

Masterarbeit

**DEKUBITUS, INKONTINENZ UND MANGELERNÄHRUNG
IN ÖSTERREICHISCHEN KRANKENHÄUSERN UND
PFLEGEHEIMEN –**

**Prävalenz, Pflegemaßnahmen und Qualitätsindikatoren im
Längsschnittvergleich 2009-2011**

eingereicht von

Heike Füreder, BSc

Mat.Nr.: 0533270

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von Betreuerin

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

Graz, am 08.09.2011

Ehrenwörtliche Erklärung

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

A handwritten signature in black ink, reading "Heike Füreder". The script is cursive and fluid, with the first name "Heike" and the last name "Füreder" clearly distinguishable.

Graz, am 08.09.2011

Heike Füreder, BSc

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich den Mitarbeiterinnen des Instituts für Pflegewissenschaft, allen voran Frau Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christa Lohrmann, sowie meinen Studienkolleginnen für die wertvollen Tipps und die konstruktive Kritik im Rahmen der Kolloquien danken.

Danke an Denise und Irmi für das gewissenhafte Korrekturlesen meiner Masterarbeit.

Besonderer Dank gilt meiner Familie, insbesondere meinen Eltern, für ihre liebevolle Unterstützung und den Glauben an mich und meine Entscheidungen während meiner gesamten Studienzeit.

Danke auch an meinen Freund Patrick für seine Geduld und seine vielen aufmunternden Worte.

Abschließend möchte ich mich bei allen, die mich während meiner Studienzeit begleitet und auf irgendeine Art und Weise zum Entstehen dieser Arbeit beigetragen haben, bedanken.

Inhaltsverzeichnis

Ehrenwörtliche Erklärung.....	II
Danksagung	III
Inhaltsverzeichnis	IV
Glossar	VII
Abkürzungsverzeichnis	X
Abbildungsverzeichnis	XI
Tabellenverzeichnis.....	XII
Zusammenfassung	XIII
Abstract.....	XIV
1 EINLEITUNG.....	1
2 HINTERGRÜNDE DIESER ARBEIT	2
2.1 Dekubitus	2
2.2 Inkontinenz	3
2.3 Mangelernährung	5
2.4 Die Europäische Pflegequalitätserhebung als Feedback- und Benchmarkinginstrument	7
3 LITERATURÜBERBLICK	8
3.1 Literaturrecherche	8
3.2 Relevanz epidemiologischer Forschung in der Pflege.....	10
3.2.1 Querschnittstudien.....	11
3.2.2 Trendstudien bzw. wiederholte Querschnittstudien	13
3.3 Ergebnisse wiederholter Prävalenzerhebungen	15
3.3.1 Dekubitusgesamtprävalenz in Krankenhäusern	16
3.3.2 Dekubitusprävalenz der Risikogruppe in Krankenhäusern	17
3.3.3 Dekubitusgesamtprävalenz in Pflegeheimen	18
3.3.4 Dekubitusprävalenz der Risikogruppe in Pflegeheimen	19

3.3.5 Prävalenz der Urininkontinenz in Krankenhäusern	20
3.3.6 Prävalenz der Urininkontinenz in Pflegeheimen.....	21
3.3.7 Prävalenz der Mangelernährung in Krankenhäusern	21
3.3.8 Prävalenz der Mangelernährung in Pflegeheimen	22
3.4 Fazit des Literaturüberblicks	22
4 ZIELSETZUNG UND FORSCHUNGSFRAGEN	25
5 METHODE	26
5.1 Studiendesign.....	26
5.2 Stichprobenauswahl	26
5.3 Messmethoden	27
5.4 Ethische Aspekte.....	28
5.5 Datenerhebung	29
5.6 Datenanalyse	30
6 ERGEBNISSE.....	32
6.1 Stichproben	32
6.1.1 Teilnahme.....	32
6.1.2 Charakteristika der Stichproben	34
6.2 Dekubitus	35
6.2.1 Dekubitusgesamtprävalenz.....	35
6.2.2 Dekubitusprävalenz der Risikogruppe (Braden-Wert ≤ 20)	36
6.2.3 Einrichtungsinterne Entstehung von Dekubitus	37
6.2.4 Maßnahmen zur Dekubitusprävention bei RisikopatientInnen und RisikobewohnerInnen.....	38
6.2.5 Qualitätsindikatoren zu Dekubitus auf Einrichtungsebene	39
6.3 Inkontinenz	40
6.3.1 Prävalenz der Inkontinenz.....	40
6.3.2 Pflegemaßnahmen bei Inkontinenz	42

6.3.3 Qualitätsindikatoren zu Inkontinenz auf Einrichtungsebene	44
6.4 Mangelernährung	45
6.4.1 Prävalenz der Mangelernährung.....	45
6.4.2 Maßnahmen zur Prävention und Behandlung der Mangelernährung	46
6.4.3 Qualitätsindikatoren zu Mangelernährung auf Einrichtungsebene	48
7 DISKUSSION	50
7.1 Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse.....	50
7.1.1 Dekubitus	50
7.1.2 Inkontinenz.....	51
7.1.3 Mangelernährung	51
7.2 Diskussion der Ergebnisse	52
7.2.1 Vergleichbarkeit der Stichproben.....	52
7.2.2 Dekubitus	53
7.2.3 Inkontinenz.....	56
7.2.4 Mangelernährung	59
7.3 Stärken und Schwächen der Studie.....	61
7.4 Implikationen für Forschung und Praxis	62
Literaturverzeichnis	XV
Anhang	XXVI

Glossar

Abhängige Variable: Variable, von der angenommen wird, dass sie von der unabhängigen Variable abhängig ist bzw. verursacht wird (Polit & Beck 2011).

Assessmentinstrument: Instrument zur Einschätzung von PatientInnen und BewohnerInnen hinsichtlich (pflege)relevanter Phänomene; sollte standardisiert, strukturiert und psychometrisch getestet sein (Bartholomeyczik 2009).

Benchmarking: strukturierter Prozess, im Rahmen dessen der Vergleich der einrichtungsspezifischen Leistung mit „den Besten“ die Basis für Qualitätsverbesserungen bietet (Johnson 2006).

Chi-Quadrat Test: Statistischer Test zur Analyse von Häufigkeitsunterschieden (Polit & Beck 2011).

Deskriptive Statistik: Statistik zur Beschreibung und Zusammenfassung von Daten anhand statistischer Kennwerte wie z.B. Mittelwert (Polit & Beck 2011; Bortz & Schuster 2010).

Einfaktorielle Varianzanalyse: statistisches Verfahren zur Überprüfung von Mittelwertsunterschieden zwischen drei oder mehreren Gruppen (Polit & Beck 2011).

Experimentelles Studiendesign: Design, welches durch das Setzen einer gezielten Intervention, durch eine Kontrollgruppe sowie durch randomisierte Gruppenzuteilung gekennzeichnet ist (Polit & Beck 2011).

Externe Validität: Generalisierbarkeit der Studienergebnisse über die untersuchte Stichprobe und die Bedingungen der Erhebung hinaus (Bortz & Schuster 2010).

Fisher's exakter Test: statistisches Verfahren zur Überprüfung der Signifikanz von Häufigkeitsunterschieden; wird bei geringer Stichprobengröße oder unbesetzten Zellen in der Kontingenztafel verwendet (Polit & Beck 2011).

Inferenzstatistik: erlaubt im Gegensatz zur deskriptiven Statistik Hypothesenprüfungen (Bortz & Schuster 2010).

Informierte Zustimmung: ethisches Prinzip, welches die freiwillige Studienteilnahme nach einer umfassenden Aufklärung über mögliche Risiken und Vorteile einer Studie umfasst (Polit & Beck 2011).

Item: eine einzelne Frage bzw. eine einzelne Aussage eines Fragebogens oder einer Skala (Polit & Beck 2011).

Kruskal-Wallis-Test: nichtparametrisches Testverfahren zur Überprüfung von Unterschieden zwischen drei oder mehreren unabhängigen Gruppen auf Basis rangskalierten Daten (Polit & Beck 2011).

Längsschnittvergleich: Vergleiche zwischen mehreren Zeitpunkten (ed. Lohrmann 2010).

Mann-Whitney-U-Test: nichtparametrisches Testverfahren zur Überprüfung von Unterschieden zwischen zwei Gruppen auf Basis rangskalierten Daten (Polit & Beck 2011).

Mittelwert: statistisches Maß der zentralen Tendenz einer Verteilung (Bortz & Schuster 2010).

Morbidität: Maßzahl für die Krankheitshäufigkeit (Gordis 2009).

Mortalität: Maßzahl für die Sterblichkeit (Gordis 2009).

Multizentrische Studie: kooperative Studie, an der sich mehrere Einrichtungen beteiligen (Brüggemann, Irle & Mai 2007).

Pflegesensitives Ergebnis: Ergebniszustand von PflegeempfängerInnen, welcher überwiegend auf pflegerische Interventionen zurückzuführen ist bzw. durch diese beeinflusst werden kann (Johnson, Maas & Moorhead 2006).

Pflegephänomen: Aspekt des gesundheitlichen Zustands einer Person, aufgrund dessen pflegerische Maßnahmen gesetzt werden (Berthou 2004).

Population: alle potentiell untersuchbaren Objekte, denen bestimmte Eigenschaften gemeinsam sind (Bortz & Schuster 2010).

Prädiktive Validität: Grad, zu dem ein Instrument ein Kriterium in der Zukunft, z.B. das Auftreten von Dekubitus, vorhersagen kann (Polit & Beck 2011).

Prävalenz: Anteil an Personen einer Population, welche zu einem bestimmten Zeitpunkt ein spezifisches Gesundheitsproblem aufweisen, bezogen auf die Gesamtzahl an Personen der Population zu diesem Zeitpunkt (Gordis 2009).

p-Wert: Wahrscheinlichkeit, dass Ergebnisse eines statistischen Tests alleine auf Zufall zurückzuführen sind (Polit & Beck 2011).

Randomisierte Gruppenzuteilung: auf Zufall beruhende Zuteilung von StudienteilnehmerInnen zu Behandlungsgruppen (Polit & Beck 2011).

Signifikanzniveau: Wahrscheinlichkeit, mit der beobachtete Beziehung auf Zufall beruht; wird zur statistischen Absicherung von Entscheidungen meist mit 0,05 bzw. 0,01 festgelegt (Bortz & Schuster 2010; Polit & Beck 2011).

Sensitivität: Fähigkeit eines Instruments das Vorliegen eines Zustandes richtigerweise zu identifizieren (Polit & Beck 2011).

Spezifität: Fähigkeit eines Instruments das Nicht Vorliegen eines Zustandes korrekt festzustellen (Polit & Beck 2011).

Standardabweichung: statistisches Maß der Streuung bzw. Variabilität einer Verteilung (Bortz & Schuster 2010; Polit & Beck 2011).

t-Test für unabhängige Stichproben: statistischer Test, der zwei Gruppen auf einen statistisch signifikanten Unterschied bezüglich ihrer Mittelwerte untersucht (Bortz & Schuster 2010).

Unabhängige Variable: Variable, von der angenommen wird, dass sie die abhängige Variable verursacht bzw. beeinflusst (Polit & Beck 2011).

Abkürzungsverzeichnis

BMI	Body Mass Index
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
DI	Doppelinkontinenz
ed./eds	editor/editors; HerausgeberIn/HerausgeberInnen
edn	edition; Auflage
EMBASE	Excerpta Medica Database
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
et al.	et alii; und andere
ICS	International Continence Society
KH	Krankenhaus
LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen/landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten
M	Mittelwert
ME	Mangelernährung
n	zugrunde liegende Stichprobengröße; absolute Anzahl
n.d.	no publication date; ohne Jahresangabe
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
p	p-Wert
PH	Pflegeheim
UI	Urininkontinenz
SD	Standardabweichung
SI	Stuhlinkontinenz
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
Tab.	Tabelle
vs.	versus; gegenüber gestellt

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prozess der Recherche nach empirischer Literatur	10
Abbildung 2: Dekubitusgesamtprävalenz inkl. und exkl. Dekubitus ersten Grades in Krankenhäusern und Pflegeheimen	36
Abbildung 3: Dekubitusprävalenz der Risikogruppe inkl. und exkl. Dekubitus ersten Grades in Krankenhäusern und Pflegeheimen.....	37
Abbildung 4: Prävalenz der Urin-, Stuhl- und Doppelinkontinenz in Krankenhäusern und Pflegeheimen	41
Abbildung 5: Prävalenz der Mangelernährung nach der Definition von Meijers et al. (2009b) in Krankenhäusern und Pflegeheimen	46

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Belegung und Teilnahme	33
Tabelle 2: Gründe für die Nicht-Teilnahme in %	33
Tabelle 3: Charakteristika der Stichproben	34
Tabelle 4: Durchgeführte Maßnahmen zur Dekubitusprävention bei RisikopatientInnen und –bewohnerInnen in % (Mehrfachantworten möglich).....	39
Tabelle 5: Qualitätsindikatoren zu Dekubitus auf Einrichtungsebene	40
Tabelle 6: Durchgeführte Maßnahmen und verwendete Hilfsmittel bei urininkontinenten PatientInnen und BewohnerInnen in % (Mehrfachnennungen möglich)	42
Tabelle 7: Qualitätsindikatoren zu Inkontinenz auf Einrichtungsebene.....	45
Tabelle 8: Eingeleitete Maßnahmen zur Behandlung mangelernährter PatientInnen und BewohnerInnen in % (Mehrfachnennungen möglich)	47
Tabelle 9: Qualitätsindikatoren zu Mangelernährung auf Einrichtungsebene	49
Tabelle 10: Ausgewählte wiederholte Prävalenzstudien zu Dekubitus.....	XXVII
Tabelle 11: Ausgewählte wiederholte Prävalenzstudien zu Inkontinenz	XXXI
Tabelle 12: Ausgewählte wiederholte Prävalenzstudien zu Mangelernährung.....	XXXII

Zusammenfassung

Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung stellen in Krankenhäusern und Pflegeheimen weit verbreitete Gesundheitsprobleme dar, zu deren Prävention und Versorgung Pflegende einen wesentlichen Beitrag leisten. Eine regelmäßige Teilnahme an Prävalenzerhebungen ermöglicht, Veränderungen im Ausmaß dieser Pflegephänomene in der pflegerischen Praxis zu identifizieren. In Österreich findet seit 2009 jährlich die Europäische Pflegequalitätserhebung zur Erfassung pflegebezogener Probleme statt.

Ziel dieser Arbeit ist es aufzuzeigen, inwieweit sich bei wiederholt an der Erhebung teilnehmenden Krankenhäusern und Pflegeheimen Prävalenz, pflegerische Maßnahmen sowie Qualitätsindikatoren hinsichtlich Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung zwischen den Erhebungszeitpunkten verändert haben.

Grundlage für die Analyse sind Daten von 12 Krankenhäusern und 11 Pflegeheimen mit zweimaliger Erhebungsbeteiligung sowie von 3 Krankenhäusern, welche bisher seit 2009 jährlich an der Erhebung teilnahmen. Die Stichproben waren hinsichtlich relevanter Merkmale vergleichbar.

In Krankenhäusern und Pflegeheimen mit zweimaliger Erhebungsbeteiligung sanken die Dekubitusgesamtprävalenz sowie die Prävalenz der Risikogruppe. In Krankenhäusern mit jährlicher Erhebungsteilnahme stiegen diese an. Der Anteil an urininkontinenten PatientInnen nahm in Krankenhäusern mit zweimaliger Erhebungsbeteiligung zu und schwankte in Krankenhäusern mit jährlicher Teilnahme. Hinsichtlich Stuhlinkontinenz kam es in Krankenhäusern zu einem Rückgang der Prävalenz. In Pflegeheimen blieb die Prävalenz der Urin-, und Stuhlinkontinenz weitgehend konstant. Die Prävalenz der Mangelernährung sank in Krankenhäusern zwischen den Erhebungen, während sie in Pflegeheimen leicht anstieg. Die Zahl der zur Vorbeugung bzw. Versorgung der drei Pflegephänomene gesetzten Maßnahmen wurde in Pflegeheimen und Krankenhäusern mit zweimaliger Erhebungsbeteiligung weitgehend gesteigert. In Krankenhäusern mit jährlicher Teilnahme an der Erhebung sind die Ergebnisse inkonsistent. Die Zahl der Qualitätsindikatoren hinsichtlich der drei Pflegephänomene stieg in Pflegeheimen stark an. In Krankenhäusern kam es zu geringen Veränderungen.

Die Ergebnisse zeigen, dass in wiederholt an der Erhebung teilnehmenden Einrichtungen Veränderungen der Prävalenz, der gesetzten Maßnahmen sowie der Qualitätsindikatoren erzielt wurden. Um langfristige Entwicklungen ablesen zu können, ist jedoch eine regelmäßige Teilnahme an der Europäischen Pflegequalitätserhebung notwendig.

Abstract

Pressure ulcers, incontinence, and malnutrition are common health problems in hospitals and nursing homes. Nurses play an important role in the prevention and care of these nursing phenomena. Regular participation in prevalence studies offers information on changes in the extent of these problems, as well as on changes in the care provided. Since 2009 the Prevalence Survey of Care Problems has been conducted annually in Austria.

This thesis aims to describe changes in prevalence rates, in the use of nursing interventions and in quality indicators with regard to pressure ulcers, incontinence, and malnutrition in hospitals and nursing homes that participated repeatedly in the survey.

Data from 12 hospitals and 11 nursing homes participating in the survey twice, and 3 hospitals participating annually since 2009 were analyzed. The samples were comparable with regard to important characteristics.

The overall pressure ulcer prevalence rate, as well as the adjusted prevalence rate, decreased in hospitals and nursing homes participating twice in the survey. In hospitals participating annually, the pressure ulcer prevalence rates increased. An increase for the prevalence of urinary incontinence was found in hospitals participating twice, whereas there were no clear tendencies in hospitals participating annually. Regarding fecal incontinence, the prevalence rate decreased in hospitals. In nursing homes the prevalence rates of urinary and fecal incontinence remained stable. The prevalence of malnutrition tended to decrease in hospitals and slightly increased in nursing homes. The use of nursing interventions regarding pressure ulcers, incontinence, and malnutrition increased in hospitals and nursing homes which participated twice in the survey. In hospitals participating annually in the survey, the results concerning nursing interventions were more incoherent. The number of quality indicators applied in nursing homes increased over time, while there were only slight changes in hospitals.

The results indicate that prevalence rates, nursing interventions, and quality indicators can be changed over time in health care institutions participating repeatedly in prevalence surveys. A regular participation in the Prevalence Survey of Care Problems is necessary in order to be able to monitor long-term trends.

1 Einleitung

Pflegende stellen die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen dar und leisten einen wesentlichen Beitrag zur Qualität der Versorgung in Krankenhäusern und Pflegeheimen (Kane et al. 2007; Spilsbury et al. 2011). Durch steigenden Kostendruck sowie eine sich verändernde Rolle von PflegeempfängerInnen gewinnt der Nachweis der Effektivität und Effizienz der pflegerischen Versorgung immer mehr an Bedeutung. Pflegende sehen sich somit mit der Herausforderung konfrontiert die Pflegequalität laufend zu verbessern (Stemmer 2005).

Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung stellen Gesundheitsprobleme dar, zu deren Vermeidung und Versorgung die Pflege einen wichtigen Beitrag leistet. Aus diesem Grund dienen diese drei Phänomene als wesentliche Indikatoren der Pflegequalität (Blegen 2006; Jefferies, Johnson & Ravens 2011; Palmer 2008).

Die Europäische Pflegequalitätserhebung liefert Daten zur einrichtungseigenen Prävalenz, den gesetzten präventiven und kurativen Maßnahmen sowie zu Qualitätsindikatoren, unter anderem hinsichtlich Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung. Die teilnehmenden Einrichtungen erhalten nicht nur Feedback über die eigene Versorgungspraxis, sondern können die einrichtungsinternen Leistungen im Sinne von Benchmarking mit den Leistungen anderer Einrichtungen vergleichen. Dies ermöglicht die Identifikation etwaiger Problemfelder in der Praxis und legt somit die Basis für das Setzen von gezielten Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung (Halfens, Bours & Bronner 2001).

