data.

In total, data from nine hospitals and four nursing homes, which participated in both surveys, were analysed. Samples of both surveys were homogenous concerning demographic characteristics and Braden score. With respect to pressure ulcer the overall prevalence rate and the adjusted prevalence rate including and excluding pressure ulcer grade 1 decreased in both institutions from 2009 and 2010. Solely the overall prevalence rate excluding grade 1 increased in hospitals. The results indicated that furthermore more nursing interventions than preventive tools for treatment and prevention of pressure ulcer were introduced in both survey years. The prevalence of falls presented stability in both institutions. For preventing injuries still few interventions were initiated. The adaption of environment was furthermore the most used intervention for preventing falls, which was in addition the main reason for using physical restraints in both survey years. The prevalence of physical restraints decreased from 2009 to 2010. In respect of application of quality indicators concerning pressure ulcers, falls and physical restraints stability or a slight rise could be observed.

The results show a changing prevalence of pressure ulcers, falls and physical restraints. In order to monitor the development of these prevalence rates and to evaluate the initiated interventions for treatment and prevention repeated surveys are recommended.

1. EINLEITUNG

*“[I had] holes in both sides of my bottom
... I could not move in bed or nothing.
It was ever so sore.”
(Hopkins et al. 2006)*

*“I always think what could I have done to prevent it?
I mean we all get into nursing not to cause our patients harm
and here is somebody on the floor
who possibly has a broken hip or knee or whatever
and it’s probably your fault that she’s down there
because you didn’t do something to prevent it.”
(Rush et al. 2009)*

*“From the patients’ view,
they must be very unhappy [to be restrained].
They must wonder why they are being tied.
From our [nurses’] view, if I restrain him,
I can prevent other suffering happening to him...”
(Chuang & Huang 2007)*

Diese Zitate spiegeln Erfahrungen zu den drei Pflegephänomenen Dekubitus, Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen wider. Einleitend schildert ein Patient das schmerzvolle Erleben von Dekubituswunden. Anschließend folgen emotionale Äußerungen von Pflegenden zu den unangenehmen und tragischen Situationen hinsichtlich eines Sturzereignisses und der Anwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen.

Dekubitus, Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen sind häufig auftretende Pflegephänomene in der Pflegepraxis. Sie schränken die Lebensqualität der Betroffenen ein, rufen Schmerzen hervor und verursachen hohe Kosten im gesamten Gesundheitssystem (Bräutigam et al. 2003; Halfens, Dassen & Tannen 2007; Huizing 2008; Lohrmann 2009; Müller et al. 2009; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]2004). Für die Pflegepraxis stellt es eine Herausforderung dar, qualitativ hochwertige und moderne Pflegeleistungen, welche auf aktuellen wissenschaftlichen Ergebnissen bzw. Erkenntnissen basieren, erzielen und anbieten zu können. Ebenso soll die pflegerische Versorgung hinsichtlich der bedürfnisorientierten und individuellen Abstimmung der Interventionen auf die PatientInnen und BewohnerInnen optimiert werden (Schaeffer, Behrens & Görres 2008). Gunningberg & Stotts (2008) zufolge zählen die Pflegequalität sowie die PatientInnensicherheit (patient safety) zu den wichtigsten Kriterien in der Gesundheitsversorgung.

Um das Ausmaß dieser Pflegephänomene erkennen und darauffolgend pflegerische Maßnahmen und die zur Verfügung stehenden Ressourcen gezielt einsetzen zu können, empfiehlt sich die Erhebung von Prävalenzdaten (Kottner, Schmitz & Dassen 2007). Die Erfassung der Häufigkeit sowie Prävention und Behandlung von Dekubitus, Sturz und freiheitsentziehende Maßnahmen wird durch die Europäische Pflegequalitätserhebung in Österreich möglich.

1.1 Dekubitus

Dekubitus ist ein weitverbreitetes und ernst zu nehmendes Gesundheitsproblem. Betroffene leiden an beträchtlichen Schmerzen. Außerdem verlangt dieses Pflegephänomen enorme zeitliche Ressourcen von den Pflegenden und konfrontiert das Gesundheitssystem mit erheblichen Kosten (Bräutigam et al. 2003; Gehrlach et al. 2008; Halfens, Dassen & Tannen 2007; Lahmann, Halfens & Dassen 2005). Zusätzlich spielen auch rechtliche Aspekte eine bedeutende Rolle, denn die Entwicklung eines Dekubitus kann mittlerweile als Behandlungsfehler (durch fehlende oder falsche Prophylaxe) gewertet werden und straf- sowie zivilrechtliche Folgen nach sich ziehen (Gehrlach et al. 2008).

Dekubitus wird vom European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) wie folgt definiert:

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

Dies bedeutet, dass Dekubitus eine lokalisierte Schädigung der Haut und des darunterliegenden Gewebes ist. Entstehen kann diese durch Druck, Scherkräfte, Reibung sowie durch eine Kombination all dieser genannten Faktoren.

Für die Bestimmung des Schweregrades von Dekubituswunden, kann das Dekubitusklassifikationssystem von EPUAP (1998) herangezogen werden (Lahmann, Halfens & Dassen 2006). Dabei werden vier Schweregrade unterschieden.

„Grad 1: Hautrötung, die auf leichten Druck hin nicht verschwindet, keine Hautläsion. Weitere Indikatoren können Ödembildung, Verhärtung oder lokale Überwärmung sein.

Grad 2: Oberflächliche Hautläsion unterschiedlicher Größe der Oberhaut und/oder Lederhaut. Das Geschwür ist oberflächlich und kann sich als Abschürfung und / oder Blase darstellen.

Grad 3: Hautdefekte von Oberhaut und Lederhaut einschließlich Schädigung oder Nekrose des subkutanen Gewebes. Die Schädigung ist von der Unterhautfaszie begrenzt.

Grad 4: Haut- und Gewebsdefekt und/oder Nekrose mit Tiefenwirkung, wobei Muskeln, Knochen, Sehnen und Kapseln angegriffen sein können.“

[Übersetzung von Halfens, Dassen & Tannen 2007]

Schwierigkeiten ergeben sich bei der Diagnose von Dekubitus ersten Grades, da er von einer Rötung schwer unterschieden werden kann. Sollte eine Rötung mehrere Stunden bestehen, kann

von einem Dekubitus ersten Grades gesprochen werden (Halfens, Dassen & Tannen 2007). Des Weiteren wird die Relevanz dieses Schweregrades hinterfragt, da eine Dekubituswunde reversibel ist, sofern adäquate Maßnahmen eingeleitet werden (Halfens, Bours & van Ast 2001). Aufgrund der Uneinigkeiten hinsichtlich Dekubitus ersten Grades werden bei Analysen von Prävalenzerhebungen Berechnungen inklusive und exklusive dieses Schweregrads durchgeführt, um so Vergleiche ermöglichen zu können (Halfens, Dassen & Tannen 2007).

Aus internationalen Studien gehen Prävalenzraten von Dekubitus hervor, die von 5% bis 40% reichen. Diese Variationen können auf die Unterschiede des Untersuchungsgegenstandes, der Methodik und der Population zurückzuführen sein. Aufgrund der Differenzen ist ein Vergleich dieser Zahlen schwer möglich (Halfens, Dassen & Tannen 2007). In Deutschland konnte 2009 eine Dekubitusprävalenz von 7,1% in den Krankenhäusern und von 4,3% in den Pflegeheimen aufgezeigt werden (Lahmann et al. 2009). In Österreich litten im selben Jahr 4,5% der PatientInnen und 5,7% der PflegeheimbewohnerInnen (im Folgenden BewohnerInnen genannt) an mindestens einem Dekubitus (Großschädl 2009; Lohrmann 2009).

Ergebnisse deutscher Studien zeigen, dass als pflegerische Präventivmaßnahmen hauptsächlich die Mobilisation, die Anleitung bzw. die Beratung der PatientInnen und BewohnerInnen und das Beheben von Flüssigkeits- und Ernährungsdefiziten durchgeführt werden (Bräutigam et al. 2003; Lahmann et al. 2009). Diese präventiven Interventionsmöglichkeiten kommen auch in Österreich am häufigsten zum Einsatz (Lohrmann 2009). Prophylaktische Hilfsmittel wie Weichlagerungs- und Wechsellagerungsauflagen, Fersenschutz, sogenannte Luft- und Rollkissen (Bräutigam et al. 2003), wie auch Hautschutzcremes werden ebenso verwendet (Großschädl 2009).

Um präventive Maßnahmen einleiten und Hilfsmittel sinnvoll einsetzen zu können, ist es erforderlich die PatientInnen und BewohnerInnen zu identifizieren, bei denen das Risiko besteht, einen Dekubitus zu entwickeln (Gehrlach et al. 2008). Diese Risikoerfassung kann durch ein valides und reliables Assessmentinstrument erfolgen. Weltweit gibt es 30 verschiedene Assessmentinstrumente, die eine Einschätzung des Dekubitusrisikos ermöglichen. Zu den international bekanntesten und meist genutzten Instrumenten zählt die Bradenskala (Kottner & Dassen 2008). In unterschiedlichen Studien wurde diese auf die Erfüllung der psychometrischen Gütekriterien hin überprüft und als reliabel (zuverlässig) und valide (gültig) bezeichnet (Tannen, Dassen & Halfens 2008).

1.2 Stürze

Ein weiteres Pflegephänomen, welches negative Auswirkungen auf die Lebensqualität und auf das Gesundheitssystem hat, stellen Stürze dar (Müller et al. 2009; NICE 2004). Sturz wird laut ICN (2003) folgendermaßen beschrieben:

„(...) Fallen des Körpers von einem höheren zu einem niedrigeren Niveau durch ein gestörtes Gleichgewicht des Körpers oder die reduzierte Kapazität, das Gleichgewicht des Körpers in verschiedenen Positionen zu halten“(Köberich, Heinze & Dassen 2009).

Sturzereignisse passieren meist nicht zufällig und gelten oft als vorhersehbar. Ursachen für Stürze können körperliche Einschränkungen und Abhängigkeiten, kognitive Beeinträchtigungen (Schwendimann 2000) sowie Medikamenteneinnahmen darstellen. Weitere Sturzrisikofaktoren sind fortgeschrittenes Alter, Seheinschränkungen, Inkontinenz, reduzierte Wahrnehmung sowie verringerte Reaktionsgeschwindigkeit (Heinze, Rissmann & Dassen 2004). Auch Gefahren, welche zum Beispiel im Wohnbereich aufgrund der baulichen Gestaltung bestehen, können Stürze verursachen (NICE 2004). Stürze können zu schmerzhaften Verletzungen, zu Frakturen aber auch zum Tod führen. Weitere mögliche Folgen sind psychische Probleme wie Angst vor weiteren Sturzereignissen und der Verlust des Selbstvertrauens, Mobilitätsverlust, Depression, soziale Isolation und zunehmende Abhängigkeit (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege [DNQP] 2006; NICE 2004).

Laut NICE (2004) stürzt eine von drei der über 65-jährigen Personen mindestens einmal im Jahr. Die Sturzhäufigkeit erhöht sich bei den 80-jährigen und älteren Personen, denn in dieser Altersgruppe erlebt eine von zwei Personen mindestens einen Sturz im Jahr (NICE 2004). US-amerikanische Studien konnten aufzeigen, dass bei den über 65-Jährigen in den Pflegeheimen 0,6 bis 3,6 Stürze pro Bett und Jahr erfolgten. In den Akutspitälern ereigneten sich 0,6 bis 2,9 Stürze pro Bett und Jahr. In der Schweiz erlebten gut ein Drittel der über 65-Jährigen mindestens einen Sturz innerhalb eines Jahres, und je höher das Alter war, desto höher war die Sturzhäufigkeit (Schwendimann 2000).

In Bezug auf die Sturzverletzungen gibt es das Klassifikationssystem „Classification of Severity of Injury“ nach Morse (1997), welches die Beurteilung der Verletzungen als Sturzfolgen erleichtert (Lange, Dassen T & Heinze 2006).

- I. *Keine Verletzung: kein Nachweis einer Abschürfung oder Quetschung, keine Schmerzen infolge des Sturzes*
- II. *kleine Verletzung: jede kleine Quetschung oder Abschürfung, die keine medizinische Behandlung erfordert und innerhalb weniger Tage heilen wird*
- III. *Mäßige Verletzung: Verletzung, die medizinische Behandlung erfordert und nicht als große Verletzung betrachtet wird, zum Beispiel kleiner Schnitt, der wenige Nähte erfordert, oder intravenöse Zugänge, die neu gelegt werden müssen.*

Quetschung und Prellungen, wenn sie Behandlung benötigen, und Verstauchungen, ebenso wenn Verdacht auf eine Fraktur besteht und geröntgt wird, dieser sich aber nicht bestätigt.

- IV. *Größere Verletzung: ernsthafte Verletzung, einschließlich jeglicher Fraktur, Kopfverletzung oder Wunde mit größerer Naht*

[Übersetzung von Lange, Dassen T & Heinze 2006]

Aufgrund der dynamischen und multifaktoriellen Sturzereignisse soll zur Sturzprävention ein Bündel an Einzelmaßnahmen durchgeführt werden (Schwendimann 2000). Ein wichtiger Schritt ist die umfassende Information und Beratung von PatientInnen und BewohnerInnen hinsichtlich des Sturzrisikos und den möglichen präventiven Interventionen (DNQP 2006). Zu den häufig angewandten Präventivmaßnahmen zählt auch die Beaufsichtigung (Lahmann et al. 2009; Lohrmann 2009). Für die BewohnerInnen werden zudem wirksame Trainingsprogramme zur Stärkung von Kraft und Balance, der Einsatz von Hüftprotektoren zur Hüftfrakturprävention sowie die Umgebungsanpassung (z.B. Sitz- und Betthöhen, Gestaltung von Toilettenbereichen usw.) empfohlen. Im Krankenhausbereich gibt es bislang keine klaren Wirkungsnachweise bezüglich der Präventivmaßnahmen. Jedoch wird die Meinung vertreten, dass der Weg zur Toilette ausreichend beleuchtet, Hüftprotektoren angeboten sowie die Betthöhen individuell abgestimmt werden sollen (Heinze, Rissmann & Dassen 2004). Nicht selten werden auch freiheitsentziehende Maßnahmen zur Vorbeugung von Stürzen genutzt (Schwendimann 2000).

1.3 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Freiheitsentziehende Maßnahmen haben physische, psychische und soziale Auswirkungen auf die Betroffenen. Auch die Pflegenden fühlen sich bei der Anwendung von Fixierungen unwohl. Dieses Pflegephänomen wirkt sich nicht nur negativ auf die Lebensqualität und auf den Arbeitsalltag aus, sondern bringt auch hohe Kosten mit sich (Huizing 2008).

Laut § 3 (1) HeimAufG liegt

„eine Freiheitsbeschränkung im Sinn dieses Bundesgesetzes vor, wenn eine Ortsveränderung einer betreuten oder gepflegten Person (im folgenden Bewohner) gegen oder ohne ihren Willen mit physischen Mitteln, insbesondere durch mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen, oder durch deren Anordnung unterbunden wird“ (Allmer 2010).

Sobald von Freiheitsbeschränkung die Rede ist, ist oft die Anwendung von Bauchgurten als Fixierung der BewohnerInnen und PatientInnen gemeint. Doch auch Bettgitter, Therapie-Tische, das Arretieren des Rollstuhls, tiefe Sessel und Infrarot-Warnsysteme gelten als physische Maßnahmen der Freiheitsentziehung (Hamers & Huizing 2005), welche am oder in der Nähe des Körpers angebracht werden. Sie können von den Betroffenen weder kontrolliert noch leicht

entfernt werden (Joanna Briggs Institute [JBI] 2002a). Neben diesen Methoden gibt es auch die ruhigstellende medikamentöse Freiheitsbeschränkung.

Internationale Studien zeigen eine Prävalenz von Fixierungen zwischen 33% und 68% im Krankenhausbereich, in Pflegeheimen schwankt sie zwischen 41% und 64% (Huizing 2008). In Österreich werden in Krankenhäusern 7,5% der PatientInnen und in Pflegeheimen 34,6% der BewohnerInnen fixiert (Lohrmann 2009; Schüssler 2009).

Der Hauptgrund für die Anwendung dieser Maßnahmen ist die Vermeidung von Stürzen. Weiters sollen damit Unruhe und das Umherirren oder auch Verhaltensweisen wie das Verschmieren von Stuhl begrenzt werden (Hamers & Huizing 2005; JBI 2002b; Laurin et al. 2004).

Vielfach können freiheitsentziehende Maßnahmen mehr Schaden als Nutzen bringen, da sie mit einem Verlust an Autonomie und Respekt (Gastmans & Milisen 2006) einhergehen, aber auch leichte bis schwerwiegende bzw. tödliche Verletzungen aufgrund der Befreiungsversuche verursachen können (Hamers & Huizing 2005). Weitere Konsequenzen wie Inkontinenz, Dekubitus, Muskelverkrampfung, Depression, Aggression, Verschlechterung des Denkvermögens und Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus können auftreten (Hamers & Huizing 2005; Laurin et al. 2004). Es gilt daher, adäquate Ersatzmöglichkeiten für freiheitsentziehende Maßnahmen zu finden, um die Betroffenen zu schützen und ein gewisses Maß an persönlicher Freiheit zu gewährleisten (Gastmans & Milisen 2006).

Die Pflegephänomene Dekubitus, Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen bringen viele Schwierigkeiten mit sich. Sie sind verantwortlich für hohe Kosten im Gesundheitssystem, wirken sich negativ auf die Lebensqualität der PatientInnen und BewohnerInnen aus und führen bei den Pflegenden zu Unzufriedenheit am Arbeitsplatz. Diese Faktoren bewirken ein zunehmendes Interesse an der Messung und Verbesserung der Pflegequalität (Campbell, Roland & Buetow 2000).

1.4 Pflegequalität

Die am häufigsten zitierte Definition für Pflegequalität stammt von Donabedian (1966):

„Pflegequalität ist der Umfang des Erfolges, der unter optimalen Pflegeverhältnissen und vertretbaren Kosten tatsächlich zu erreichen ist“ (Frei-Rhein & Hantikainen 2001).

Durch Messung bzw. Evaluierung kann die Pflegequalität in der jeweiligen Einrichtung festgestellt werden (Kuster 2009). Allerdings gestaltet sich die Messung der Pflegequalität schwierig, da diese aus vielen Dimensionen besteht und perspektivenabhängig ist. Aus diesem Grund ist es problematisch, die Pflegequalität als Ganzes zu operationalisieren. Ein einzelnes

Kriterium zur Beschreibung der Pflegequalität reicht nicht aus, die Identifikation und Charakterisierung von Schlüsselkriterien der Pflegequalität kann dem Problem jedoch entgegenwirken (Atree 2001). Zusätzlich sind für die Messung der Versorgungsqualität Indikatoren notwendig (Eikötter & Greiner 2008).

Indikatoren sind Messgrößen, die eindeutig definiert sein müssen, um die pflegerische Qualität adäquat abbilden zu können (Streppel et al. 1998). Sie dienen zwar nicht der direkten Messung der Pflegequalität, ermöglichen jedoch den Vergleich zwischen Institutionen und haben somit das Potential, Diskussionen über die pflegerische Versorgungsqualität auszulösen (Eikötter & Greiner 2008; Zimmermann 2003). Sie bieten nützliche Informationen als Anfangspunkt für die Bewertung eines Problems in der Pflegequalität, welches weitere (klinisch basierte) Forschung benötigen wird (Zimmermann 2003).

Für die Bestimmung der Pflegequalität sind folgende pflegesensitive Outcomes unerlässlich: Dekubitus, Anteil der Fixierungen und Stürze, etc. (Eikötter & Greiner 2008). Diese Indikatoren kommen oft als Qualitätsindikatoren zur Pflegequalitätsmessung zum Einsatz. Dadurch können Zusammenhänge zwischen den eingeleiteten Pflegeinterventionen und dem dadurch erzielten Gesundheitsstatus erkannt werden. Verbesserungen der Pflegepraxis können durch die Verwendung von Qualitätsindikatoren aufgezeigt werden (Kuster 2009).

Ein bereits bestehendes Erhebungsinstrument, das für die Abbildung der Pflegequalität verwendet werden kann, stellt die Europäische Pflegequalitätserhebung dar (van Nie 2008). Anhand dieses Instruments können Daten von Dekubitus, Stürzen und freiheitsentziehenden Maßnahmen hinsichtlich deren Häufigkeit, Prävention und Behandlung sowie Qualitätsindikatoren erfasst werden (Lohrmann 2009).

1.5 Relevanz dieser Masterarbeit

Für die Feststellung der Häufigkeit bzw. des Umfangs der Pflegephänomene Dekubitus, Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen eignen sich die Erhebungen von Prävalenzen (Halfens, Dassen & Tannen 2007). Infolgedessen können für die Pflegepraxis effektive und effiziente Interventionen zu deren Vorbeugung und Behandlung geplant und eingeführt (Kottner, Schmitz & Dassen 2007; Mertens, Lahmann & Dassen 2004), sowie die Wirkung von Qualitätssicherungsprogrammen evaluiert werden (Van Gilder, MacFarlane & Meyer 2008).

Die Prävalenz misst laut National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) (2010) alle Fälle eines Zustandes (zum Beispiel das Vorliegen des Pflegephänomens Dekubitus) innerhalb der Risikogruppe. Sie wird zu einem bestimmten Zeitpunkt gemessen (NPUAP 2010) und wird oft als prozentuale Häufigkeit angezeigt (Panfil & Mayer 2000).

Prävalenzerhebungen ermöglichen eine Erfassung des Ist-Zustandes von Pflegephänomenen und beschreiben diese. Durch regelmäßige Wiederholungen dieser standardisierten Prävalenzerhebungen können die wesentlichen Veränderungen der Pflegephänomene innerhalb eines bestimmten Zeitraumes identifiziert und dargestellt werden. Durch den Längsschnittvergleich von mehrmaligen Erhebungen lassen sich Entwicklungstendenzen erkennen (Boggatz & Dassen 2004). Zusätzlich können prophylaktische Maßnahmen und Hilfsmittel in Krankenhäusern und Pflegeheimen erfasst und über deren effektiven Einsatz Analysen vorgenommen und Rückschlüsse gezogen werden (Kottner, Schmitz & Dassen 2007). Was dieses Studiendesign nicht ermöglicht, ist die Feststellung von Kausalitäten. Es kann jedoch Anhaltspunkte liefern, welche als Basis für weitere Forschung, z.B. für Interventionsstudien, herangezogen werden können (Kottner, Schmitz & Dassen 2007).

Der Vergleich von wiederholten Prävalenzerhebungen erweitert das pflegerische Wissen. Darüberhinaus bilden die gewonnenen Daten eine Basis für internes sowie externes Benchmarking im In- und Ausland (Kottner, Mertens & Dassen 2006). Das Ziel besteht darin, durch den Vergleich der Erhebungen zwischen den unterschiedlichen Stationen und Einrichtungen, vorhandene Lücken in der Praxis zu erkennen und von Anderen lernen zu können (Nübling et al. 2004), um so dementsprechende Initiativen zur Verbesserung der Pflegequalität einleiten zu können. Die Erhöhung der Pflegequalität und die Verbesserung der Pflegepraxis wirken sich nicht nur positiv auf die Lebensqualität der PatientInnen und BewohnerInnen, sondern auch auf die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden aus (Gawlinski 2008).

In Österreich wurden im April 2009 im Rahmen der Europäischen Pflegequalitätserhebung zum ersten Mal Daten zu Häufigkeiten, präventiven Interventionen und Qualitätsindikatoren hinsichtlich der Pflegephänomene Dekubitus, Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen erhoben. Aufgrund der erneuten Durchführung der Europäischen Pflegequalitätserhebung im April 2010, besteht nun erstmals die Möglichkeit, die erfassten Daten der Erhebungen von 2009 und 2010 miteinander zu vergleichen, Unterschiede zu identifizieren und Aussagen über die Veränderungen der Prävalenz von Dekubitus, Stürze und freiheitsentziehenden Maßnahmen machen zu können.

2. LITERATURÜBERSICHT

Dieses Kapitel beschäftigt sich im ersten Abschnitt mit der Methodik von wiederholten Prävalenzerhebungen bzw. Querschnittstudien. Danach folgt die Präsentation von aktuellen Studien, die anhand wiederholter Querschnittstudien Veränderungen der Prävalenzraten von Dekubitus, Stürzen und freiheitsentziehenden Maßnahmen feststellen konnten. Abgeschlossen wird dieses Kapitel mit einer kurzen Zusammenfassung der Ergebnisse.