Österreichische Krankenhäuser und Pflegeheime haben seit 2009 die Möglichkeit an der Europäischen Pflegequalitätserhebung teilzunehmen. Durch die geringe Anzahl an bisherigen Erhebungen konnten soweit nur wenige Aussagen über möglicherweise in der Pflegepraxis erzielte Veränderungen getätigt werden. Der Erkenntnisgewinn dieser Arbeit besteht darin, aufzuzeigen, inwieweit sich bei wiederholt an der Erhebung teilnehmenden Einrichtungen Prävalenz, pflegerische Maßnahmen und Qualitätsindikatoren hinsichtlich Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung zwischen den Erhebungszeitpunkten verändert haben.

2 Hintergründe dieser Arbeit

In diesem Kapitel werden die Pflegephänomene Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung definiert und es wird näher auf deren Relevanz eingegangen. Zusätzlich wird die Bedeutung von Feedback und Benchmarking für die Versorgungsqualität im Gesundheitswesen erläutert.

2.1 Dekubitus

Das European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) definiert Dekubitus in Zusammenarbeit mit dem amerikanischen National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) als *„eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Scherkräften“* (EPUAP & NPUAP 2009, p. 7).

Die Prävalenz von Dekubitus in stationären Einrichtungen wurde bereits in vielen internationalen Studien erhoben. Die Vergleichbarkeit der Studienergebnisse kann jedoch aufgrund unterschiedlicher Definitionen von Dekubitus, verschiedener Datenerhebungsmethoden und nicht vergleichbarer Populationen stark eingeschränkt sein (Baharestani et al. 2009). In einer Pilotstudie des EPUAP wurde die Dekubitusprävalenz für Krankenhäuser aus Belgien, Italien, Portugal, Großbritannien und Schweden erhoben. Von den 5.947 teilnehmenden KrankenhauspatientInnen wiesen 18,1% mindestens einen Dekubitus auf. Die Prävalenzraten schwankten in den einzelnen Ländern zwischen 8,3% in Italien und 23% in Schweden (Vanderwee et al. 2007). In Österreich lag die Dekubitusprävalenz im Jahr 2010 für KrankenhauspatientInnen bei 3,5% (ed. Lohrmann 2010). Auch in Pflegeheimen variieren die berichteten Prävalenzraten. Im Jahr 2003 erhobene Daten ergaben für niederländische PflegeheimbewohnerInnen eine Dekubitusgesamtprävalenz von 29,2% (Tannen et al. 2006). In den USA wiesen im Jahr 2004 von 159.000 untersuchten PflegeheimbewohnerInnen 11% mindestens einen Dekubitus auf (Park-Lee, Caffrey & Division of Health Care Statistics 2009). Geringere Prävalenzraten zeigten sich in Österreich und Deutschland. In österreichischen Pflegeheimen betrug die Dekubitusgesamtprävalenz im Jahr 2010 6,3% (ed. Lohrmann 2010) und in Deutschland 3,9% (Kottner, Dassen & Lahmann 2011).

Dekubitus stellt nicht nur ein weit verbreitetes Gesundheitsproblem dar, sondern ist für die Betroffenen, deren Angehörige und das Gesundheitssystem mit schwerwiegenden

Konsequenzen verbunden. Personen mit Dekubitus weisen ein erhöhtes Risiko für Zusatzerkrankungen und ein erhöhtes Mortalitätsrisiko auf (Takahashi, Cha & Kiemele 2008). Des Weiteren geht Dekubitus mit einer starken Einschränkung der Lebensqualität einher. Betroffene erleben nicht nur Schmerzen, sondern berichten auch von vermehrter Abhängigkeit und finanziellen Belastungen (Gorecki et al. 2009). Die Versorgung von Dekubitus benötigt große zeitliche Ressourcen und verursacht hohe Kosten für das Gesundheitssystem. Eine Schätzung für die Niederlande geht davon aus, dass mindestens ein Prozent der gesamten Ausgaben im Gesundheitswesen auf die Versorgung von Dekubitus zurückzuführen sind (Severens et al. 2002).

Zusätzlich wird die Dekubitusrate als wesentlicher Indikator der Pflegequalität angesehen. Pflegende spielen eine zentrale Rolle in der Versorgung und Prävention von Dekubitus (Blegen 2006; Scott-Cawiezell & Vogelsmeier 2006). In einer US-amerikanischen Studie konnte aufgezeigt werden, dass die Prävention von Dekubitus im Vergleich zur Versorgung kosteneffektiver ist (Padula et al. 2011). Die Reduktion der Dekubitusprävalenz ist unter Berücksichtigung der PatientInnensicherheit sowie eines effizienten Ressourceneinsatzes somit ein wesentliches Qualitätsziel der Pflege.

2.2 Inkontinenz

Inkontinenz, welche die Phänomene Urininkontinenz (UI) und Stuhlinkontinenz (SI) umfasst, stellt bei institutionalisierten Personen ein häufig auftretendes Problem dar. Die International Continence Society (ICS) definiert UI als *„the complaint of any involuntary leakage of urine“* (Abrams et al. 2003, p. 38). Unter UI wird somit jeglicher unfreiwillige Verlust von Urin verstanden. Eine SI wird von der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) als: *„eine Veränderung der normalen Stuhlgewohnheiten, die durch ungewollte Stuhlentleerung gekennzeichnet ist“* definiert (Doenges, Moorhouse & Geissler-Murr 2003, p. 721). Ist eine Person sowohl von Urin- als auch von Stuhlinkontinenz betroffen, liegt eine Doppelinkontinenz (DI) vor.

Eine australische Studie an 447 KrankenhauspatientInnen ergab eine Prävalenz der UI von 22% (Ostaszkievicz, O’Connell & Millar 2008). Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit den Resultaten der österreichischen Prävalenzerhebung im Jahr 2010. Von 2.331 untersuchten KrankenhauspatientInnen wiesen 22,5% eine UI auf. Frauen und höhere Altersgruppen waren hierbei besonders stark betroffen (Nußbaumer 2010). Die Prävalenz der UI ist in Pflegeheimen überwiegend höher als in Krankenhäusern. In einer systematischen

Übersichtsarbeit, welche Ergebnisse von 16 internationalen Studien aus Europa, den USA und Asien enthält, wird von einer Prävalenz der UI zwischen 43% und 77% berichtet. Des Weiteren wurden das weibliche Geschlecht und ein höheres Lebensalter als Risikofaktoren für eine UI identifiziert (Offermans et al. 2009). Die Prävalenz der UI bei österreichischen PflegeheimbewohnerInnen im Jahr 2010 war mit 80,4% im internationalen Vergleich im höheren Wertebereich angesiedelt (Nußbaumer 2010).

Im Vergleich zur UI ist SI weniger verbreitet. In Deutschland schwankte der Anteil der von SI betroffenen KrankenhauspatientInnen in den Jahren 2003 bis 2005 zwischen 11% und 16% (Tabali et al. 2006). In australischen Krankenhäusern wurde von einer Prävalenz der SI von 10% berichtet (Ostaszkiwicz, O'Connell & Millar 2008), während in österreichischen Krankenhäusern 8,2% der PatientInnen von einer SI und weitere 6,5% von einer DI betroffen waren (Nußbaumer 2010). Sowohl in Österreich als auch in Deutschland ist die Prävalenz der SI in Pflegeheimen im Vergleich zu Krankenhäusern deutlich höher. Zwischen 2003 und 2005 lag der Anteil an stuhlinkontinenten BewohnerInnen in deutschen Pflegeheimen zwischen 46% und 50%. Des Weiteren litten zwischen 44,5% und 50,2% an einer DI (Tabali et al. 2006). In österreichischen Pflegeheimen lag die Prävalenz der SI bei 57,1% und die der DI bei 54,4% (Nußbaumer 2010).

Die internationalen Prävalenzzahlen zur Inkontinenz variieren zum Teil stark und sind oft nur eingeschränkt miteinander vergleichbar. Gründe hierfür sind unterschiedliche Definitionen von Inkontinenz, Populationen mit eingeschränkter Vergleichbarkeit sowie unterschiedliche Erhebungsmethoden (Offermans et al. 2009).

Inkontinenz ist nach wie vor ein tabuisiertes Problem, welches die Lebensqualität der Betroffenen stark einschränkt. Sowohl UI als auch SI sind häufig mit Scham, Depressionen und sozialer Isolierung verbunden (Bartlett, Nowak & Ho 2009; DuBeau, Simon & Morris 2006). Die Betroffenen haben Angst, dass ihre Inkontinenz öffentlich wird und schränken daher ihre sozialen Aktivitäten weitgehend ein. Aber auch auf körperlicher und ökonomischer Ebene ist Inkontinenz mit Belastungen verbunden (Ahnis & Knoll 2008). Durch den längeren Kontakt mit Urin oder Stuhl kann es zu schmerzhaften Entzündungen der Haut kommen. Die Beeinflussung der Hautintegrität kann in weiterer Folge die Entstehung von Dekubitus begünstigen (Gray 2007). Das Vorhandensein von UI stellt zusätzlich einen Risikofaktor für Stürze bei älteren Personen dar. Insbesondere Dranginkontinenz, welche mit einem starken plötzlichen Harndrang einhergeht, ist mit Stürzen assoziiert (Kron et al. 2003). In weiterer Folge führt UI häufig zu zusätzlichen

funktionellen Einschränkungen. Dies wiederum erhöht das Risiko urininkontinenter Personen für eine vermehrte Abhängigkeit bzw. für eine Pflegeheimweisung (Holroyd-Leduc, Mehta & Covinsky 2004). Auf ökonomischer Ebene ist Inkontinenz mit großen finanziellen Belastungen verbunden. Es sind sowohl direkte Kosten, wie z.B. für Behandlung und Hilfsmittel, als auch indirekte Kosten, z.B. für durch Inkontinenz verursachte Hautschädigungen oder Stürze, zu berücksichtigen (Durrant & Snape 2003). Pflegende haben in Bezug auf die Versorgung inkontinenter PatientInnen und BewohnerInnen eine hohe Verantwortung. Eine qualitätsvolle pflegerische Versorgung zeichnet sich in diesem Zusammenhang durch ein Assessment der Inkontinenz sowie das Durchführen effektiver Pflegemaßnahmen aus. Die Nutzung von Inkontinenz als Indikator für die Pflegequalität bietet hierbei die Basis für eine kontinuierliche Verbesserung der pflegerischen Versorgung (Palmer 2008).

2.3 Mangelernährung

Mangelernährung ist in Gesundheitseinrichtungen nach wie vor ein häufig unterschätztes Problem. Das Fehlen einer einheitlichen Begriffsverwendung erschwert Forschung und Kommunikation hinsichtlich dieses Phänomens. Der Begriff Mangelernährung kann mehrere Bedeutungen umfassen. Neben einer Unterernährung aufgrund unzureichender Nahrungsaufnahme, kann darunter eine Überernährung durch exzessiven Nahrungsverzehr oder eine Fehlernährung im Sinne eines Nährstoffmangels bzw. eines Ungleichgewichts der Nährstoffaufnahme verstanden werden (Chen, Schilling & Lyder 2001). Die dieser Arbeit zugrunde liegende Definition beschreibt Mangelernährung (ME) als: *„anhaltendes Defizit an Energie und/oder Nährstoffen im Sinne einer negativen Bilanz zwischen Aufnahme und Bedarf mit Konsequenzen und Einbußen für Ernährungszustand, physiologische Funktionen und Gesundheitszustand“* (Bartholomeyczik et al. 2008, p. 49). In einer Übersichtsarbeit, welche 19 Studien aus den USA, Lateinamerika, Australien, Asien und Europa umfasst, wird von einer Prävalenz der ME zwischen 13% und 78% bei KrankenhauspatientInnen berichtet (Kubrak & Jensen 2007). Bei der österreichischen Prävalenzerhebung im Jahr 2010 wurden je nach Erhebungsmethode zwischen 7,6% und 23,2% der PatientInnen in Krankenhäusern als mangelernährt eingestuft. Im Vergleich zu internationalen Prävalenzzahlen lag die Prävalenz der ME in Krankenhäusern für Österreich somit im unteren Bereich (Maderdonner 2010). Eine Übersichtsarbeit, welche 42 internationale Prävalenzstudien in Pflegeheimen einschloss, weist je nach

Erhebungsmethode unterschiedliche Wertebereiche für die Prävalenz der ME auf. Eingeschlossene Studien, welche den Body Mass Index (BMI) zur Erfassung des Ernährungszustands nutzten, berichteten bei einem Cut-off Point von $\leq 20 \text{ kg/m}^2$ von Prävalenzen zwischen 10% und 50%. In Studien, welche eine ME anhand des Mini Nutritional Assessment identifizierten, wurden zwischen 2% und 38% der PflegeheimbewohnerInnen als mangelernährt eingestuft (Pauly, Stehle & Volkert 2007). In der österreichischen Prävalenzerhebung 2010 waren von den 1.502 untersuchten PflegeheimbewohnerInnen je nach Erhebungsmethode zwischen 14% und 26,1% mangelernährt (Maderdonner 2010). Es zeigt sich, dass die Prävalenz der ME in Abhängigkeit von der verwendeten Erhebungsmethode stark schwankt. Dies erschwert den Vergleich internationaler Prävalenzzahlen (Kubrak & Jensen 2007).

ME betrifft nicht nur viele PatientInnen und BewohnerInnen in Krankenhäusern und Pflegeheimen, sondern ist auch mit vielfältigen Konsequenzen verbunden. Insbesondere bei älteren Personen trägt die ME zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität bei. Mangelernährte PatientInnen und BewohnerInnen weisen eine verschlechterte Wundheilung, ein erhöhtes Infektionsrisiko, Einschränkungen der Muskelstärke sowie höhere Komplikationsraten auf. Dies führt in weiterer Folge zu längeren Rehabilitationszeiten und Krankenhausaufenthalten (Correia & Waitzberg 2003; Norman et al. 2008). ME trägt somit zu erheblichen Kosten im Gesundheitswesen bei. Correia & Waitzberg (2003) kamen in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass die durchschnittlichen Krankenhausaufenthaltskosten bei mangelernährten PatientInnen bis zu drei Mal so hoch ausfallen wie bei nicht mangelernährten PatientInnen. ME ist des Weiteren mit Angst und Depression, eingeschränkter Aktivität sowie einer reduzierten Selbstpflegefähigkeit verbunden. Dies kann unter anderem zu einer Reduktion der Lebensqualität bei den Betroffenen beitragen (Kvamme et al. 2011).

Der Prävention und Behandlung von ME kommt somit ein wesentlicher Stellenwert zu. Das Screening von PatientInnen in Bezug auf ihren Ernährungszustand, das Setzen von Maßnahmen zur Vorbeugung und Behebung von Ernährungsdefiziten sowie die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme stellen wesentliche Aufgaben von Pflegepersonen dar (Jefferies, Johnson & Ravens 2011). Um die pflegerische Versorgung laufend zu verbessern, scheinen Qualitätsindikatoren hinsichtlich ME somit von großer Bedeutung.

2.4 Die Europäische Pflegequalitätserhebung als Feedback- und Benchmarkinginstrument

Die Europäische Pflegequalitätserhebung, welche in Österreich seit 2009 jährlich durchgeführt wird, bietet eine gute Möglichkeit Pflegequalität sichtbar zu machen. Im Rahmen dieser Erhebung werden sowohl die Häufigkeiten von Pflegeproblemen wie Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung abgebildet, als auch in Gesundheitseinrichtungen durchgeführte Maßnahmen sowie vorhandene Qualitätsstrukturen aufgezeigt. Die teilnehmenden Einrichtungen erhalten mittels eines Berichts Feedback über die eigenen Stärken und Schwächen und können nationale Vergleichszahlen für Benchmarkingzwecke nutzen (Kottner et al. 2009a; Schönherr, Eichhorn-Kissel & Lohrmann 2011).

Auf Basis der Literatur kann davon ausgegangen werden, dass regelmäßiges Feedback sowie das Bereitstellen von Benchmarks positiven Einfluss auf die Leistungen von Gesundheitseinrichtungen ausüben. Jamtvedt et al. (2006) konnten in ihrer systematischen Übersichtsarbeit aufzeigen, dass Feedback im Sinne einer Zusammenfassung von einrichtungsspezifischen Leistungsdaten die Versorgungsqualität in Gesundheitseinrichtungen verbessern kann. Die Effektivität ist hierbei umso größer je intensiver das Feedback ausfällt und umso stärker die Ausgangsleistung der Gesundheitseinrichtung vom Optimum abweicht. Zusätzlich konnte in einer randomisierten, kontrollierten Studie gezeigt werden, dass die positiven Auswirkungen von Feedback auf die Qualität der Versorgung durch das Bereitstellen von Benchmarks weiter gesteigert werden können (Kiefe et al. 2001).

Hinsichtlich der Europäischen Pflegequalitätserhebung zeigte sich, dass teilnehmende Institutionen die einrichtungsspezifischen Ergebnisse als Stimulus für die Verbesserung der Versorgungspraxis empfanden. In einem Großteil der Gesundheitseinrichtungen wurden nach erstmaliger Teilnahme an der Erhebung Maßnahmen zur Optimierung der Versorgungsqualität geplant und/oder implementiert. Zu den Maßnahmen, welche nach erstmaliger Teilnahme an der Pflegequalitätserhebung am häufigsten initiiert wurden, zählte das Abhalten von Fortbildungen zu spezifischen Pflegephänomenen sowie die Einführung bzw. Aktualisierung von Präventions- und Behandlungsleitlinien (Halfens, Bours & Bronner 2001).

3 Literaturüberblick

In diesem Abschnitt wird die Methode der wiederholten Querschnittstudie dargestellt. Zusätzlich beinhaltet der Literaturüberblick die Ergebnisse wiederholter Prävalenzerhebungen hinsichtlich Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung. Zur Identifikation theoretischer und empirischer Literatur wurde im Zeitraum vom 08.04.2011 bis zum 10.05.2011 eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt.

3.1 Literaturrecherche

Um einen Überblick über die Methode der wiederholten Querschnittstudie zu erhalten, wurde eine Literaturrecherche in Bibliothekskatalogen, in über das Internet zugänglichen elektronischen Büchern sowie in den Fachzeitschriften „Statistics in Medicine“ und „Statistical Methods in Medical Research“ durchgeführt. Zusätzlich wurden die Literaturverzeichnisse identifizierter Publikationen nach weiterer relevanter Literatur durchsucht. Folgende Suchbegriffe wurden verwendet: longitudinal, Längsschnitt, (repeated) cross-sectional, (wiederholter) Querschnitt, Trend.

Die Suche wurde auf deutsch- und englischsprachige Literatur eingeschränkt, welche frühestens im Jahr 2001 publiziert wurde.

Zuerst wurde der Titel der Publikation hinsichtlich seiner Relevanz beurteilt. Anschließend wurden Inhaltsverzeichnis bzw. Abstract gesichtet, ob Informationen zum Studiendesign enthalten sind. Eingeschlossen wurden schließlich Publikationen, welche Zweck und Durchführung des Studiendesigns sowie Stärken und Schwächen umfassend beschreiben.

Insgesamt konnten nach Titelscreening sowie Beurteilung von Inhaltsverzeichnis bzw. Abstract 31 Publikationen identifiziert werden. Schließlich konnten nach kritischer Bewertung der Qualität des Inhalts 17 Werke in den Literaturüberblick aufgenommen werden.

Zur Schaffung eines Überblicks über die aktuellsten Forschungsergebnisse von wiederholten Querschnittstudien zur Prävalenz von Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Es wurde in den Datenbanken CINAHL, PubMed, ISI Web of Knowledge, EMBASE, Cochrane Library und Pascal recherchiert. Die Datenbanken EMBASE, Cochrane Library und Pascal wurden hierbei über das Datenbankportal OVID durchsucht. Für die Recherche wurden

englischsprachige Suchbegriffe verwendet, welche mit den Boolean Operators AND und OR auf folgende Weise verknüpft wurden:

- (pressure ulcer OR pressure sore OR bed sore OR decubit*) AND (longitudinal OR repeated cross-sectional OR trend) AND prevalence AND (hospital OR nursing home OR residential home)
- (urinary incontinence OR fecal incontinence OR faecal incontinence) AND (longitudinal OR repeated cross-sectional OR trend) AND prevalence AND (hospital OR nursing home OR residential home)
- (malnutrition OR malnourish*) AND (longitudinal OR repeated cross-sectional OR trend) AND prevalence AND (hospital OR nursing home OR residential home)

Zur Einschränkung der Suchergebnisse wurden Limitationen gesetzt: Die Suche wurde auf Titel und Abstract sowie auf deutsch- oder englischsprachige Publikationen der letzten zehn Jahre (2001-2011) beschränkt. Studien, welche die interessierenden Pflegephänomene bei Kindern oder Jugendlichen untersuchten, nicht in Pflegeheimen oder Krankenhäusern durchgeführt wurden oder nicht das Design der wiederholten Querschnittstudie anwendeten, wurden ausgeschlossen.