2.1 Wiederholte Querschnittstudien

Um die Methode der wiederholten Querschnittstudien erläutern zu können, wurde im Vorfeld eine Literaturrecherche durchgeführt. Im folgenden Abschnitt werden die Vorgehensweise sowie die Ergebnisse der Recherche aufgezeigt.

2.1.1 Literaturrecherche

Für die Beschreibung des Studiendesigns der „Wiederholten Querschnittstudien“ wurde vom 1. Mai bis 1. August 2010 nach Literatur in Bibliothekskatalogen, Electronic Books (google.books.com) sowie in der Zeitschrift „Statistical Methods in Medical Research“, die online zugänglich ist, gesucht. Dabei wurden die Suchbegriffe „cross sectional studies“, „repeated cross sectional studies“, „longitudinal“, „Querschnittstudien“, „wiederholte Querschnittstudien“, und „Längsschnitt“ für die Literaturrecherche verwendet. Zusätzlich wurden die Referenzlisten nach weiterer relevanter Literatur gesichtet. Die Suche wurde auf deutsch- und englischsprachige Publikationen, die in den letzten zehn Jahren verfasst und veröffentlicht wurden, eingegrenzt.

Die Auswahl der Literatur erfolgte anhand deren Evaluierung unter Berücksichtigung der zuvor definierten Ein- und Ausschlusskriterien. Eingeschlossen wurden jene Publikationen, die das Studiendesign ausführlich und verständlich hinsichtlich des Zweckes und der Durchführung beschrieben, sowie dessen Schwächen und Stärken aufgezeigt und diskutiert haben.

Insgesamt konnten bei der Literaturrecherche 22 Methodenbücher identifiziert werden. Anschließend erfolgte die Evaluierung der Publikationen. Neben der Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien wurde auch die Relevanz des Inhaltes dieser Publikationen bewertet. Schlussendlich konnten 14 Publikationen für die theoretische Beschreibung der wiederholten Querschnittstudienherangezogen werden.

2.1.2 Ergebnisse

Querschnittstudien zählen in der Epidemiologie zu den Beobachtungsstudien, bei denen in den Untersuchungen nicht interveniert, sondern nur gemessen und somit der Natur freien Lauf gelassen wird (Beaglehole & Kjellström 2008, pp. 71-74). Epidemiologische Fragenstellungen beinhalten die Häufigkeit von bevölkerungs- und gruppenbezogenen Gesundheitsproblemen, Krankheiten und deren Risikofaktoren. Darüberhinaus werden zum einen die Verteilung dieser Phänomene und zum anderen deren Trends, Muster und Veränderungen in Bevölkerungen, Gemeinden und Gruppen eine bestimmte Zeit lang untersucht (Bartholomeyczik & Nonn 2005, p. 18; Clamp 2004, p. 240).

Die Epidemiologie, die ursprünglich für die medizinische Wissenschaft bestimmt war (Detels et al. 2009, p. 447), hat auch für die Pflege an Bedeutung gewonnen. Für die Pflegeforschung stellen epidemiologische Untersuchungen eine Notwendigkeit dar, da pflegerelevante Gesundheitsprobleme auf Bevölkerungsebene die Pflegepraxis beeinflussen (Bartholomeyczik & Nonn 2005, pp. 22-24; Clamp 2004, p. 240). Informationen, die durch epidemiologische Studien generiert werden, bilden die Basis für die Entwicklung und Implementierung von Interventionsprogrammen zur Krankheitsprävention sowie zur Gesundheitsförderung. Ein wichtiger Aspekt in der Epidemiologie ist die Entscheidung für das richtige Studiendesign, um so die richtigen Antworten zu spezifischen Fragestellungen zu erhalten. Zu epidemiologischen Studien zählen neben Querschnittstudien auch ökologische, Fall-Kontroll-, Kohorten- und experimentelle Studien (Detels et al. 2009, pp. 447-450). Für die Beantwortung der Frage nach der Häufigkeit von Gesundheitsproblemen und deren Risikofaktoren in einer Population eignet sich die Querschnittstudie am besten (Beaglehole & Kjellström 2008, p. 77; Detels et al. 2009, p. 451; Mann 2003). Zur Identifizierung von Veränderungen und Trends von gesundheitsbezogenen Phänomenen können Daten von wiederholten Querschnittstudien herangezogen werden (Clamp 2004, p. 242; Detels et al. 2009, p. 451; Engel & Schutt 2005, p. 143).

2.1.2.1 Querschnittstudien

Bei Querschnittstudien, auch als Prävalenzstudien bezeichnet, werden alle Daten zu einem bestimmten Zeitpunkt erhoben (Engel & Schutt 2005, p. 138; Häder 2010, p. 124; Mann 2003; Polit & Beck 2008, pp. 206-207). Somit bietet dieses Design aufgrund der Momentaufnahme einen „Schnappschuss der Gesellschaft“ an (Detels et al. 2009, p. 472; Häder 2010, p. 116).

Querschnittstudien ermöglichen die Erfassung der Prävalenz von Krankheiten und anderen Faktoren sowie deren Beziehung zueinander in einer bestimmten Population zu einem festgelegten Zeitpunkt. Zudem können Häufigkeiten in spezifischen Gruppen der Population

identifiziert werden, um so die Unterschiede zwischen diesen Untergruppen erkennen zu können (Detels et al. 2009, p. 451). Die häufig mittels Befragungen (Mann 2003) erhobenen deskriptiven Daten ermöglichen eine Abschätzung des Versorgungsbedarfes von Bevölkerungsgruppen (Beaglehole & Kjellström 2008, p.77), und erlauben darauf basierend effektive Interventionen zu schaffen und in die Praxis einzuführen (Detels et al. 2009, p. 451).

Damit die erfassten Prävalenzen auf die gesamte Population übertragen und generalisiert werden können (externe Validität), benötigt es eine repräsentative Stichprobe (interne Validität), was bedeutet, dass jede Person mit dem interessierendem Merkmal einer Population identifiziert und auch in die Stichprobe einbezogen werden soll (Detels et al. 2009, p. 475).

Die Durchführung einer Querschnittstudie ist laut Beaglehole & Kjellström (2008, p. 77) und Mann (2003) einfach und kostengünstig. Weitere Vorteile von Querschnittstudien sind die selten entstehenden ethischen Probleme, da bei dieser Beobachtungsstudie zum einen keine Interventionen durchgeführt werden (Mann 2003) und zum anderen die gewonnenen Daten nicht auf einzelne Teilnehmende zurückzuführen sind und somit Anonymität gewährt ist (de Vaus 2001, p. 192).

Eine Schwierigkeit stellt die Erforschung der Häufigkeit von seltenen Erkrankungen anhand einer Querschnittstudie dar (Detels et al. 2009, p. 451; Mann 2003), da diese mit großer Wahrscheinlichkeit nicht einmal in einer sehr großen Stichprobe entdeckt werden können (Mann 2003). Ein weiteres Problem bei der Durchführung von Querschnittstudien ist das Erlangen einer adäquaten Rücklaufquote. Aufgrund der geringen Teilnahme können Fehlerquellen entstehen (Non-Response Bias). Um dieses Problem lösen zu können, soll die Anzahl der Nichtteilnehmenden mit überlegten Maßnahmen, wie z.B. Kontakt und ausreichende Informationen vor der Erhebung, auf ein Minimum reduziert werden (Detels et al. 2009, p. 478). Dieser Aspekt ist bedeutend, da sich die Anzahl der StudienteilnehmerInnen auf die Signifikanz der Ergebnisse auswirken kann (Mann 2003).

Des Weiteren ist beim Vergleich von Prävalenzen zwischen unterschiedlichen Ländern Vorsicht geboten. Gründe dafür können die unterschiedlichen Wahrnehmungen und Definitionen von Krankheiten sowie die verschiedenen Erhebungsverfahren von gesundheitsbezogenen Beeinträchtigungen sein (Detels et al. 2009, p. 475).

Zudem können keine Aussagen über Ursachen-Wirkungsbeziehungen gemacht werden, da sich diese nur in einer zeitlichen Abfolge feststellen lassen (Beaglehole & Kjellström 2008, p. 149; Mann 2003). Deshalb bietet sich die mehrmalige Durchführung von Querschnittstudien als Lösungsansatz an (de Vaus 2001, pp. 173-174).

2.1.2.2 Wiederholte Querschnittstudien

Veränderungen von bestimmten Phänomenen in einer Population können anhand von wiederholten Querschnittstudien identifiziert werden (Beaglehole & Kjellström 2008, p. 77; Clamp 2004, p. 242; Detels et al. 2009, p. 472; Engel & Schutt 2005, p. 143; Menard 2009, p. 29). Die Voraussetzung für den Vergleich von wiederholten Querschnittstudien stellt zum einen die Ähnlichkeit der Stichproben dar (de Vaus 2001, p. 173). Zum anderen muss gewährleistet werden, dass bei jeder Erhebung dieselben Fragen gestellt werden (de Vaus 2001, p. 173; Menard 2009, p.29) und die Erhebungsinstrumente beständig sind (Cohen, Manion & Morrison 2009, p. 215).

Wiederholte Querschnittstudien werden auch den Längsschnittsdesigns zugeordnet (Engel & Schutt 2005, p. 143). Bei der Längsschnittstudie werden im Gegensatz zur Querschnittstudie die Daten über einen längeren Zeitraum, zu mehr als einem Zeitpunkt und in regelmäßigen Abständen erhoben (Polit & Beck 2008, p. 757; Ruspini 2002, p. 3). Dass wiederholte Querschnittstudien zu den Längsschnittstudien gezählt werden, liegt daran, dass diese die Identifikation von Veränderungen oder Entwicklungstendenzen ermöglichen (Hall 2008, p. 101). Zu Längsschnittstudien, die aus wiederholten Erhebungen bestehen, zählen Trend- und Panelstudien (Polit & Beck 2008, p. 209).

Beim Paneldesign wird die Datenerfassung zu zwei oder mehreren Zeitpunkten bei der gleichen Stichprobe durchgeführt. Dies ermöglicht die Beobachtung und die Feststellung der eingetretenen Veränderungen auf der individuellen Ebene (Hall 2008, p. 102; Polit & Beck 2008, p. 209). Bei wiederholten Datenerhebungen sollte an denselben Personen das gleiche Messverfahren angewendet werden (Schnell, Hill & Esser 2008, p. 238). Eine Schwäche des Paneldesigns ist der Attrition Bias. Darunter ist der Verlust der StudienteilnehmerInnen im Laufe der Zeit zu verstehen (Cohen, Manion & Morrison 2009, p. 215). Das Problem besteht darin, dass die TeilnehmerInnen, die die Studie verlassen haben, sich möglicherweise von den StudienteilnehmerInnen unterscheiden, die weiterhin in der Studie geblieben sind. Dies kann zu Schwierigkeiten bei der Generalisierbarkeit der Ergebnisse führen (Polit & Beck 2008, p. 209).

Trendstudien können aufgrund von wiederholten Erhebungen Veränderungen in einer Population in Bezug auf ein bestimmtes Phänomen ermöglichen. Zu jedem Erhebungszeitpunkt wird eine andere Stichprobe, jedoch immer aus der gleichen Population, gezogen. Durch die Analyse der vergangenen Daten können mögliche Trends erkannt werden (Clamp 2004, pp. 242-243; Polit & Beck 2008, p. 209). Die aufgenommenen Daten gewährleisten eine Identifikation von Veränderungsmustern sowie die Möglichkeit Vorhersagen zu treffen.

Dahersind für die Erforschung von Entwicklungstendenzen zwei oder mehrere Querschnitterhebungen erforderlich (Cohen, Manion & Morrison 2009, p. 213; Menard 2009, p. 28). Damit ein Vergleich im Zeitablauf möglich ist, sind homogene Stichproben essentiell (Cohen, Manion & Morrison 2009, p. 213).

Bei Trendstudien ist es wahrscheinlich, dass bei den Stichproben zu Überlappungen von TeilnehmerInnen kommt. Da die Stichproben unabhängig ausgewählt werden und die Überlappungen meist sehr gering sind, stellt dies jedoch kein wirkliches Problem dar (Menard 2009, p. 28). Dadurch, dass immer unterschiedliche Stichproben beobachtet werden, können keine Entwicklungsmuster innerhalb von Kohorten erforscht sowie keine kausalen Aussagen getroffen werden (Menard 2009, p. 29). Weiters kann es bei Trendstudien zu Verzerrungen der Ergebnisse kommen, wenn sich die Erhebungsbedingungen sowie die Messinstrumente bei den Datenerhebungen im Laufe der Zeit verändern (Schnell, Hill & Esser 2008, p. 246). Deshalb ist darauf zu achten, dass die Erhebungen mit standardisierten Definitionen und Erhebungsmethoden durchgeführt werden, um potentielle systematische Fehlerquellen zu vermeiden (Beaglehole & Kjellström 2008, pp. 77-78). Zudem können Entwicklungen bzw. Veränderungen der Phänomene in einer Längsschnittanalyse nicht auf individueller Ebene (Mikroebene) sondern nur auf Aggregatebene (Makroebene) (de Vaus 2001, pp. 174-175; Ruspini 2002, p. 4), das heißt auf Gruppen- bzw. Untergruppenebene, analysiert bzw. zurückverfolgt werden (Cohen, Manion & Morrison 2009, p. 215; Ruspini 2002, p. 4; Schnell, Hill & Esser 2008, p. 246).

2.2 Aktuelle Studien mit der Methode der Wiederholten Querschnittstudien

In diesem Abschnitt werden der Verlauf und im Anschluss daran die Ergebnisse der Literaturrecherche zu aktuellen Studien, welche die Methode der wiederholten Querschnittstudien hinsichtlich der in dieser Arbeit behandelten Pflegephänomene angewendet haben, wiedergegeben.

2.2.1 Literaturrecherche

Um den aktuellen Stand der Forschungsergebnisse, die sich auf die Veränderung der Prävalenzraten von Dekubitus, Stürzen sowie freiheitsentziehenden Maßnahmen beziehen, darstellen zu können, wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL, Medline, Embase, PsycINFO und ISI Web of Knowledge (Web of Science) im

Zeitraum vom 1. Juli bis 1. September 2010 durchgeführt. Gesucht wurde anhand von folgenden Schlüsselwörtern: *cross-sectional studies, comparison, pressure ulcer, falls, physical restraints, hospital, nursing home, prevalence, measurement, treatment, prevention, quality indicators*. Bei dieser Suchstrategie wurden MeSH-Terms und Boolean'sche Operatoren („AND“ und „OR“) verwendet. Die Suche wurde auf englische und deutsche Publikationen, die im Zeitraum von 2000 bis 2010 veröffentlicht wurden, eingegrenzt. Neben der Recherche in den genannten Datenbanken fand eine Literatursuche mit den zuvor erwähnten Schlüsselwörtern in den Suchmaschinen, iSeek.com, Google.scholar.com und Ask.com statt. Abschließend erfolgte eine Handsuche in den meistverwendeten deutschsprachigen Pflegefachzeitschriften (Pflege, PrinterNet, Pflegezeitschrift und Die Schwester Der Pfleger) sowie eine Durchsicht der Referenzlisten der zuvor ausgewählten Literatur.

Tabelle 1: Ergebnisse der Literaturrecherche

Datenbanken	Ergebnisse
Ovid Medline®	82
EMBASE	58
CINAHL	12
ISI Web of Knowledge - Web of Science	42
PsycINFO	95
Suchmaschinen, Handsuche & Referenzliste	
iSeek.com, google.scholar.com, Ask.com	3
Handsuche	5
Referenzliste	3

Im nächsten Schritt wurden die Ein- und Ausschlusskriterien für die Auswahl der Literatur bestimmt. Es wurden jene Literaturquellen eingeschlossen, die sich mit Prävalenzraten, Maßnahmen zur Prävention und Behandlung sowie Qualitätsindikatoren hinsichtlich der drei Pflegephänomene Dekubitus, Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen befassten. Diese Daten mussten im Rahmen von wiederholten Querschnittstudien erhoben worden sein. Jene Studien, bei denen die Datenerfassung nicht in Krankenhäusern oder Pflegeheimen erfolgte, wurden ausgeschlossen.

Mit dieser umfassenden Literaturrecherche konnten in den Datenbanken 289 Treffer, in den Suchmaschinen, bei der Handsuche sowie beim Durchsichten der Referenzliste 11 Treffer erzielt werden. Diese ersten Ergebnisse werden in Tabelle 1 veranschaulicht.

Anschließend erfolgte die kritische Bewertung der im Rahmen der Literaturrecherche ermittelten Forschungsartikel. Zuerst wurde der Titel dieser Publikationen beurteilt. Hierbei war das entscheidende Kriterium die Erwähnung der Prävalenz von Dekubitus, Stürze und/oder

freiheitsentziehenden Maßnahmen. Danach wurden die Abstracts der bisher eingeschlossenen Artikel evaluiert. Diese Beurteilung bezog sich auf die zuvor aufgelisteten Ein- und Ausschlussgründe. Im nächsten Schritt folgte die Beschaffung der Volltexte zu den als relevant betrachteten Abstracts und folglich deren kritischen Beurteilung nach den Kriterien von Provenzale & Stanley (2005). Diese Vorlage bot die Möglichkeit, bei der Bewertung der Literatur systematisch zu verfahren und somit wesentliche Fragen zu beantworten. Für die Beurteilung der Literatur wurden die adäquate Zusammenfassung der Literatur, die Prägnanz der Einleitung, die Relevanz sowie eine klare Zweckbeschreibung der Publikation als Beurteilungskriterien gezielt betrachtet. Des Weiteren wurde die Methodik hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit, der Stichprobe, der Wahl des Studiendesigns, der Datenerhebung und -analyse bewertet. Beim Ergebnisteil wurde der Fokus auf die adäquate Darstellung, Beschreibung und Relevanz der Ergebnisse gesetzt. Abschließend wurde beim Diskussionsteil vorrangig auf die passende Interpretation und die Erwähnung der Schwächen und Stärken dieser Publikation geachtet (Provenzale & Stanley 2005).

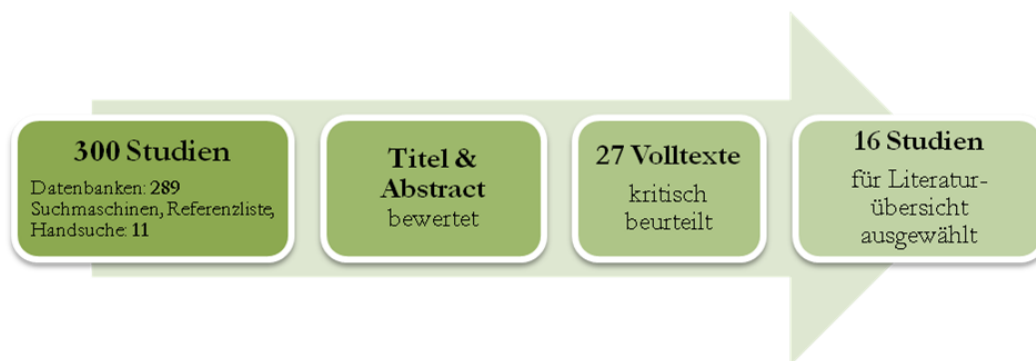


Abbildung 1: Verlauf der Literaturrecherche

Insgesamt konnten 16 wissenschaftliche Publikationen für die Darstellung der Literaturübersicht einbezogen werden. Das schrittweise Vorgehen der Literaturrecherche sowie die Ergebnisse der ausgewählten Literatur sind in Abbildung 1 dargestellt.

2.2.2 Ergebnisse

Die gefundenen und eingeschlossenen Prävalenzstudien zu Dekubitus, Stürze und freiheitsentziehenden Maßnahmen sind in Tabelle 2 und 3 übersichtlich dargestellt.

Tabelle 2: Ausgewählte Studien zur Dekubitusprävalenz

AutorIn / Jahr	Land	Studiendesign / Methode	Setting	Stichprobe	Prävalenz
Banks et al. 2010	Australien	Wiederholte multizentrische Querschnittstudie 2002 & 2003; Nach der Datenerhebung 2002 erfolgte die Implementierung einer Guideline zur Prävention von Dekubitus.	Krankenhaus und Pflegeheim	2002: n=774 in KH; n=381 in PH 2003: n=1.434 in KH; n=458 in PH Total: n=2.208 in KH; n=839 in PH; 20 KH & 6 PH	<i>Gesamtprävalenz</i> 2002: 32% in KH; 31% in PH 2003: 18,5% in KH; 18% in PH
Bielitz, Mertens & Dassen 2005	Deutschland	Querschnittsdesign; multizentrische Prävalenzstudie mit standardisiertem Fragebogen; Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Braden-Skala (Trennwert ≤ 20)	Krankenhaus und Pflegeheim	2002 bis 2004: n=18.468; 27 KH & 23 PH	<i>Prävalenz in der Risikogruppe</i> 2002: 34,6% in KH; 20,4% in PH 2003: 23,1% in KH; 12,6% in PH 2004: 16,1% in KH; 8,7% in PH
Bours et al. 2001	Niederlande	Querschnittsdesign; Sekundäranalyse mit Daten aus der landesweiten Prävalenzstudie von 1998 & 1999;	Intensive Care Units (ICUs) im Krankenhaus	1998: n=423; 40 ICUs 1999: n=427; 37 ICUs Total: n=805; 77 ICUs	<i>Gesamtprävalenz</i> 1998: 28,6% 1999: 28,8% Total: 28,7%
Chacon et al. 2009	Brasilien	Querschnittsdesign; Prävalenzstudie; Datenerhebung im Mai & August 2007; Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Braden-Skala (Trennwert ≤ 18)	Pflegeheim	Mai 2007: n=181; 6 PH August 2007: n=184; 6 PH	<i>Gesamtprävalenz</i> Mai 2007: 12,7% August 2007: 9,2% Total: 10,95%
Gunningberg 2006	Schweden	Querschnittsdesign; Prävalenzstudien 2002 & 2004; Erhebungsinstrument von „European Pressure Ulcer Advisory“ (EPUAP) Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Braden-Skala (Trennwert < 17)	Krankenhaus	2002: n=357 2004: n=369 ≥ 18 Jahre 1 KH	<i>Gesamtprävalenz</i> 2002: 33,3% 2004: 28,8% <i>Gesamtprävalenz exkl. 1. Grad</i> 2002: 10,9% 2004: 14,1%
Gunningberg & Stotts 2008	Schweden	Querschnittsdesign; Deskriptive komparative Studie; Daten aus Prävalenzstudie von 2002 & 2006; Erhebungsinstrument von „European Pressure Ulcer Advisory“ (EPUAP); Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Bradenskala (Trennwert < 17)	Krankenhaus	2002: n=612 2006: n=632 ≥ 18 Jahre 1 KH	<i>Gesamtprävalenz</i> 2002: 23,9% 2006: 22,9% <i>Gesamtprävalenz exkl. 1. Grad</i> 2002: 8,0% 2006: 12,0%

AutorIn / Jahr	Land	Studiendesign / Methode	Setting	Stichprobe	Prävalenz
Hoppe et al. 2009	Deutschland	Querschnittsdesign; multizentrische Prävalenzerhebung mit standardisiertem Fragebogen; jährlich von 2002 bis 2008; Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Braden-Skala (Trennwert ≤ 20)	Krankenhaus und Pflegeheim	2002 bis 2008: n=63.722	<i>Prävalenz in der Risikogruppe</i> 2002 bis 2008: KH: von 25,1% auf 12,7% PH: von 17,3% auf 7,3%
Kottner et al. 2009	Deutschland	Querschnittsdesign; Datenanalyse der Ergebnisse von den multizentrischen Prävalenzerhebungen von 2001 bis 2007; Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Braden-Skala (Trennwert ≤ 20)	Krankenhaus	2001: n=2.757 in 11 KH 2007: n=3.650 in 23 KH 2001 bis 2007 (total): n=40.247 in 225 KH > 17 Jahre	<i>Gesamtprävalenz</i> 2001 bis 2007: von 13,9% auf 7,3% Total: 10,2% <i>Gesamtprävalenz exkl. 1. Grad</i> 2001 bis 2007: von 6,4% auf 3,9% Total: 5,0% <i>Prävalenz in der Risikogruppe</i> 2001 bis 2007: von 29,3% auf 15,9% Total: 21,7% <i>Prävalenz in der Risikogruppe exkl. 1. Grad</i> 2001 bis 2007: von 14,8% auf 9,3% Total: 11,3%
Lahmann et al. 2009	Deutschland	Querschnittsdesign; multizentrische Querschnittstudie mit standardisiertem Fragebogen, jährlich von 2004 bis 2009; Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Braden-Skala	Krankenhaus und Pflegeheim	2004: n=8.525 in 39 KH n=2.531 in 29 PH 2009: n=1.930 in 15 KH n=5.521 in 76 PH	<i>Prävalenz in der Risikogruppe</i> 2004 bis 2009: von 18,1% auf 14,4% in KH von 9,1% auf 5,9% in PH
Lahmann et al. 2010	Deutschland	Querschnittsdesign; Datenanalyse von 7 multizentrischen Dekubitusprävalenzerhebungen von 2002 bis 2008; Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Braden-Skala (≤ 20 , ≤ 18 , ≤ 16 und ≤ 14)	Pflegeheim	2002: n=1.196 2008: n=3.979 2002 bis 2008 (total): n=17.190	<i>Gesamtprävalenz</i> 2002 bis 2008: von 12,5% auf 5,0% Total: 6,7% <i>Gesamtprävalenz exkl. 1. Grad</i> 2002 bis 2008: von 6,6% auf 3,5% Total: 3,9%