Zusätzlich zur systematischen Literaturrecherche in den Datenbanken wurde mit den oben genannten Suchkombinationen eine Recherche in der Suchmaschine yahoo.com sowie in der Metasuchmaschine search.com durchgeführt. Anhand der Metasuchmaschine search.com konnten weitere Suchmaschinen wie google.com und ask.com durchsucht werden. Zur Identifikation zusätzlicher relevanter Literatur wurden die Literaturverzeichnisse bereits ausgewählter Studien gesichtet.

Insgesamt konnten über die Datenbanken 393 Studien identifiziert werden. In den Suchmaschinen sowie in den Literaturverzeichnissen wurden weitere 26 Studien auffindig gemacht. In einem ersten Schritt wurden Titel und Abstract der gefundenen Artikel auf ihre Relevanz hinsichtlich dieser Masterarbeit beurteilt. Eingeschlossen wurden hierbei Studien, welche die Entwicklung von Prävalenzzahlen in Bezug auf Dekubitus, Inkontinenz oder Mangelernährung bei erwachsenen PatientInnen bzw. BewohnerInnen in Krankenhäusern bzw. Pflegeheimen auf Basis wiederholter Querschnitterhebungen darstellten. Nach Durchsicht von Titel und Abstract verblieben 43 Artikel, welche im Volltext gelesen und bewertet wurden.

Die Qualität der Studien wurde anhand der Checkliste von Weiss Roberts et al. (2004) evaluiert. Die Checkliste enthält Qualitätskriterien für eine umfassende Beurteilung von

Studien. Die zu beurteilenden Aspekte umfassen Titel, Abstract, Einleitung, theoretischen Rahmen, Forschungsproblem und -fragen, Literaturüberblick, Relevanz der Studie, Studiendesign, Datenerhebung, Stichprobe, Datenanalyse, ethische Standards, Ergebnisdarstellung, Diskussion und Schlussfolgerungen sowie Güte der allgemeinen Präsentation und Wissenschaftlichkeit. Zusätzlich wurden nur Studien eingeschlossen, in welchen auf die Konstanzhaltung von Erhebungsinstrument und -bedingungen sowie auf die Vergleichbarkeit der Stichproben zwischen den einzelnen Erhebungszeitpunkten geachtet wurde. Dies ist für die Aussagekraft von Ergebnissen wiederholter Querschnittstudien unumgänglich (Petrie & Sabin 2009; Schnell, Hill & Esser 2008). Schließlich hielten 22 Studien dieser kritischen Beurteilung stand und wurden in den Literaturüberblick aufgenommen. Der Verlauf der Recherche nach empirischer Literatur wird in Abbildung 1 dargestellt.

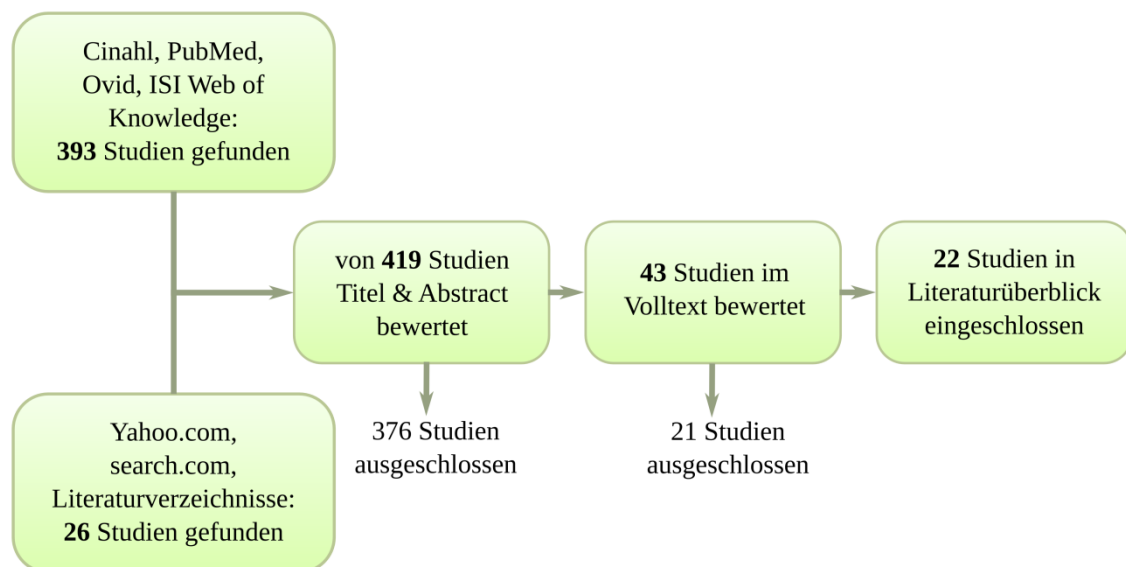


Abbildung 1: Prozess der Recherche nach empirischer Literatur

3.2 Relevanz epidemiologischer Forschung in der Pflege

Die Epidemiologie ist ein interdisziplinäres Wissenschaftsfeld, welches sich mit der Verbreitung und den Determinanten von gesundheitlichen Problemen in der Bevölkerung befasst (Friis & Sellers 2009).

Die Beantwortung epidemiologischer Fragestellungen ist auch in der Pflege von Bedeutung. Daten über das Auftreten und die Verteilung von Pflegephänomenen können der Planung pflegerischer Versorgung sowie einer angemessenen Ressourcenallokation dienen. Das Aufzeigen gesetzter Pflegeinterventionen trägt zur Transparenz der

pflegerischen Praxis bei. Beobachtungsstudien, welche pflegesensitive Ergebnisse erfassen, ermöglichen die Überprüfung pflegerischer Maßnahmen, welche aufgrund ethischer Implikationen nicht im Rahmen eines experimentellen Studiendesigns getestet werden können (Bartholomeyczik 2005). Diese Studien verzichten auf ein gezieltes Intervenieren sowie auf eine randomisierte Gruppenzuteilung. Im Rahmen von Beobachtungsstudien wird lediglich das Auftreten bestimmter Phänomene gemessen und der natürliche Verlauf der Dinge beobachtet (Friis & Sellers 2009). Die im Folgenden dargestellten Studiendesigns, Querschnitt- und Trenddesign, zählen zu den epidemiologischen Beobachtungsstudien (Petrie & Sabin 2009).

3.2.1 Querschnittstudien

Im Rahmen von Querschnittstudien werden die Daten von Interesse einmalig zu einem bestimmten Zeitpunkt, oder innerhalb einer kurzen Zeitspanne, erhoben (Bortz & Döring 2006; Diekmann 2009; Polit & Beck 2011). Querschnittstudien werden auch als Prävalenzstudien bezeichnet. Sie liefern eine Momentaufnahme hinsichtlich Häufigkeit und Verteilung von Krankheiten bzw. Pflegephänomenen. Der Fokus von Querschnittstudien ist deskriptiv, da sie vorrangig Schätzungen des quantitativen Ausmaßes eines Problems ermöglichen (Friis & Sellers 2009; La Torre 2010; Martin 2005). Prävalenzzahlen dienen dem Abschätzen des Versorgungsbedarfs von Bevölkerungsgruppen und erleichtern dadurch die Planung der Gesundheitsversorgung. Zahlen zur Verteilung von Pflegephänomenen ermöglichen zusätzlich die Identifikation von Hochrisikogruppen (Martin 2005). Obwohl Querschnittstudien vor allem deskriptiv ausgerichtet sind, können sie auch analytische Komponenten beinhalten und beispielsweise Assoziationen zwischen mehreren Phänomenen aufdecken. Hierbei erlaubt das Querschnittsdesign jedoch lediglich Aussagen über Korrelationen zwischen Merkmalen und nicht über kausale Beziehungen (La Torre 2010; Petrie & Sabin 2009).

Ein wesentlicher Vorteil von Querschnittstudien ist die schnelle und kostengünstige Durchführbarkeit. Da die Datenerhebung lediglich zu einem Zeitpunkt erfolgt und keine gezielten Interventionen gesetzt werden, sind die Daten rasch und ohne großen finanziellen Aufwand verfügbar (La Torre 2010; Petrie & Sabin 2009; Watson 2008). Eine weitere Stärke von Querschnittstudien ist die gleichzeitige Erhebung einer Reihe von Merkmalen. Dies lässt die Untersuchung mehrerer unabhängiger und abhängiger Variablen zu (La Torre 2010; Martin 2005). Da im Rahmen von Querschnittstudien die Daten lediglich

einmalig erhoben werden, ist die Bereitschaft für eine Studienteilnahme oftmals höher als bei Studiendesigns, welche wiederholte Datenerhebungen vorsehen. Dadurch ergibt sich die Möglichkeit größerer Stichproben, welche für inferenzstatistische Auswertungen, beispielsweise für vergleichende Subgruppenanalysen, vorteilhaft sind (Cohen, Manion & Morrison 2007). Die einmalige Datenerhebung verhindert zusätzlich eine Verzerrung der Studienergebnisse durch zeitabhängige Störfaktoren. Veränderungen der StudienteilnehmerInnen durch wiederholte Befragungen, äußere, zeitliche Einflüsse oder Ausfälle im Zeitverlauf stellen in Querschnittuntersuchungen aufgrund der fehlenden Zeitdimension kein Problem dar (Bortz & Döring 2006).

Mit Querschnittstudien sind jedoch auch Schwächen verbunden. Da Daten lediglich zu einem Messzeitpunkt erhoben werden, bieten sie nur eine Momentaufnahme der aktuellen Situation. Die externe Validität der Studienergebnisse ist somit durch fehlende zeitliche Generalisierbarkeit eingeschränkt (Bortz & Döring 2006). Querschnittstudien eignen sich des Weiteren nicht zum Erfassen seltener Phänomene mit kurzer Dauer. Die Wahrscheinlichkeit, entsprechende Fälle zum Zeitpunkt der Datenerhebung zu identifizieren, ist gering. Eine weitere potentielle Verzerrung der Studienergebnisse ist dadurch gegeben, dass die in Querschnittstudien identifizierten prävalenten Fälle die Gruppe der „Überlebenden“ repräsentieren. Dies bedeutet, dass insbesondere schwere Fälle in den erhobenen Daten unterrepräsentiert sein können (Friis & Sellers 2009; Martin 2005). Eine wesentliche Einschränkung von Querschnittstudien ist die fehlende Möglichkeit kausale Beziehungen nachzuweisen. Da alle Merkmale zum selben Zeitpunkt erhoben werden, kann die zeitliche Abfolge von Ereignissen nicht nachvollzogen werden. Es bleibt somit unklar, ob die angenommene unabhängige Variable der abhängigen Variable tatsächlich zeitlich vorgelagert ist (Friis & Sellers 2009; La Torre 2010; Polit & Beck 2011). Zeitliche Entwicklungen und Veränderungsprozesse können anhand von einfachen Querschnittstudien nicht erhoben werden, da dieses Studiendesign lediglich eine Momentaufnahme der aktuellen Situation erlaubt (Cohen, Manion & Morrison 2007; Petrie & Sabin 2009; Polit & Beck 2011).

3.2.2 Trendstudien bzw. wiederholte Querschnittstudien

Die Pflege befasst sich überwiegend mit Phänomenen dynamischer Natur. Somit ist es ein zentrales Ziel der Pflegeforschung den zeitlichen Verlauf sowie Veränderungen von Pflegephänomenen zu beschreiben. Auf diese Weise sollen Trendentwicklungen identifiziert werden (Weinert 2006). Ein Kritikpunkt am reinen Querschnittsdesign ist, dass es aufgrund des fehlenden Zeitfaktors keine Aussagen zu Veränderungen von Phänomenen über die Zeit erlaubt. Wiederholte Querschnittstudien, auch Trendstudien genannt, wirken dieser Kritik durch wiederholte Erhebungen im Zeitverlauf entgegen (de Vaus 2001).

Trendstudien zählen neben Panelstudien zu den Längsschnittdesigns. Im Vergleich zu Querschnittstudien werden in Längsschnittstudien die interessierenden Daten zu zwei oder mehreren Zeitpunkten erhoben. Ein weiteres Merkmal von Längsschnittstudien ist der wiederholte Einbezug derselben oder vergleichbarer Individuen in die Erhebung. Auf analytischer Ebene zeichnen sich diese Studientypen durch einen Vergleich von Daten zwischen unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten aus (Menard 2002). Längsschnittstudien sind zur Untersuchung zeitbezogener Prozesse notwendig und erlauben das Verfolgen von Veränderungen über die Zeit (Hall 2008; Polit & Beck 2011). Während in Panelstudien dieselben Daten wiederholt an derselben Stichprobe erhoben werden, werden in Trendstudien zu den verschiedenen Zeitpunkten unterschiedliche Stichproben derselben Population untersucht (Diekmann 2009; Hall 2008; Polit & Beck 2011). Die Stichproben in Trendstudien werden zu allen Erhebungszeitpunkten anhand desselben Auswahlverfahrens ermittelt. Es ist möglich, dass sich Teile der Stichproben in den unterschiedlichen Erhebungen überlappen. Potentielle Überschneidungen sind jedoch zufällig (Hall 2008).

Da Trendstudien als wiederholte Querschnitterhebungen zum gleichen Thema verstanden werden können (Diekmann 2009), ermöglichen sie es, Ergebnisse von Querschnitterhebungen zu replizieren und somit stärker abzusichern (Menard 2002). Trendstudien dienen nicht nur dazu Phänomene über die Zeit zu verfolgen und zu vergleichen, sondern sie ermöglichen auf Basis vergangener Entwicklungen auch Vorhersagen zukünftiger Trends. Dies ist insbesondere für die Planung der gesundheitlichen Versorgung von entscheidendem Vorteil (Cohen, Manion & Morrison 2007).

Trendstudien weisen nicht nur im Vergleich zu reinen Querschnittstudien Stärken auf. Auch innerhalb der Längsschnittdesigns zeichnen sie sich durch Vorteile aus. Im Vergleich zur Erhebung von Längsschnittdaten mittels Panelstudien ist die Erhebung anhand von

Trendstudien mit einem geringeren zeitlichen, personellen und somit auch ökonomischen Aufwand verbunden (Burns & Grove 2009; Ruspini 2002). Da in Trendstudien nicht dieselben Subjekte über einen langen Zeitraum untersucht werden, entfällt das in Panelstudien notwendige Engagement für die Vermeidung von Ausfällen von StudienteilnehmerInnen (de Vaus 2001; Diekmann 2009; Schnell, Hill & Esser 2008). Die Ergebnisse von Trendstudien können des Weiteren als frei von Paneleffekten gesehen werden. Unter Paneleffekten versteht man die Auswirkungen wiederholter Befragungen derselben Stichprobe. Werden Individuen wiederholt befragt, können Erinnerung und Gewöhnung die Ergebnisse verfälschen (Bortz & Döring 2006; Cohen, Manion & Morrison 2007; Schnell, Hill & Esser 2008). In Panelerhebungen kann die Gültigkeit der Untersuchungsergebnisse auch durch Panelmortalität, im Sinne von Ausfällen von StudienteilnehmerInnen im Laufe der Untersuchung durch Tod, verschlechterten Gesundheitszustand, Umzug oder Motivationsverlust, eingeschränkt werden. Probleme ergeben sich insbesondere, wenn es systematische Unterschiede zwischen ausgefallenen und verbleibenden StudienteilnehmerInnen gibt (Burns & Grove 2009; Cohen, Manion & Morrison 2007; Diekmann 2009). Da in Trendstudien Daten für alle TeilnehmerInnen nur zu einem Zeitpunkt erhoben werden und somit keine Ausfälle im Zeitverlauf auftreten, können Trendstudien auf längere Dauer angelegt sein. Sie eignen sich somit besonders für die Untersuchung längerfristiger Veränderungen (Ruspini 2002). Des Weiteren muss bei einer Trenderhebung die Ausgangsstichprobe nicht so groß wie bei einer Panelerhebung sein, da Ausfälle nicht eingeplant werden müssen (Watson 2008).

Ein wesentlicher Nachteil von Trenderhebungen gegenüber Panelerhebungen ist, dass Veränderungen nur auf Aggregats-, nicht jedoch auf individueller Ebene, verfolgt werden können. Dies bedeutet, dass Trendstudien lediglich Aussagen zu Veränderungen in der Gesamtheit der Stichprobe bzw. in Untergruppen der Stichprobe erlauben (Cohen, Manion & Morrison 2007; Diekmann 2009; Schnell, Hill & Esser 2008). Da in Trendstudien nicht dieselben Individuen über die Zeit verfolgt werden, ist dieser Studientyp ungeeignet für die Identifikation von kausalen Beziehungen. Auf Basis von Trenderhebungen sind somit keine Aussagen über die ursächlichen Zusammenhänge hinter Veränderungen zu tätigen (Cohen, Manion & Morrison 2007; Menard 2002; Ruspini 2002). Auch Vorhersagen auf Basis von Trenddaten sind mit Problemen verbunden. Die Prognosen basieren auf vergangenen Trends und berücksichtigen unvorhergesehene Ereignisse nicht. Dies schränkt die Zuverlässigkeit von Vorhersagen ein (Cohen, Manion & Morrison 2007). Ein weiterer wesentlicher Nachteil von Trendstudien ist, dass beobachtete Veränderungen über

die Zeit lediglich Stichprobenunterschiede widerspiegeln können. Da nicht dieselben Individuen wiederholt befragt werden, ist es schwierig beobachtete Unterschiede auf zeitliche Trends zurückzuführen. Aus diesem Grund ist im Rahmen von Trenderhebungen besonders die Vergleichbarkeit der Stichproben über die Zeit zu beachten (Cohen, Manion & Morrison 2007; Petrie & Sabin 2009; Watson 2008). Es gibt weitere Faktoren, welche einen sinnvollen Vergleich der Ergebnisse von wiederholten Querschnittstudien erschweren können. Veränderungen am Messinstrument, wie Neuformulierung von Fragestellungen oder veränderte Fragenreihung, können sich auf die Ergebnisse auswirken. Um derartigen Verzerrungen der Ergebnisse vorzubeugen, ist auf die Konstanzhaltung der Erhebungsbedingungen und des Messinstruments zu achten (Cohen, Manion & Morrison 2007; Ruspini 2002; Schnell, Hill & Esser 2008). Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass die Ergebnisse von Trendstudien erst bei mehreren Erhebungszeitpunkten aussagekräftig werden. Die Abschätzung von Trends auf Basis von lediglich zwei Erhebungszeitpunkten ist jedenfalls kritisch zu sehen. Eine sinnvolle Interpretation erweist sich auch als schwierig, wenn zwischen den unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten nur geringe Differenzen beobachtet werden können. Von Trends sollte erst bei eindeutigen Aufwärts- oder Abwärtsentwicklungen gesprochen werden, welche durch mehrere Erhebungen abgesichert sind (Diekmann 2009; Schnell, Hill & Esser 2008).

3.3 Ergebnisse wiederholter Prävalenzerhebungen

Nachfolgend werden die Ergebnisse der in den Literaturüberblick eingeschlossenen, wiederholten Prävalenzerhebungen dargestellt. Hierbei wird gesondert auf die Entwicklung von Prävalenzzahlen hinsichtlich Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung bei PatientInnen in Krankenhäusern sowie bei BewohnerInnen in Pflegeheimen eingegangen. In Bezug auf Dekubitus werden Studienergebnisse zur Gesamtprävalenz sowie zur Prävalenz in der Risikogruppe getrennt berichtet. Sofern in Studien die Dekubitusprävalenz sowohl inklusive als auch exklusive Grad eins angegeben wurde, wird die getrennte Ergebnisdarstellung beibehalten.

In den Tabellen 10, 11 und 12 (siehe Anhang, p. XXVII-XXXII) wird ein Überblick über die wichtigsten methodischen Aspekte sowie Ergebnisse der eingeschlossenen Studien gegeben.

3.3.1 Dekubitusgesamtprävalenz in Krankenhäusern

Es konnten insgesamt neun Studien identifiziert werden, welche die Dekubitusgesamtprävalenz in Krankenhäusern zwischen mehreren Erhebungszeitpunkten verglichen. In fünf dieser Studien wurde ein Vergleich zwischen zwei Erhebungen durchgeführt. Eine australische Studie konnte hierbei einen statistisch signifikanten ($p \leq 0,05$) Rückgang der Dekubitusgesamtprävalenz bei PatientInnen zwischen zwei Erhebungsjahren aufzeigen. Die Dekubitusgesamtprävalenz sank von 32% ($n=774$) im Jahr 2002 auf 18,5% ($n=1.434$) im Jahr 2003 (Banks et al. 2010). In schwedischen Prävalenzerhebungen (Gunningberg & Stotts 2008; Gunningberg 2006) konnten beim Vergleich von jeweils zwei Erhebungszeitpunkten ebenfalls Reduktionen der Dekubitushäufigkeit festgestellt werden. Während die Dekubitusprävalenz zwischen 2002 und 2004 von 33,3% ($n=357$) auf 28,2% ($n=369$) sank (Gunningberg 2006), konnte im Vergleich der Erhebungsjahre 2002 und 2006 lediglich eine marginale Reduktion von 23,9% ($n=612$) auf 22,9% ($n=632$) erzielt werden (Gunningberg & Stotts 2008). Wurden Dekubitus ersten Grades jedoch aus der Berechnung ausgeschlossen, kam es bei Gunningberg (2006) zu einem Anstieg der Dekubitusprävalenz von 10,9% auf 14,1% und bei Gunningberg & Stotts (2008) zu einem Anstieg von 8% auf 12%. In deutschen Krankenhäusern konnte hingegen innerhalb von zwei Erhebungsjahren sowohl in Bezug auf die Gesamtprävalenz inkl. als auch exkl. Dekubitus ersten Grades eine statistisch signifikante ($p \leq 0,05$) Reduktion verzeichnet werden. Im Jahr 2001 betrug die Dekubitusrate 13,1% ($n=3.012$) und im Jahr darauf 11,1% ($n=7.225$). Ebenso kam es zu einer Reduktion der Gesamtprävalenz exkl. Dekubitus ersten Grades von 6,1% auf 4,7% (Lahmann, Halfens & Dassen 2005). Ein Vergleich der Ergebnisse der österreichischen Pflegequalitätserhebungen 2009 und 2010 zeigte, dass in Krankenhäusern ein sehr geringer Rückgang der Dekubitusgesamtprävalenz von 4,5% ($n=1.404$) auf 4,3% ($n=815$) erzielt wurde. Auch die Prävalenz exkl. Dekubitus ersten Grades blieb mit 3% im Jahr 2009 und 3,1% im Jahr 2010 nahezu konstant (Moser 2010).

In Studien, welche die Entwicklung der Dekubitusprävalenz in US-amerikanischen Krankenhäusern im Laufe von drei bzw. vier Erhebungsjahren darstellten, konnte eine marginale Reduktion der Gesamtprävalenz inkl. und exkl. Dekubitus Grad eins aufgezeigt werden (VanGilder et al. 2009; VanGilder, MacFarlane & Meyer 2008). Im Zeitraum 2003 bis 2005 wurde die Dekubitusgesamtprävalenz inkl. Grad eins von 15,4% ($n=55.885$) auf 14,6% ($n=74.401$) reduziert, während die Prävalenz exkl. Dekubitus ersten Grades von 10% auf 9,4% sank (VanGilder, MacFarlane & Meyer 2008). Van Gilder et al. (2009)

zeigten die Entwicklung der Dekubitusgesamtprävalenz inkl. und exkl. Grad eins in US-amerikanischen Krankenhäusern zwischen 2006 und 2009 auf. In den ersten drei Erhebungsjahren (2006-2008) lag die Prävalenz inkl. Dekubitus Grad eins nahezu konstant um rund 13%. Im Vergleich zum Jahr 2006 konnte die Prävalenz im Jahr 2009 von 13,3% (n=75.913) auf 11,9% (n=86.932) reduziert werden. Die Dekubitusprävalenz exkl. Grad eins veränderte sich im Zeitraum zwischen 2006 und 2009 kaum. Im Jahr 2006 betrug diese 8,9% und im Jahr 2009 8,7%. Bours et al. (2004) zeigten die Entwicklung der Dekubitusgesamtprävalenz in niederländischen Krankenhäusern zwischen 1998 und 2002 auf. Wiederholt teilnehmende Einrichtungen konnten im Durchschnitt pro Erhebungszeitpunkt eine Reduktion der Gesamtprävalenz um 0,41% erzielen. Krankenhäuser, welche in allen fünf Erhebungsjahren teilgenommen hatten, reduzierten die Dekubitusrate von 9,54% (n=9.402) im Jahr 1998 auf 7,47% (n=11.245) im Jahr 2002. Kottner et al. (2009b) konnten für deutsche Krankenhäuser einen statistisch hoch signifikanten ($p \leq 0,01$) Abwärtstrend in der Dekubitusgesamtprävalenz zwischen 2001 und 2007 aufzeigen. Betrug die Gesamtprävalenz im Jahr 2001 noch 13,9% (n=2.757), wurde 2007 eine Prävalenz von 7,3% (n=3.650) berichtet. Eine statistisch hoch signifikante ($p \leq 0,01$) Reduktion der Prävalenz zeigte sich auch bei Ausschluss von Dekubitus Grad eins. Hier konnte im Laufe der sieben Erhebungsjahre eine Reduktion von 6,4% auf 3,9% erzielt werden.

3.3.2 Dekubitusprävalenz der Risikogruppe in Krankenhäusern

Die Darstellung der Dekubitusprävalenz der Risikogruppe erfolgte lediglich in Studien aus Deutschland und Österreich. Die Studienergebnisse sind miteinander vergleichbar, da ihnen das gleiche standardisierte Erhebungsinstrument sowie dieselben Kriterien¹ zur Identifikation der Risikogruppe zu Grunde liegen.

In deutschen Krankenhäusern konnte die Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe innerhalb von zwei Erhebungsjahren statistisch signifikant ($p \leq 0,05$) reduziert werden. Im Jahr 2001 betrug die Prävalenz in der Risikogruppe 28,3% (n=1.156) und im darauf folgenden Jahr 25,1% (n=2.598). Eine statistisch signifikante Reduktion ($p \leq 0,05$) zeigte sich auch bei Ausschluss von Dekubitus ersten Grades. Hier fiel die Prävalenz in der Risikogruppe von 14,3% auf 11,2% (Lahmann, Halfens & Dassen 2005). Auch in österreichischen Krankenhäusern konnte beim Vergleich von zwei Erhebungsjahren eine

¹ Kriterien zur Identifikation der Risikogruppe siehe Anhang, Tabelle 10 (p. XXVII)

Reduktion der Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe erzielt werden. Diese ist jedoch nicht statistisch signifikant. Die Prävalenz der Risikogruppe veränderte sich von 12% (n=508) im Jahr 2009 auf 10,8% (n=324) im Jahr 2010. Bei Ausschluss von Dekubitus ersten Grades ergibt sich eine Prävalenz in der Risikogruppe von 7,9% im Jahr 2009 und 7,7% im Jahr 2010 (Moser 2010).

Bielitz, Mertens & Dassen (2005) konnten zeigen, dass in deutschen Krankenhäusern innerhalb von drei Erhebungsjahren die Dekubitusrate in der Risikogruppe um rund die Hälfte gesunken ist. Wiesen im Jahr 2002 noch 34,6% der RisikopatientInnen einen Dekubitus auf, sank der Anteil bis zum Jahr 2004 auf 16,1%. Lahmann, Halfens & Dassen (2010) zeigten in ihrer Studie auf, inwieweit sich die Dekubitusprävalenz der Risikogruppe in Einrichtungen mit wiederholter Teilnahme an Prävalenzerhebungen, verändert. Einrichtungen, welche an zwei Erhebungen teilnahmen, konnten die Prävalenz statistisch signifikant ($p \leq 0,05$) von 24,2% auf 19,3% reduzieren. Auch die Dekubitusrate exkl. Dekubitus ersten Grades konnte von 14% bei der ersten Erhebung auf 10,1% bei der zweiten Erhebung reduziert werden. In Krankenhäusern, welche sich dreimalig an einer Prävalenzerhebung beteiligten, sank die Dekubitusrate in der Risikogruppe von 35,7% beim ersten Erhebungszeitpunkt auf 18,5% im letzten Erhebungsjahr. Auch diese Reduktion war statistisch signifikant ($p \leq 0,05$). Ebenso fiel die Prävalenz exkl. Dekubitus Grad eins von 14% im ersten Erhebungsjahr auf 8,7% beim dritten Erhebungszeitpunkt.

Kottner et al. (2009b) konnten in Bezug auf sieben Prävalenzerhebungen einen statistisch hoch signifikanten ($p \leq 0,01$) Abwärtstrend im Zeitverlauf für die risikoadjustierte Dekubitusprävalenz in deutschen Krankenhäusern feststellen. Die Dekubitushäufigkeit sank von 29,3% (n=1.098) im Jahr 2001 auf 15,9% (n=1.373) im Jahr 2007. Auch in Bezug auf die Prävalenzzahlen exkl. Dekubitus Grad eins zeigte sich in der Risikogruppe im entsprechenden Zeitraum eine statistisch hoch signifikante Reduktion ($p \leq 0,01$) von 14,8% auf 9,3%. Vergleichbare Ergebnisse erzielte Hoppe et al. (2009). In dieser deutschen Studie sank die Dekubitusprävalenz bei KrankenhauspatientInnen mit Dekubitusrisiko zwischen 2002 und 2008 von 25,1% auf 12,7%.

3.3.3 Dekubitusgesamtprävalenz in Pflegeheimen

Während in einer australischen Studie zwischen 2002 und 2003 eine statistisch signifikante ($p \leq 0,05$) Reduktion der Gesamtprävalenz von Dekubitus bei PflegeheimbewohnerInnen von 31% (n=381) auf 18% (n=458) verzeichnet werden konnte (Banks et al. 2010),

verwies eine US-amerikanische Studie auf das Konstantbleiben der Prävalenz zwischen zwei Erhebungszeiträumen (Coleman et al. 2002). Zwischen dem ersten Erhebungszeitraum 1992/94 sowie dem zweiten Erhebungszeitraum 1997/98 veränderte sich die Dekubitusrate in US-amerikanischen Pflegeheimen mit 8,52% (n=2.366) und 8,54% (n=2.343) kaum. Auch die Gesamtprävalenz exkl. Dekubitus Grad eins blieb mit 5,31% im ersten Erhebungszeitraum und 5,63% im zweiten Erhebungszeitraum nahezu konstant. In österreichischen Pflegeheimen kam es zwischen 2009 und 2010 zu einer Reduktion der Dekubitushäufigkeit von 6,8% (n=397) auf 5,4% (n=387). Die Dekubitusprävalenz exkl. Dekubitus Grad eins sank von 6% auf 5,4% (Moser 2010).

VanGilder, MacFarlane & Meyer (2008) berichteten hingegen von einem geringen Anstieg der Dekubitusprävalenz in US-amerikanischen Pflegeheimen von 13,2% (n=3.477) auf 14,4% (n=6.242) im Zeitraum 2003 bis 2005. Die Dekubitushäufigkeit exkl. Dekubitus ersten Grades nahm ebenfalls von 9,2% auf 11,4% zu. In den Jahren 2006 bis 2009 veränderte sich die Dekubitusgesamtprävalenz in US-amerikanischen Pflegeheimen kaum. Die Dekubitusrate inkl. Dekubitus ersten Grades sank mit 12,1% (n=5.188) im Jahr 2006 und 11,8% (n=2.144) im Jahr 2009 leicht ab, während die Dekubitushäufigkeit bei Ausschluss Dekubitus ersten Grades von 9,1% auf 9,5% marginal anstieg (VanGilder et al. 2009).

In deutschen Pflegeheimen konnte über einen Zeitraum von acht Jahren ein statistisch hoch signifikanter ($p \leq 0,01$) Abwärtstrend hinsichtlich der Gesamtprävalenz verzeichnet werden. Im Zeitraum 2002 bis 2008 reduzierte sich die Dekubitusrate kontinuierlich von einem Ausgangswert von 12,5% (n=1.196) auf einen Wert von 5% (n=3.070). Die Gesamtprävalenz exkl. Dekubitus Grad eins sank ebenfalls statistisch hoch signifikant ($p \leq 0,01$) von 6,6% auf 3,5% ab (Lahmann et al. 2010).

3.3.4 Dekubitusprävalenz der Risikogruppe in Pflegeheimen

Die Prävalenz in der Risikogruppe wurde für Pflegeheime in Studien aus Deutschland, Österreich und den USA berechnet. Hierbei verwendeten die Studien aus Deutschland und Österreich dieselben Kriterien zur Identifikation der Risikogruppe sowie dasselbe standardisierte Erhebungsinstrument und sind somit in Bezug auf die Ergebnisse vergleichbar.

Coleman et al. (2002) berechneten die Dekubitusprävalenz der Hochrisikogruppe in US-amerikanischen Pflegeheimen für zwei Erhebungszeiträume. Die Dekubitushäufigkeit

blieb mit 8,10% (n=1.150) im ersten Erhebungszeitraum 1992/94 und 8,70% (n=1.068) im zweiten Erhebungszeitraum 1997/98 nahezu konstant. In österreichischen Pflegeheimen reduzierte sich die Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe von 7,9% (n=340) im Jahr 2009 auf 6,6% (n=318) im Jahr 2010. Hinsichtlich der Prävalenz in der Risikogruppe exkl. Dekubitus Grad eins kam es zu einer geringen Veränderung von 7,1% auf 6,6% (Moser 2010).

In deutschen Pflegeheimen konnte innerhalb von drei Erhebungsjahren eine Reduktion der Dekubitushäufigkeit in der Risikogruppe von 20,4% im Jahr 2002 auf 8,7% im Jahr 2004 verzeichnet werden (Bielitz, Mertens & Dassen 2005). Die jährliche deutsche Prävalenzerhebung von Pflegeproblemen stellte des Weiteren im Zeitraum zwischen 2002 und 2008 eine kontinuierliche Reduktion der Dekubitusprävalenz der Risikogruppe von anfänglich 17,3% auf 7,3% in Pflegeheimen fest (Hoppe et al. 2009).

Zusätzlich wurde gezeigt, dass in deutschen Einrichtungen mit wiederholter Teilnahme an der jährlichen Prävalenzerhebung die Dekubitushäufigkeit in der Risikogruppe signifikant ($p \leq 0,05$) zurückging. In Pflegeheimen, welche zum zweiten Mal an der Erhebung teilnahmen, konnte die Prävalenz in der Risikogruppe von 14,5% im ersten Jahr auf 10,2% im zweiten Jahr reduziert werden. Ebenso sank die Dekubitushäufigkeit exkl. Dekubitus ersten Grades in diesen Einrichtungen von 7,9% auf 6,4%. Pflegeheime, welche sich bereits dreimalig an der Erhebung beteiligten, konnten die Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe von anfänglich 20,4% auf 8,8% bei der dritten Erhebung reduzieren. Auch die Dekubitusrate exkl. Dekubitus Grad eins sank zwischen den drei Erhebungszeitpunkten von 9% auf 3,6% (Lahmann, Halfens & Dassen 2010).

3.3.5 Prävalenz der Urininkontinenz in Krankenhäusern

Es konnten drei Studien identifiziert werden, welche die Prävalenz der UI in Krankenhäusern zwischen mehreren Erhebungszeitpunkten vergleichen. Die Ergebnisse stammen aus den jährlichen Prävalenzerhebungen von Pflegeproblemen aus Österreich, den Niederlanden sowie Deutschland und sind vergleichbar, da dasselbe standardisierte Erhebungsinstrument sowie dieselbe Definition der UI verwendet wurden.

In österreichischen Krankenhäusern sank der Anteil an urininkontinenten PatientInnen zwischen 2009 und 2010 marginal von 26,3% (n=1.398) auf 24,4% (n=811) (Neuhold 2010). Auch in den Niederlanden konnte im Erhebungszeitraum 2004 bis 2006 ein leichter Rückgang der Prävalenz der UI bei KrankenhauspatientInnen festgestellt

werden. Es kam zu einer Reduktion der Prävalenz von 18,7% im Jahr 2004 auf 17,5% im Jahr 2006 (Offermans et al. 2007). Lediglich in deutschen Krankenhäusern wurde innerhalb von drei Erhebungsjahren ein Anstieg des Anteils an urininkontinenten PatientInnen verzeichnet. Während im Jahr 2003 19,6% der KrankenhauspatientInnen von UI betroffen waren, war es im Jahr 2005 ein Anteil von 27,2% (Arndt et al. 2006).

3.3.6 Prävalenz der Urininkontinenz in Pflegeheimen

In US-amerikanischen Pflegeheimen kam es zwischen 1992 und 1993 zu einem leichten Anstieg der Prävalenz der UI von 37,8% (n=18.170) auf 38,7% (n=17.117) (Nelson, Furner & Jesudason 2001). Anger et al. (2006) untersuchten die Prävalenz der UI ausschließlich für weibliche Pflegeheimbewohnerinnen in den USA. Auch sie zeigten auf, dass der Anteil an urininkontinenten Bewohnerinnen zwischen 1995 und 1999 anstieg. Im Jahr 1995 waren 56,3% (n=1.125.163) der Bewohnerinnen von UI betroffen. Bis zum Jahr 1999 kam es zu einem Anstieg auf 58,6% (n=1.170.066). Für deutsche PflegeheimbewohnerInnen zeigte sich eine ähnliche Entwicklung. Im Zeitraum zwischen 2003 und 2005 stieg die Prävalenz der UI von 71,6% (n=10.779) auf 73,4% (n=10.786) (Arndt et al. 2006).

In niederländischen Pflegeheimen kam es zwischen 2004 und 2006 zu einer geringen Reduktion der Prävalenz der UI von 77,9% auf 76,2% (Offermans et al. 2007). Für österreichische PflegeheimbewohnerInnen konnte zwischen 2009 und 2010 ein statistisch signifikanter ($p \leq 0,05$) Rückgang der Prävalenz der UI von 85,7% (n=398) auf 79,2% (n=379) aufgezeigt werden (Neuhold 2010).

3.3.7 Prävalenz der Mangelernährung in Krankenhäusern

In britischen Krankenhäusern konnte zwischen 1998 und 2003 ein statistisch hoch signifikanter ($p \leq 0,01$) Rückgang hinsichtlich der Prävalenz der ME verzeichnet werden. Betrug der Anteil an mangelernährten PatientInnen 1998 23,5% (n=686), sank dieser bis zum Jahr 2003 auf 19,1% (n=817) (O'Flynn et al. 2005). Auch für australische KrankenhauspatientInnen zeigte sich ein Rückgang der Prävalenz der ME zwischen zwei Erhebungszeitpunkten. Im Jahr 2002 wurde eine Prävalenz von 34,7% (n=774) berichtet, welche im Jahr 2003 auf 31,4% (n=1.434) sank (Banks et al. 2007).

Es konnten zwei Studien identifiziert werden, welche im Rahmen der jährlichen europäischen Pflegequalitätserhebung entstanden sind (Meijers et al. 2009a;

Neuhold 2010). Da diesen Studien dieselbe Definition der ME zugrunde liegt, sind die Ergebnisse vergleichbar. In österreichischen Krankenhäusern sank die Prävalenz der ME zwischen 2009 und 2010 marginal von 27,4% (n=1.398) auf 26,4% (n=815) (Neuhold 2010). Meijers et al. (2009a) analysierten die Entwicklung der Prävalenz der ME in niederländischen Krankenhäusern über einen Zeitraum von vier Jahren. Hierbei konnte gezeigt werden, dass es zwischen 2004 und 2007 zu einem statistisch hoch signifikanten ($p \leq 0,01$) Abwärtstrend bezüglich der Prävalenz in Krankenhäusern gekommen ist. Der Anteil an mangelernährten PatientInnen betrug im Jahr 2004 27,5% (n=11.036) und sank bis zum Jahr 2007 auf 22,6% (n=8.220). Des Weiteren zeigte sich ein statistisch hoch signifikanter ($p \leq 0,01$) Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Teilnahme an Prävalenzerhebungen und der Höhe der Prävalenz in einer Einrichtung. Je häufiger Krankenhäuser an der Pflegequalitätserhebung teilgenommen hatten, desto geringer war die einrichtungsinterne Prävalenz der ME.