AutorIn / Jahr	Land	Studiendesign / Methode	Setting	Stichprobe	Prävalenz
VanGilder, MacFarlane & Meyer 2008	Internationale Studie (über 95% in USA)	Querschnittsdesign; beobachtende Querschnitt-Kohortenstudie; „International Pressures Ulcer Prevalence Survey“ von 1989 bis 2005 (9 Erhebungen); Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Braden-Skala	Krankenhaus und Pflegeheim	2003 bis 2005: n=206.577 in KH n=14.549 in PH	<i>Gesamtprävalenz:</i> 2003 bis 2005: von 15,4% auf 14,6% in KH; von 13,2% auf 14,4% in PH <i>Gesamtprävalenz exkl. 1. Grad:</i> 2003 bis 2005: von 10,0% auf 9,2% in Akut KH von 9,2% auf 11,4% in PH
VanGilder et al. 2009	USA	Querschnittsdesign; beobachtende Querschnitt-Kohortenstudie; „International Pressures Ulcer Prevalence Survey“ von 2006 bis 2009	Krankenhaus und Pflegeheim	2006: n=75.913 in KH; n=5.188 in PH 2007: n=72.502 in KH; n=2.756 in PH 2008: n=83.914 in KH; n=3.650 in PH 2009: n=86.932 in KH; n=2.144 in PH	<i>Gesamtprävalenz:</i> 2006: 13,3% in Akut KH; 12,1% in PH 2007: 13,4% in Akut KH; 11,4% in PH 2008: 13,1% in Akut KH; 11,7% in PH 2009: 11,9% in Akut KH; 11,8% in PH <i>Gesamtprävalenz exkl. 1. Grad</i> 2006: 8,9% in Akut KH; 9,1% in PH 2007: 9,1% in Akut KH; 8,1% in PH 2008: 9,2% in Akut KH; 8,3% in PH 2009: 8,7% in Akut KH; 9,5% in PH

Tabelle 3: Ausgewählte Studien zur Prävalenz von Stürzen und freiheitsentziehenden Maßnahmen

AutorIn / Jahr	Land	Studiendesign / Methode	Setting	Stichprobe	Prävalenz
Sturz					
Boggatz & Dassen 2004	Deutschland	Querschnittsdesign; Wiederholte Prävalenzerhebung mit standardisiertem Erhebungsbogen	Krankenhaus und Pflegeheim	2002: n=2.508 in KH; n=606 in PH 2003: n=2.547 in KH; n=558 in PH	<i>Gesamtprävalenz</i> 2002: 2,5% in KH; 3,5% in PH 2003: 2,7% in KH; 6,6% in PH
Heinze, Halfens & Dassen 2007	Deutschland	Querschnittsdesign; Prävalenzstudien 2002 & 2004; standardisiertes Erhebungsinstrument Sturzrate pro 1000 Belegungstage	Krankenhaus und Pflegeheim	2002: n=3.348 in KH; n=1.091 in PH 40 KH, 15 PH 2004: n=4.409 in KH, n= 2.339 in PH 39 KH, 29 PH > 65 Jahre	<i>Sturzhäufigkeit innerhalb der letzten zwei Wochen vor der Erhebung</i> 2002: 3,8% in KH; 6,3% in PH 2004: 3,4% in KH; 7,1% in PH
Lahmann et al. 2009	Deutschland	Querschnittsdesign; multizentrische Querschnittstudie mit standardisiertem Verfahren, jährlich von 2004 bis 2009;	Krankenhaus und Pflegeheim	2006: n=5.046 in 28 KH, n=2.061 in 24 PH 2007: n=4.080 in 23 KH; n=2.393 in 29 PH 2008: n=3.391 in 19 KH; n=3.345 in 37 PH 2009: n=1.930 in 15 KH, n=5.521 in 76 PH	<i>Sturzhäufigkeit innerhalb der letzten zwei Wochen vor der Erhebung</i> 2006: 4,1% in KH; 3,9% in PH 2007: 3,9% in KH; 3,7% in PH 2008: 3,7% in KH; 3,9% in PH 2009: 4,4% in KH; 3,8% in PH
Freiheitsentziehende Maßnahmen (FEM)					
Halfens et al. 2008	Niederlande	Querschnittsdesign; multizentrische Querschnittstudie mit standardisiertem Verfahren, jährlich seit 1998	Krankenhaus und Pflegeheim	2008: n= >36.000 in 308 KH & PH	<i>Prävalenzrate von FEM</i> 2007: 7% in KH 2008: 15% in KH 2007: ~40% in PH 2008: ~40% in PH
Pellfolk 2010	Schweden	Querschnittsdesign; Querschnittstudien 2000 & 2007; Erhebung mit Multi-Dimensional Dementia Assessment Scale (MDDAS)	Pflegeheim	2000: n=3.746 2007: n=3.060	<i>Prävalenzrate von FEM</i> 2000: 16,2% 2007: 18,4%

2.2.2.1 Dekubitus

Im Rahmen der Literaturrecherche und -bewertung konnte bereits festgestellt werden, dass die Prävalenz von Dekubitus unterschiedlich berechnet werden kann. In den ausgewählten Studien wurde die Gesamtprävalenz und / oder die Prävalenz in der Risikogruppe berechnet. Bei der Gesamtprävalenz bezieht sich die Stichprobengröße auf die Gesamtanzahl der TeilnehmerInnen. Bezieht sich die Stichprobe jedoch nur auf die Anzahl der Personen mit Dekubitusrisiko, ist hiermit die Prävalenz in der Risikogruppe gemeint. Durch die Bestimmung der Prävalenz in der Risikogruppe kann ein Vergleich von Gruppen ermöglicht werden (Bielitz, Mertens & Dassen 2005).

Zusätzlich erfolgten in einigen Studien Berechnungen von Dekubitusprävalenzen inklusive und exklusive Dekubitus ersten Grades, welcher kaum von anderen Hautschäden wie Erytheme oder Mykosen differenzierbar ist. Diese Problematik führt dazu, dass der Dekubitus ersten Grades überdiagnostiziert werden kann. Folglich kann es zu Verfälschungen von Dekubitusprävalenzen kommen (Hoppe et al. 2009). Aus diesem Grund werden die Ergebnisse inklusive und exklusive Dekubitus ersten Grades gesondert dargestellt.

Gesamtprävalenz in Krankenhäusern

Veränderungen der Gesamtprävalenz von Dekubitus in Krankenhäusern innerhalb eines bestimmten Zeitraumes konnten in Studien aus Australien, Deutschland, den Niederlanden, Schweden, und den USA identifiziert werden.

In Deutschland (seit 2001) sowie in den Niederlanden (seit 1998) fanden jährlich landesweit multizentrische Querschnittstudien mit derselben Erhebungsmethodik zur Bestimmung der Dekubitusprävalenz statt. In deutschen Krankenhäusern konnte von 2001 bis 2007 eine Reduktion der Gesamtprävalenz von 13,9% (n=2.757) auf 7,3% (n=3.650) festgestellt werden. Bei den Berechnungen der Gesamtprävalenzen exklusive Dekubitus ersten Grades wurde ebenfalls ein Rückgang von 6,4% auf 3,9% verzeichnet (Kottner et al. 2009).

Bei der niederländischen Studie von Bours et al. (2001) gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen der Gesamtprävalenz von 1998 und 1999. 1998 betrug die Dekubitusrate 28,6% (n=423) und blieb daher mit 28,8% (n=427) im darauffolgenden Jahr stabil.

In einer amerikanischen Querschnitt-Kohortenstudie ermittelten VanGilder, MacFarlane & Meyer (2008) eine gering veränderte Dekubitushäufigkeit in den Jahren 2003 bis 2005. Sie minimierte sich von 15,4% auf 14,6%. Ebenso nahm die Gesamtprävalenz exkl. Dekubitus ersten Grades von 10,0% auf 9,2% ab. VanGilder et al. (2009) analysierten in der zweiten amerikanischen Studie die Veränderung der Dekubitusprävalenz von 2006 bis 2009, wobei auch

hier die großen Abweichungen ausblieben. Die anfängliche Dekubitusrate von 13,3% (n=75.913) reduzierte sich bis 2009 auf 11,9% (n=86.932). Bei der Dekubitusprävalenz exkl. Dekubitus ersten Grades kam es jedoch zu einer geringen Abnahme von 8,9% auf 8,7%.

Die Ergebnisse der australischen Studie von Banks et al. (2010) zeigten ebenso eine Reduktion der Dekubitushäufigkeit von 32% (n=774) im Jahr 2002 auf 18,5% (n= 1.434) im Jahr 2003.

Eine Abnahme der Gesamtprävalenz konnten auch die schwedischen Prävalenzstudien von Gunningberg (2006) und Gunningberg & Stotts (2008) aufzeigen. Die anfängliche Prävalenz von 33,3% (n=357) im Jahr 2002 veränderte sich zwei Jahre später auf 28,8% (n=369) (Gunningberg 2006). Gunningberg & Stotts (2008) analysierten Daten der Prävalenzerhebungen von 2002 und 2006. Dabei konnte festgestellt werden, dass sich die Dekubitusprävalenz des einzigen teilnehmenden schwedischen Krankenhauses von 23,9% (n=612) auf 22,9% (n=632) reduzierte. Im Vergleich zu diesen beiden Ergebnissen stieg in den schwedischen Studien die Gesamtprävalenz ohne Dekubitus ersten Grades an. Bei Gunningberg (2006) erhöhte sich die Prävalenz exklusive Dekubitus ersten Grades von 10,9% auf 14,1% und bei Gunningberg & Stotts (2008) von 8,0% auf 12,0%.

Prävalenz in der Risikogruppe in Krankenhäusern

Die Berechnung der Prävalenz in der Risikogruppe wurde nur in deutschen Studien von Bielitz, Mertens & Dassen (2005), Hoppe et al. (2009), Kottner et al. (2009) und Lahmann et al. (2009) durchgeführt. In diesen Studien wurden die Daten der landesweit multizentrischen Querschnittstudien zur Erhebung der Dekubitushäufigkeit analysiert. Kottner et al. (2009) konnten aufgrund der Datenanalyse von sieben Querschnittstudien von 2001 bis 2009 einen abnehmenden Trend von 29,3% (n=2.757) auf 15,9% (n=3.650) erkennen. Auch bei der Prävalenz exklusive Dekubitus ersten Grades reduzierte sich die Dekubitusrate von 14,8% auf 9,3%. In der Studie von Hoppe et al. (2009) nahm die Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe zwischen 2002 und 2008 von 25,1% auf 12,7% ab. Die Prävalenzrate lag bei Lahmann et al. (2009) im Jahre 2004 bei 18,1% (n=8.525) und fünf Jahre später bei 14,4% (n=1.930). Bielitz, Mertens & Dassen (2005) analysierten die Dekubitusprävalenzen von 2002 bis 2004 und erkannten eine Reduktion von 34,6% auf 16,1%.

Gesamtprävalenz in Pflegeheimen

Für die Darstellung der Veränderungen der Gesamtprävalenz in Pflegeheimen konnten Studien aus Australien, Brasilien, Deutschland und den USA gefunden werden.

Beinahe in allen Studien konnte eine Reduktion der Dekubitusprävalenz festgestellt werden. Bei der australischen Studie von Banks et al. (2010) wurden die Daten der wiederholten multizentrischen Querschnittstudie von 2002 und 2003 verglichen, wobei noch angemerkt werden muss, dass nach 2002 die Implementierung einer Guideline zur Prävention von Dekubitus erfolgte. Bei der ersten Erhebung lag die Gesamtprävalenz bei 31% (n=381) und reduzierte sich ein Jahr später auf 18% (n=458).

In der brasilianischen Prävalenzstudie von Chacon et al. (2009), die im Mai und August 2007 durchgeführt wurde, konnte ebenso eine Verringerung der Gesamtprävalenz identifiziert werden. Innerhalb von vier Monaten veränderte sich die Dekubitusprävalenz von 12,7% (n=181) auf 9,2% (n=184).

Ein abnehmender Trend der Gesamtprävalenz konnte auch in der deutschen Studie von Lahmann et al. (2010) dargestellt werden. Im Jahr 2002 konnte eine Gesamtprävalenz von 12,5% (n=1.196) bestimmt werden. Bis 2008 reduzierte sich diese kontinuierlich auf 5,0% (n=3.979). Bei der Gesamtprävalenz ohne Dekubitus ersten Grades kam es zu einer Abnahme von 6,6% auf 3,5%.

In den amerikanischen Studien konnte kein einheitlicher Trend identifiziert werden. Die Gesamtprävalenz stieg zwischen 2003 und 2005 von 13,2% auf 14,4% (VanGilder, MacFarlane & Meyer 2008). Doch zwischen 2006 und 2009 konnte eine leichte Abnahme von 12,1% auf 11,8% verzeichnet werden. Beinahe dieselbe Veränderung konnte bei der Gesamtprävalenz exklusive Dekubitus ersten Grades wahrgenommen werden. So erhöhte sich diese zwischen 2003 und 2005 von 9,2% auf 11,4% (VanGilder, MacFarlane & Meyer 2008). 2006 lag die Gesamtprävalenz ohne Dekubitus ersten Grades wieder bei 9,1%, erhöhte sich jedoch bis 2009 auf 9,5% (VanGilder et al. 2009).

Prävalenz in der Risikogruppe in Pflegeheimen

Wiederum wurde nur in den deutschen Prävalenzstudien (Bielitz, Mertens & Dassen 2005; Hoppe et al. 2009; Lahmann et al. 2009) die Prävalenz in der Risikogruppe berechnet.

In diesen Studien konnte eindeutig eine Abnahme der Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe in den Pflegeheimen festgestellt werden. Bei Hoppe et al. (2009) reduzierte sich die Häufigkeit von Dekubitus zwischen 2002 und 2008 von 17,3% auf 7,3%. Ebenso konnte bei Bielitz, Mertens & Dassen (2005) eine ähnliche Entwicklung identifiziert werden. Anfänglich lag die Dekubitusprävalenz im Jahr 2002 bei 20,4% und nahm bis 2004 um 11,7 Prozentpunkte ab. Die Studie von Lahmann et al. (2009) zeigte zwischen 2004 und 2009 eine Veränderung von 9,1% (n=2.531) auf 5,9% (n=5.521) auf.

2.2.2.2 Stürze

Es konnten drei Studien (alle in Deutschland durchgeführt), welche sich mit dem Trend der Sturzhäufigkeit in Krankenhäusern und Pflegeheimen beschäftigten, gefunden werden. Dabei wurden die Ergebnisse der wiederholten landesweiten multizentrischen Prävalenzstudien in Krankenhäusern und Pflegeheimen für den Längsschnittvergleich herangezogen.

Sturzhäufigkeit in Krankenhäusern

In deutschen Krankenhäusern nahmen laut der Studie von Boggatz & Dassen (2004) die Sturzereignisse zwischen 2002 und 2003 von 2,5% (n=2.508) auf 2,7% (n=2.547) zu. Ebenso zeigten die Ergebnisse von Lahmann et al. (2009) einen Anstieg der Sturzhäufigkeit innerhalb der letzten zwei Wochen vor der Erhebung auf. So veränderte sich diese zwischen 2006 und 2009 von 4,1% (n=5.046) auf 4,4% (n=1.930). Lediglich die Ergebnisse der Studie von Heinze, Halfens & Dassen (2007), welche nur PatientInnen über 65 Jahre für die Analyse inkludierten, deuteten auf eine Abnahme der Sturzhäufigkeit zwischen 2002 und 2004 hin. Ihr zufolge reduzierte sich die Rate der Sturzereignisse von 3,8% (n=3.348) auf 3,4% (n=4.409).

Sturzhäufigkeit in Pflegeheimen

In Pflegeheimen verzeichneten zwei deutsche Studien (Boggatz & Dassen 2004; Heinze, Halfens & Dassen 2007) einen Anstieg der Sturzhäufigkeit. Bei Boggatz & Dassen (2004) erhöhte sich diese zwischen 2002 und 2003 von 3,5% (n=606) auf 6,6% (n=558). Innerhalb der letzten zwei Wochen vor der Erhebung nahm sie laut Heinze, Halfens & Dassen (2007) zwischen 2002 und 2004 ebenso zu. Sie lag im Jahr 2002 bei 6,3% (n=1.091) und stieg zwei Jahre später auf 7,1% (n=2.339) an. In der Studie von Lahmann et al. (2009) blieb die Sturzhäufigkeit (innerhalb der letzten zwei Wochen vor der Erhebung) zwischen 2006 mit 3,9% (n=2.061) und 2009 mit 3,8% (n=5.521) relativ stabil.

2.2.2.3 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Entwicklungstendenzen der Häufigkeit von freiheitsentziehenden Maßnahmen konnten in den Studien von Halfens et al. (2008) und Pellfolk (2010) identifiziert werden.

Freiheitsentziehende Maßnahmen in Krankenhäusern und Pflegeheimen

Halfens et al. (2008) verglichen die Ergebnisse der niederländischen multizentrischen Prävalenz-erhebung von 2007 und 2008. In Krankenhäusern verdoppelte sich der Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen von 7% auf rund 15%. Im Gegensatz dazu blieb die Prävalenz von

freiheitsentziehenden Maßnahmen in Pflegeheimen in beiden Jahren mit rund 40% nahezu konstant, wohingegen die schwedische Studie von Pellfolk (2010) eine Zunahme von Fixierungen in Pflegeheimen zwischen 2000 und 2007 feststellte. Ihre Prävalenz lag im Jahr 2000 bei 16,2% (n=3.746) und erhöhte sich 2007 auf 18,4% (n=3.060).

2.3 Zusammenfassung

Die Literaturübersicht hat gezeigt, dass Trendstudien bzw. Längsschnittvergleiche geeignet sind, um Veränderungen des Ausmaßes der Pflegephänomene feststellen zu können. Durch die Wiederholung von Erhebungen kann die Effektivität der Maßnahmen zur Prävention und Behandlung evaluiert werden. Für den Vergleich der Erhebungen sind wesentliche Aspekte zu beachten. Die gleiche Erhebungsmethode sowie die gleichen Definitionen sind zu verwenden. Eine weitere Voraussetzung für die Gegenüberstellung der Erhebungen ist die ähnliche Zusammensetzung der Stichproben.

Die durch die umfassende systematische Literaturrecherche ermittelten Studien gaben Einblicke in die Veränderungen der Prävalenzen durch die wiederholten Prävalenzerhebungen bzw. Querschnittstudien. Dabei wurden unterschiedliche Entwicklungen hinsichtlich der Häufigkeit von Dekubitus, Stürzen und freiheitsentziehenden Maßnahmen aufgezeigt. Es konnten lediglich die Studien aus Deutschland und Niederlanden miteinander verglichen werden, da ausschließlich in diesen beiden Ländern dieselbe Datenerhebungsmethodik und Definitionen zur Anwendung kamen.

Im Rahmen der Literaturrecherche konnte festgestellt werden, dass nur wenige Studien vorhanden waren, die sich mit Längsschnittvergleichen bezüglich der Pflegephänomene Dekubitus, Stürze und freiheitsentziehenden Maßnahmen beschäftigten. Es wurden keine Studien mit der Methodik der wiederholten Prävalenzerhebungen zu diesen drei Pflegephänomenen aus Österreich gefunden.

3. FORSCHUNGSFRAGEN UND ZIELSETZUNG

Das Ziel dieser Arbeit ist der Vergleich der erhobenen Pflegequalitätsdaten der österreichischen Krankenhäuser und Pflegeheime, die 2009 und 2010 an der Europäischen Pflegequalitäts-erhebung teilnahmen. Dabei werden Daten zu den Pflegephänomenen Dekubitus, Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen herangezogen. Durch die Gegenüberstellung der erhobenen Daten kann eine Veränderung bzw. Stabilität hinsichtlich der Prävalenzraten, der gesetzten Maßnahmen zur Prävention sowie der Qualitätsindikatoren zu den drei erwähnten Pflegephänomenen identifiziert werden. Um dieses Ziel erreichen zu können, werden folgende drei Forschungsfragen im Rahmen dieser Masterarbeit untersucht:

1. Welche Unterschiede gibt es zwischen der Prävalenz von 2009 und 2010 hinsichtlich der Pflegephänomene Dekubitus, Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen?
2. Wie unterscheiden sich die gesetzten Maßnahmen zur Prävention und Behandlung der drei Pflegephänomene bei der Prävalenzerhebung von 2009 und 2010 in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen?
3. Welche Veränderungen lassen sich hinsichtlich der Qualitätsindikatoren bezüglich der drei Pflegephänomene zwischen 2009 und 2010 in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen feststellen?

4. METHODE

Im Frühjahr 2009 und 2010 fanden in Österreich die Europäischen Pflegequalitätserhebungen zu den Pflegephänomenen Dekubitus, Inkontinenz, Intertrigo, Mangelernährung, Pflegeabhängigkeit sowie Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen statt. Organisiert und durchgeführt wurden diese Erhebungen vom Institut für Pflegewissenschaft (PGG) der Medizinischen Universität Graz in Kooperation mit der Projektgruppe LPZ (Landelijke Praeventiemeting Zorgproblemen) der Universität Maastricht. Die Europäische Pflegequalitätserhebung wurde in Österreich in einer Pilotstudie im November 2008 zum ersten Mal durchgeführt und getestet. Neben Österreich (seit 2009) und den Niederlanden (seit 1998) führten Deutschland (seit 2001), die Schweiz (seit 2009) und Neuseeland (2010) diese Erhebung ebenfalls durch, um Daten bezüglich der Prävalenz, der Maßnahmen zur Prävention und Behandlung sowie der Qualitätsindikatoren der zuvor erwähnten Pflegephänomene zu erfassen.

4.1 Studiendesign

Das Design der Europäischen Pflegequalitätserhebung ist eine multizentrische deskriptive Querschnittstudie. Die Datenerfassung erfolgt zu einem bestimmten Zeitpunkt. Diese Methode eignet sich gut für die Beschreibung von Phänomenen (Polit & Beck 2008) und ermöglicht die Bestimmung der Prävalenz von Pflegephänomenen. Zudem erscheint sie als eine einfache und zuverlässige Datenerhebungsmethode.

4.2 Stichprobe und Setting

Im Rahmen der Europäischen Pflegequalitätserhebung stellt die Stichprobe eine Gelegenheitsstichprobe dar. Alle PatientInnen und BewohnerInnen, die am Tag der Erhebung in den teilnehmenden Einrichtungen vor Ort waren, gehörten der Population an. Im Rahmen der Masterarbeit wurden ausschließlich österreichische Krankenhäuser und Pflegeheime hinsichtlich der Auswertung der erfassten Daten berücksichtigt, da sich die Fragestellungen auf diese zwei Arten von Einrichtungen des Gesundheitswesens beziehen. Insgesamt nahmen neun Krankenhäuser und vier Pflegeheime an beiden Erhebungen (2009 und 2010) teil. Die Gesamtzahl der bei den Erhebungen anwesenden PatientInnen und BewohnerInnen betrug 3.888. Davon wurden 3.006 PatientInnen und BewohnerInnen in die Analyse inkludiert.

4.3 Messinstrument

Bei der Europäischen Pflegequalitätserhebung kamen drei Fragebögen zum Einsatz. Damit konnten Daten zu den Pflegephänomenen Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo sowie Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen auf folgenden drei Ebenen erfasst werden.