3.3.8 Prävalenz der Mangelernährung in Pflegeheimen

In australischen Pflegeheimen blieb die Prävalenz zwischen 2002 und 2003 nahezu konstant. Waren im Jahr 2002 die Hälfte der BewohnerInnen (n=381) mangelernährt, betrug der Anteil 2003 49,2% (n=458) (Banks et al. 2007). Im Vergleich zum Jahr 2009 stieg die Prävalenz der ME in österreichischen Pflegeheimen von 25,2% (n=400) auf 28,7% (n=387) (Neuhold 2010). In niederländischen Pflegeheimen zeigten sich in einem Zeitraum von vier Jahren bezüglich der Prävalenz der ME keine statistisch signifikanten Trends. Die Prävalenz schwankte zwischen den einzelnen Erhebungsjahren und betrug im Jahr 2007 24,8% (n=4.010) im Vergleich zu 26% (n=9.469) im ersten Erhebungsjahr 2004 (Meijers et al. 2009a).

3.4 Fazit des Literaturüberblicks

Aus dem Literaturüberblick geht hervor, dass wiederholte Querschnittstudien geeignet sind, um Veränderungen von Pflegephänomenen im Zeitverlauf aufzuzeigen. Trendstudien ermöglichen die Beschreibung zeitlicher Entwicklungen und bieten somit eine gute Basis für die Evaluation und Planung der pflegerischen Versorgung (Cohen, Manion & Morrison 2007; Weinert 2006). Aussagkräftige Ergebnisse können jedoch nur anhand mehrerer Erhebungen erzielt werden, sofern auf die Vergleichbarkeit der Stichproben

sowie auf die Konstanzhaltung von Erhebungsinstrument und –bedingungen im Zeitverlauf geachtet wird (Diekmann 2009; Petrie & Sabin 2009; Schnell, Hill & Esser 2008).

Die ausgewählten wiederholten Querschnittstudien geben einen Einblick in die Entwicklung der Prävalenz hinsichtlich der Pflegephänomene Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung in Krankenhäusern und Pflegeheimen.

In einem Großteil der Studien konnte gezeigt werden, dass die Dekubitusgesamtprävalenz in Krankenhäusern im Zeitverlauf sinkt (Banks et al. 2010; Bours et al. 2004; Gunningberg 2006; Kottner et al. 2009b; Lahmann, Halfens & Dassen 2005). Teilweise wurden jedoch lediglich marginale Veränderungen berichtet (Gunningberg & Stotts 2008; Moser 2010; VanGilder et al. 2009; VanGilder, MacFarlane & Meyer 2008) oder es zeigten sich unter Ausschluss von Dekubitus ersten Grades gegenteilige Entwicklungen (Gunningberg & Stotts 2008; Gunningberg 2006). Für die Dekubitusprävalenz der Risikogruppe in Krankenhäusern zeigten sich eindeutige Abwärtstrends (Bielitz, Mertens & Dassen 2005; Hoppe et al. 2009; Kottner et al. 2009b; Lahmann, Halfens & Dassen 2010; Lahmann, Halfens & Dassen 2005; Moser 2010). Die Ergebnisse zur Dekubitusgesamtprävalenz in Pflegeheimen waren wiederum widersprüchlicher. Während einige Studien von einer Reduktion der Prävalenz ausgingen (Banks et al. 2010; Lahmann et al. 2010; Moser 2010), konnten bei anderen keine Veränderungen (Coleman et al. 2002; VanGilder et al. 2009) oder ein geringer Anstieg der Prävalenz (VanGilder, MacFarlane & Meyer 2008) aufgezeigt werden. Die Mehrheit der Studien, welche die Dekubitusprävalenz der Risikogruppe in Pflegeheimen berücksichtigten, zeigte ein Sinken der Prävalenz auf (Bielitz, Mertens & Dassen 2005; Hoppe et al. 2009; Lahmann, Halfens & Dassen 2010; Moser 2010).

In Bezug auf Veränderungen der Prävalenz der UI in Krankenhäusern und Pflegeheimen zeigten sich widersprüchliche Ergebnisse. Manche Studien berichteten von einem Anstieg des Anteils an urininkontinenten PatientInnen (Arndt et al. 2006) und BewohnerInnen (Anger et al. 2006; Arndt et al. 2006; Nelson, Furner & Jesudason 2001), während andere von einer Reduktion ausgingen (Neuhold 2010; Offermans et al. 2007). Es ist jedoch anzumerken, dass sich die Prävalenz der UI in allen Studien nur marginal änderte.

Wiederholte Querschnittstudien zur Prävalenz der ME in Krankenhäusern zeigten eine Reduktion des Anteils an mangelernährten PatientInnen auf, wobei diese Reduktion meist gering ausfiel (Banks et al. 2007; Meijers et al. 2009a; Neuhold 2010; O’Flynn et al. 2005). In Pflegeheimen wurden keine eindeutigen Ergebnisse erzielt. Während eine

Studie von einem Anstieg (Neuhold 2010) des Anteils an mangelernährten PatientInnen berichtete, blieb die Prävalenz in anderen Studien weitgehend konstant (Banks et al. 2007; Meijers et al. 2009a).

Insgesamt konnten nur wenige wiederholte Querschnittstudien zur Prävalenz von Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung im Krankenhaus bzw. Pflegeheim identifiziert werden. Insbesondere zu den Themen Inkontinenz und Mangelernährung gibt es nur wenige Publikationen, welche Veränderungen der Prävalenz über die Zeit berichten. So konnte keine wiederholte Querschnittstudie in den Literaturüberblick eingeschlossen werden, welche die Entwicklung der Prävalenz von SI behandelt. Des Weiteren gibt es nur wenige Studien, welche eine ausreichende Anzahl an Erhebungswiederholungen umfassen, um tatsächliche Trendentwicklungen ablesen zu können. Zusätzlich ist die Vergleichbarkeit der Studien aufgrund unterschiedlicher Erhebungsinstrumente und Definitionen eingeschränkt.

4 Zielsetzung und Forschungsfragen

Ziel dieser Masterarbeit ist es, die hinsichtlich der Pflegephänomene Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung erhobenen Daten für wiederholt an der Europäischen Pflegequalitätserhebung teilnehmende Krankenhäuser und Pflegeheime zwischen den einzelnen Erhebungszeitpunkten zu vergleichen. Dabei soll festgestellt werden, ob es bei mehrfach teilnehmenden Einrichtungen zwischen erster und zweiter bzw. erster, zweiter und dritter Erhebung zu Veränderungen der Prävalenz, der pflegerischen Maßnahmen und der Qualitätsindikatoren in Bezug auf Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung gekommen ist.

Aus dieser Zielsetzung ergeben sich folgende, dieser Arbeit zu Grunde liegende, Forschungsfragen:

- 1) Welche Unterschiede zeigen sich in der Prävalenz hinsichtlich Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen, welche wiederholt an der Pflegequalitätserhebung teilgenommen haben, zwischen den einzelnen Erhebungszeitpunkten?
- 2) Wie unterscheiden sich die gesetzten pflegerischen Maßnahmen zur Prävention und Behandlung der drei Pflegephänomene in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen zwischen erster und zweiter bzw. zwischen erster, zweiter und dritter Erhebung?
- 3) Welche Unterschiede lassen sich bezüglich der Qualitätsindikatoren hinsichtlich der drei Pflegephänomene zwischen den Erhebungszeitpunkten in wiederholt an der Erhebung teilnehmenden, österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen verzeichnen?

5 Methode

Im Jahr 2009 fand in Österreich die erste landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten statt, welche vom Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz in Kooperation mit der Projektgruppe LPZ der Universität Maastricht durchgeführt wurde. Diese jährliche Qualitätserhebung fand ihren Anfang im Jahr 1998 in den Niederlanden. Während zu Beginn nur das Auftreten von Dekubitus untersucht wurde, umfasst die Erhebung mittlerweile die Pflegeprobleme Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo, Sturz und freiheitsentziehende Maßnahmen (LPZ 2011a). Nach einer Pilotstudie im Jahr 2008, wird die Prävalenzerhebung seit 2009 auch in Österreich jährlich, nunmehr unter dem Namen Europäische Pflegequalitätserhebung, durchgeführt. Die Studie findet jedes Jahr zeitgleich, in stationären Einrichtungen an einem Stichtag im April, in den Niederlanden (seit 1998), Deutschland (seit 2001), Österreich (seit 2009), der Schweiz (seit 2009) und Neuseeland (seit 2010) statt.

5.1 Studiendesign

Bei der europäischen Pflegequalitätserhebung handelt es sich um eine jährlich wiederholte, multizentrische Querschnittstudie. Die Datenerhebung erfolgt jedes Jahr zeitgleich in allen teilnehmenden Institutionen. Somit liefert die Prävalenzerhebung eine Momentaufnahme hinsichtlich Häufigkeit und Verteilung der interessierenden Pflegephänomene (La Torre 2010). Werden Querschnittstudien zum gleichen Thema wiederholt an vergleichbaren Stichproben durchgeführt, lassen sich Entwicklungen aufzeigen und man spricht von Trendstudien (Cohen, Manion & Morrison 2007). Da die Abschätzung von Trends jedoch auf den Ergebnissen mehrerer Erhebungen beruhen sollte (Diekmann 2009) und die vorliegende Arbeit lediglich drei Erhebungen umfasst, können noch keine Trends abgeleitet werden. Es wird somit von einem Längsschnittvergleich gesprochen.

5.2 Stichprobenauswahl

In den teilnehmenden stationären Einrichtungen fand die Erhebung jedes Jahr zeitgleich an einem Stichtag im April statt. Die Einrichtungen konnten selbst bestimmen, in welchen Abteilungen bzw. Wohnbereichen die Pflegequalitätserhebung stattfinden sollte. Alle PatientInnen und BewohnerInnen, welche sich am Tag der Erhebung in den

entsprechenden Abteilungen bzw. Wohnbereichen befanden, wurden – sofern sie ihre informierte Zustimmung gegeben hatten - in die Studie eingeschlossen (LPZ 2011b). Es handelt sich somit bei den Stichproben 2009-2011 jeweils um eine Gelegenheitsstichprobe, da die zum Erhebungszeitpunkt verfügbaren PatientInnen und BewohnerInnen in die Studie aufgenommen wurden (Polit & Beck 2011).

Der Fokus dieser Masterarbeit liegt auf einem Längsschnittvergleich in den Settings Krankenhaus und Pflegeheim. Daher werden ausschließlich Daten von PatientInnen bzw. BewohnerInnen der entsprechenden österreichischen Einrichtungen ausgewertet, welche im Zeitraum 2009-2011 wiederholt an der Erhebung teilnahmen. Des Weiteren gehen ausschließlich Daten von Personen mit einem Mindestalter von 18 Jahren in die Analyse ein. Eine genaue Beschreibung der Stichproben wird im Ergebnisteil (6.1) angeführt.

5.3 Messmethoden

Der europäischen Pflegequalitätserhebung liegt ein standardisierter Fragebogen zugrunde, welcher von der Universität Maastricht auf Basis des aktuellen, internationalen Stands der Wissenschaft sowie unter Berücksichtigung von ExpertInnenmeinungen entwickelt wurde. Österreich verwendet die deutschsprachige Version des Erhebungsbogens. Das Instrument wurde im Laufe der drei Erhebungsjahre immer wieder überarbeitet und aktuellen Entwicklungen angepasst. Somit liegen den einzelnen Erhebungsjahren hinsichtlich der Items leicht veränderte Fragebögen zugrunde.

Im Allgemeinen umfasst das Instrument für jedes Pflegeproblem ein Modul, welches aus jeweils drei Messebenen besteht. Auf der ersten Ebene werden Angaben zu Art der Einrichtung und einrichtungsspezifischen Qualitätsindikatoren erhoben. Die zweite Ebene erfasst Daten zu Art der Abteilung bzw. des Wohnbereichs und entsprechenden Qualitätsindikatoren. Auf Ebene drei werden teilnehmerInnenbezogene Daten ermittelt. Neben demographischen Merkmalen werden hierbei Informationen zu den spezifischen Pflegephänomenen sowie zu gesetzten präventiven und kurativen Maßnahmen erhoben (LPZ 2011b).

Ein Dekubitus wurde anhand des EPUAP Klassifikationssystems den Schweregraden 1 bis 4 zugeordnet² (EPUAP & NPUAP 2009). Die Einschätzung des Dekubitusrisikos erfolgte

² Erklärung der Dekubitus Schweregrade siehe Anhang, Fragebogen (p. XXXVII)

mittels der Braden-Skala³. Die Skala umfasst die Beurteilung von sechs Bereichen, welche zur Entstehung eines Dekubitus beitragen. Werden die den einzelnen Bereichen zugeordneten Punkte addiert, ergibt sich ein Gesamtwert zwischen 6 und 23 Punkten. Je niedriger die erreichte Punktzahl, desto höher das Dekubitusrisiko (Kottner, Tannen & Dassen 2008). Die Braden-Skala ist das am häufigsten untersuchte Instrument zur Einschätzung des Dekubitusrisikos und wurde bereits in den verschiedensten Settings getestet. Im Vergleich zu anderen Risikoassessmentinstrumenten bietet die Skala eine optimale Balance zwischen Sensitivität und Spezifität und weist eine hohe prädiktive Validität auf (Pancorbo-Hidalgo et al. 2006; Tannen et al. 2010).

Zur Bestimmung von Mangelernährung können unterschiedliche Methoden Anwendung finden. Im Rahmen dieser Arbeit wird zur Einschätzung des Ernährungszustands die Definition der Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) genutzt. Diese Definition basiert auf themenspezifischer, internationaler Literatur, Guidelines der European Society for Clinical Nutrition and Metabolism sowie auf den Überlegungen von MangelernährungsexpertInnen. Die Validität der Definition wurde in unterschiedlichen Überprüfungen als gut befunden. Gemäß dieser Definition ist eine Person mangelernährt, sofern mindestens eines der folgenden drei Kriterien zutrifft:

- $\text{BMI} \leq 18,5 \text{ kg/m}^2$ bei Personen zwischen 18 und 65 Jahren oder $\text{BMI} \leq 20 \text{ kg/m}^2$ bei über 65-Jährigen
- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust $>6\text{kg}$ in den letzten sechs Monaten oder $>3\text{kg}$ innerhalb des letzten Monats
- Keine Nahrungsaufnahme in den letzten drei Tagen oder reduzierte Nahrungsaufnahme für länger als zehn Tage, in Kombination mit einem BMI von $18,5\text{-}20\text{kg/m}^2$ bei Personen zwischen 18 und 65 Jahren bzw. mit einem BMI von $20\text{-}23 \text{ kg/m}^2$ bei Personen über 65 Jahren.

5.4 Ethische Aspekte

Die Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz hat in den Erhebungsjahren 2009-2011 zu der Durchführung der Pflegequalitätserhebung zugestimmt. Die Teilnahme an der Erhebung erfolgte freiwillig. Bei allen drei Erhebungen wurden die PatientInnen und BewohnerInnen bzw. ihre gesetzlichen VertreterInnen vorab über die Erhebung

³ Erklärung der Braden-Skala siehe Anhang, Fragebogen (p. XXXVIII)

informiert. Lediglich PatientInnen und BewohnerInnen, welche eine schriftliche Einverständniserklärung unterzeichneten, wurden in die Studie aufgenommen. Bei kognitiv beeinträchtigten PatientInnen und BewohnerInnen wurden die gesetzlichen VertreterInnen um die Zustimmung gebeten. Die erhobenen Daten wurden anonymisiert und konnten somit weder auf einzelne Einrichtungen noch auf einzelne PatientInnen bzw. BewohnerInnen zurückgeführt werden.

5.5 Datenerhebung

Alle Krankenhäuser, Pflegeheime und Rehabilitationseinrichtungen Österreichs ab einer Mindestbettenanzahl von 50 wurden vom Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz schriftlich eingeladen an der Europäischen Pflegequalitätserhebung teilzunehmen. Die Teilnahme an der Erhebung war freiwillig, jedoch kostenpflichtig.

Entschloss sich eine Einrichtung an der Erhebung teilzunehmen, musste sie eine/n interne/n KoordinatorIn benennen. Der/die KoordinatorIn war für die Organisation der Erhebung innerhalb der Einrichtung zuständig und diente als Ansprechperson für das Forschungsteam. Um Einheitlichkeit hinsichtlich der Datenerhebung zu erzielen, nahmen die KoordinatorInnen an einer Einschulung durch die MitarbeiterInnen des Instituts für Pflegewissenschaft teil. Zusätzlich erhielten sie Materialien für die Schulung des Teams aus Pflegefachkräften, welche mit der eigentlichen Erhebung betraut waren. Die KoordinatorInnen entschieden, welche Stationen bzw. Wohnbereiche der Einrichtung an der Erhebung teilnehmen sollten, bildeten Erhebungsteams und waren für die Einschulung dieser Teams zuständig. Das Team, welches die Erhebung durchführte, setzte sich aus einer Pflegefachkraft der jeweiligen Station bzw. des jeweiligen Wohnbereichs und einer unabhängigen externen Pflegefachperson zusammen. Das Erhebungsteam war für die Beurteilung der PatientInnen bzw. BewohnerInnen mittels des Erhebungsinstruments zuständig. Kam es beim Ausfüllen des Fragebogens zu Uneinigkeiten, zählte die Einschätzung der Pflegefachkraft, welche nicht auf der Station bzw. dem Wohnbereich tätig war. Am Erhebungstag stand zusätzlich eine Hotline zur Verfügung, welche bei Fragen und Problemen genutzt werden konnte. Der/die KoordinatorIn wiederum war für die Überwachung der Daten in Bezug auf Vollständigkeit und Korrektheit sowie für die Dateneingabe in ein Onlineprogramm zuständig. Die einrichtungsspezifischen Ergebnisse waren für die Einrichtungen mittels eines Passworts auf einer Homepage nach wenigen

Wochen abrufbar. Zusätzlich wurde den Einrichtungen ein Endbericht mit nationalen Vergleichszahlen zur Verfügung gestellt (Schönherr, Eichhorn-Kissel & Lohrmann 2011). Der Ablauf der Datenerhebung blieb in den Erhebungsjahren 2009 bis 2011 konstant.

5.6 Datenanalyse

Die Auswertung der Daten erfolgte mit der englischsprachigen Version des Statistikprogramms SPSS 18.0 (IBM SPSS Statistics n.d.). Im Rahmen der deskriptiven Analyse wurden Häufigkeiten, Anteile in Prozent, Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet. Zum Vergleich von Häufigkeiten zwischen den einzelnen Erhebungszeitpunkten wurde der Chi-Quadrat Test durchgeführt. Waren die Voraussetzungen für diesen nicht erfüllt, wurden die Ergebnisse des Fisher's Exakter Test für 2x2 Tafeln herangezogen. Für Mittelwertvergleiche zwischen zwei Erhebungszeitpunkten wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Bei Verletzung der Normalverteilungsannahme wurde der t-Test durch einen Mann-Whitney-U-Test ersetzt. Die einfaktorielle Varianzanalyse wurde für Mittelwertvergleiche bei drei Erhebungszeitpunkten verwendet. Lagen keine normalverteilten Daten in den einzelnen Erhebungsjahren vor, wurde ein Kruskal-Wallis-Test angewendet. Bei der Durchführung statistischer Tests wurde auf einem Signifikanzniveau von 0,05 ($p \leq 0,05$) zweiseitig getestet. Dieses Signifikanzniveau wird bei Untersuchungen häufig verwendet und erlaubt eine ausreichende Absicherung der Ergebnisse (Polit & Beck 2011).