- Auf Ebene 1 wurden Daten zur Einrichtung und deren Leistungsindikatoren bzw. Qualitätsindikatoren erfasst.
- Auf Ebene 2 wurden Daten zur Station bzw. Wohnbereich und deren Leistungsindikatoren erfasst.
- Auf Ebene 3 wurden patientInnenbezogene Daten hinsichtlich Merkmale, Prävention und Behandlung spezifischer Pflegephänomene erhoben.

Der Erhebungsbogen auf Ebene 3 bestand aus einem allgemeinen Teil und aus fünf einzelnen Modulen. Der allgemeine Teil, der Fragen zu den demografischen Merkmalen, Alter, Geschlecht sowie zu den Qualitätsindikatoren beinhaltete, war verpflichtend auszufüllen. Zudem wurden die Häufigkeiten der Pflegephänomene erhoben. Die einzelnen Module erfassten die einzelnen Pflegephänomene, was bedeutet, dass für jedes Pflegephänomen ein Modul zur Verfügung stand. Folgende Module standen für Österreich seit 2008 zur Verfügung: Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo, Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen. Die Einrichtungen waren nicht verpflichtet, alle Module für die Erhebung zu verwenden.

4.4 Ethische Aspekte

Für die Durchführung der Europäischen Pflegequalitätserhebung wurde die Einverständniserklärung der zuständigen Ethikkommissionen eingeholt. Vor Beginn der Erhebung erhielten die PatientInnen und BewohnerInnen detaillierte Informationen über das Ziel und den Ablauf der Studie sowie die anonyme Handhabung der dabei ermittelten Daten. Es nahmen nur jene PatientInnen und BewohnerInnen teil, die die Einwilligungserklärung bzw. die informierte Zustimmung eigenhändig unterschrieben hatten. War eine Unterschrift aufgrund der Verfassung des Gesundheitszustandes nicht möglich, erfolgte eine Einverständniserklärung über gesetzliche VertreterInnen.

4.5 Datenerhebung

Es wurden österreichische Krankenhäuser, Pflegeheime, Betreuungseinrichtungen für ältere Menschen oder Menschen mit einer Behinderung sowie Rehabilitationszentren schriftlich per Post über die Europäische Pflegequalitätserhebung informiert und zur Teilnahme eingeladen. Die Beteiligung an dieser Studie war kostenpflichtig.

Jede Einrichtung, die an der Europäischen Pflegequalitätserhebung teilnahm, musste vor dem Erhebungstag eineN KoordinatorIn bestimmen. Alle KoordinatorInnen der teilnehmenden Einrichtungen besuchten die Einführungsveranstaltung, welche detaillierte Informationen über den Ablauf der Erhebung lieferte. Zudem erhielten sie Schulungsmaterialien und Unterlagen über die wichtigsten Schritte.

Während des gesamten Erhebungszeitraumes fungierten die KoordinatorInnen als AnsprechpartnerInnen für die LPZ bzw. das PGG. Diese waren auch für die Koordination innerhalb der Einrichtung verantwortlich und legten fest, welche Station bzw. welcher Wohnbereich an der Erhebung teilnehmen sollte. Eine weitere Aufgabe war die Teambildung aus qualifizierten Pflegepersonen, welche für die Erfassung der patientInnenbezogenen Daten geschult wurden. Ein Erhebungsteam auf einer Station bzw. in einem Wohnbereich bestand aus zwei Personen – einer unabhängigen Pflegeperson (von einer anderen Station oder einem anderen Wohnbereich) und einer zweiten Pflegeperson von der betreffenden Station oder vom betreffenden Wohnbereich, welche eine unterstützende Funktion hatte, da sie wichtige Hintergrundinformationen über die PatientInnen bzw. BewohnerInnen bieten konnte. Der patientInnenbezogene Erhebungsbogen musste von beiden Pflegenden übereinstimmend ausgefüllt werden. War dies nicht möglich, zählte die Entscheidung der unabhängigen Pflegeperson. Ein weiterer Verantwortungsbereich der KoordinatorInnen war die einmalige Erfassung der Daten über die Einrichtung (1. Erhebungsbogen) am Tag der Erhebung. Daten über die Stationen bzw. Wohnbereiche (2. Erhebungsbogen) wurden in Zusammenarbeit mit den LeiterInnen der Stationen bzw. Wohnbereiche aufgenommen.

Nach Abschluss der Erhebung wurden die ausgefüllten Fragebögen von den KoordinatorInnen auf Vollständigkeit und Korrektheit hin kontrolliert. Anschließend mussten diese Daten innerhalb von sechs Wochen in ein Internetprogramm eingegeben werden. Die Ergebnisse der Erhebung konnten dann in Form von Berichten auf der Webseite der LPZ abgerufen werden. Ebenso wurde ein Endbericht mit den landesweiten Ergebnissen zur Verfügung gestellt. Dieser wurde so verfasst, dass keine Rückschlüsse auf einzelne Einrichtungen gezogen werden konnten.

4.6 Datenanalyse

Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programm „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS, deutsche Version 18.0). Es wurden die Daten der österreichischen Krankenhäuser und Pflegeheime herangezogen und ausgewertet, die an beiden Erhebungen 2009 und 2010 teilnahmen. Für die deskriptive Statistik wurden Häufigkeiten, Prozente, Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet. Für den Vergleich der Ergebnisse 2009 und 2010 wurde der Qui-Quadrat-Test verwendet. Das Signifikanzniveau lag bei 0,05. Dieser meist verwendete Wert gilt in der statistischen Analyse als signifikant (Polit & Beck 2008). Die Ergebnisse wurden in Tabellen und Grafiken dargestellt.

Die Charakteristika der Stichprobe 2009 und 2010 wurden zuerst für jedes Jahr deskriptiv ausgewertet. Beim Pflegephänomen Dekubitus wurde die Gesamtprävalenz sowie die Prävalenz in der Risikogruppe (Bradenwert ≤ 20) für jedes Jahr deskriptiv ausgewertet. Zudem wurden die Prävalenzraten inklusive und exklusive Dekubitus ersten Grades berechnet. Um einen signifikanten Unterschied zwischen 2009 und 2010 identifizieren zu können, wurde der Qui-Quadrat-Test herangezogen. Bei der Häufigkeit von Stürzen und Fixierungen erfolgte die statistische Auswertung auf dieselbe Weise wie bei der Prävalenz von Dekubitus.

Die Angaben zu den präventiven und pflegerischen Maßnahmen sowie zu den Qualitätsindikatoren der drei Pflegephänomene wurden ebenso deskriptiv analysiert.

5. ERGEBNISSE

Für die Darstellung der Ergebnisse der Europäischen Pflegequalitätserhebungen von 2009 und 2010 in Österreich werden die Daten der Krankenhäuser und Pflegeheime herangezogen, die bei beiden Erhebungsteilnahmen. Die Ergebnisse werden anhand von Tabellen und grafischen Abbildungen veranschaulicht. Die Abbildungen, die die Krankenhäuser betreffen, sind grün und jene, die die Pflegeheime betreffen, roteingefärbt.

Der Aufbau dieses Kapitels gestaltet sich wie folgt: Zu Beginn wird die Stichprobe beschrieben. Anschließend folgen die Ergebnisse zu jedem Pflegephänomen (Dekubitus, Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen).

5.1 Stichprobe

Nachfolgend wird zuerst auf die Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen, PatientInnen und BewohnerInnen, sowie auf die Gründe der Nichtteilnahme von potenziellen TeilnehmerInnen eingegangen. Zusätzlich werden die Charakteristika der Stichprobe in Bezug auf Alter, Geschlecht und Bradenwert beschrieben, um die Zusammensetzung der Stichproben von 2009 und 2010 zu veranschaulichen.

5.1.1 Teilnahme

Insgesamt nahmen neun Krankenhäuser und vier Pflegeheime an beiden Pflegequalitätserhebungen in Österreich teil. Die Stichprobe bestand aus 3.888 BewohnerInnen und PatientInnen, wobei die Krankenhäuser mit 2.957 PatientInnen und die Pflegeheime mit 931 BewohnerInnen belegt waren (Tabelle 4). Vor der Durchführung der Erhebungen wurden die PatientInnen und BewohnerInnen über diese Erhebung aufgeklärt und über die Möglichkeit informiert, sich für oder gegen die Teilnahme zu entscheiden.

Tabelle 4: Belegung und Teilnahme

	KRANKENHÄUSER _(n=9)		PFLEGEHEIME _(n=4)	
	2009	2010	2009	2010
Belegung	1.854	1.103	495	436
Teilnehmende	1.404 (75,7%)	815 (73,9%)	400 (80,8%)	387 (88,8%)
Nicht-Teilnehmende	439 (24,3%)	285 (26,1%)	95 (19,2%)	49 (11,2%)

Nachfolgend werden die Gründe für die Nichtteilnahme an den Europäischen Pflegequalitätserhebungen in Tabelle 5 dargestellt. 2009 entschieden sich 534 und ein Jahr später 334 BewohnerInnen und PatientInnen gegen die Teilnahme an den Erhebungen.

Tabelle 5: Gründe für die Ablehnung der Teilnahme

	KRANKENHÄUSER		PFLEGEHEIME	
	2009 (n=439)	2010 (n=285)	2009 (n=95)	2010 (n=49)
verweigert	240 (54,7%)	149 (52,3%)	76 (80,0%)	23 (46,9%)
zum Zeitpunkt der Erhebung nicht erreichbar	124 (28,2%)	99 (34,7%)	14 (14,7%)	23 (46,9%)
schlechter bzw. komatöser Gesundheitszustand	66 (15,0%)	21 (7,4%)	4 (4,2%)	1 (2,0%)
terminal	9 (2,1%)	16 (5,6%)	1 (1,1%)	2 (4,1%)

Darüberhinaus wurden weitere 14 Personen, die jünger als 18 Jahre waren, für die statistische Datenanalyse ausgeschlossen, da in dieser Masterarbeit nur die Daten von erwachsenen Teilnehmenden (≥ 18 Jahre) berücksichtigt werden. Dies führte schlussendlich dazu, dass die Daten von insgesamt 3.006 PatientInnen und BewohnerInnen in die Analyse eingeschlossen wurden.

5.1.2 Charakteristika der TeilnehmerInnen

In Tabelle 6 werden die Charakteristika (Alter, Geschlecht und Dekubitusrisiko gemäß der Bradenskala) der Stichprobe von 2009 und 2010 präsentiert. Diese Gegenüberstellung gewährleistet den Vergleich beider Stichproben. Die Ergebnisse zeigen, dass die jeweiligen Frauen- und Männeranteile zu beiden Erhebungszeitpunkten kaum voneinander abwichen. Die Geschlechterverteilung in den Krankenhäusern war ausgeglichen, wohingegen in den Pflegeheimen der Frauenanteil sowohl 2009 als auch 2010 mit über 80% vier Mal so hoch war wie der Männeranteil.

Im Allgemeinen veränderte sich das Durchschnittsalter kaum. 2009 war der/die PatientIn durchschnittlich 67,9 und 2010 durchschnittlich 66,7 Jahre alt. Bei den BewohnerInnen lag das Durchschnittsalter im Jahr 2009 bei 82,9 und im Jahr 2010 bei 83,0. Betrachtet man das Alter nach Geschlecht so ist ebenfalls kaum ein Unterschied zu erkennen.

Beim letzten angeführten Charakteristikum der Stichprobe, dem sogenannten Dekubitusrisiko, konnte auch eine Stabilität im Vergleich von 2009 und 2010 identifiziert werden. So lag der durchschnittliche Bradenwert bei den PatientInnen bei 20,4 (2009) und 20,2 (2010) und bei den BewohnerInnen bei 15,6 (2009) und 16,0 (2010). Es ist somit deutlich erkennbar, dass der Anteil

an BewohnerInnen mit hohem Dekubitusrisiko in den Pflegeheimen mit 85,8% (2009) und 82,2% (2010) wesentlich höher war als in den Krankenhäusern. Dort bestand bei 36,2% (2009) und bei 39,8% (2010) der PatientInnen ein hohes Risiko, einen Dekubitus zu entwickeln.

Tabelle 6: Charakteristika der Stichproben

	KRANKENHÄUSER		PFLEGEHEIME	
	2009 (n=1.404)	2010 (n=815)	2009 (n=400)	2010 (n=387)
GESCHLECHT				
Anteil Frauen	781 (55,6%)	443 (54,4%)	342 (85,5%)	322 (83,2%)
Anteil Männer	623 (44,4%)	372 (45,6%)	58 (14,5%)	65 (16,8%)
ALTER: MW (SD)				
Alter in Jahren	67,9 (16,6)	66,7 (17,2)	82,9 (9,5)	83,0 (9,6)
Alter der Frauen in Jahren	69,0 (17,6)	69,5 (17,0)	84,3 (8,7)	84,5 (8,3)
Alter der Männer in Jahren	66,5 (15,1)	63,5 (16,9)	75,9 (10,5)	75,3 (11,8)
DEKUBITUSRISIKO				
Bradenwert: MW (SD)	20,4 (3,3)	20,2 (3,5)	15,6 (4,1)	16,0 (4,0)
Bradenwert ≤ 20 (hohes Risiko)	508 (36,2%)	324 (39,8%)	343 (85,8%)	318 (82,2%)
Bradenwert > 20 (geringes Risiko)	896 (63,8%)	491 (60,2%)	57 (14,3%)	69 (17,8%)

MW... Mittelwert

SD... Standardabweichung

5.2 Dekubitus

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse zum Pflegephänomen Dekubitus präsentiert. Dabei werden Daten zur Prävalenz, zu den gesetzten Maßnahmen zur Prävention und Behandlung sowie zu den Qualitätsindikatoren dargestellt.

5.2.1 Dekubitusprävalenz

Die Dekubitusprävalenz wurde als Gesamtprävalenz, bei der alle PatientInnen und BewohnerInnen einbezogen wurden, sowie als Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe (Bradenwert ≤20) errechnet. Die Berechnungen wurden zudem mit und ohne Dekubitus ersten Grades durchgeführt.

5.2.1.1 Gesamtprävalenz von Dekubitus

Die Veränderung der Gesamtprävalenz von Dekubitus mit und ohne Dekubitus ersten Grades in Krankenhäusern und Pflegeheimen ist in Tabelle 7 dargestellt. In den Krankenhäusern änderte sich die Gesamtprävalenz inkl. Dekubitus ersten Grades von 4,5% auf 4,3%.

Auch in den Pflegeheimen konnte eine geringe Reduktion von 6,8% auf 5,4% verzeichnet werden. Betrachtet man die Ergebnisse der gesamten Dekubitusprävalenz exklusive Grad eins in den Krankenhäusern, ist eine ähnliche Veränderung zu erkennen. Nahezu konstant blieb diese mit 3,0% (2009) und 3,1% (2010) in den Krankenhäusern. In den Pflegeheimen konnte eine geringe Abnahme von 6,0% auf 5,4% festgestellt werden.

Tabelle 7: Gesamtprävalenz inkl. und exkl. Dekubitus ersten Grades

	KRANKENHÄUSER		PFLEGEHEIME	
	2009	2010	2009	2010
Dekubitus inkl. Grad 1	(n=1.404)	(n=815)	(n=397)	(n=387)
Dekubitus	63 (4,5%)	35 (4,3%)	27 (6,8%)	21 (5,4%)
Kein Dekubitus	1.341 (95,5%)	780 (95,7%)	370 (93,2%)	366 (94,6%)
Dekubitus exkl. Grad 1	(n=1.404)	(n=815)	(n=397)	(n=387)
Dekubitus	42 (3,0%)	25 (3,1%)	24 (6,0%)	21 (5,4%)
Kein Dekubitus	1.362 (97,0%)	790 (96,9%)	373 (94,0%)	366 (94,6%)

Inden Abbildungen 2 und 3 wird die Gegenüberstellung der Gesamtprävalenz mit und ohne Dekubitus ersten Grades in Krankenhäusern und Pflegeheimen dargelegt. Es sind Unterschiede der Gesamtprävalenzen zwischen 2009 und 2010 zu erkennen, jedoch sind diese nicht signifikant ($p > 0,05$).

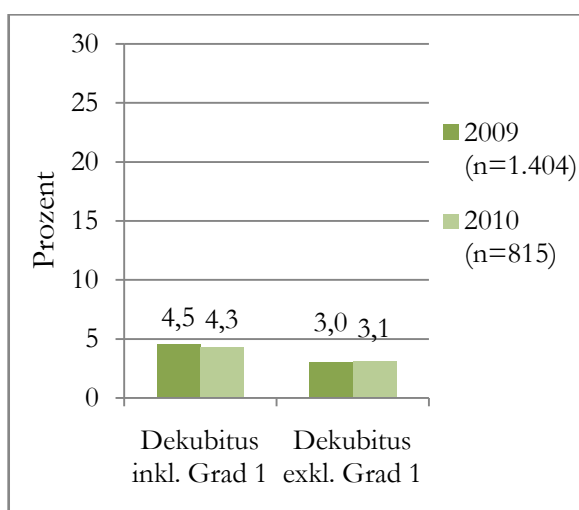


Abbildung 2: Gesamtprävalenz in den Krankenhäusern (inkl. & exkl. Dekubitus Grad 1)

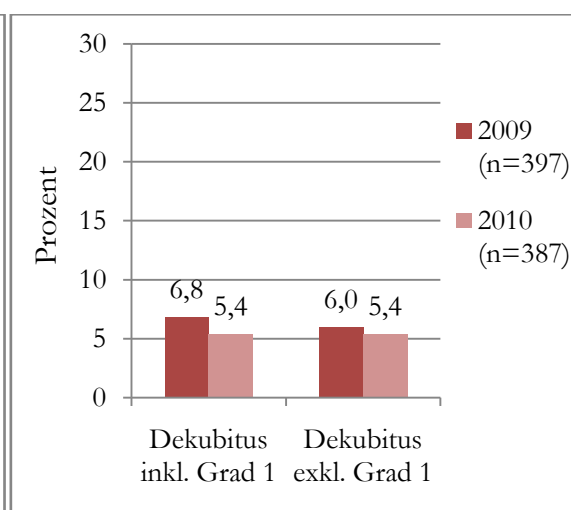


Abbildung 3: Gesamtprävalenz in den Pflegeheimen (inkl. & exkl. Dekubitus Grad 1)

5.2.1.2 Prävalenz von Dekubitus in der Risikogruppe (Bradenwert ≤ 20)

Eine Reduktion der Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe inklusive sowie auch exklusive Dekubitus ersten Grades konnte in beiden Einrichtungsarten von 2009 auf 2010 identifiziert

werden (Tabelle 8). So nahm die Dekubitusprävalenz (inklusive Grad eins) in den Krankenhäusern um 1,2 Prozentpunkte und in den Pflegeheimen um 1,3 Prozentpunkte ab. Wurde der Dekubitus-grad eins bei der Berechnung ausgeschlossen, so reduzierte sich diese in den Krankenhäusern um 0,2 Prozentpunkte und in den Pflegeheimen um 0,5 Prozentpunkte.

Tabelle 8: Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe

	KRANKENHÄUSER		PFLEGEHEIME	
	2009	2010	2009	2010
Dekubitus inkl. Grad 1	(n=508)	(n=324)	(n=340)	(n=318)
Dekubitus	61 (12,0%)	35 (10,8%)	27 (7,9%)	21 (6,6%)
Kein Dekubitus	447 (88,0%)	289 (89,2%)	313 (92,1%)	297 (93,4%)
Dekubitus exkl. Grad 1	(n=508)	(n=324)	(n=340)	(n=318)
Dekubitus	40 (7,9%)	25 (7,7%)	24 (7,1%)	21 (6,6%)
Kein Dekubitus	468 (92,1%)	299 (92,3%)	316 (92,9%)	297 (93,4%)

Der Rückgang der Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe (inklusive und exklusive Grad eins) in den Krankenhäusern und Pflegeheimen ist nicht signifikant ($p > 0,05$). Der Vergleich der Dekubitusprävalenz mit und ohne Dekubitus ersten Grades ist in den Abbildungen 4 und 5 zu finden.

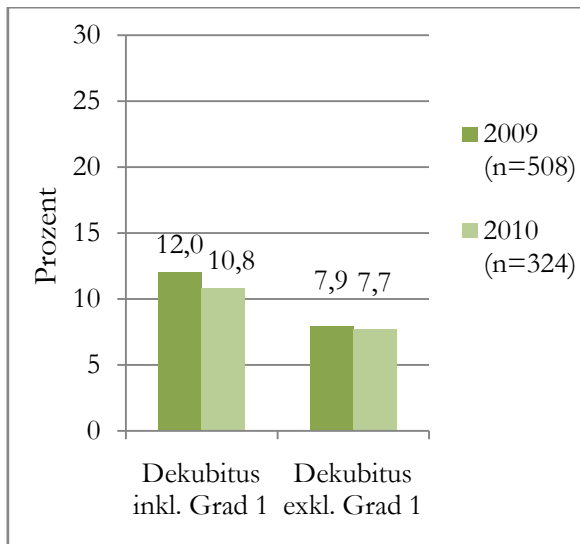


Abbildung 4: Prävalenz in der Risikogruppe in den Krankenhäusern (inkl. & exkl. Dekubitus Grad 1)

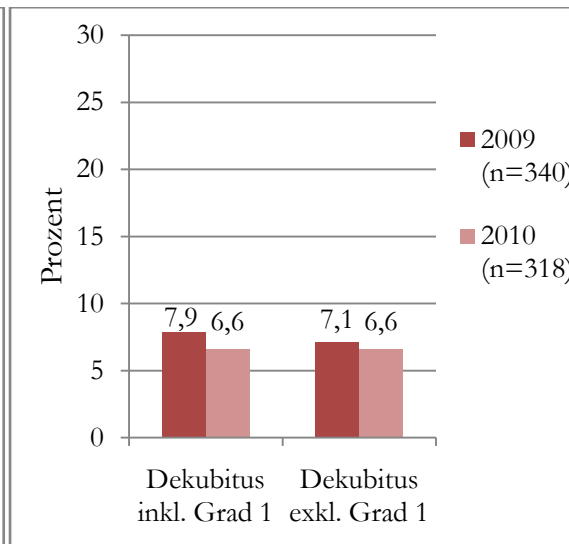


Abbildung 5: Prävalenz in der Risikogruppe in den Pflegeheimen (inkl. & exkl. Dekubitus Grad 1)

5.2.2 Merkmale von Dekubituswunden

Die Wundcharakteristika werden in diesem Abschnitt hinsichtlich der einrichtungsintern oder -extern entstandenen Dekubituswunden sowie der Verteilung der Dekubitusgrade beschrieben.

5.2.2.1 Einrichtungintern oder -extern entstandene Dekubituswunden

Mehr als die Hälfte der PatientInnen litt bereits vor der Einweisung in die Krankenhäuser an Dekubituswunden. Der prozentuale Anteil nahm von 2009 auf 2010 um 7,6 Prozentpunkte zu. In den Pflegeheimen entwickelten sich Dekubituswunden bei knapp drei Viertel der BewohnerInnen einrichtungintern, wobei der prozentuale Anteil im Jahr 2010 mit 70% um 7,8 Prozentpunkte geringer war als im Jahr zuvor (Tabelle 9).

Tabelle 9: Einrichtungintern oder –extern entstandene Dekubituswunden bei PatientInnen und BewohnerInnen

	KRANKENHÄUSER		PFLEGEHEIME	
	2009 (n=63)	2010 (n=34)	2009 (n=27)	2010 (n=20)
Vor der Einweisung entstandene Dekubituswunden	36 (57,1%)	22 (64,7%)	6 (22,2%)	6 (30,0%)
Nach der Einweisung entstandene Dekubituswunden	27 (42,9%)	12 (35,3%)	21 (77,8%)	14 (70,0%)

5.2.2.2 Verteilung der Schweregrade von Dekubituswunden

Zur Bestimmung der prozentualen Verteilung der vier Dekubitusgrade stellten die PatientInnen und BewohnerInnen mit Dekubitus die Bezugsgröße dar. Zur Veranschaulichung der Ergebnisse in den Krankenhäusern und Pflegeheimen wurden Abbildung 6 und 7 erstellt.

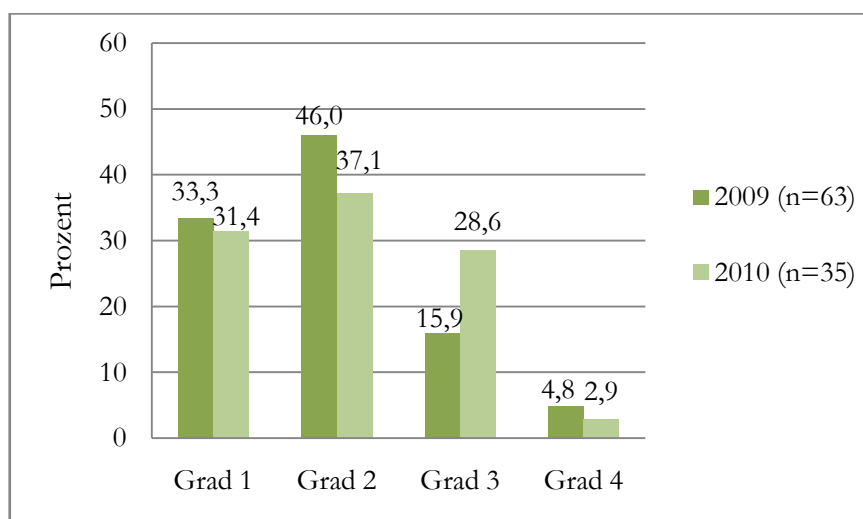


Abbildung 6: Verteilung der Dekubitusgrade in den Krankenhäusern

In den Krankenhäusern hatten im Jahr 2009 (n=63) mit 46,0% die meisten PatientInnen einen Dekubitus zweiten Grades. Auch wenn dieser prozentuale Anteil ein Jahr (n=35) später um 8,9 Prozentpunkte abnahm, trat dieser Dekubitusgrad am häufigsten auf. Dekubitus ersten Grades wurde am zweithäufigsten festgestellt, gefolgt von Grad drei und vier.

Im Gegensatz zu den Krankenhäusern war in den Pflegeheimen die Mehrheit der identifizierten Dekubituswunden drittgradig. Jedoch reduzierte sich der Anteil dieses Schweregrades zwischen 2009 (n=27) und 2010 (n=21) von 51,9% auf 42,9%. Der Dekubitus zweiten Grades kam am zweithäufigsten vor und erhöhte sich von 29,6% auf 38,1%. Wenige BewohnerInnen litten an Dekubitus ersten und vierten Grades, wobei 2010 in den Pflegeheimen kein Dekubitus ersten Grades vorhanden war.

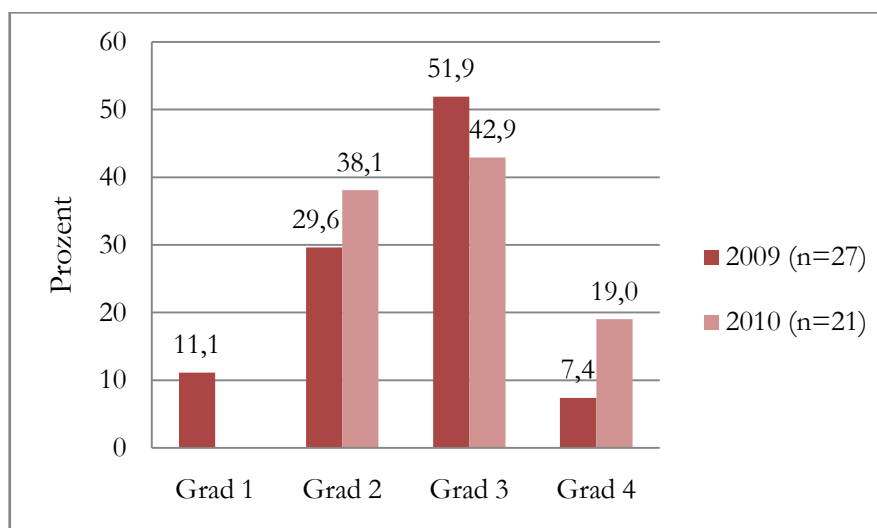


Abbildung 7: Verteilung der Dekubitusgrade in den Pflegeheimen

5.2.3 Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Dekubitus

In diesem Unterkapitel wird ein Überblick zur Dekubitusprävention gegeben. Dabei wird zwischen pflegerischen Maßnahmen und Maßnahmen, bei denen bestimmte Hilfsmittel, wie zum Beispiel Spezialbetten, -matratzen und -kissen zum Einsatz kamen, unterschieden.

5.2.3.1 Präventive Pflegemaßnahmen

Bei der Beantwortung der Frage nach den gesetzten pflegerischen Präventivmaßnahmen waren Mehrfachantworten möglich. Daher beziehen sich die folgenden Maßnahmen nicht auf die PatientInnen und BewohnerInnen sondern auf die Anzahl der gesetzten Maßnahmen.

In Tabelle 10 werden die Ergebnisse der durchgeführten pflegerischen Maßnahmen präsentiert. Diese führen vor Augen, dass in den Krankenhäusern sowohl 2009 als auch 2010 wenige Präventivmaßnahmen gesetzt wurden. Ihr Anteil lag 2009 bei 56,6% und ein Jahr später bei 55,1% und veränderte sich daher kaum. Im Vergleich dazu lag dieser Anteil in den Pflegeheimen im Jahr 2009 bei 96,7% und reduzierte sich ein Jahr darauf um 1,1 Prozentpunkte.

Tabelle 10: Gesetzte Maßnahmen zur Prävention von Dekubitus in Krankenhäusern und Pflegeheimen

	KRANKENHÄUSER		PFLEGEHEIME	
	2009 (n=2.010)	2010 (n=1.205)	2009 (n=909)	2010 (n=871)
MAßNAHMEN ZUR DEKUBITUSPRÄVENTION				
Wechselagerung oder Positionswechsel gemäß Zeitschema	146 (7,3%)	102 (8,5%)	118 (13,0%)	123 (14,1%)
Prävention und Beheben von Flüssigkeits- und Ernährungsdefiziten	144 (7,2%)	100 (8,3%)	120 (13,2%)	119 (13,7%)
Beratung und Anleitung von Patienten/innen und Angehörigen	203 (10,1%)	110 (9,1%)	113 (12,4%)	105 (12,1%)
Entlastung der Fersen	155 (7,7%)	102 (8,5%)	126 (13,9%)	117 (13,4%)
Cremes zum Schutz der Haut	448 (22,3%)	255 (21,2%)	358 (39,4%)	342 (39,3%)
Sonstiges	41 (2,0%)	19 (1,6%)	44 (4,8%)	27 (3,1%)
Keine	873 (43,4%)	517 (42,9%)	30 (3,3%)	38 (4,4%)

In beiden Einrichtungen kamen Cremes als prophylaktische Maßnahme zum Schutz der Haut am häufigsten zum Einsatz. Dabei blieb der prozentuale Anteil zwischen 2009 und 2010 in den Krankenhäusern mit 22,3% und 21,2% sowie in den Pflegeheimen mit 39,4% und 39,3% fast gleich. Jedoch wurden die BewohnerInnen häufiger mit dieser pflegerischen Maßnahme behandelt als die PatientInnen.

5.2.3.2 Betten und Matratzen

Spezialbetten und -matratzen sind druckreduzierende Hilfsmittel. Welche dieser Präventivmaßnahmen in Krankenhäusern und Pflegeheimen zum Einsatz kamen, ist in Tabelle 11 ersichtlich.

Wie die pflegerischen Maßnahmen wurden auch Spezialbetten und -matratzen selten als präventive Maßnahmen in den Krankenhäusern verwendet. 2009 wurden bei insgesamt 20,4% und 2010 bei 10,8% der PatientInnen Spezialauflagen verwendet. In Pflegeheimen kamen bei 71,7% im Jahr 2009 und im darauffolgenden Jahr bei 66,1% der BewohnerInnen Betten und Matratzen zur Dekubitusprävention zur Anwendung. Am meisten wurde die Wechsellastmatratze in den Pflegeheimen eingesetzt. Anfänglich lag der prozentuale Anteil bei 27,3%, ein Jahr später stieg dieser auf 56,1% an. 2009 wurde die Schaumstoffmatratze mit 27,5% gleich häufig wie die Wechsellastmatratze verwendet. Vom darauffolgenden Jahr gibt es hierzu keine Daten, da diese Antwortmöglichkeit vom Erhebungsfragebogen entfernt worden war. Dies gilt auch für den Krankenhausbereich. Dort galt der Einsatz der Schaumstoffmatratze 2009 mit 12,6% als die am meisten durchgeführte Maßnahme.

Tabelle 11: Betten und Matratzen als durchgeführte Präventivmaßnahmen in Krankenhäusern und Pflegeheimen

	KRANKENHÄUSER		PFLEGEHEIME	
	2009 (n=1.404)	2010 (n=720)	2009 (n=400)	2010 (n=180)
BETTEN UND MATRATZEN				
Air-fluidized System	3 (0,2%)	-	1 (0,3%)	-
Low-air-loss System	17 (1,2%)	-	1 (0,3%)	-
Wechseldruckmatratze	41 (2,9%)	26 (3,6%)	109 (27,3%)	101 (56,1%)
Luftkissenbett	10 (0,7%)	19 (2,6%)	9 (2,3%)	2 (1,1%)
Schaumstoffmatratze	177 (12,6%)	-	110 (27,5%)	-
Sonstige	39 (2,8%)	33 (4,6%)	57 (14,3%)	16 (8,9%)
Keine	1117 (79,6%)	642 (89,2%)	113 (28,3%)	61 (33,9%)

5.2.3.3 Kissen zur Prävention

Nachfolgend wird beschrieben, welche Spezialkissen als Maßnahme zur Dekubitusprävention in Krankenhäusern und Pflegeheimen angewendet wurden. Die Präsentation der Ergebnisse findet sich in Tabelle 12.

Tabelle 12: Anwendung von Kissen als Maßnahme zur Dekubitusprävention in Krankenhäusern und Pflegeheimen

	KRANKENHÄUSER		PFLEGEHEIME	
	2009 (n=1.404)	2010 (n=815)	2009 (n=400)	2010 (n=387)
KISSEN ZUR PRÄVENTION				
Gelkissen	5 (0,4%)	5 (0,6%)	108 (27,0%)	55 (14,2%)
Luftkissen	4 (0,3%)	3 (0,4%)	2 (0,5%)	15 (3,9%)
Noppenkissen	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (0,8%)	11 (2,8%)
Schaumstoffkissen	41 (2,9%)	14 (1,7%)	59 (14,8%)	92 (23,8%)
Sonstiges	46 (3,3%)	15 (1,8%)	44 (11,0%)	52 (13,4%)
Kein Antidekubituskissen	1308 (93,2%)	778 (95,5%)	184 (46,0%)	162 (41,9%)

Spezialkissen als Maßnahme zur Prävention von Dekubitus wurden in den Krankenhäusern selten angewendet. So waren 93,2% im ersten Erhebungsjahr und 95,5% der verwendeten Kissen im zweiten Erhebungsjahr keine Antidekubituskissen. Bei den BewohnerInnen kamen die Kissen eher zur Anwendung. Am häufigsten wurden 2009 die Gelkissen (27,0%) verwendet. Wobei ein Jahr später ein Rückgang auf 14,2% verzeichnet wurde. Umgekehrt verlief die Entwicklung beim Einsatz von Schaumstoffkissen in den Pflegeheimen. Dieser stieg von 14,8% auf 23,8%.

5.2.3.4 Sonstige Hilfsmittel

Für die Frage nach dem Einsatz von sonstigen Hilfsmitteln zur Prävention von Dekubituswunden waren Mehrfachnennungen möglich. Daher ist die Bezugsgröße die Anzahl der gesetzten Maßnahmen. Die eingesetzten Hilfsmittel in Krankenhäusern und Pflegeheimen sind in Tabelle 13 dargestellt.

Tabelle 13: Einsatz Sonstiger Hilfsmittel zur Dekubitusprävention in Krankenhäusern und Pflegeheimen

	KRANKENHÄUSER		PFLEGEHEIME	
	2009 (n=1.409)	2010 (n=817)	2009 (n=410)	2010 (n=396)
SONSTIGE HILFSMITTEL				
Ellbogenschutz	4 (0,3%)	1 (0,1%)	4 (1,0%)	6 (1,5%)
Fersenschutz	37 (2,6%)	15 (1,8%)	58 (14,1%)	48 (12,1%)
Felle	1 (0,1%)	0 (0,0%)	2 (0,5%)	5 (1,3%)
Sonstiges	41 (2,9%)	33 (4,0%)	36 (8,8%)	74 (18,7%)
Keine	1.326 (94,1%)	768 (94,0%)	310 (75,6%)	263 (66,4%)

Sonstige Hilfsmittel zur Prävention von Dekubitus kamen in den Krankenhäusern mit 5,9% (2009) und 6,0% (2010) zur Anwendung. Auch in den Pflegeheimen wurden zu 24,4% (2009) und 33,6% (2010) Hilfsmittel wie Ellenbogenschutz, Fersenschutz, Felle oder Sonstiges eingesetzt. Der Fersenschutz war in beiden Erhebungsjahren mit 14,1% (2009) und 12,1% (2010) das meistverwendete Hilfsmittel zur Dekubitusprävention in den Pflegeheimen.

5.2.4 Qualitätsindikatoren

Die Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren auf Einrichtungsebene werden als absolute Häufigkeiten in Tabelle 14 präsentiert.

Im Jahr 2009 verfügten acht von neun Krankenhäusern über ein Protokoll bzw. eine Richtlinie zur Prävention von Dekubitus. Weiters wurde eine Fortbildung bzw. eine Veranstaltung zum Thema Dekubitusprävention und -behandlung innerhalb der letzten zwei Jahre abgehalten. Ein Jahr später konnten alle Krankenhäuser folgende zwei Qualitätsindikatoren vorweisen: 1) Fortbildungen bzw. Veranstaltungen zum Thema Dekubitus und 2) Informationsbroschüren für Betroffene und Angehörige zum Thema Dekubitusprävention.

Alle vier Pflegeheime konnten sowohl 2009 und 2010 die Einhaltung folgender sechs Qualitätsindikatoren vorlegen: Sie verfügten über eineN DekubitusexpertIn, über ein Protokoll bzw. eine Richtlinie zur Dekubitusprävention und über ein Protokoll bzw. eine Richtlinie zur Behandlung von Dekubitus. Ebenso konnten diese vier Pflegeheime eineN ExpertIn für die Aktualisierung

der Protokolle bzw. der Richtlinien, Fortbildungen oder Veranstaltungen zum Thema Dekubitus sowie die Erfassung der Anzahl von DekubituspatientInnen, vorweisen.

Tabelle 14: Qualitätsindikatoren „Dekubitus“ in Krankenhäusern und Pflegeheimen (Einrichtungsebene)

	KRANKENHÄUSER		PFLEGEHEIME	
	2009 (n=9)	2010 (n=9)	2009 (n=4)	2010 (n=4)
QUALITÄTSINDIKATOREN AUF EINRICHTUNGSEBENE				
Dekubitusexperte/in bzw. -gruppe	7	8	4	4
Protokoll bzw. Richtlinien zur Dekubitusprävention	8	8	4	4
Protokoll bzw. Richtlinien zur Dekubitusbehandlung	7	8	4	4
Experte/in für die Aktualisierung der Protokolle bzw. Richtlinien	7	8	4	4
Erfassung der Patient/in mit Dekubitus minimal zweiten Grades durch zentrale Ansprechperson	4	3	3	3
Erfassung der Anzahl der Dekubituspatient/innen	7	8	4	4
Protokoll für die Verwaltung von Präventionsmaterialien	5	5	3	2
Fortbildung zum Thema Dekubitusprävention und -behandlung der letzten zwei Jahre	8	9	4	4
Informationsbroschüre für Betroffene und Angehörige zum Thema Dekubitusprävention	1	9	0	1

Im Allgemeinen blieben die absoluten Häufigkeiten zwischen 2009 und 2010 in Krankenhäusern sowie in Pflegeheimen entweder gleich oder erhöhten sich. Eine starke Veränderung gab es bezüglich des Einsatzes einer Informationsbroschüre zum Thema Dekubitusprävention. Anfänglich wurde dieser Qualitätsindikator nur von einem Krankenhaus eingehalten, wohingegen im darauffolgenden Jahr alle Krankenhäuser diesen Qualitätsindikator vorweisen konnten.

5.3 Stürze

In diesem Abschnitt werden die Häufigkeit von Sturzereignissen, Umstände und Folgen von Stürzen sowie die eingeleiteten Maßnahmen zur Sturz- und Verletzungsprävention behandelt.

5.3.1 Sturzhäufigkeit

Für die Erfassung der Sturzhäufigkeit wurde nach Stürzen in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung gefragt. In Tabelle 15 sind die Sturzzraten der Krankenhäuser und Pflegeheimen aus beiden Erhebungsjahren zu sehen. Daraus ist ersichtlich, dass die Sturzhäufigkeit sowohl in den Krankenhäusern als auch in den Pflegeheimen konstant blieb. In den Krankenhäusern lag sie 2009 bei 16,8% und ein Jahr später bei 16,7%. In den Pflegeheimen ergab die Sturzrate im Jahr 2009 sowie ein Jahr darauf 8,8%.

Tabelle 15: Sturzrate der PatientInnen und BewohnerInnen

	KRANKENHÄUSER		PFLEGEHEIME	
	2009 (n=1.393)	2010 (n=801)	2009 (n=399)	2010 (n=387)
gestürzt	234 (16,8%)	134 (16,7%)	35 (8,8%)	34 (8,8%)
nicht gestürzt	1.159 (83,2%)	667 (83,3%)	364 (91,2%)	353 (91,2%)

Die Gegenüberstellung der Daten aus den Einrichtungen (Abbildung 8) der beiden Erhebungsjahre zeigt, dass die Sturzrate in den Krankenhäusern fast doppelt so hoch war wie in den Pflegeheimen.

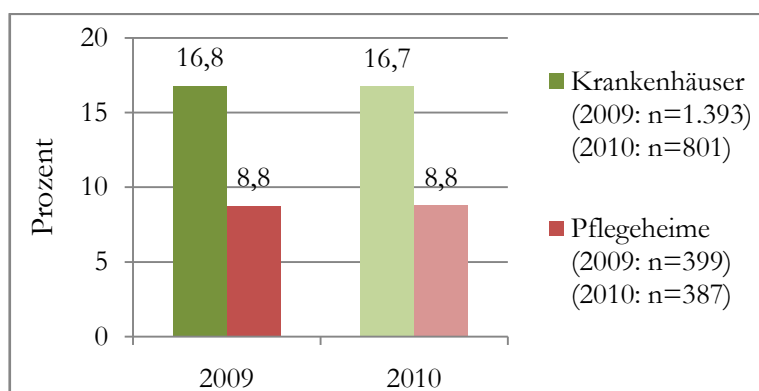


Abbildung 8: Gestürzte PatientInnen und BewohnerInnen

5.3.1.1 Anzahl der Stürze pro PatientIn bzw. BewohnerIn

PatientInnen und BewohnerInnen wurden danach gefragt, wie oft sie in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung gestürzt waren. Die Ergebnisse sind in den Abbildung 9 und 10 dargestellt. In beiden Einrichtungen stürzte die Mehrheit der PatientInnen und BewohnerInnen ein Mal. In den Krankenhäusern stürzten im ersten Erhebungsjahr 71,4% (n=234) und im darauffolgenden Jahr 67,4% (n=132) der PatientInnen ein Mal. Der prozentuale Anteil der einmaligen Stürze bei den BewohnerInnen reduzierte sich zwischen 2009 und 2010 von 61,9% (n=35) auf 57,6% (n=33).

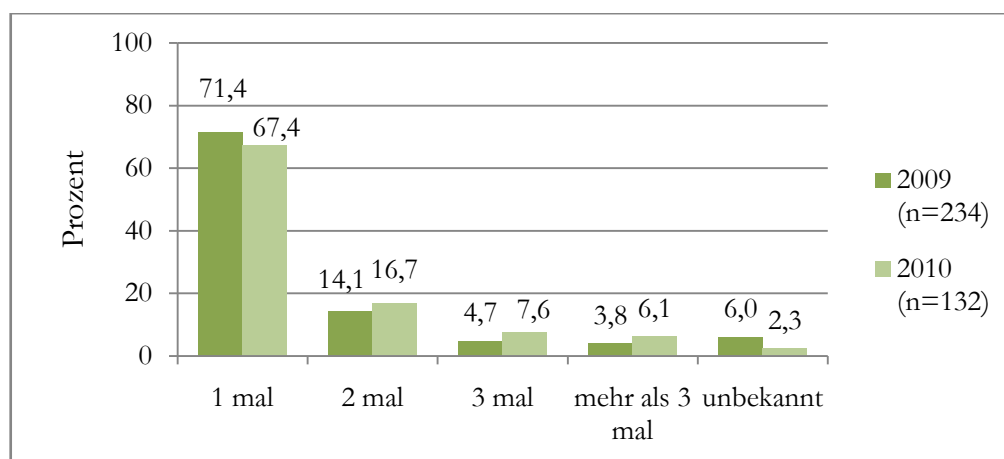


Abbildung 9: Wie oft sind PatientInnen in den vergangenen 30 Tagen gestürzt?

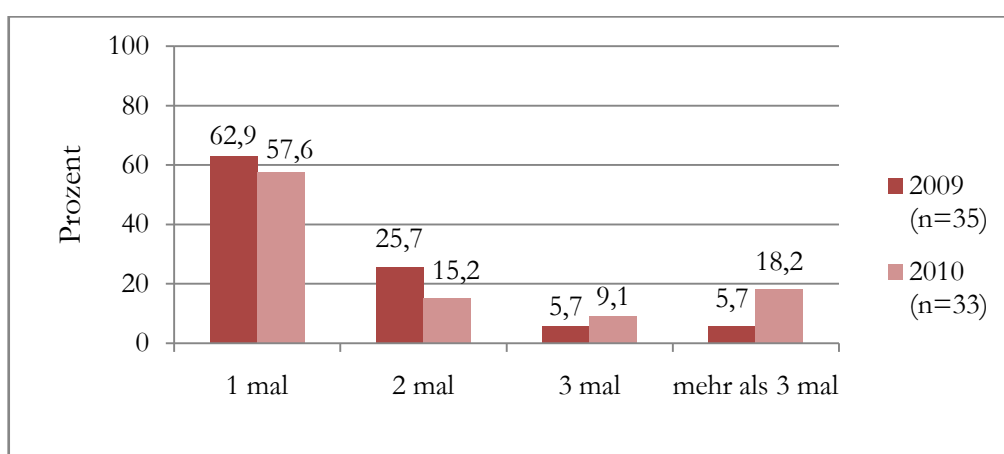


Abbildung 10: Wie oft sind BewohnerInnen in den vergangenen 30 Tagen gestürzt?

5.3.1.2 Sturzereignis vor oder nach der Einweisung

Nachfolgend werden die Ergebnisse (Tabelle 16) zu den letzt bekannten Stürzen, die sich vor oder nach der Einweisung in die derzeitigen Einrichtungen ereigneten, aufgezeigt.

In beiden Erhebungsjahren passierten bei fast zwei Drittel der gestürzten PatientInnen die Stürze vor der Einweisung ins Krankenhaus. Bei den gestürzten BewohnerInnen hingegen fanden 2009 alle Stürze (100%) und ein Jahr später 93,9% der Sturzereignisse während des Aufenthalts statt.

Tabelle 16: Der letzte bekannte Sturz vor oder nach der Einweisung

	KRANKENHÄUSER		PFLEGEHEIME	
	2009 (n=234)	2010 (n=129)	2009 (n=35)	2010 (n=33)
vor der Einweisung	162 (69,2%)	87 (67,4%)	0 (0,0%)	2 (6,0%)
nach der Einweisung	72 (30,8%)	42 (32,6%)	35 (100%)	31 (94,0%)

5.3.2 Umstände der Sturzereignisse

Zur Beschreibung der Umstände der Sturzereignisse werden die Daten hinsichtlich einrichtungsinterner Sturzorte sowie Hauptursachen der Stürze analysiert.

5.3.2.1 Sturzort

Die häufigsten einrichtungsinternen Stürze erfolgten bei den PatientInnen und BewohnerInnen im Schlafzimmer. In den Krankenhäusern erhöhte sich der prozentuale Anteil zwischen den Erhebungsjahren von 41,4% (n=70) auf 52,4% (n=42). Eine ähnliche Entwicklung konnte in den Pflegeheimen identifiziert werden. Von 2009 auf 2010 nahmen die einrichtungsinternen Stürze in den Schlafzimmern von 42,9% (n=35) auf 56,3% (n=32) zu (Abbildung 11 und 12).