In Bezug auf das Pflegephänomen Dekubitus wurde die Gesamtprävalenz sowie die Prävalenz in der Risikogruppe (Bradenwert ≤ 20) jeweils inkl. und exkl. Dekubitus ersten Grades berechnet. Bei der Berechnung der Gesamtprävalenz wird die Anzahl von Personen mit mindestens einem Dekubitus auf die Gesamtzahl der StudienteilnehmerInnen bezogen. Die Prävalenz in der Risikogruppe bezeichnet hingegen den Anteil an Personen mit mindestens einem Dekubitus innerhalb der Gruppe an Personen, welche ein Dekubitusrisiko aufweisen. Anhand der Prävalenz in der Risikogruppe können auch Gruppen mit sehr unterschiedlicher Risikogruppengröße verglichen werden (Lahmann, Halfens & Dassen 2005). Ein Trennwert von ≤ 20 auf der Braden-Skala wurde zur Identifikation der Gruppe mit hohem Risiko gewählt, da dieser Wert nachweislich das Verhältnis zwischen Sensitivität und Spezifität der Braden-Skala optimiert (Halfens, Van Achterberg & Bal 2000). Da ein Dekubitus ersten Grades sehr schwer zu identifizieren und

von anderen Hautschädigungen zu unterscheiden ist, wird zusätzlich empfohlen Dekubitusprävalenzen inklusive und exklusive Grad eins darzustellen (Defloor et al. 2005). Die durchgeführten präventiven Maßnahmen wurden ausschließlich für RisikopatientInnen bzw. –bewohnerInnen (Braden-Wert ≤ 20) mit und ohne Dekubitus ausgewertet.

In Bezug auf Inkontinenz wurde die Prävalenz der UI, SI und der DI berechnet. Im Rahmen dieser Arbeit wurden auch PatientInnen bzw. BewohnerInnen mit Katheter als urininkontinent eingestuft.

Den Berechnungen der Mangelernährungsprävalenz liegt die Definition von Meijers et al. (2009b) zu Grunde. Bei Mangelernährung durchgeführte Maßnahmen beziehen sich ausschließlich auf Personen, welche gemäß der Definition nach Meijers et al. (2009b) als mangelernährt eingestuft wurden.

6 Ergebnisse

Im Rahmen der Ergebnispräsentation werden zuerst Angaben zu den Stichproben getätigt. Anschließend werden die Ergebnisse zur Beantwortung der Forschungsfragen dargestellt. Sowohl Krankenhäuser als auch Pflegeheime wurden in Abhängigkeit von der Häufigkeit der Teilnahme an der Europäischen Pflegequalitätserhebung in Gruppen eingeteilt. Prävalenz, pflegerische Maßnahmen und Qualitätsindikatoren hinsichtlich Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung wurden somit für folgende Gruppen berechnet und zwischen den Erhebungszeitpunkten verglichen:

- Krankenhäuser mit zweimaliger Teilnahme, 1. Erhebung (KH 1/2)
- Krankenhäuser mit zweimaliger Teilnahme, 2. Erhebung (KH 2/2)
- Krankenhäuser mit dreimaliger Teilnahme, 1. Erhebung (KH 1/3)
- Krankenhäuser mit dreimaliger Teilnahme, 2. Erhebung (KH 2/3)
- Krankenhäuser mit dreimaliger Teilnahme, 3. Erhebung (KH 3/3)
- Pflegeheime mit zweimaliger Teilnahme, 1. Erhebung (PH 1/2)
- Pflegeheime mit zweimaliger Teilnahme, 2. Erhebung (PH 2/2)

6.1 Stichproben

Im Folgenden werden Teilnahme sowie Charakteristika der Stichproben beschrieben. Es wird hierbei überprüft, inwieweit die Stichproben der einzelnen Erhebungszeitpunkte hinsichtlich Alter, Geschlecht, BMI, Braden-Wert und Braden-Risikokategorien vergleichbar sind.

6.1.1 Teilnahme

Insgesamt nahmen 15 Krankenhäuser und 11 Pflegeheime im Zeitraum 2009-2011 wiederholt an der Europäischen Pflegequalitätserhebung teil. Davon beteiligten sich 12 Krankenhäuser und 11 Pflegeheime zwei Mal und 3 Krankenhäuser jährlich an der Erhebung.

In Krankenhäusern, welche zwei Mal an der Erhebung teilnahmen, blieb die Rücklaufquote mit 80,3% und 79,9% zwischen erster und zweiter Erhebung nahezu konstant. In jährlich an der Erhebung teilnehmenden Krankenhäusern stieg die Rücklaufquote von 71% bei der ersten Erhebung auf über 76% bei den weiteren beiden

Erhebungen. In Pflegeheimen betrug die Rücklaufquote bei der ersten Erhebung 78,2% und bei der zweiten Erhebung 76,5% (Tab.1).

Tabelle 1: Belegung und Teilnahme

	KH (n=12)		KH (n=3)			PH (n=11)	
Erhebungszeitpunkt	1/2	2/2	1/3	2/3	3/3	1/2	2/2
Belegung, n	2.151	1.559	777	626	612	1.346	1.263
TeilnehmerInnen, n	1.728	1.246	552	481	467	1.053	966
Rücklaufquote, %	80,3%	79,9%	71,0%	76,8%	76,3%	78,2%	76,5%

In Tabelle 2 werden die Gründe für die Nicht-Teilnahme dargestellt. Auffällig ist, dass in Krankenhäusern mit zweifacher Beteiligung an der Pflegequalitätserhebung, bei der ersten Erhebung 21% der PatientInnen aufgrund eines zu schlechten Gesundheitszustands nicht teilnehmen konnten, während dieser Anteil bei der zweiten Erhebung nur 8,3% ausmachte.

Tabelle 2: Gründe für die Nicht-Teilnahme in %

	KH (n=12)		KH (n=3)			PH (n=11)	
Erhebungszeitpunkt	1/2 (n=423)	2/2 (n=313)	1/3 (n=225)	2/3 (n=145)	3/3 (n=145)	1/2 (n=293)	2/2 (n=297)
Teilnahme verweigert	59,3%	49,2%	51,6%	48,3%	53,1%	86,7%	54,2%
Zum Erhebungszeitpunkt nicht erreichbar	18,2%	33,5%	34,2%	36,6%	23,4%	6,8%	23,2%
Gesundheitszustand zu schlecht bzw. komatös	21,0%	8,3%	12,0%	10,3%	13,1%	4,8%	3,7%
Terminal	1,2%	3,2%	2,2%	4,8%	3,4%	1,7%	1,7%
Sonstiges	0,2%	5,8%	-	-	6,9%	-	17,2%

Insgesamt verweigerten 1841 PatientInnen bzw. BewohnerInnen die Teilnahme an der Erhebung. Weitere 42 Personen wurden aus der Analyse ausgeschlossen, da sie unter 18 Jahre alt waren. Da fehlende Werte einzelner Items ebenso nicht in die Analyse eingingen, liegen den Berechnungen jedoch teils unterschiedliche Bezugsgrößen zu Grunde.

6.1.2 Charakteristika der Stichproben

Sowohl in Krankenhäusern als auch in Pflegeheimen, sind die Charakteristika der Stichproben zwischen den Erhebungen weitgehend vergleichbar (Tab. 3).

Tabelle 3: Charakteristika der Stichproben

	KH (n=12)		KH (n=3)			PH (n=11)	
Erhebungszeitpunkt	1/2 (n=1.711)	2/2 (n=1.228)	1/3 (n=548)	2/3 (n=479)	3/3 (n=466)	1/2 (n=1.053)	2/2 (n=966)
Alter in Jahren, M (SD)	67,5 (16,5)	66,4 (17,3)	65,3 (17,4)	64,2 (17,6)	64,3 (17,4)	83,8 (9,6)	83,8 (9,8)
Frauen, %	55,1%	56,8%	54,4%	52,8%	53,2%	84,7%	84%
Männer, %	44,9%	43,2%	45,6%	47,2%	46,8%	15,3%	16%
BMI kg/m ² , M (SD)	26,6* (5,6)	27,2* ⁿ¹ (6,0)	25,7 (5,5)	26,1 (5,8)	26,3 ⁿ² (6,1)	25,2 (5,5)	25,3 ⁿ³ (5,8)
Braden-Wert, M (SD)	20,5 (3,4)	20,3 (3,7)	21,0 (2,8)	20,8 (3,0)	21,1 (2,9)	16,8 (4,1)	16,8 (4,0)
Braden-Wert ≤20 (hohes Risiko), %	35,0%	36,1%	29,0%	32,4%	27,7%	76,4%	76,6%
Braden-Wert >20 (geringes Risiko), %	65,0%	63,9%	71,0%	67,6%	72,3%	23,6%	23,4%

M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; * U-Test $p \leq 0,05$; ⁿ¹ n=1.217; ⁿ² n=462; ⁿ³ n=955

Das Durchschnittsalter der KrankenhauspatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen blieb zwischen den Erhebungszeitpunkten weitgehend konstant. BewohnerInnen waren hierbei im Durchschnitt jedoch deutlich älter als PatientInnen. Die Geschlechterverteilung wich in Krankenhäusern sowie Pflegeheimen zwischen den einzelnen Erhebungen ebenso kaum voneinander ab. Während in Krankenhäusern beide Geschlechter jedoch weitgehend gleich vertreten waren, waren in Pflegeheimen Bewohnerinnen mit einem Anteil von etwa 84% zu beiden Erhebungszeitpunkten überrepräsentiert. Hinsichtlich des BMI gibt es ebenfalls nur geringe Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten. Lediglich in Krankenhäusern, welche zwei Mal an der Pflegequalitätserhebung teilnahmen, wiesen PatientInnen bei der zweiten Erhebung mit 27,2 kg/m² einen signifikant höheren durchschnittlichen BMI auf ($p \leq 0,05$), als bei der ersten Erhebung mit 26,6 kg/m². Das Dekubitusrisiko der StudienteilnehmerInnen war sowohl in Krankenhäusern als auch in Pflegeheimen zwischen den Erhebungszeitpunkten vergleichbar. Pflegeheime wiesen

jedoch mit 76,4% bei der ersten Erhebung und 76,6% bei der zweiten Erhebung einen deutlich höheren Anteil an Personen mit hohem Dekubitusrisiko auf als Krankenhäuser. In den Krankenhäusern lag der Anteil an HochrisikopatientInnen bei der ersten von zwei Erhebungen bei 35% und bei der zweiten Erhebung bei 36,1% bzw. bei jährlich teilnehmenden Krankenhäusern zwischen 27,7% und 32,4%.

6.2 Dekubitus

Dieses Kapitel enthält die Ergebnisse zum Pflegephänomen Dekubitus. Es werden Angaben zu Veränderungen der Dekubitusprävalenz, der gesetzten präventiven Maßnahmen sowie der Qualitätsindikatoren gemacht.

6.2.1 Dekubitusgesamtprävalenz

In Krankenhäusern, welche zwei Mal an der Pflegequalitätserhebung teilnahmen, sank die Dekubitusgesamtprävalenz inkl. Dekubitus Grad eins zwischen erster und zweiter Erhebung von 4,3% auf 3,2%. Bei jährlich an der Erhebung teilnehmenden Krankenhäusern stieg die Dekubitusgesamtprävalenz inkl. Dekubitus ersten Grades zwischen den ersten beiden Erhebungen hingegen von 2,4% auf 3,3% an und blieb bei der dritten Erhebung mit 3,2% weitgehend konstant. In Pflegeheimen wurde eine Reduktion der Dekubitusgesamtprävalenz inkl. Dekubitus Grad eins von 6,8% bei der ersten Erhebung auf 5,4% bei der zweiten Erhebung erzielt.

Unter Ausschluss von Dekubitus Grad eins zeigt sich bei zweifach an der Erhebung teilnehmenden Krankenhäusern eine Reduktion der Dekubitusgesamtprävalenz von 2,9% auf 2,3%. In Krankenhäusern, welche an allen drei Erhebungen teilnahmen, kam es zwischen erstem und zweitem Erhebungszeitpunkt zu einem Anstieg der Dekubitusgesamtprävalenz von 0,9% auf 2,1%. Im Rahmen der dritten Erhebung sank die Prävalenz auf 1,5% ab. In Pflegeheimen wurde die Dekubitusgesamtprävalenz exkl. Dekubitus ersten Grades von 5,9% auf 5% reduziert.

In Abbildung 2 werden die Veränderungen der Dekubitusgesamtprävalenz inkl. und exkl. Grad eins zwischen den Erhebungszeitpunkten für Krankenhäuser und Pflegeheime dargestellt. Keine der Veränderungen ist statistisch signifikant.

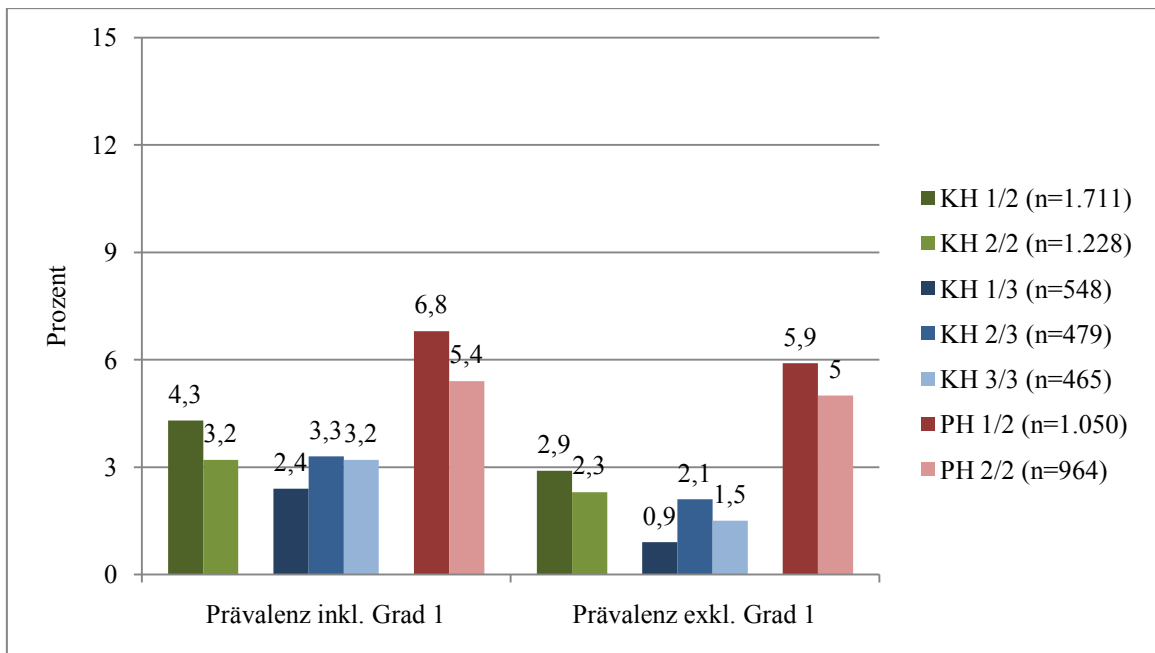


Abbildung 2: Dekubitusgesamtprävalenz inkl. und exkl. Dekubitus ersten Grades in Krankenhäusern und Pflegeheimen

6.2.2 Dekubitusprävalenz der Risikogruppe (Braden-Wert ≤ 20)

Die Dekubitusprävalenz der Risikogruppe konnte bei zwei Mal an der Pflegequalitätserhebung teilnehmenden Pflegeheimen und Krankenhäusern sowohl bei Ein- als auch bei Ausschluss von Dekubitus ersten Grades reduziert werden. In zweifach teilnehmenden Krankenhäusern sank die Prävalenz von 11,7% auf 8,8% und exkl. Dekubitus Grad eins von 8% auf 6,3%. In Pflegeheimen konnte die Dekubitusprävalenz der Risikogruppe inkl. Dekubitus ersten Grades von einem Ausgangswert von 8,6% um zwei Prozentpunkte reduziert werden. Bei Ausschluss von Dekubitus ersten Grades sank die Prävalenz in der Risikogruppe bei PflegeheimbewohnerInnen von 7,5% auf 6,4%. Die Ergebnisse für dreimalig an der Erhebung teilnehmende Krankenhäuser sind weniger eindeutig. Die Dekubitusprävalenz der Risikogruppe inkl. Grad eins stieg zwischen jedem Erhebungszeitpunkt von ursprünglich 7,5% auf letztlich 11,7% an. Bei Ausschluss von Dekubitus Grad eins kam es zwischen erster und zweiter Erhebung zu einem Anstieg von anfänglich 2,5% um vier Prozentpunkte und zwischen zweiter und dritter Erhebung zu einer Reduktion von einem Prozentpunkt auf 5,5%.

Abbildung 3 zeigt die Veränderungen der Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe inkl. und exkl. Dekubitus Grad eins für Krankenhäuser und Pflegeheime zwischen den

einzelnen Erhebungszeitpunkten. Die beobachteten Veränderungen sind jedoch nicht statistisch signifikant.

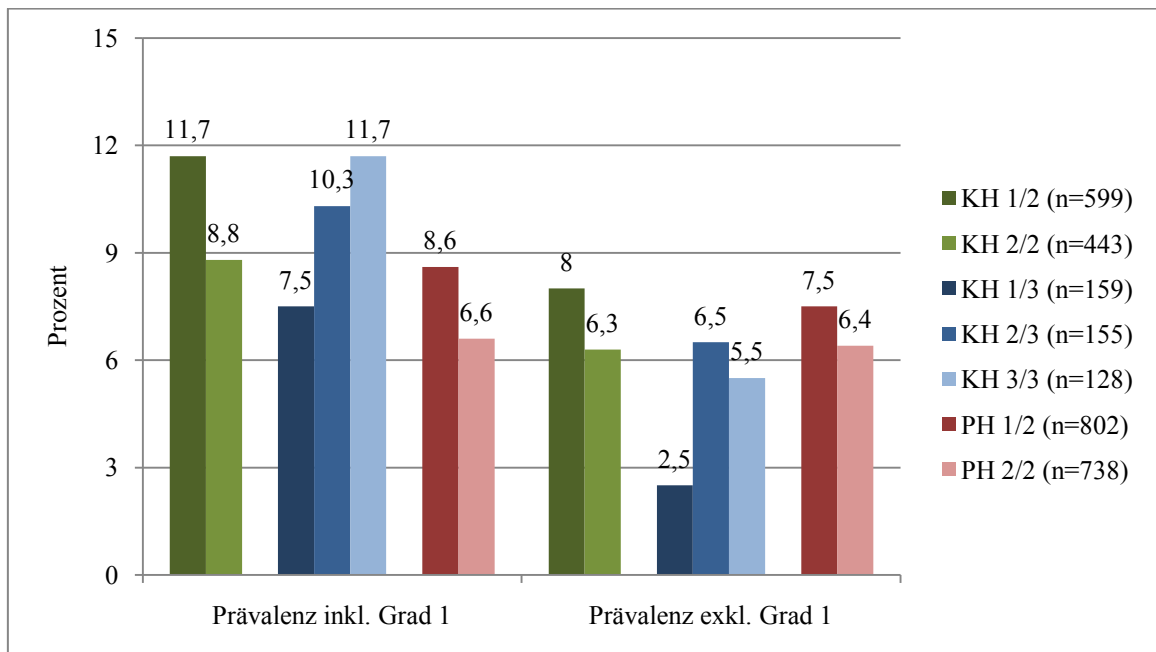


Abbildung 3: Dekubitusprävalenz der Risikogruppe inkl. und exkl. Dekubitus ersten Grades in Krankenhäusern und Pflegeheimen

6.2.3 Einrichtungsinterne Entstehung von Dekubitus

In zweimalig an der Erhebung teilnehmenden Krankenhäusern hatten zum Zeitpunkt der ersten Erhebung 46,6% der 73 PatientInnen mit Dekubitus diesen in der Einrichtung entwickelt. Der Anteil an PatientInnen mit einrichtungsintern entstandenen Dekubituswunden lag zum zweiten Erhebungszeitpunkt bei 39,5% (n=38). Auch in jährlich an der Erhebung teilnehmenden Krankenhäusern sank der Anteil an PatientInnen mit einrichtungsintern entstandenem Dekubitus zwischen erster und zweiter Erhebung von 38,5% (n=13) auf 25% (n=16). Zum dritten Erhebungszeitpunkt lag der Anteil wieder deutlich höher und betrug 46,7% (n=15). PflegeheimbewohnerInnen mit Dekubitus hatten diesen bei der ersten Erhebung zu 71,8% (n=71) und bei der zweiten Erhebung zu 74,5% (n=51) nach der Einweisung in die Einrichtung entwickelt.

Die Anteile an PatientInnen bzw. BewohnerInnen mit einrichtungsintern entstandenem Dekubitus veränderten sich zwischen den Erhebungszeitpunkten nicht statistisch signifikant.

6.2.4 Maßnahmen zur Dekubitusprävention bei RisikopatientInnen und RisikobewohnerInnen

In Tabelle 4 werden die bei PatientInnen bzw. BewohnerInnen mit hohem Dekubitusrisiko zur Vorbeugung von Dekubitus durchgeführten Maßnahmen für die einzelnen Erhebungszeitpunkte aufgezeigt.