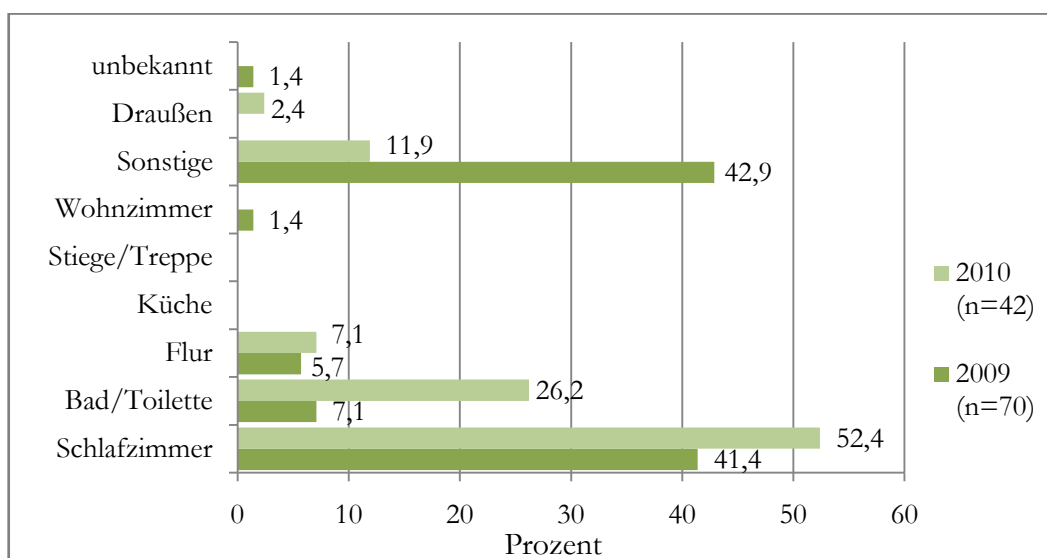


Abbildung 11: Sturzort innerhalb der Krankenhäuser

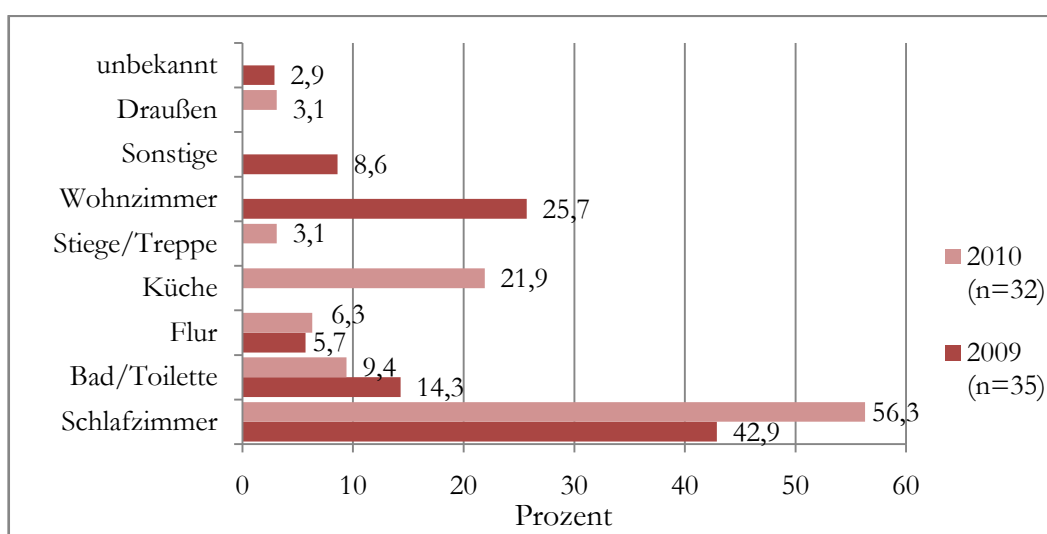


Abbildung 12: Sturzort innerhalb der Pflegeheime

5.3.2.2 Hauptursachen für einrichtungsinterne Stürze

Zu den Hauptursachen der Stürze zählen physische und psychische Gesundheitsprobleme sowie externe und unbekannte Faktoren. In den Abbildungen 13 und 14 sind die Verteilungen dieser Hauptursachen der einrichtungsinternen Stürze dargestellt.

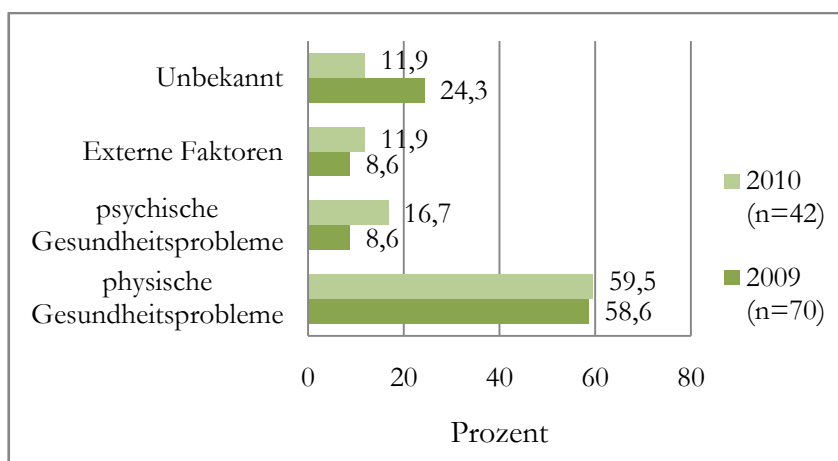


Abbildung 13: Hauptursachen der Stürze innerhalb des Krankenhauses

In den Krankenhäusern stellten die physischen Gesundheitsprobleme mit 58,6% (2009: n=70) und 59,5% (2010: n=42) die häufigste Sturzursache dar. Bei den BewohnerInnen war 2009 (n=35) zu 45,7% die Sturzursache unbekannt. 2010 (n=32) stürzten die meisten BewohnerInnen (37,5%) aufgrund von physischen Beeinträchtigungen.

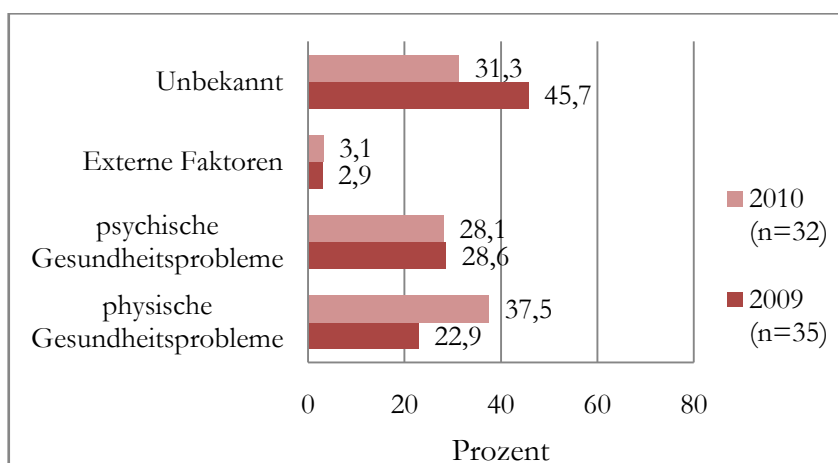


Abbildung 14: Hauptursachen der Stürze innerhalb des Pflegeheims

5.3.3 Sturzbedingte Verletzungen

Für die Darstellung der sturzbedingten Verletzungen (Abbildung 15) wurden alle gestürzten PatientInnen und BewohnerInnen in die Datenanalyse eingeschlossen. Verletzungen als Sturzfolgen konnten bei 59,5% (n=173) der PatientInnen im Jahr 2009 und bei 53,5% (n=86) im Jahr

2010 festgestellt werden. In Pflegeheimen hatten die meisten BewohnerInnen mit 85,7% (n=35) im ersten Erhebungsjahr keine sturzbedingten Verletzungen. 2010 verletzten sich 45,5% (n=33) der gestürzten BewohnerInnen. Diese Ergebnisse der sturzbedingten Verletzungen bei den BewohnerInnen zeigten einen signifikanten Unterschied ($p \leq 0,05$).

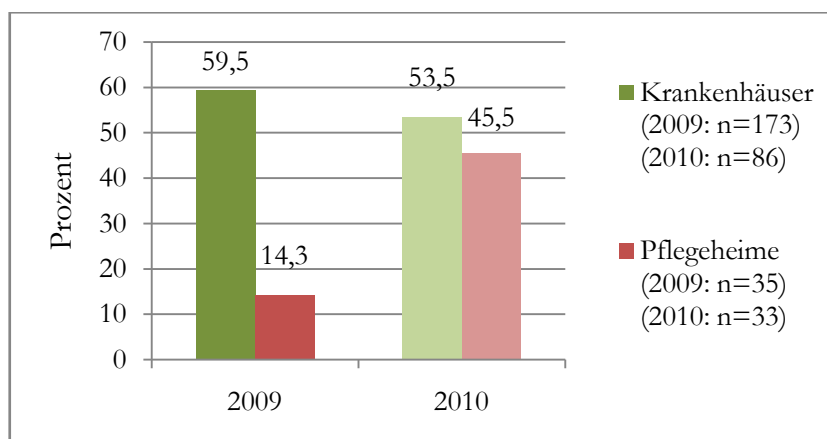


Abbildung 15: Sturzbedingte Verletzungen der PatientInnen und BewohnerInnen

Nach der Erfassung von sturzbedingten Verletzungen folgte die Frage, an welcher Art von Verletzungen die PatientInnen und BewohnerInnen aufgrund des Sturzes litten. Als Antwortmöglichkeiten standen minimale, mittlere und schwere Verletzungen sowie Hüftfrakturen zur Verfügung. Zu den minimalen Verletzungen zählten gesundheitliche Folgen, die keiner medizinischen Behandlung bedurften, blaue Flecken und leichte Schürfwunden. Unter mittlere Verletzungen wurden Prellungen, Schnittwunden, die genäht werden mussten und schwere Schürfwunden, die eine Wundpflege erforderlich machten, verstanden. Unter schwere Verletzungen fielen Arm- oder Beinfraktur und Kopfverletzungen.

In den Abbildungen 16 und 17 sind die Verteilungen der sturzbedingten Verletzungen, an welchen die gestürzten PatientInnen und BewohnerInnen litten, dargelegt. In den Krankenhäusern hatten 2009 35% (n=103) minimale Verletzungen und ebenso viele PatientInnen zogen sich schwere Verletzungen zu. Ein Jahr später nahmen bei den TeilnehmerInnen in den Krankenhäusern (n=46) die minimalen Verletzungen um 19,3 Prozentpunkte zu und die schweren Verletzungen um 11,1 Prozentpunkte ab. In den Pflegeheimen hatten sowohl 2009 (n=5) als auch 2010 (n=15) 60% der gestürzten BewohnerInnen minimale Verletzungen. Die zweithäufigste Verletzungsart stellten mit 20,0% (2009) und 26,7% (2010) die mittleren Verletzungen dar.

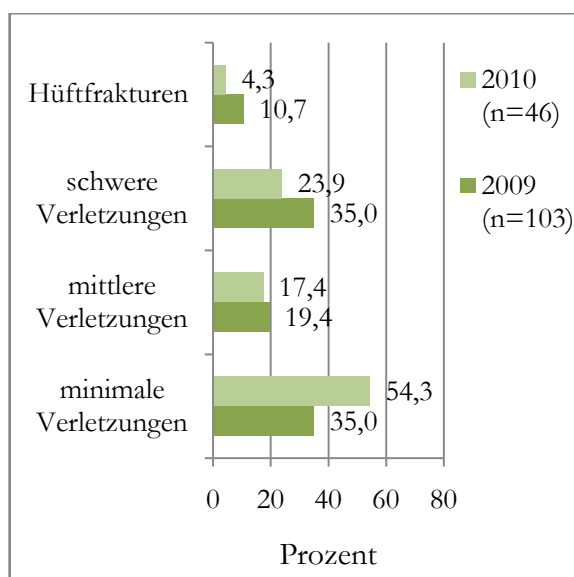


Abbildung 16: Sturzbedingte Verletzungen bei PatientInnen

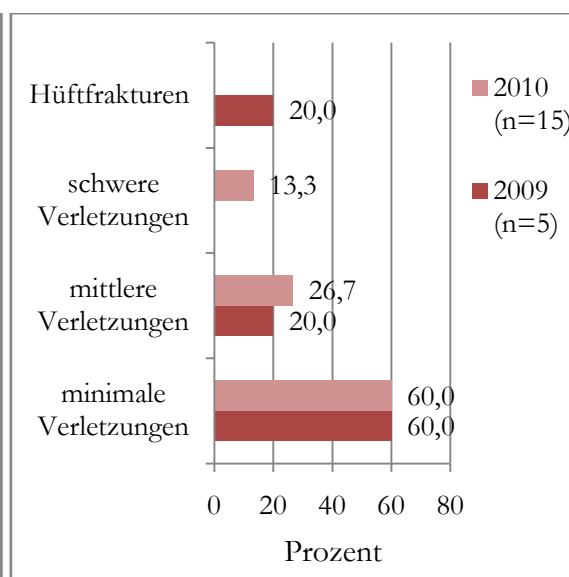


Abbildung 17: Sturzbedingte Verletzungen bei BewohnerInnen

5.3.4 Maßnahmen zur Prävention und Behandlung

Bei der Frage nach den gesetzten sturz- und verletzungspräventiven Maßnahmen waren Mehrfachnennungen möglich. Daher stellten bei der Berechnung wiederum die Anzahl der gesetzten Maßnahmen die Bezugsgröße dar.

5.3.4.1 Sturzpräventive Maßnahmen

In Tabelle 17 werden die Ergebnisse hinsichtlich der eingeleiteten Interventionen zur Sturzprophylaxe in Krankenhäusern und Pflegeheimen präsentiert. In den Krankenhäusern wurden sowohl 2009 als auch 2010 zu gut einem Drittel keine sturzpräventiven Maßnahmen durchgeführt. Im Gegensatz dazu lag dieser Anteil in den Pflegeheimen bei ca. 3%. Bei den gesetzten Interventionen zur Prävention von Sturz konnten bei PatientInnen das Anpassen der Umgebung mit 16,7% (2009) bzw. 20,4% (2010), Absprachen mit 16,0% bzw. 17,1% und die Beaufsichtigung mit 9,9% bzw. 9,5% als die am meisten gesetzten Maßnahmen identifiziert werden. In Pflegeheimen erfolgten am häufigsten die Beaufsichtigung mit 24,7% bzw. 22,8%, das Anpassen der Umgebung mit 22,3% bzw. 24,1%, sowie die Absprachen mit jeweils 15,3%. Somit blieben die prozentualen Anteile der sturzpräventiven Maßnahmen von 2009 auf 2010 nahezu unverändert.

Tabelle 17: Maßnahmen zur Sturzprävention

	KRANKENHÄUSER		PFLEGEHEIME	
	2009 (n=2.312)	2010 (n=1.388)	2009 (n=986)	2010 (n=978)
Auswertung der Medikation	45 (1,9%)	12 (0,9%)	42 (4,3%)	36 (3,7%)
Übungstherapie	197 (8,5%)	110 (7,9%)	59 (6,0%)	66 (6,7%)
Auswertung der Hilfsmittel	144 (6,2%)	72 (5,2%)	82 (8,3%)	113 (11,6%)
Alarmierung	79 (3,4%)	44 (3,2%)	59 (6,0%)	31 (3,2%)
Untersuchung des Visus	4 (0,2%)	4 (0,3%)	1 (0,1%)	5 (0,5%)
Auswertung des Tagesprogramms	13 (0,6%)	13 (0,9%)	10 (1,0%)	16 (1,6%)
Beaufsichtigung	229 (9,9%)	132 (9,5%)	244 (24,7%)	223 (22,8%)
Absprachen	370 (16,0%)	237 (17,1%)	151 (15,3%)	150 (15,3%)
Anpassen der Umgebung	385 (16,7%)	283 (20,4%)	220 (22,3%)	236 (24,1%)
Sonstiges	49 (2,1%)	36 (2,6%)	85 (8,6%)	75 (7,7%)
Keine	797 (34,5%)	445 (32,1%)	33 (3,3%)	27 (2,8%)

5.3.4.2 Maßnahmen zur Prävention von sturzbedingten Verletzungen

Die Ergebnisse zu den eingeleiteten verletzungspräventiven Interventionen sind in Tabelle 18 ersichtlich. Beide Einrichtungen konnten 2009 und 2010 kaum Maßnahmen zur Verletzungsprävention vorweisen. In den Krankenhäusern wurden seltenerartige Maßnahmen gesetzt. In den Pflegeheimen wurden zu ca. 40% präventive Hilfsmittel verwendet. Die häufigsten Maßnahmen, die bei PatientInnen und bei BewohnerInnen eingeleitet wurden, fielen unter die Kategorie „Sonstiges“.

Tabelle 18: Verletzungspräventive Maßnahmen

	KRANKENHÄUSER		PFLEGEHEIME	
	2009 (n=1.406)	2010 (n=815)	2009 (n=420)	2010 (n=397)
Kopfschutz	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (0,3%)
Schiene/Stütze	6 (0,4%)	1 (0,1%)	0 (0,0%)	2 (0,5%)
Hüftschutz hart	0 (0,0%)	0 (0,0%)	21 (5,0%)	13 (3,3%)
Hüftschutz weich	0 (0,0%)	0 (0,0%)	40 (9,5%)	43 (10,8%)
Stärkung der Knochen	24 (1,7%)	29 (3,6%)	12 (2,9%)	9 (2,3%)
Sonstiges	57 (4,1%)	33 (4,0%)	101 (24,0%)	86 (21,7%)
Keine	1.319 (93,8%)	752 (92,3%)	246 (58,6%)	243 (61,2%)

5.3.5 Qualitätsindikatoren

Die Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren auf Einrichtungsebene werden als absolute Häufigkeiten (Tabelle 19) dargestellt.

Tabelle 19: Qualitätsindikatoren „Sturz“ in Krankenhäusern und Pflegeheimen (Einrichtungsebene)

	KRANKENHÄUSER		PFLEGEHEIME	
	2009 (n=9)	2010 (n=9)	2009 (n=4)	2010 (n=4)
Erfassung der Sturzereignisse (auf Stationsebene)	9	9	4	4
Protokoll bzw. Richtlinien zur Sturz- prävention	7	8	4	4
Aufnahme einer nationalen Richtlinie in das Protokoll bzw. Richtlinie	5	7	4	4
Informationsbroschüre für Betroffene und Angehörige zum Thema Sturz	4	4	2	4
Fortbildung zu Sturzgefahr und Sturz- prävention innerhalb der letzten zwei Jahre	7	7	3	3

Den Qualitätsindikator „Erfassung der Sturzereignisse auf Stationsebene“ konnten alle Krankenhäuser sowohl 2009 als auch 2010 vorweisen. Des Weiteren verfügten 2009 sieben und 2010 acht Krankenhäuser über ein Protokoll bzw. eine Richtlinie zur Sturzprävention. Fortbildungsmaßnahmen zum Thema Sturz gaben in beiden Erhebungsjahren sieben Krankenhäuser als Qualitätsindikator an. Alle vier Pflegeheime konnten drei Qualitätsindikatoren, die in beiden Erhebungsjahre eingesetzt wurden, vorweisen: die Erfassung der Sturzereignisse, die Verwendung von einem Protokoll bzw. einer Richtlinie sowie die Aufnahme einer nationalen Richtlinie in das Protokoll bzw. in die pflegeheiminterne Richtlinie. Der Einsatz einer Informationsbroschüre für Betroffene und Angehörige zum Thema Sturz erfolgte 2009 in zwei und ein Jahr später in allen Pflegeheimen.

5.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse hinsichtlich der Prävalenz von Fixierungen, der verwendeten Methoden, der Umstände sowie der Qualitätsindikatoren bezüglichfreiheitsentziehenden Maßnahmen beschrieben.

5.4.1 Prävalenz von Fixierungen

Ein kleiner Anteil von PatientInnen wurde in den letzten sieben Tagen vor der Erhebung fixiert. Anfänglich lag dieser bei 6,5% (n=1.404) und reduzierte sich im zweiten Erhebungsjahr auf 5,5% (n=815), wohingegen bei mehr als einem Drittel der BewohnerInnen sowohl 2009 (n=400) als auch 2010 (n=387) freiheitsentziehende Maßnahmen zum Einsatz kamen. Auch wenn sich die Prävalenz zwischen den Erhebungsjahren reduzierte, konnte kein signifikanter

Unterschied ($p > 0,05$) festgestellt werden. Abbildung 18 veranschaulicht die Häufigkeit von Fixierungen in beiden Einrichtungen.

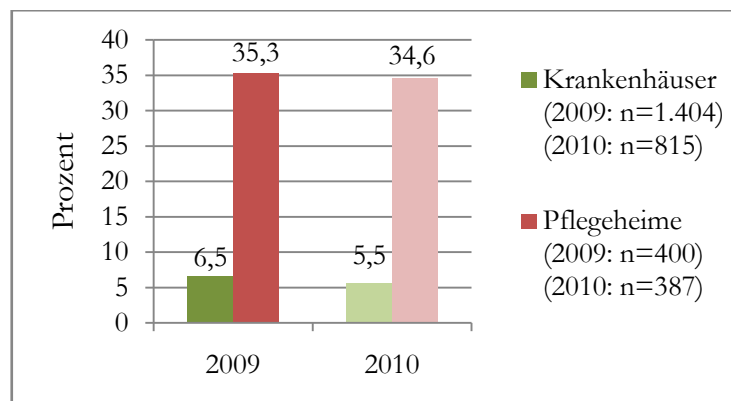


Abbildung 18: Fixierung in den letzten sieben Tagen in Krankenhäusern und Pflegeheimen

5.4.2 Methoden der freiheitsentziehenden Maßnahmen

Da die Frage nach den Methoden der freiheitsentziehenden Maßnahmen Mehrfachnennungen erlaubte, wurde bei der Berechnung die Anzahl der Methoden als Bezugsgröße herangezogen.

Tabelle 20: Methoden der freiheitsentziehenden Maßnahmen

	KRANKENHÄUSER		PFLEGEHEIME	
	2009 (n=104)	2010 (n=50)	2009 (n=189)	2010 (n=204)
Bettgitter	89 (85,6%)	44 (88,0%)	129 (68,3%)	121 (59,3%)
PatientInnenschutzdecke	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Bettgurt	1 (1,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Stuhlgurt	0 (0,0%)	0 (0,0%)	33 (17,5%)	33 (16,2%)
(Roll-)Stuhl mit Tisch	3 (2,9%)	1 (2,0%)	24 (12,7%)	27 (13,2%)
Isolation/Separation	0 (0,0%)	2 (4,0%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)
Domotika	1 (1,0%)	1 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Verhaltensbeeinflussende Medikation	3 (2,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	12 (5,9%)
Individuelle Verabredungen	5 (4,8%)	2 (4,0%)	2 (1,1%)	10 (4,9%)
Sonstiges	2 (1,9%)	0 (0,0%)	1 (0,5%)	0 (0,0%)

Die Verwendung von Bettgittern galt 2009 bzw. 2010 sowohl in den Krankenhäusern mit 85,6% bzw. 88,0% als auch in den Pflegeheimen mit 68,3% bzw. 59,3% als die meist eingesetzte Fixierungsmethode. Bei den BewohnerInnen kamen auch der Stuhlgurt mit 17,5% bzw. 16,2% sowie der (Roll-)Stuhl inklusive Tisch mit 12,7% bzw. 13,2% zum Einsatz (Tabelle 20).

5.4.3 Gründe für die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen

Als Hauptgrund für die Veranlassung von Fixierungen wurde die Sturzprävention in beiden Einrichtungen identifiziert. In den Krankenhäusern konnte diesbezüglich ein Rückgang von 74,7% auf 51,1% festgestellt werden. Im Gegensatz dazu nahm die Sturzprävention als Fixierungsgrund in den Pflegeheimen von 80,1% (2009) auf 93,8% (2010) zu (Tabelle 21).

Tabelle 21: Gründe für den Einsatz von freiheitsentziehenden Maßnahmen

	KRANKENHÄUSER		PFLEGEHEIME	
	2009 (n=91)	2010 (n=45)	2009 (n=141)	2010 (n=128)
Sturzprävention	68 (74,7%)	23 (51,1%)	113 (80,1%)	120 (93,8%)
Ermöglichung der medizinischen Behandlung	5 (5,5%)	6 (13,3%)	1 (0,7%)	0 (0,0%)
Umherirren der PatientIn	1 (1,1%)	6 (13,3%)	2 (1,4%)	0 (0,0%)
Aggressives Verhalten	3 (3,3%)	2 (4,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Sonstiges	14 (15,4%)	8 (17,8%)	25 (17,7%)	7 (5,5%)
Unbekannt	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1(0,8%)

5.5 Qualitätsindikatoren

Die Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren auf Einrichtungsebene werden als absolute Häufigkeiten präsentiert (Tabelle 22).