Über alle Einrichtungen und Erhebungszeitpunkte hinweg, wurden Cremes zum Schutz der Haut bei Personen mit Dekubitusrisiko am häufigsten zur Prävention angewendet. In Krankenhäusern, welche sich zwei Mal an der Erhebung beteiligten, folgte das Informieren von PatientInnen bzw. pflegenden Angehörigen mit 34,7% (1. Erhebung) und 38,6% (2. Erhebung) als am zweit häufigsten gesetzte Präventionsmaßnahme. Zwischen erster und zweiter Erhebung stieg der Anteil an RisikopatientInnen, bei denen eine Fersenentlastung durchgeführt wurde, von 28,9% auf 34,8% signifikant ($p \leq 0,05$). Die durchschnittliche Zahl an durchgeführten Maßnahmen wurde zwischen den Erhebungszeitpunkten um 4,9% gesteigert. In Krankenhäusern, welche sich jährlich an der Erhebung beteiligten, ist der relativ hohe Anteil an RisikopatientInnen auffällig, welche keine präventiven Maßnahmen erhielten. Dieser Anteil stieg zwischen den Erhebungen von 39,6% auf 49,6%. Gleichzeitig sank die Zahl der im Durchschnitt durchgeführten Präventionsmaßnahmen zwischen erster und dritter Erhebung um 47,4%. In Pflegeheimen sank der Anteil an RisikobewohnerInnen, bei denen keine präventiven Maßnahmen durchgeführt wurden, zwischen erster und zweiter Erhebung von 2,9% auf 1,4% signifikant ($p \leq 0,05$) ab. Ebenso kam es zu einer signifikanten Reduktion unspezifischer Präventionsmaßnahmen. Im Vergleich zur ersten Erhebung wurde der Einsatz der Maßnahmen „Beheben bzw. Vorbeugen von Flüssigkeits- und Ernährungsdefiziten“ um 20,4 Prozentpunkte und „Informieren von BewohnerInnen bzw. pflegenden Angehörigen“ um neun Prozentpunkte signifikant gesteigert ($p \leq 0,05$). Insgesamt wurden bei der zweiten Erhebung im Durchschnitt um 13,9% mehr Maßnahmen bei RisikobewohnerInnen durchgeführt als bei der ersten Erhebung.

Tabelle 4: Durchgeführte Maßnahmen zur Dekubitusprävention bei RisikopatientInnen und –bewohnerInnen in % (Mehrfachantworten möglich)

	KH (n=12)		KH (n=3)			PH (n=11)	
Erhebungszeitpunkt	1/2 (n=599)	2/2 (n=443)	1/3 (n=159)	2/3 (n=155)	3/3 (n=129)	1/2 (n=805)	2/2 (n=740)
Wechselagerung/Positionswechsel gemäß Zeitschema	29,4%	29,3%	18,2%	20,6%	20,9%	43,4%	46,5%
Flüssigkeits- und Ernährungsdefizite vorbeugen/beheben	25,4%	24,6%	10,7%	11,6%	12,4%	33,5%*	53,9%*
Informieren der PatientIn/pflegender Angehöriger	34,7%	38,6%	17,0%	11,6%	12,4%	31,8%*	40,8%*
Entlastung der Ferse	28,9%*	34,8%*	23,3%	18,1%	20,9%	38,3%	41,8%
Cremes zum Schutz der Haut	69,8%	71,6%	51,6%	46,5%	46,5%	93,8%	95,4%
Sonstige Maßnahmen	5,5%	4,3%	2,5%	1,9%	-	7,6%*	4,3%*
Keine Maßnahmen	21,9%	20,1%	39,6%	47,1%	49,6%	2,9%*	1,4%*
Gesamtzahl durchgeführter Maßnahmen	1.160	900	196	171	146	1.999	2.092

* χ^2 -Test $p \leq 0,05$

6.2.5 Qualitätsindikatoren zu Dekubitus auf Einrichtungsebene

In Tabelle 5 wird die Einhaltung der dekubitusspezifischen Qualitätsindikatoren in Krankenhäusern und Pflegeheimen für die einzelnen Erhebungen dargestellt. In Krankenhäusern, welche zwei Mal an der europäischen Pflegequalitätserhebung teilnahmen, blieb die Einhaltung der Qualitätsindikatoren zwischen den Erhebungen weitgehend konstant. Indikatoren, welche zum ersten Erhebungszeitpunkt von allen bzw. einem Großteil der Krankenhäuser erfüllt wurden, wurden bei der zweiten Erhebung jedoch von weniger Einrichtungen angegeben. So sank die Zahl an Krankenhäusern mit Richtlinien zur Dekubitusprävention und -behandlung, einrichtungseigenen DekubitusexpertInnen sowie regelmäßiger Aktualisierung von Richtlinien. Dennoch zählen diese Qualitätsindikatoren auch bei der zweiten Erhebung zu den am häufigsten erfüllten. In Krankenhäusern, welche sich jährlich an der Erhebung beteiligten, blieb die Einhaltung der Qualitätsindikatoren weitgehend konstant. Für Pflegeheime stieg die Zahl an Einrichtungen, welche dekubitusspezifische Qualitätsindikatoren erfüllten. Wiesen zum ersten Erhebungszeitpunkt nur fünf der elf Pflegeheime Richtlinien zur

Dekubitusprävention und –behandlung auf, stieg diese Zahl beim zweiten Erhebungszeitpunkt auf zehn Einrichtungen. Ebenso wurde die Anzahl an Pflegeheimen mit regelmäßiger Aktualisierung von Richtlinien von vier auf neun sowie die Anzahl an Einrichtungen mit DekubitusexpertInnen von sechs auf neun gesteigert.

Tabelle 5: Qualitätsindikatoren zu Dekubitus auf Einrichtungsebene

	KH (n=12)		KH (n=3)			PH (n=11)	
Erhebungszeitpunkt	1/2	2/2	1/3	2/3	3/3	1/2	2/2
DekubitusexpertIn bzw. -gruppe	9	8	2	2	2	6	9
Protokoll/Richtlinien zur Dekubitus- prävention und –behandlung	12	9	2	2	1	5	10
ExpertIn für die Aktualisierung von Protokoll/Richtlinien	11	9	2	2	2	4	9
Erfassung von PatientInnen mit Dekubitus Grad 2 oder höher durch zentrale Ansprechperson	4	5	0	1	1	7	8
Zentrale Erfassung der Anzahl von DekubituspatientInnen	8	9	1	2	1	9	10
Protokoll zur Verwaltung von Präventionsmaterial	6	7	1	1	1	4	6
Fortbildung zu Dekubitus innerhalb der letzten zwei Jahre	10	10	2	3	2	11	10
Informationsbroschüre für Betroffene/Angehörige	1	2	0	0	1	1	2

6.3 Inkontinenz

Im folgenden Abschnitt werden die Prävalenz der UI, SI und DI, die beim Vorliegen von Inkontinenz durchgeführten pflegerischen Maßnahmen sowie inkontinenzspezifische Qualitätsindikatoren für Krankenhäuser und Pflegeheime dargestellt und zwischen den Erhebungszeitpunkten verglichen.

6.3.1 Prävalenz der Inkontinenz

In Krankenhäusern mit zweimaliger Erhebungsteilnahme stieg der Anteil an PatientInnen mit einer UI von 25,4% auf 29,7% signifikant an ($p \leq 0,05$). In jährlich an der Erhebung teilnehmenden Krankenhäusern schwankte die Prävalenz der UI zwischen den

Erhebungszeitpunkten. Zum ersten Erhebungszeitpunkt waren 23,3%, zum zweiten 20,5% und zum dritten Erhebungszeitpunkt schließlich 21,5% der PatientInnen von einer UI betroffen. In Pflegeheimen lag der Anteil an urininkontinenten BewohnerInnen zu beiden Erhebungszeitpunkten mit 84,8% bzw. 83,1% deutlich höher als in Krankenhäusern.

Der Anteil stuhlinkontinenter PatientInnen sank in Krankenhäusern mit zwei Erhebungen zwischen erster und zweiter Erhebung von 9,5% auf 8,7%. Auch die Prävalenz der DI veränderte sich mit 7,7% und 8,9% nur marginal. In Krankenhäusern mit dreimaliger Teilnahme lag zum ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt eine nahezu idente Prävalenz der SI von 8,2% bzw. 8,4% vor. Im Vergleich zum zweiten Erhebungszeitpunkt kam es bei der dritten Erhebung zu einer signifikanten Reduktion ($p \leq 0,05$) der Prävalenz der SI auf 5,2%. Der Anteil an PatientInnen mit DI schwankte zwischen den einzelnen Erhebungen von 5,1% (1. Erhebung), über 6,3% (2. Erhebung) und 4,3% (3. Erhebung). In Pflegeheimen blieb die Prävalenz der SI mit 63,4% und 62,2% sowie die Prävalenz der DI mit 62,1% und 60,3% zwischen erstem und zweitem Erhebungszeitpunkt weitgehend unverändert.

In Abbildung 4 werden die Prävalenz der UI, SI und DI in Krankenhäusern und Pflegeheimen für die einzelnen Erhebungszeitpunkte aufgezeigt.

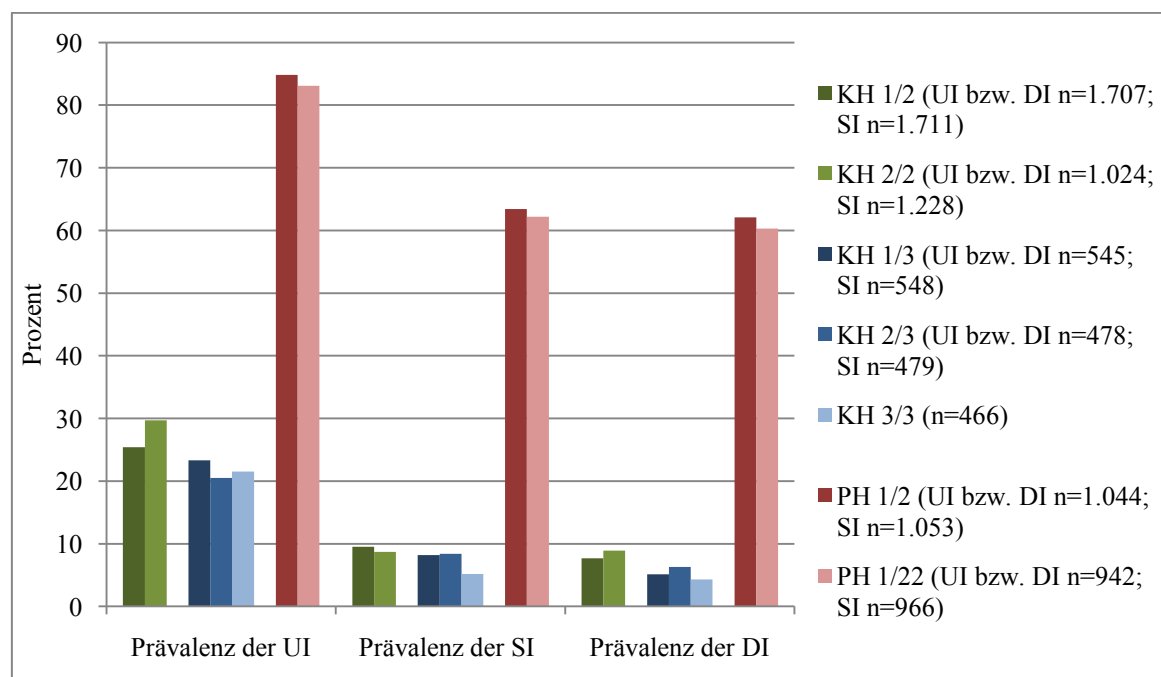


Abbildung 4: Prävalenz der Urin-, Stuhl- und Doppelinkontinenz in Krankenhäusern und Pflegeheimen

6.3.2 Pflegemaßnahmen bei Inkontinenz

In Tabelle 6 wird angeführt, welche Pflegemaßnahmen und Hilfsmittel zur Versorgung urininkontinenter PatientInnen und BewohnerInnen zum Einsatz kamen.

Tabelle 6: Durchgeführte Maßnahmen und verwendete Hilfsmittel bei urininkontinenten PatientInnen und BewohnerInnen in % (Mehrfachnennungen möglich)

	KH (n=12)		KH (n=3)			PH (n=11)	
Erhebungszeitpunkt	1/2 (n=434)	2/2 (n=304)	1/3 (n=127)	2/3 (n=98)	3/3 (n=100)	1/2 (n=885)	2/2 (n=791)
Anpassung der Umgebung	19,8%	20,1%	15,7%	15,3%	16,0%	26,4%*	34,8%*
Angepasste Bekleidung	17,3%*	23,7%*	11,0%*	17,3%	21,0%*	38,6%*	57,4%*
Medikation	4,4%	3,9%	3,9%	8,2%	3,0%	4,6%*	9,0%*
Auswertung der Medikation	1,8%	1,3%	1,6%	2,0%	-	3,6%*	14,2%*
Blasen-/Beckenbodentraining Muskelentspannungsübungen	6,5%	6,9%	10,2%* ² * ³	1,0%* ¹	2,0%* ¹	1,8%*	4,3%*
Regelmäßiger Toilettengang (individuell)	8,3%	12,2%	7,1%	6,1%	5,0%	38,8%	39,7%
Regelmäßiger Toilettengang (Station)	2,5%	4,3%	3,9%	1,0%	3,0%	12,4%*	16,7%*
Andere Maßnahmen	1,2%	2,0%	3,1%	5,1%	2,0%	6,3%*	3,4%*
Keine besonderen Maßnahmen	28,6%	29,6%	25,2%* ³	21,4%* ³	44,0%* ¹ * ²	3,4%	4,8%
Gesamtzahl durchgeführter Maßnahmen	268	226	72	55	52	1.174	1.419
Inkontinenzeinlagen	47,2%*	37,8%*	45,7%* ² * ³	27,6%* ¹	29,0%* ¹	78,3%*	72,6%*
Inkontinenzslips	20,5%*	30,6%*	18,9%* ² * ³	38,8%* ¹	18,0%* ²	22,9%*	34,0%*
Inkontinenzbetteinlagen	18,4%	21,7%	7,9%* ² * ³	17,3%* ¹	17,0%* ¹	49,9%*	67,4%*
Katheter	35,5%	30,9%	24,4%* ³	18,4%* ³	39,0%* ¹ * ²	8,6%	10,0%
Gesamtzahl verwendeter Hilfsmittel	528	368	123	100	103	1.414	1.455

* χ^2 –Test $p \leq 0,05$; die Hochzahlen geben an, zwischen welchen Erhebungszeitpunkten ein signifikanter Unterschied besteht

In Krankenhäusern, welche sich zwei Mal an der Pflegequalitätserhebung beteiligten, wurden zu beiden Erhebungszeitpunkten bei über einem Viertel der urininkontinenten PatientInnen keine inkontinenzbezogenen Maßnahmen durchgeführt. Umgebungsanpassung sowie angepasste Bekleidung waren zu beiden Erhebungszeitpunkten die am häufigsten durchgeführten Maßnahmen. Eine Anpassung der Bekleidung wurde bei der zweiten Erhebung signifikant häufiger ($p \leq 0,05$) durchgeführt als bei der ersten. Im Durchschnitt kamen zum zweiten Erhebungszeitpunkt bei urininkontinenten PatientInnen um 20,2% mehr kontinenzfördernde Maßnahmen zum Einsatz. Inkontinenzeinlagen stellten zu beiden Erhebungszeitpunkten das am häufigsten verwendete Hilfsmittel zur Versorgung der UI dar. Ihre Verwendung sank jedoch zwischen erster und zweiter Erhebung signifikant ab ($p \leq 0,05$), während Inkontinenzslips signifikant häufiger ($p \leq 0,05$) genutzt wurden. Insgesamt blieb die Zahl der Hilfsmittel, welche im Durchschnitt zur Versorgung von urininkontinenten PatientInnen verwendet wurden, zwischen den Erhebungen weitgehend konstant.

In Krankenhäusern mit dreimaliger Beteiligung an der Erhebung, stieg der Anteil an PatientInnen, welche keine inkontinenzspezifischen Pflegemaßnahmen erhielten, zwischen erster und dritter Erhebung von 25,2% auf 44% signifikant an ($p \leq 0,05$). Am häufigsten wurden eine Anpassung der Umgebung sowie der Bekleidung durchgeführt. Während zum ersten Erhebungszeitpunkt 11% der PatientInnen eine angepasste Bekleidung erhielten, stieg der Anteil bei der dritten Erhebung um zehn Prozentpunkte signifikant an ($p \leq 0,05$). Blasen- und Beckenbodentraining sowie Muskelentspannungsübungen wurden zum zweiten und dritten Erhebungszeitpunkt jedoch signifikant weniger häufig ($p \leq 0,05$) angewendet als bei der ersten Erhebung. Insgesamt wurden bei der dritten Erhebung im Durchschnitt um 8,3% weniger kontinenzfördernde Maßnahmen durchgeführt als zum ersten Erhebungszeitpunkt. Der Anteil an katheterisierten PatientInnen stieg in Krankenhäusern mit jährlicher Erhebungsteilnahme zwischen erster und dritter bzw. zweiter und dritter Erhebung signifikant an ($p \leq 0,05$). Ebenso wurden Inkontinenzbetteinlagen bei zweiter und dritter Erhebung signifikant häufiger ($p \leq 0,05$) genutzt als bei der ersten Erhebung. Die Verwendung von Inkontinenzeinlagen sank jedoch zwischen erster und zweiter bzw. erster und dritter Erhebung signifikant ab ($p \leq 0,05$). Inkontinenzslips wurden am häufigsten zum zweiten Erhebungszeitpunkt verwendet, während die Häufigkeit ihrer Verwendung zwischen erster und dritter Erhebung vergleichbar war. Die Zahl der im Durchschnitt verwendeten Hilfsmittel stieg zwischen erster und dritter Erhebung um 6,3%.

In Pflegeheimen wurden im Vergleich zu Krankenhäusern mit 3,4% bzw. 4,8% deutlich seltener keine inkontinenzbezogenen Maßnahmen durchgeführt. Eine Anpassung der Umgebung und der Bekleidung, Medikamente und eine Auswertung dieser, Blasen-, Beckenbodentraining oder Muskelentspannungsübungen sowie regelmäßiger Toilettengang auf Stationsebene kamen in Pflegeheimen bei der zweiten Erhebung im Vergleich zur ersten signifikant häufiger ($p \leq 0,05$) zum Einsatz. Unspezifische Maßnahmen wurden hingegen signifikant seltener ($p \leq 0,05$) angewendet. Die Zahl der im Durchschnitt durchgeführten kontinenzfördernden Maßnahmen stieg zwischen den Erhebungen um 35,2%. Auch die Gesamtzahl der durchschnittlich verwendeten Hilfsmittel nahm um 15,1% zu. Die Verwendung von Inkontinenzslips und -betteinlagen stieg zwischen den Erhebungen signifikant ($p \leq 0,05$). Die Nutzung von Inkontinenzeinlagen ging jedoch signifikant zurück ($p \leq 0,05$).

Bei PatientInnen und BewohnerInnen, welche ausschließlich von SI betroffen waren, wurden in keiner der Einrichtungen inkontinenzspezifische Pflegemaßnahmen durchgeführt.

6.3.3 Qualitätsindikatoren zu Inkontinenz auf Einrichtungsebene

Die Zahl an Krankenhäusern, welche innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung zum Thema Inkontinenz veranstaltet hatten, stieg zwischen erster und zweiter Erhebung von sieben auf acht. Ebenso bot im Vergleich zur ersten Erhebung ein zusätzliches Krankenhaus themenspezifische Informationsbroschüren an. Die Einhaltung der weiteren Qualitätsindikatoren zu Inkontinenz blieb in Krankenhäusern mit zweimaliger Erhebungsteilnahme zwischen den Erhebungen konstant. Auch die Zahl an Krankenhäusern mit jährlicher Erhebungsteilnahme, welche bestimmte Qualitätsindikatoren erfüllten, blieb zwischen den Erhebungsjahren überwiegend vergleichbar. Im Gegensatz zum ersten Erhebungsjahr hatten jedoch bei der dritten Erhebung alle Krankenhäuser eine Fortbildung zum Thema Inkontinenz durchgeführt. Ebenso stieg die Zahl der Krankenhäuser mit einem Protokoll zur Verwaltung von Inkontinenzmaterial. In Pflegeheimen stieg die Einhaltung inkontinenzspezifischer Qualitätsindikatoren weitgehend an. Die Zahl an Pflegeheimen mit Richtlinien zur Inkontinenzbehandlung, einer Überwachung der Einhaltung von Richtlinien, ExpertInnen für die Aktualisierung der Richtlinien sowie einem Protokoll zur Verwaltung von Inkontinenzmaterial konnte zwischen den Erhebungen verdoppelt werden (Tab. 7).