Tabelle 22: Qualitätsindikatoren "Freiheitsentziehende Maßnahmen" in Krankenhäusern und Pflegeheimen

	KRANKENHÄUSER		PFLEGEHEIME	
	2009 (n=9)	2010 (n=9)	2009 (n=4)	2010 (n=4)
Dezentrale Erfassung der freiheitsentziehenden Maßnahmen	9	8	4	4
Protokoll bzw. Richtlinie zum Thema freiheitsentziehende Maßnahmen	8	8	4	4
Fortbildung zu freiheitsentziehenden Maßnahmen innerhalb der letzten zwei Jahre	8	7	4	4

Wurden 2009 in allen Krankenhäusern freiheitsentziehende Maßnahmen dezentral erfasst, so geschah dies im Jahr 2010 in acht Krankenhäusern. Unverändert blieb die Verfügbarkeit über ein Protokoll bzw. eine Richtlinie. Sämtliche in der Tabelle 22 genannten Qualitätsindikatoren konnten in allen Pflegeheimen sowohl 2009 als auch 2010 vorgelegt werden.

6. DISKUSSION

Das Ziel dieser Masterarbeit war, einen Vergleich zwischen den Europäischen Pflegequalitäts-erhebungen von 2009 und 2010 in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen zu ziehen. Dabei sollten die Unterschiede der Prävalenz, der gesetzten prophylaktischen und pflegerischen Maßnahmen sowie der Einhaltung der Qualitätsindikatoren von Dekubitus, Stürze und freiheitsentziehenden Maßnahmen festgestellt werden.

6.1 Schlussfolgerung

Insgesamt nahmen an beiden Europäischen Pflegequalitätserhebungen neun Krankenhäuser und vier Pflegeheime teil. In den Krankenhäusern reduzierte sich der Anteil der StudienteilnehmerInnen von 2009 auf 2010 minimal, während er sich in den Pflegeheimen um 8 Prozentpunkte erhöhte. Der Hauptgrund für die Nichtteilnahme war weiterhin bei beiden Erhebungen die Verweigerung der Teilnahme seitens der PatientInnen.

Die Charakteristika der StudienteilnehmerInnen von 2009 und 2010 unterschieden sich hinsichtlich des Geschlechtes, Alters und Dekubitusrisikos kaum. Aus diesem Grund konnten die Stichproben als ähnlich angesehen werden.

Ein Rückgang von Dekubitus konnte sowohl bei der Gesamtprävalenz inklusive Schweregrad eins als auch bei der Prävalenz in der Risikogruppe mit und ohne Schweregrad eins in den Krankenhäusern und Pflegeheimen erkannt werden. Einzig die Gesamtprävalenz von Dekubitus exklusive Schweregrad eins erhöhte sich in den Krankenhäusern. Die meisten der Dekubituswunden entstanden sowohl 2009 als auch 2010 bei den PatientInnen und BewohnerInnen nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung. Oft wurde in den Krankenhäusern weiterhin der Dekubitus zweiten Grades und in den Pflegeheimen der Dekubitus dritten Grades diagnostiziert. Zur Vorbeugung der Dekubituswunden wurden pflegerische Interventionen am häufigsten eingeleitet. Dabei wurden hauptsächlich Hautschutzcremes verwendet. Spezialbetten und -mattensowie -kissen kamen als prophylaktische Hilfsmittel in beiden Einrichtungen wenig zum Einsatz. Selten blieb weiterhin auch der Gebrauch von sonstigen Hilfsmitteln. Der Vergleich der Präventivmaßnahmen zwischen den Einrichtungen zeigt, dass in beiden Erhebungsjahren weitaus mehr Interventionen zur Prävention und Behandlung von Dekubitus in den Pflegeheimen durchgeführt wurden als in den Krankenhäusern. Hinsichtlich

Dekubitusprävention verfügten, wie im Vorjahr, fast alle Einrichtungen über ein Protokoll sowie eine Fortbildung zum Thema Dekubitusprävention und -behandlung.

Bei der Sturzhäufigkeit konnte keine Veränderung zwischen 2009 und 2010 erkannt werden. Diese blieb in den Krankenhäusern weiterhin fast doppelt so hoch wie in den Pflegeheimen. Die meisten der gestürzten PatientInnen und BewohnerInnen erlebten einen einmaligen Sturz. Überwiegend passierten die Sturzereignisse während des Krankenhaus- bzw. Pflegeheimaufenthalts, vornehmlich in den Schlafzimmern. Hauptsächlich ereigneten sich die Stürze in beiden Erhebungsjahren aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen. Viele der gestürzten PatientInnen und BewohnerInnen erlitten minimale Verletzungen. Zur Prävention von Verletzungen wurden unverändert wenige Maßnahmen eingeleitet. Bei den sturzpräventiven Maßnahmen, die öfters durchgeführt wurden, galt in beiden Einrichtungen sowie in beiden Erhebungsjahren die Anpassung an die Umgebung als die am häufigsten eingesetzte Intervention. Beinahe in allen Einrichtungen wurde hauptsächlich der Qualitätsindikator „Erfassung der Sturzereignisse“ sowohl 2009 als auch 2010 vorgewiesen.

Die Prävention von Stürzen wurde bei den fixierten PatientInnen und BewohnerInnen in beiden Erhebungsjahren als häufigster Grund für die Verwendung von freiheitsentziehenden Maßnahmen genannt. Die Häufigkeit von Fixierungen ging in beiden Einrichtungen zurück. Hauptsächlich wurden Bettgitter als Methode der Freiheitsentziehung verwendet. Ebenso wie bei den Stürzen, blieb auch in diesem Bereich die dezentrale Erfassung der häufigste Qualitätsindikator in beiden Einrichtungen.

6.2 Interpretation der Ergebnisse

Der Anteil der teilnehmenden PatientInnen nahm zwischen 2009 und dem darauffolgenden Jahr um 1,8 Prozentpunkte ab, jedoch blieb die Rücklaufquote weiterhin bei über 70%. Bei den BewohnerInnen lag diese Quote anfänglich bei 80,8% und ein Jahr später bei 88,8%. Die Reduktion der TeilnehmerInnenrate in den Krankenhäusern sowie die Erhöhung dieser in Pflegeheimen konnte auch im deutschen Längsschnittvergleich von Lahmann et al. (2009) festgestellt werden. Eine hohe Rücklaufquote ist wichtig für die Interpretation und Vergleichbarkeit der Erhebungen, da so potentiellen Fehlerquellen entgegengewirkt werden kann. Der Hauptgrund für die Nichtteilnahme an der Studie war in beiden Einrichtungen sowie zu beiden Erhebungszeitpunkten die Verweigerung an der Teilnahme, wobei sich diese in den Pflegeheimen im Jahr 2010 stark reduziert hat. Die abgenommenen Raten an Teilnehmerverweigerungen könnten möglicherweise auf die Durchführung gezielter Maßnahmen, welche

die Abneigung hinsichtlich der Teilnahme auf ein Minimum halten, zurückgeführt werden (Detels et al. 2009). Für eine solche Maßnahme könnte die adäquate Information über die Ziele und Gründe der Studie angeführt werden (Detels et al. 2009; Lahmann, Halfens & Dassen 2006). Eine Erklärung für die Verringerung der Rücklaufquote in den Krankenhäusern in dieser Studie könnte in der Zunahme der unerreichten PatientInnen zum Zeitpunkt der Erhebung liegen.

Die Stichproben der Europäischen Pflegequalitätserhebungen von 2009 und 2010 unterschieden sich hinsichtlich der Geschlechterverteilung, des Alters und des Dekubitusrisikos nur gering. Die Ähnlichkeit der Stichproben hinsichtlich dieser Charakteristika der StudienteilnehmerInnen war erforderlich, um einen Vergleich der Ergebnisse ziehen zu können (Cohen, Manion & Morrison 2009). Die Ergebnisse hinsichtlich Dekubitusrisiko zeigen, dass sich der Anteil der dekubitusgefährdeten PatientInnen, die einen Bradenwert von kleiner gleich (\leq) 20 aufwiesen, zwischen 2009 und 2010 leicht zunahm. In den Pflegeheimen konnte zwar eine Verringerung des Anteils der BewohnerInnen mit hohem Dekubitusrisiko verzeichnet werden, dieser war jedoch weiterhin beträchtlich höher als in den Krankenhäusern. Diese Ergebnisse erzielten auch Hoppe et al. (2009), die berichteten, dass trotz leichter Schwankungen der Anteile der PatientInnen und BewohnerInnen mit Dekubitusrisiko ein Vergleich der Ergebnisse von 2009 und 2010 möglich ist.

6.2.1 Dekubitus

In österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen konnte eine Reduktion der Dekubitusgesamtprävalenz (inklusive aller Dekubitusgrade) erreicht werden. Dies bestätigen auch die Studienergebnisse von Banks et al. (2010), Bours et al. (2001), Chacon et al. (2009), Gunningberg (2006), Gunningberg & Stotts (2008) und VanGilder, MacFarlane & Meyer (2008). Anzumerken ist dabei jedoch, dass ein direkter Vergleich aufgrund verschieden verwendeter Erhebungsmethoden schwierig ist. Die Studienergebnisse von Kottner et al. (2009) und Lahmann et al. (2010), die dieselbe Entwicklung der Gesamtprävalenz inklusive Dekubitus ersten Grades aufzeigten, können den österreichischen Studienergebnissen gegenübergestellt werden, da sie dieselbe Methodik sowie die gleichen Definitionen verwendeten. Betrachtet man die Gesamtprävalenz exklusive Dekubitus ersten Grades fielen die Ergebnisse unterschiedlich aus. In den Pflegeheimen wurde eine Reduktion um 1,5 Prozentpunkte, in den Krankenhäusern hingegen ein geringer Anstieg ermittelt. Gunningberg (2006) und Gunningberg & Stotts (2008) konnten in ihren Untersuchungen in Pflegeheimen die gleiche Veränderung feststellen.

Die Prävalenz in der Risikogruppe mit und ohne Dekubitus ersten Grades nahm in beiden Einrichtungen ab. Dies geht konform mit den Ergebnissen von Bielitz, Mertens & Dassen (2005), Hoppe et al. (2009), Kottner et al. (2009) und Lahmann et al. (2009), deren Daten methodologisch gleich erfasst wurden. Die Gegenüberstellung beider Dekubitusprävalenzen zeigte, dass in den Krankenhäusern die Gesamtprävalenz niedriger, die Prävalenz in der Risikogruppe jedoch höher war als in den Pflegeheimen.

Auffallend beim Vergleich der österreichischen Dekubitusprävalenz mit den internationalen Ergebnissen war, dass diese in Österreich geringer ausfiel als in den anderen Ländern, in denen es möglicherweise noch Schwachstellen in der Dekubitusprävention geben könnte. Es könnte aber auch in den anderen Ländern schon eine stärkere Sensibilisierung stattgefunden haben, da diese schon öfters an Erhebungen teilgenommen haben und daher mehr Dekubiti feststellen. Auch wenn die Studie von Banks et al. (2010) mit dieser Studie nicht verglichen werden kann, ist erwähnenswert, dass sich die Dekubitusgesamtprävalenz aufgrund der Implementierung einer Guideline zur Prävention um fast die Hälfte reduzierte. Bei VanGilder, MacFarlane & Meyer (2008) ergab sich durch die zunehmende Fokussierung auf die Prävention eine gleichzeitige Abnahme der Gesamtprävalenz. Daher lässt die Senkung auf die Effektivität der Präventionsangebote vermuten. Ob diese tatsächlich wirksam sind, lässt sich durch Vergleiche mit anderen Einrichtungen überprüfen (VanGilder, MacFarlane & Meyer 2008). Gunningberg & Stotts (2008) beschrieben dahingegen keinen Rückgang der Dekubitusprävalenz trotz eines Qualitätsverbesserungsprogramms. Aus den Studien von Lahmann et al. (2010) und Bielitz, Mertens & Dassen (2005) ging wiederum hervor, dass effektivere Strategien und bessere Prävention eine Abnahme der Dekubitusprävalenz erzielten. Neben diesen erfolgreichen Maßnahmen könnten jedoch auch die Sensibilisierung der Pflegenden hinsichtlich des Pflegephänomens Dekubitus sowie eine Optimierung der prophylaktischen und pflegerischen Interventionen eine Reduktion der Dekubitusprävalenz bewirkt haben, wobei dies durch das Design dieser Europäischen Pflegequalitätserhebung nicht ausdrücklich belegbar ist (Bielitz, Mertens & Dassen 2005). In beiden Erhebungsjahren sind Dekubituswunden bei PatientInnen hauptsächlich vor der Einweisung und bei BewohnerInnen nach der Einweisung in die derzeitigen Einrichtungen entstanden. Dieses Ergebnis konnte nur in der Studie von Bielitz, Mertens & Dassen (2005) bestätigt werden, welche zeigt, dass sich in Pflegeheimen mehr als die Hälfte der Dekubiti einrichtungsintern entwickelten. Dies könnte damit begründet werden, dass bei den BewohnerInnen wenige prophylaktische Hilfsmittel zum Einsatz kamen. Interessant wäre es auch zu wissen, wie hoch die interne Dekubitusprävalenz in den Pflegeheimen wäre, wenn die

BewohnerInnen, welche die Teilnahme verweigerten bzw. an der Erhebung nicht teilnehmen konnten, in der Berechnung berücksichtigt werden würden.

Die Verteilung der Grade der Dekubituswunden gestaltete sich in beiden Einrichtungen wie folgt: In den Krankenhäusern trat weiterhin der Dekubitus zweiten Grades und in den Pflegeheimen der drittgradige Dekubitus am häufigsten auf. Diese Ergebnisse decken sich mit keiner der gefundenen internationalen Studien. In den Pflegeheimen dominierte entweder der Dekubitus ersten Grades (Lahmann et al. 2010) oder zweiten Grades (Chacon et al. 2009). Dies könnte daran liegen, dass der Dekubitus ersten Grades schwer von anderen Hautschäden wie zum Beispiel Mykosen differenzierbar ist und daher falsch diagnostiziert werden könnte.

Bei den Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Dekubitus kamen in beiden Einrichtungen unverändert vermehrt prophylaktische pflegerische Maßnahmen als Hilfsmittel zur Vorbeugung von Dekubitus zum Einsatz. Zur Prophylaxe wurden hauptsächlich Hautschutzsalben verwendet. Neben der Anwendung dieser Cremes wurden in den Pflegeheimen Wechsellagerungen und in den Krankenhäusern auch Beratungen durchgeführt. Bei den Spezialbetten und -matratzen als präventive Hilfsmittel kamen 2009 hauptsächlich Schaumstoffmatratzen zum Einsatz. Ein Jahr später wurden diese vermutlich trotzdem verwendet. Da allerdings die Antwortmöglichkeit aus dem Fragebogen entfernt wurde, kann diesbezüglich für das Jahr 2010 keine Angabe gemacht werden.

Noch weniger verwendet wurden Spezialkissen. Neben sonstigen Kissen wurden oft Schaumstoffkissen in den Krankenhäusern eingesetzt. In den Pflegeheimen wurden anfänglich vermehrt Gelkissen, und im darauffolgenden Jahr hauptsächlich Schaumstoffkissen verwendet. Auch sonstige Hilfsmittel kamen sehr selten zur Anwendung. Diese Ergebnisse sind in keiner anderen Studie wiederzufinden. Dies könnte daran liegen, dass diese Maßnahmen in anderen Ländern nicht erhoben wurden. Die Studie von Halfens et al. (2008) verwies auf den vermehrten Einsatz technischer Präventivmittel, wie spezielle Matratzen und Kissen. Allerdings kamen die AutorInnen zum Schluss, dass die beste Präventivmaßnahme die noch zu selten durchgeführten Wechsellagerungen darstellen, da die Hilfsmittel alleine nicht ausreichen würden (Halfens et al. 2008). Möglicherweise ist das der Grund, warum die Dekubitusprävalenz in Österreich geringer ist als in den Niederlanden.

Neben den Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Dekubitus verfügten auch viele Krankenhäuser und Pflegeheime weiterhin über Qualitätsindikatoren. Hauptsächlich besaßen die Krankenhäuser in beiden Erhebungsjahren zum einen ein Protokoll zur Dekubitusprävention und zum anderen gab es eine Fortbildung zum Thema Dekubitus. Halfens et al. (2008) stellten ebenfalls fest, dass beinahe in allen Einrichtungen ein Protokoll zur Prävention

und Behandlung von Dekubitus vorhanden war. Zudem zeigten die Ergebnisse, dass auch Personen, die für die Aktualisierung der Protokolle verantwortlich sind, genannt wurden. Durch die Verfügbarkeit dieser Qualitätsindikatoren sind grundlegende Bedingungen für eine professionelle pflegerische Versorgung gegeben (Halfens et al. 2008). Ein Grund für den vermehrten Einsatz von Qualitätsindikatoren könnte auf eine Sensibilisierung von Pflegenden hinsichtlich der qualitätsverbessernden Wirkung von Qualitätsindikatoren zurückzuführen sein.

6.2.2 Stürze

Hinsichtlich der Sturzhäufigkeit in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung gab es zwischen 2009 und 2010 kaum eine Veränderung. In den Krankenhäusern reduzierte sich diese um 0,1 Prozentpunkte, war dennoch doppelt so hoch wie in den Pflegeheimen. Verglichen mit den internationalen Studien konnte ein ähnliches Ergebnis gefunden werden, nämlich in der Studie von Lahmann et al. (2009). Darin war die Sturzprävalenz in beiden Einrichtungen annähernd gleich und blieb über die Jahre hinweg eher stabil. Anders war es bei Boggatz & Dassen (2004) und Heinze, Halfens & Dassen (2007). Dass die Sturzhäufigkeit in Krankenhäusern doppelt so hoch war wie in den Pflegeheimen, könnte daran liegen, dass bei den BewohnerInnen bedeutend mehr sturz- und verletzungspräventive Maßnahmen gesetzt wurden, als bei den PatientInnen. In den Pflegeheimen wurden die BewohnerInnen mehr beaufsichtigt und die Umgebung wurde häufiger angepasst. In den Krankenhäusern wurden als sturzpräventive Maßnahmen Absprachen getroffen sowie die Umgebung auf die PatientInnen angepasst. Verletzungspräventive Interventionen wurden in beiden Erhebungsjahren in den Krankenhäusern und Pflegeheimen selten eingeleitet. Als häufigste Maßnahmen wurden in beiden Einrichtungen sonstige Interventionen angegeben. Interessant wäre es zu wissen, welche verletzungspräventiven Interventionen dieser Kategorie zugeordnet wurden.

Eine weitere Erklärung für den großen Unterschied der Sturzhäufigkeit zwischen beiden Einrichtungen könnte der erhöhte Einsatz von Qualitätsindikatoren in den Pflegeheimen in beiden Erhebungsjahren sein. Alle Pflegeheime erfassten die Sturzereignisse und verfügten über ein Protokoll zur Sturzprävention, in welches sie nationale Richtlinien aufnahmen. In den Krankenhäusern wurde nur der Qualitätsindikator „Erfassung der Sturzereignisse“ bei allen eingesetzt, obwohl meist auch andere Qualitätsindikatoren verfügbar werden.

Der Einsatz von Qualitätsindikatoren kann mit den Ergebnissen von Halfens et al. (2008) verglichen werden. In ihrer Studie wurde aufgezeigt, dass mehr als die Hälfte der Einrichtungen über kein Protokoll zur Sturzprävention verfügten. Diese unterschieden sich auch noch von den

nationalen Richtlinien. Zusätzlich wurde konstatiert, dass die verfügbaren Protokolle nur in 36% der Einrichtungen von den Pflegenden verwendet werden (Halfens et al. 2008).

6.2.3 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Ein Rückgang der Prävalenz von Fixierungen konnte in Krankenhäusern und Pflegeheimen festgestellt werden, wobei in den Pflegeheimen, weiterhin die BewohnerInnen sechsmal soviel fixiert wurden als die PatientInnen in den Krankenhäusern. Diese Ergebnisse decken sich zum Teil mit den Ergebnissen von Halfens et al. (2008). In dieser niederländischen Studie war die Prävalenz der Fixierungen in den Pflegeheimen ebenso wesentlich höher als in den Krankenhäusern. In den Pflegeheimen blieb die Häufigkeit der Fixierungen sowohl 2007 als auch 2008 mit 40% stabil. Ein bedenklicher Anstieg konnte bei der Prävalenz von freiheitsentziehenden Maßnahmen in den Krankenhäusern festgestellt werden, denn diese hat um fast die Hälfte zugenommen. Bei Pellfolk (2010) konnte in den Pflegeheimen ebenso ein Anstieg ermittelt werden. Der Hauptgrund für die Veranlassung von freiheitsentziehenden Maßnahmen war in den österreichischen Einrichtungen in beiden Erhebungsjahren die Vorbeugung von Stürzen, wobei dieser Grund in den Pflegeheimen wesentlich öfter genannt wurde. Wahrscheinlich könnte dies ein Argument für die niedrigere Sturzhäufigkeit bei den BewohnerInnen als bei den PatientInnen sein, was auch von der Studie von Pellfolk (2010) belegt wurde. Allerdings muss hinterfragt werden, weshalb so oft Fixierungen zur Sturzprävention durchgeführt werden, wenn nicht genug bzw. wenig gut fundierte wissenschaftliche Belege hinsichtlich Fixierungen vorhanden sind. Da sich Pellfolk (2010) ebenfalls diese Frage stellte, wären weitere Studien, die sich mit diesem Thema beschäftigen, interessant.

Zur Fixierung von PatientInnen und BewohnerInnen in österreichischen Einrichtungen wurden sowohl 2009 als auch 2010 am häufigsten Bettgitter verwendet. Neben diesen kamen in den Pflegeheimen auch Stuhlgurte und Stühle mit Tisch als freiheitsentziehende Maßnahme zur Anwendung. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Erkenntnissen von Halfens et al. (2008). Halfens (2008) bemerkte zusätzlich, dass freiheitsentziehende Maßnahmen zur Vorbeugung von Stürzen als unerwünscht angesehen wurden, da eigentlich weniger einschneidende Methoden verfügbar bzw. von den Betroffenen bevorzugt waren.

Abschließend ist anzuführen, dass der Erhebungszeitraum von 2009 bis 2010 sehr kurz ist, um größere Veränderungen aufzeigen zu können. In den Forschungsstudien, die in der Literaturübersicht aufgezeigt wurden, verglichen AutorInnen wie Kottner et al (2009) Ergebnisse von mehr als zwei Erhebungen und konnten daher größere Effekte nachweisen.

6.3 Stärken und Schwächen

Die Teilnahme an der Europäischen Pflegequalitätserhebung war freiwillig und kostenpflichtig, weshalb die Auswahl der Einrichtungen nicht randomisiert erfolgte. Somit kann der Selektionsbias nicht ausgeschlossen werden. Es kann vermutet werden, dass diejenigen Einrichtungen, in denen höhere Prävalenzraten vorhanden waren, nicht teilnehmen wollten, da die Evaluation ihrer Pflegepraxis nicht erwünscht war. Andererseits könnten auch jene Kliniken und Pflegeheime die Teilnahme abgelehnt haben, die mit diesen Pflegephänomenen kaum konfrontiert waren. Die durch die Europäischen Pflegequalitätserhebungen gewonnenen Ergebnisse sind begrenzt interpretierbar, da es wahrscheinlich ist, dass die Pflegephänomene unterschätzt wurden.

Die StudienteilnehmerInnen hatten eine schriftliche Einverständniserklärung abzugeben, was zu Unsicherheit und folglich zu einer Verweigerung der Teilnahme geführt haben könnte. Weiters muss beachtet werden, dass einige Risikogefährdete, die schwer krank und komatös waren, nicht in die Studie einbezogen werden konnten. Durch die Unterrepräsentation dieser Gruppe ist eine Verallgemeinerung der Ergebnisse nur schwer möglich.

Eine weitere Problematik stellten unvollständige bzw. fehlerhafte Angaben dar, da die Daten der betreffenden TeilnehmerInnen nicht in die Analyse einbezogen werden konnten. Daher ist eine Verzerrung der Ergebnisse möglich.

Zudem sind die Ergebnisse der beiden Erhebungen nur eingeschränkt generalisierbar, da die Stichproben von 2009 und 2010 zwar ähnlich waren, sich aber trotzdem voneinander unterschieden. Das Design der wiederholten Prävalenzerhebungen ermöglicht außerdem keine Feststellung der Ursachen-Wirkungsbeziehung, sondern erlaubt lediglich Vermutungen. Es ist noch zu erwähnen, dass es hinsichtlich der Fragestellungen bzw. Antwortmöglichkeiten im Erhebungsbogen Änderungen gegeben hat. So wurden bei den präventiven Hilfsmitteln „Air-Fluidized-System“, „Low-Air-System“ und „Schaumstoffmatratze“ entfernt und „Kalt-schaummatratzen“, „Visco-elastische-Schaumstoffmatratze“ hinzugefügt. Deshalb ist bei der Interpretation dieser Ergebnisse Vorsicht geboten. Abschließend ist anzumerken, dass auch aufgrund der oft geringen Fallzahlen die Ergebnisse nur begrenzt interpretierbar sind.

Neben diesen Schwächen sind auch Stärken des Längsschnittvergleichs hervorzuheben. Bei beiden Europäischen Pflegequalitätserhebungen in Österreich wurde die gleiche Methodik der Datenerfassung verwendet. Daher konnte eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse gewährleistet werden. Da das methodische Vorgehen im Rahmen der Europäischen Pflegequalitätserhebung unverändert blieb, ist ein Benchmarking zwischen einzelnen Einrichtungen, wie zum Beispiel in

Deutschland, den Niederlanden, der Schweiz und in Neuseeland, möglich. Durch diese direkte Vergleichsmöglichkeit wird das gegenseitige Lernen gefördert. Zudem können Einblicke in die Veränderungen der Prävalenzen der Pflegephänomene, der präventiven Maßnahmen und verschiedenen Qualitätsindikatoren gewonnen werden und das Ausmaß dieser Veränderungen beschrieben werden. Darüberhinaus können durch die wiederholten Erhebungen der Einsatz von Maßnahmen und Hilfsmitteln zur Vorbeugung von Pflegephänomenen hinsichtlich ihrer Effektivität analysiert bzw. überprüft werden. Ebenso lassen sich Erfolge der neugesetzten präventiven Interventionen erforschen.

6.4 Empfehlungen

In der Diskussion haben sich folgende Fragen, mit denen sich zukünftige Forschungen auseinandersetzen könnten, herauskristallisiert. Demnach sollte das Ausmaß der tatsächlichen (einrichtungswirtschaftlichen) Prävalenz von Dekubitus untersucht werden. Dabei sollten diejenigen TeilnehmerInnen, die an den Erhebungen nicht teilgenommen haben, in die Prävalenzberechnung miteinbezogen werden. Des Weiteren könnte geprüft werden, weshalb so oft Fixierungen zur Sturzprävention durchgeführt werden, obwohl die Anwendungen von freiheitsentziehenden Maßnahmen nicht ausreichend wissenschaftlich fundiert sind. Zusätzlich könnte in Erfahrung gebracht werden, warum weiterhin wenig Hilfsmittel zur Prävention von Dekubitus, Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen eingesetzt wurden.

Aufgrund des Vergleichs der Europäischen Pflegequalitätserhebungen von 2009 und 2010 konnten erstmals die Veränderungen der Prävalenzen von Dekubitus, Stürzen sowie freiheitsentziehenden Maßnahmen ermittelt werden. Um Aussagen über den weiteren Verlauf dieser Veränderungen zu ermöglichen sowie durchgeführte Änderungen des Managements hinsichtlich der drei Pflegephänomene und deren Auswirkungen auf die Pflegepraxis überprüfen zu können, sind weitere Wiederholungen dieser Erhebung empfehlenswert.

Würden mehr Einrichtungen an wiederholten Erhebungen teilnehmen, dann könnten aussagekräftigere Daten erzielt und entsprechend wissenschaftlich besser abgesicherte Aussagen über die Veränderungen der drei Pflegephänomene innerhalb eines bestimmten Zeitraums gemacht werden. Zusätzlich könnten auch die Entwicklungstendenzen der Prävalenz der drei Pflegephänomene festgestellt werden. Eine hohe TeilnehmerInnenrate sollte angestrebt werden, denn eine niedrige TeilnehmerInnenrate wirkt sich negativ auf die Interpretation der Ergebnisse aus. Um die Anzahl an NichtteilnehmerInnen gering zu halten, sollen die PatientInnen und BewohnerInnen adäquate Informationen über die Ziele und Gründe für die Studie erhalten.

Des Weiteren kann durch Teilnahme unterschiedlicher Einrichtungen aus dem In- und Ausland das Benchmarking ermöglicht werden. Dadurch kann sich das Wissen der Pflegenden, ForscherInnen und anderer Berufsgruppen aus dem Gesundheitssystem erweitern und die Pflegequalität nachhaltig verbessert werden. Denn basierend auf die gewonnenen Erkenntnisse können gezielt erforderliche Interventionen geplant und eingeführt werden. Zudem ergibt sich durch diese Methodologie der wiederholten Erhebungen die Chance, die Maßnahmen zur Prävention und Behandlung der Pflegephänomene zu evaluieren. Denn laut Boggatz (2004) stellt eine regelmäßige Evaluation den zuverlässigsten Weg zur Verbesserung dar.

LITERATURVERZEICHNIS

- Allmer, G 2010, *Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen: Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG 2010)*, viewed 13 November 2010, <<http://www.pflegerecht.at/Druck/Versionen-Patientenrechte/Bund/Druckversion-HeimAufG.pdf>>.
- Atree, M 2001, 'A study of the criteria used by healthcare professionals, managers and patients to represent and evaluate quality care', *Journal of Nursing Management*, vol. 9, pp. 67–78.
- Banks, M, Bauer, J, Graves, N & Ash, S 2010, 'Malnutrition and pressure ulcer risk in adults in Australian health care facilities', *Nutrition*, vol. 26, pp. 896–901.
- Bartholomeyczik, S & Nonn, C 2005, *Fokus: Epidemiologie und Pflege*, Schülersche, Hannover.
- Beaglehole, R & Kjellström, T 2008, *Einführung in die Epidemiologie*, 2nd edn, Huber, Berlin.
- Bielitz, H, Mertens, E & Dassen, T 2005, 'Dekubitusprävalenz im Längsschnittvergleich: Zuverlässige Zahlen belegen erfolgreiche Prävention', *Pflegezeitschrift*, vol. 58, no. 2, pp. 112–115.
- Bogatz, T & Dassen, T 2004, 'Prävalenz von Dekubitus und Sturz - ein Längsschnittvergleich: Unterschiede werden sichtbar', *Pflegezeitschrift*, vol. 57, no. 3, pp. 173–176.
- Bours, GJJW, De Laat, E, Halfens, RJG & Lubbers, M 2001, 'Prevalence, risk factors and prevention of pressure ulcers in Dutch intensive care units: Results of a cross-sectional survey', *Intensive Care Medicine*, vol. 27, no. 10, pp. 1599–1605.
- Bräutigam, K, Flemming, A, Halfens, RJ & Dassen, T 2003, 'Dekubitusprävention: Theorie und Praxis', *Pflege*, vol. 16, pp. 75–82.
- Campbell, SM, Roland, MO & Buetow, SA 2000, 'Defining quality of care', *Social Science & Medicine*, pp. 1611–1625.
- Chacon, JMF, Blanes, L, Hochman, B & Ferreira, LM 2009, 'Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in São Paulo', *São Paulo Medical Journal*, vol. 127, no. 4, pp. 211–215.
- Chuang, YH & Huang, HT 2007, 'Nurses feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 16, no. 3, pp. 486–494.

- Clamp, C 2004, *Resources for Nursing Research: An annotated Bibliography*, 4th edn, SAGE Publications, Thousand Oaks.
- Cohen, L, Manion, L & Morrison, K 2009, *Research methods in education*, 6th edn, Routledge, London.
- De Vaus, D 2001, *Research Design in Social Research*, SAGE Publications, Thousand Oaks.
- Detels, R, Beaglehole, R, Lansang, M & Gulliford, M (eds.) 2009, *Oxford Textbook of Public Health*, 5th edn, Oxford University Press, Oxford, New York.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2006, *Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege: Entwicklung – Konsentierung – Implementierung*, Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Osnabrück.
- Donabedian, A 1966, 'Evaluation the Quality of Medical Care', *The Milbank Quarterly*, vol. 44, no. 3, pp. 691–729.
- Eikötter, T & Greiner, W 2008, 'Instrumente zur Messung der Versorgungsqualität in der integrierten Versorgung', *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, vol. 13, pp. 25–31.
- Engel, RJ & Schutt, RK 2005, *The practice of research in social work*, SAGE Publications, Thousand Oaks.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) 1998, *Pressure Ulcer Treatment Guidelines*, viewed 14 November 2010, <European Pressure Ulcer Advisory Panel>.
- Frei-Rhein, G & Hantikainen, V 2001, 'Wie erleben und beschreiben Pflegende Qualität in der Pflege im Alltag?', *Pflegezeitschrift*, vol. 14, pp. 395–405.
- Gastmans, C & Milisen, K 2006, 'Use of physical restraint in nursing homes: clinical-ethical considerations', *Journal of Medical Ethics*, vol. 32, pp. 148–152.
- Gawlinski, A 2008, 'The Power of Clinical Nursing Research: Engage Clinicians, Improve Patients' Lives, and Forge a Professional Legacy', *American Journal of Critical Care*, vol. 17, no. 4, pp. 325–326.
- Gehrlach, C, Otzen, I, Küttel, R, Heller, R & Lerchner, M 2008, 'Inzidenz und Risikoerfassung von Dekubitus: Ergebnisse einer Qualitätsmessung des Verein Outcome in Schweizer Akutspitälern', *Pflege*, vol. 21, pp. 75–84.
- Großschädl, F 2009, *Druck in der Pflege: Prävalenz von Dekubitus in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen*, Masterarbeit an der Medizinischen Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft, Graz.

- Gunningberg, L & Stotts, NA 2008, 'Tracking quality over time: what do pressure ulcer data show?', *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 20, no. 4, pp. 246–253.
- Gunningberg, L 2006, 'EPUAP Pressure Ulcer Prevalence Survey in Sweden: A Two-Year Follow-Up of Quality Indicators', *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, vol. 33, no. 3, pp. 258–266.
- Häder, M 2010, *Empirische Sozialforschung*, 2nd edn, VS Verl. für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Halfens, RJ, Dassen, T & Tannen, A, 2007, 'Prävalenz von Dekubitus' in T Wild & J Auböck (eds.), *Manual der Wundheilung*, Springer, Wien, New York.
- Halfens, RJG, Bours, GJJW & van Ast, W 2001, 'Relevance of the diagnosis 'stage 1 pressure ulcer': an empirical study of the clinical course of stage 1 ulcers in acute care and long-term care hospital populations', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 10, pp. 748–757.
- Halfens, RJG, Schols, J, Meijers, J, Neyens, J, van Nie, N, Rijcken, S & Wansink, S 2008, *'National Prevalence Measurement of Care Problems: LPZ'*, Department of Health Care and Nursing Science & Caphri research institute, Maastricht.
- Hall, R 2008, *Applied Social Research: Planning, designing and conducting real-world research*, Palgrave Macmillan, South Yarra.
- Hamers, JP & Huizing, AR 2005, 'Why do we use physical restraints in the elderly?', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 38, no. 1, pp. 19–25.
- 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, no. 3, pp. 495–501.
- Heinze, C, Rissmann, U & Dassen, T 2004, 'Stürze bei älteren Menschen', *PrinterNet*, vol. 2, pp. 105–110.
- Hopkins, A, Dealey, C, Bale, S, Defloor, T & Worboys, F 2006, 'Patient stories of living with a pressure ulcer', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 56, no. 4, pp. 345–353.
- Hoppe, C, Kottner, J, Dassen, T & Lahmann, N 2009, 'Dekubitusrisiko und Dekubitusprävalenz in deutschen Kliniken und Pflegeheimen', *Pflegezeitschrift*, vol. 62, no. 7, pp. 424–428.
- Huizing, AR 2008, *Towards restraint-free care for psychogeriatric nursing home residents*, Dissertation, Maastricht University, viewed 13 November 2010, <<http://arno.unimaas.nl/show.cgi?fid=10682>>.

- International Council of Nurses 2003, *Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis*, Hans Huber, Bern.
- Joanna Briggs Institute 2002a, 'Physical Restraint - Part 1: Use in Acute and Residential Care Facilities', *Best Practice*, vol. 6, no. 3, pp. 1–6.
- Joanna Briggs Institute 2002b, 'Physical Restraint - Part 2: Minimisation on Acute and Residential Care Facilities', *Best Practice*, vol. 6, no. 4, pp. 1–6.
- Köberich, S, Heinze, C & Dassen, T 2009, 'Zwei Untersuchungen zu Stürzen von PatientInnen in kardiologischen Stationen: Häufigkeiten und Folgen', *Pflegezeitschrift*, vol. 62, no. 6, pp. 342–345.
- Kottner, J & Dassen, T 2008, 'Die Interrater-Reliabilität der Braden-Skala', *Pflege*, vol. 21, pp. 85–94.
- Kottner, J, Mertens, E & Dassen, T 2006, 'Dekubitusprävalenz in Deutschland: Neue Daten, neue Erkenntnisse', *Pflegezeitschrift*, vol. 59, pp. 30–33.
- Kottner, J, Schmitz, G & Dassen, T 2007, 'Prävalenzerhebung lässt Pflegeprobleme erkennen', *Die Schwester Der Pfleger*, vol. 46, no. 2, pp. 172–175.
- Kottner, J, Wilborn, D, Dassen, T & Lahmann, N 2009, 'The trend of pressure ulcer prevalence rates in German hospitals: Results of seven cross-sectional studies', *Journal of Tissue Viability*, vol. 18, no. 2, pp. 36–46.
- Kuster, B 2009, *Qualitätsindikatoren Pflege: Literaturarbeit und Expertinnen/Experten- Bewertung für relevante Qualitätsindikatoren Pflege*, viewed 17 November 2010, <<http://www.svpl.ch/filearchive/4d8b2a0e4d914af9c466c245c2867512.pdf>>.
- Lahmann, N, Dassen, T, Pochler, A & Kottner, J 2010, 'Pressure ulcer prevalence rates from 2002 to 2008 in German long-term care facilities', *Aging Clinical and Experimental Research*, vol. 22, no. 2, pp. 152–156.
- Lahmann, N, Kottner, J, Heinze, C, Schmitz, G & Tannen, A 2009, *Bundesweite Erhebung zu Pflegeproblemen 2009: Studie aus Pflegeheimen und Krankenhäusern*, edited by Theo Dassen, Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft der Charité Universitätsmedizin, Berlin.
- Lahmann, NA, Halfens, RJ & Dassen, T 2006, 'Pressure Ulcers in German Nursing Homes and Acute Care Hospitals: Prevalence, Frequency, and Ulcer Characteristics', *Ostomy Wound Management*, vol. 52, no. 2, pp. 20–33.

- Lahmann, NA, Halfens, RJG & Dassen, T 2005, 'Prevalence of pressure ulcers in Germany', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 14, pp. 165–172.
- Lange, A, Dassen T & Heinze, C 2006, 'Sturzinzidenz, Sturzfolgen und Sturzumstände im Krankenhaus: Hinweise für gezielte Prävention', *Pflegezeitschrift*, vol. 59, no. 9, pp. 556–559.
- Laurin, D, Voyer, P, Verreault, R & Durand, PJ 2004, 'Physical restraint use among nursing home residents: A comparison of two data collection methods', *BioMed Central Nursing*, vol. 3, no. 5, pp. 1–7.
- Lohrmann, C. (ed.) 2009, *Prävalenzerhebung 2009*, Graz, Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft.
- Mann, CJ 2003, 'Observational research methods. Research design II: cohort, cross sectional, and case-control studies', *Emergency Medicine Journal*, vol. 20, pp. 54–60.
- Menard, SW 2009, *Longitudinal research*, 2nd edn, SAGE Publications, Thousand Oaks.
- Mertens, E, Lahmann, NA & Dassen, T 2004, 'Dekubitusprävalenz in Deutschland: Aufforderung zum Handeln', *Pflegezeitschrift*, vol. 57, no. 1, pp. 22–25.
- Morse, JM 1997, *Preventing patient falls*, SAGE Publications, Thousand Oaks.
- Müller, R, Halfens, R, Schwendimann, R, Müller, MIR & Ballmer, PE 2009, 'Risikofaktoren für Stürze und sturzbedingte Verletzungen im Akutspital: Eine retrospektive Fall-Kontroll-Studie', *Pflege*, vol. 22, pp. 431–441.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2004, *Clinical practice guideline for the assessment and prevention of falls in older people*, London, Royal College of Nursing.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) 2010, *Incidence and Prevalence*, viewed 14 November 2010, <<http://www.npuap.org/faq.htm>>.
- Nübling, R, Schrempp, C, Kress, G, Löschmann, C, Neubart, R & Kuhlmeier, A 2004, 'Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der stationären Altenpflege', *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, vol. 47, pp. 133–140.
- Panfil, EM & Mayer, H 2000, 'Pflegetqualität am Beispiel der Dekubitusversorgung: 1. Teil: Erhebung der Dekubitusprävalenz', *Die Schwester Der Pfleger*, vol. 39, pp. 584–587.
- Pellfolk, T 2010, *Physical restraint use and falls in institutional care of old people: Effects of a restraint minimization program*, Dissertation, Umeå University, viewed 02 November 2010, <<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:umu:diva-31948>>.

- Polit, DF & Beck, CT 2008, *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*, 8th edn, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Provenzale, JM & Stanley, RJ 2005, 'A Systematic Guide to Reviewing a Manuscript', *American Journal of Roentgenology*, vol. 185, no. 4, pp. 848–854.
- Rush, KL, Robey-Williams, C, Patton, LM, Chamberlain, D, Bendyk, H & Sparks, T 2009, 'Patient falls: acute care nurses' experiences', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 18, no. 3, pp. 357–365.
- Ruspini, E 2002, *Introduction to longitudinal research*, Routledge, London.
- Schaeffer, D, Behrens, J & Görres, S, 2008, 'Evidenzbasierung pflegerischen Handelns als Herausforderung für die Pflegeforschung' in D Schaeffer; J Behrens; S Görres (eds.), *Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns: Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung*, Juventa-Verl., Weinheim.
- Schnell, R, Hill, PB & Esser, E 2008, *Methoden der empirischen Sozialforschung*, 8th edn, Oldenbourg, München.
- Schüssler, S 2009, *Erhebung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen bei Krankenhaus-patientInnen und PflegeheimbewohnerInnen in Österreich*, Masterarbeit an der Medizinischen Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft, Graz.
- Schwendimann, R 2000, 'Sturzprävention im Akutspital: Eine Literaturübersicht', *Pflege*, vol. 13, pp. 169–179.
- SPSS Inc 2009, *IBM SPSS Statistics 18: Statistical Package for the Social Sciences*, viewed 15 September 2010, <<http://www.spss.com/de/statistics/18/>>.
- Streppel, M, Eckel, HE, Goldschmidt, O & Schrappe, M 1998, 'Qualitätsbewertende Indikatoren in der stationären Versorgung einer HNO-Klinik', *HNO*, vol. 46, pp. 864–869.
- Tannen, A, Dassen, T & Halfens, RJG 2008, 'Differences in prevalence of pressure ulcers between the Netherlands and Germany - associations between risk, prevention and occurrence of pressure ulcers in hospitals and nursing homes', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 17, pp. 1237–1244.

- van Nie, N 2008, *Prävalenzhebung pflegebezogener Daten: Wissenszuwachs durch adäquate Messungen?!*, 4. Symposium der Grazer Gesellschaft der Pflegewissenschaft, Graz, viewed 13 November 2010, <http://www.ggespw.at/fileadmin/user_upload/ggespw-files/unterlagen_symposium4/Van_Nie_LPZ_Graz08.pdf>.
- VanGilder, C, Amlung, S, Harrison, P & Meyer, S 2009, 'Results of the 2008 - 2009 International Pressure Ulcer Prevalence Survey and a 3-Year, Acute Care, Unit-Specific Analysis', *Ostomy Wound Management*, vol. 55, no. 11, pp. 39–45.
- VanGilder, C, MacFarlane, GD & Meyer, S 2008, 'Results of Nine International Pressure Ulcer Prevalence Surveys: 1989 to 2005', *Ostomy Wound Management*, vol. 54, no. 2, pp. 40–54.
- Zimmermann 2003, 'Improving nursing home quality of care through outcomes data: the MDS quality indicators', *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 18, pp. 250–257.

ANHANG

Fragebögen der Europäischen Pflegequalitätserhebung 2010:

- Angaben zur Einrichtung
- Angaben zur Station / Wohnbereich
- Angaben zur PatientIn



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

2

Art der Station/Wohnbereich

A Universitätskrankenhaus

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

B Allgemeines Krankenhaus

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

C 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.



Gradus Dekubitus

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

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

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

Pflegeabhängigkeitsskala: Kategorienbeschreibungen

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

Intertrigo

Intertrigo ist eine Entzündung, die hauptsächlich zwischen Hautfalten vorkommt.

Maßnahmen Mangelernährung

- **Energieriche 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, Knäckebrötschensandwiches, 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 schmerzhafte Stimuli. Mögliche Gründe: Bewegungslosigkeit, Sedierung ODER <i>Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, die den größten Teil des Körpers betreffen (z.B. hoher Querschnitt)</i></p>	<p>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 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, Kontraktionen, 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>	



Europäische Pflegequalitätserhebung

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

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

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 Wurde bei der PatientIn Dekubitus festgestellt?

- Ja
- Nein (Modul beendet)

Dekubitus Nur bei PatientInnen mit Dekubitus auszufüllen

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

Modul Inkontinenz

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

3b

1 Ist bei der PatientIn von Urininkontinenz die Rede?

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

2 Wann tritt die Inkontinenz auf?

- Tagsüber
- Nachts
- Tagsüber und nachts

3 Wie lange ist die PatientIn urininkontinent?

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

4 Welche Menge an Urin verliert die PatientIn?

- Wenige Tropfen
- Einige ml
- Kompletter Harnabgang

5 Wurde eine Urininkontinenz diagnostiziert?

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

6 Welche pflegerische(n) Inkontinenzmaßnahme(n) wurden ergriffen? (Es sind mehrere Optionen möglich)

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

7 Wie häufig tritt bei der PatientIn Stuhlinkontinenz auf?

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

8 Wie lange ist die PatientIn stuhlinkontinent?

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

9 Leidet die PatientIn an inkontinenzbedingten Verletzungen?

- Ja
- Nein (Bitte mit Frage 12 fortfahren)

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

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

11 Spezielle Hautpflege zur Behandlung inkontinenzbedingter Verletzungen?

- Ja
- Nein

12 Spezielle Hautpflege zur Prävention inkontinenzbedingter Verletzungen?

- Ja
- Nein

1 Klinisches Bild der PatientIn.

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

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

- Ja
- Nein

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

- Ja
- Nein

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

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

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

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

- Ja
- Nein (Bitte mit Frage 8 fortfahren)

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

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

7 Was war das Resultat des Screenings des Ernährungszustands?

- Nicht mangelernährt
- Risiko für Mangelernährung
- Mangelernährt
- Unbekannt

8 Wie oft findet eine Überwachung des Gewichtes statt?

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

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

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

BITTE UNBEDINGT ALLE FRAGEN AUSFÜLLEN!

10 Wurden Körperlänge und Gewicht der PatientIn auf dem allgemeinen Fragebogen (Modul 3) der Erhebung bereits ausgefüllt?

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

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

- Ja
- Nein

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

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

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

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

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

- Ja
- Nein

15 Hat die PatientIn Probleme beim Schlucken?

- Ja
- Nein

Modul Intertrigo

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

3d

1 An welchen Stellen ist die PatientIn an Intertrigo erkrankt?

(Es sind mehrere Antworten möglich)

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

2 Wann ist die jüngste betroffene Stelle entstanden?

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

3 Welche pflegerische(n) Maßnahme(n) zur Prävention/ Behandlung von Intertrigo wurde(n) ergriffen? (Es sind mehrere Antworten möglich)

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

Modul Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen

3e

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

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

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

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

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

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

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

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

17 Haben die freiheitsentziehende Maßnahmen zu Verletzungen geführt?

- Ja
- Nein (*Modul beendet*)

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

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