Tabelle 7: Qualitätsindikatoren zu Inkontinenz auf Einrichtungsebene

	KH (n=12)		KH (n=3)			PH (n=11)	
Erhebungszeitpunkt	1/2	2/2	1/3	2/3	3/3	1/2	2/2
Anerkanntes Protokoll/Richtlinie zur Inkontinenzbehandlung	6	6	2	1	2	3	9
Überwachung der Einhaltung von Protokoll/Richtlinie	6	6	2	2	2	3	9
ExpertIn für die Aktualisierung von Protokoll/Richtlinie	6	6	2	2	2	3	6
ExpertIn für Inkontinenzbehandlung	7	7	2	2	2	7	6
Protokoll für Verwaltung von Inkontinenzmaterial	8	8	1	1	2	4	8
Fortbildung zu Inkontinenz innerhalb der letzten zwei Jahre	7	8	1	2	3	10	11
Informationsbroschüre für Betroffene/Angehörige	5	6	0	0	1	4	4

6.4 Mangelernährung

In diesem Kapitel werden die Prävalenz der Mangelernährung, eingeleitete Maßnahmen zur Mangelernährungsprävention und –behandlung sowie Qualitätsindikatoren auf Einrichtungsebene beschrieben und zwischen den Erhebungszeitpunkten verglichen.

6.4.1 Prävalenz der Mangelernährung

In Abbildung 5 wird die Prävalenz der Mangelernährung gemäß der Definition von Meijers et al. (2009b) dargestellt. In Krankenhäusern mit zweimaliger Erhebungsbeteiligung kam es zwischen erster und zweiter Erhebung zu einer signifikanten Abnahme ($p \leq 0,05$) der Prävalenz um 4,7 Prozentpunkte. Auch in Krankenhäusern, welche sich jährlich an der Erhebung beteiligten, sank der Anteil an PatientInnen mit einer Mangelernährung von anfänglich 27,2% auf letztlich 23,2%. Diese Reduktion ist jedoch nicht statistisch signifikant. In Pflegeheimen stieg die Prävalenz der Mangelernährung zwischen erster und zweiter Erhebung leicht an.

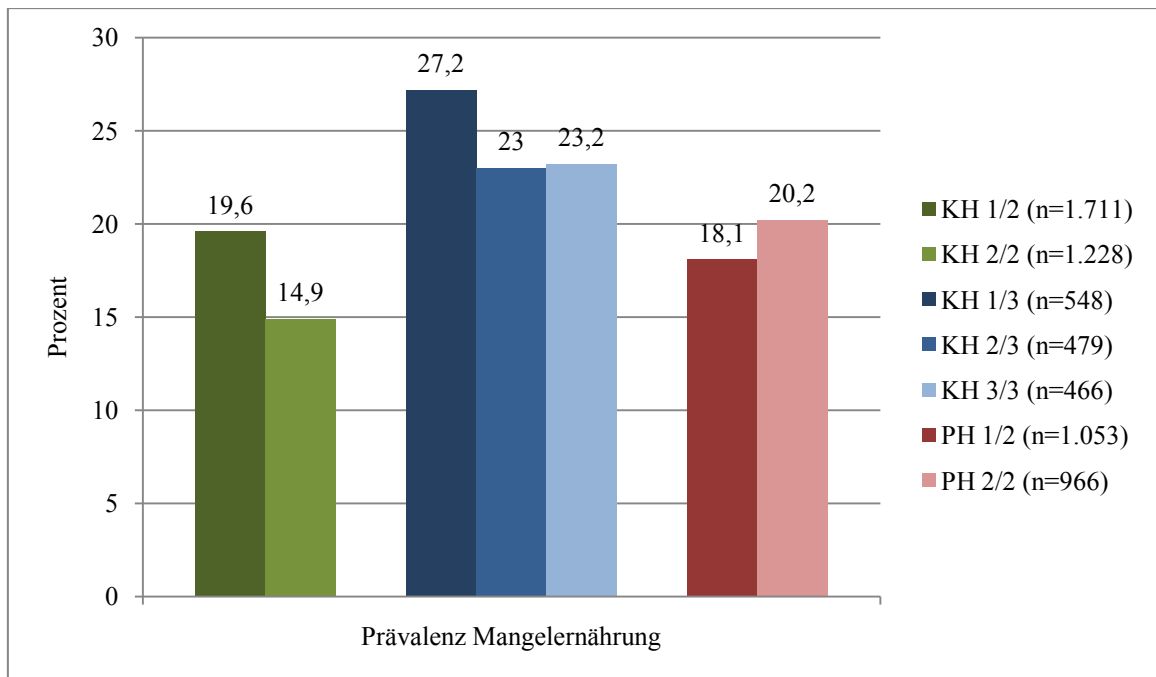


Abbildung 5: Prävalenz der Mangelernährung nach der Definition von Meijers et al. (2009b) in Krankenhäusern und Pflegeheimen

6.4.2 Maßnahmen zur Prävention und Behandlung der Mangelernährung

Die Erfassung des Ernährungszustands ist Voraussetzung für das gezielte Setzen von Interventionen, um einer Mangelernährung vorzubeugen. In Krankenhäusern, welche zwei Mal an der Pflegequalitätserhebung teilnahmen, wurde zum zweiten Erhebungszeitpunkt die Erfassung des Ernährungszustands bei der Einweisung signifikant häufiger ($p \leq 0,05$) durchgeführt als bei der ersten Erhebung. Während bei der zweiten Erhebung von 73,8% der 1.228 PatientInnen der Ernährungszustand bei der Einweisung erfasst wurde, war dies bei der ersten Erhebung lediglich bei 58,7% der 1.711 PatientInnen der Fall. Bei jährlich an der Erhebung teilnehmenden Krankenhäusern blieb der Anteil an PatientInnen, bei denen der Ernährungszustand bei der Einweisung erfasst wurde, über die Erhebungen weitgehend konstant. Bei der ersten Erhebung fand eine Erfassung des Ernährungszustands bei 78,3% der 548 PatientInnen statt, bei der zweiten Erhebung bei 79,1% ($n=479$) und bei der dritten Erhebung bei 76,8% ($n=466$). In Pflegeheimen blieb der Anteil an BewohnerInnen, bei welchen bei der Einweisung der Ernährungszustand erhoben wurde, mit 94,4% ($n=1.053$) und 95,4% ($n=966$) zwischen erster und zweiter Erhebung unverändert hoch.

In Tabelle 8 werden die bei vorliegender Mangelernährung eingeleiteten Maßnahmen dargelegt.

Tabelle 8: Eingeleitete Maßnahmen zur Behandlung mangelernährter PatientInnen und BewohnerInnen in % (Mehrfachnennungen möglich)

	KH (n=12)		KH (n=3)			PH (n=11)	
Erhebungszeitpunkt	1/2 (n=228)	2/2 (n=159)	1/3 (n=149)	2/3 (n=49)	3/3 (n=108)	1/2 (n=177)	2/2 (n=161)
DiätassistentIn eingeschaltet	26,8%	20,1%	26,8%*	42,9%*	29,6%	66,1%*	87,6%*
Energiereiche (proteinreiche) Diät	20,3% ⁿ¹	17,6% ⁿ²	12,1%* ⁿ²	28,3%* ⁿ¹	13,9%* ⁿ²	32,2%* ⁿ⁶	47,3%* ⁿ²
Energiereiche Zwischen- mahlzeiten	22,2% ⁿ³	21,8% ⁿ²	17,4%* ⁿ³	23,1%* ⁿ³	6,5%* ⁿ¹	47,8% ⁿ⁶	51,2% ⁿ⁷
Orale Nahrungsergänzung	33,3%	27,0%	16,8%* ⁿ²	32,7%* ⁿ¹	14,8%* ⁿ²	42,9%	45,3%
Sondennahrung	8,3%	4,4%	3,4%	6,1%	3,7%	5,6%	4,3%
Parenterale Ernährung	18,0%	17,6%	5,4%	10,2%	9,3%	6,8%	4,3%
Angepasste Konsistenz	14,5%	13,8%	5,4%* ⁿ²	16,3%* ⁿ¹	5,6%* ⁿ²	27,1%	36,6%
Keine Maßnahmen wegen palliativem Zustand	1,8%	4,4%	2,0%	2,0%	5,6%	4,5%*	0,6%*
Gesamtzahl durchgeführter Maßnahmen	328	197	130	80	90	407	449

* χ^2 –Test $p \leq 0,05$; die Hochzahlen geben an, zwischen welchen Erhebungszeitpunkten ein signifikanter Unterschied besteht; ⁿ¹ n=231; ⁿ² n=165; ⁿ³ n=230; ⁿ⁴ n=53; ⁿ⁵ n=52; ⁿ⁶ n=180; ⁿ⁷ n=164

In Krankenhäusern mit zweimaliger Erhebungsteilnahme kam es zwischen den Erhebungen zu keinen signifikanten Häufigkeitsunterschieden hinsichtlich der bei mangelernährten PatientInnen durchgeführten Maßnahmen. Zu beiden Erhebungszeitpunkten stellte eine orale Nahrungsergänzung mit 33,3% bzw. 27% die am häufigsten gesetzte Maßnahme dar. Die durchschnittliche Zahl der bei Mangelernährung eingesetzten Maßnahmen sank zwischen den Erhebungen um 13,9%. In Krankenhäusern, welche sich jährlich an der Erhebung beteiligten, wurden am häufigsten DiätassistentInnen eingeschaltet. Der Einsatz von DiätassistentInnen stieg zwischen erster und zweiter Erhebung signifikant an ($p \leq 0,05$), sank jedoch bei der dritten Erhebung wieder.

Vergleichbare Ergebnisse zeigen sich auch für den Einsatz energiereicher Diät, oraler Nahrungsergänzung und angepasster Konsistenz der Nahrung. Der Einsatz dieser Maßnahmen stieg zwischen erster und zweiter Erhebung signifikant an ($p \leq 0,05$) und fiel zwischen zweiter und dritter Erhebung jedoch wieder signifikant ($p \leq 0,05$) auf eine mit dem Ausgangswert vergleichbare Häufigkeit ab. Energiereiche Zwischenmahlzeiten wurden zum dritten Erhebungszeitpunkt signifikant seltener ($p \leq 0,05$) genutzt als bei den beiden vorangegangenen Erhebungen. Insgesamt zeigt sich, dass die Zahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen zwischen erster und zweiter Erhebung um 87,3% zunahm, jedoch zwischen zweiter und dritter Erhebung erneut um 49% abnahm. In Pflegeheimen wurde als häufigste Maßnahme bei mangelernährten BewohnerInnen eine DiätassistentIn eingeschaltet. Der Einsatz von DiätassistentInnen erfolgte bei der zweiten Erhebung signifikant häufiger als bei der ersten. Ebenso wurde die Verwendung einer energiereichen Diät bei der zweiten Erhebung signifikant gesteigert ($p \leq 0,05$). Die Anwendung einer angepassten Nahrungskonsistenz wurde um 9,5 Prozentpunkte erhöht. Dieser Anstieg ist jedoch nicht statistisch signifikant. Im Gegensatz dazu wurden bei der zweiten Erhebung bei einem signifikant geringeren Anteil ($p \leq 0,05$) an mangelernährten BewohnerInnen keine Maßnahmen aufgrund eines palliativen Zustands durchgeführt. Die Zahl der im Durchschnitt zur Behandlung von ME durchgeführten Maßnahmen stieg zwischen den Erhebungen um 21,3%

6.4.3 Qualitätsindikatoren zu Mangelernährung auf Einrichtungsebene

In Tabelle 9 wird die Einhaltung mangelernährungsspezifischer Qualitätsindikatoren in Krankenhäusern und Pflegeheimen für die einzelnen Erhebungen dargestellt.

Alle Einrichtungen verfügten zu allen Erhebungszeitpunkten über eine DiätassistentIn. Die Zahl an Krankenhäusern mit zweimaliger Erhebungsbeteiligung, welche die einzelnen Qualitätsindikatoren zur Mangelernährung erfüllten, blieb weitgehend konstant. Während jedoch zum ersten Erhebungszeitpunkt alle dieser Krankenhäuser innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung zum Thema Mangelernährung durchgeführt hatten, waren es bei der zweiten Erhebung nur acht. Innerhalb der Krankenhäuser mit jährlicher Teilnahme an der Erhebung stieg hingegen die Zahl der Einrichtungen mit Fortbildungen. Im dritten Erhebungsjahr konnten auch mehr dieser Krankenhäuser ein interdisziplinäres Ernährungsteam aufweisen und alle hatten Kriterien zur Feststellung einer Mangelernährung festgelegt. Die Anzahl an Pflegeheimen, welche

mangelernährungsspezifische Qualitätsindikatoren erfüllte, konnte zwischen erster und zweiter Erhebung gesteigert werden. So stellte das Vorhandensein von Informationsbroschüren zum Thema Mangelernährung für Betroffene und Angehörige zum zweiten Erhebungszeitpunkt den einzigen Qualitätsindikator dar, welcher nicht von allen teilnehmenden Pflegeheimen erfüllt wurde.

Tabelle 9: Qualitätsindikatoren zu Mangelernährung auf Einrichtungsebene

	KH (n=12)		KH (n=3)			PH (n=11)	
Erhebungszeitpunkt	1/2	2/2	1/3	2/3	3/3	1/2	2/2
Multidisziplinäres Ernährungsteam	9	8	0	0	2	9	11
Protokoll/Richtlinie zur Prävention und Behandlung	5	5	1	1	1	6	11
Überwachung der Einhaltung von Protokoll/Richtlinie	5	5	1	1	1	6	11
ExpertIn für die Aktualisierung von Protokoll/Richtlinie	7	6	1	1	1	6	11
Fortbildung zu Mangelernährung innerhalb der letzten zwei Jahre	12	8	1	3	3	11	11
Informationsbroschüre für Betroffene/Angehörige	4	3	0	0	0	2	4
Festgelegte Kriterien für die Feststellung von Mangelernährung	8	8	2	2	3	11	11
DiätassistentIn	12	12	3	3	3	11	11

7 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es aufzuzeigen, inwieweit sich Prävalenz, durchgeführte Maßnahmen sowie Qualitätsindikatoren hinsichtlich Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung in Krankenhäusern und Pflegeheimen mit wiederholter Teilnahme an der Europäischen Pflegequalitätserhebung zwischen den Erhebungszeitpunkten veränderten.

7.1 Zusammenfassung wesentlicher Ergebnisse

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse dieser Arbeit für die einzelnen Pflegephänomene zusammengefasst.

7.1.1 Dekubitus

Sowohl in Krankenhäusern als auch in Pflegeheimen mit zweimaliger Teilnahme an der Erhebung konnte die Dekubitusgesamtprävalenz sowie die Dekubitusprävalenz der Risikogruppe (inkl. und exkl. Dekubitus Grad eins) zwischen den Erhebungen reduziert werden. In Krankenhäusern mit dreimaliger Teilnahme stiegen die Gesamtprävalenz sowie die Prävalenz in der Risikogruppe inkl. Dekubitus ersten Grades hingegen zwischen den Erhebungsjahren an. Unter Ausschluss von Dekubitus ersten Grades schwankte die Prävalenz zwischen den Erhebungsjahren, lag jedoch bei zweiter und dritter Erhebung deutlich höher als bei der ersten Erhebung. Während in Krankenhäusern mit zweimaliger Erhebungsteilnahme der Anteil an einrichtungsintern entstandenen Dekubitus sank, schwankte dieser in jährlich teilnehmenden Krankenhäusern und blieb in Pflegeheimen zwischen den Erhebungen weitgehend konstant. In Krankenhäusern mit zweimaliger Erhebungsteilnahme sowie in Pflegeheimen konnte die im Durchschnitt bei RisikopatientInnen durchgeführte Zahl an Präventionsmaßnahmen gesteigert werden. Ebenso sank der Anteil an RisikopatientInnen bzw. –bewohnerInnen, welche keine präventiven Maßnahmen erhielten. Dieser Rückgang war in Pflegeheimen statistisch signifikant. In Krankenhäusern mit jährlicher Erhebungsbeteiligung ist der zwischen den Erhebungen deutlich steigende Anteil an RisikopatientInnen auffällig, welche keine Maßnahmen zur Vorbeugung eines Dekubitus erhielten. Auch die im Durchschnitt durchgeführte Anzahl an Präventionsmaßnahmen ging zwischen den Erhebungen zurück. Während die Zahl an Krankenhäusern, welche dekubituspezifische Qualitätsindikatoren

erfüllten, zwischen den Erhebungen schwankte, stieg die Zahl an Pflegeheimen mit dekubituspezifischen Qualitätsindikatoren an.

7.1.2 Inkontinenz

In Krankenhäusern mit zweimaliger Teilnahme an der Pflegequalitätserhebung stieg der Anteil an urininkontinenten PatientInnen zwischen den Erhebungen signifikant. Der Anteil an stuhlinkontinenten PatientInnen sank marginal und die Prävalenz der DI stieg zwischen den Erhebungen. In Krankenhäusern mit jährlicher Erhebungsbeteiligung schwankten Prävalenz der UI und DI zwischen den Erhebungsjahren. Hinsichtlich der Prävalenz der SI kam es zwischen zweiter und dritter Erhebung jedoch zu einem signifikanten Rückgang. In Pflegeheimen blieb der Anteil an BewohnerInnen, welche von UI, SI oder DI betroffenen waren, zwischen den Erhebungszeitpunkten weitgehend konstant. Urininkontinente PatientInnen erhielten in Krankenhäusern mit zweimaliger Erhebungsteilnahme bei der zweiten Erhebung im Durchschnitt mehr kontinenzfördernde Maßnahmen. In Krankenhäusern mit jährlicher Beteiligung an der Pflegequalitätserhebung wurden im Vergleich zu den ersten beiden Erhebungen zum dritten Erhebungszeitpunkt signifikant häufiger keine Maßnahmen bei urininkontinenten PatientInnen gesetzt. Die durchschnittliche Anzahl gesetzter kontinenzfördernder Maßnahmen ging zwischen erster und dritter Erhebung zurück, während der Einsatz an Hilfsmitteln leicht anstieg. In Pflegeheimen kamen im Durchschnitt bei der zweiten Erhebung sowohl mehr kontinenzfördernde Maßnahmen als auch mehr Hilfsmittel bei der Versorgung urininkontinenter BewohnerInnen zum Einsatz. Über alle Erhebungszeitpunkte und Einrichtungen hinweg wurden bei rein von SI betroffenen PatientInnen und BewohnerInnen keine gesonderten Maßnahmen gesetzt. Die Einhaltung inkontinenzspezifischer Qualitätsindikatoren blieb in den Krankenhäusern zwischen den Erhebungen weitgehend konstant. Die Zahl an Pflegeheimen, welche Qualitätsindikatoren zu Inkontinenz erfüllten, konnte jedoch überwiegend gesteigert werden.

7.1.3 Mangelernährung

Gemäß der Definition nach Meijers et al (2009b) kam es in Krankenhäusern, welche sich zwei Mal an der Pflegequalitätserhebung beteiligten, zu einem signifikanten Rückgang der Prävalenz der ME. Auch in jährlich an der Erhebung teilnehmenden Krankenhäusern sank die Prävalenz. In Pflegeheimen kam es zwischen den Erhebungen hingegen zu einem

leichten Anstieg des Anteils an mangelernährten PatientInnen. Während in jährlich teilnehmenden Krankenhäusern sowie in Pflegeheimen der Anteil an Personen, deren Ernährungszustand bei der Einweisung erfasst wurde, vergleichbar blieb, stieg dieser Anteil in Krankenhäusern mit zweimaliger Teilnahme signifikant an. Hinsichtlich der Behandlung von ME kam es in Krankenhäusern, welche sich zwei Mal an der Erhebung beteiligten, zwischen den Erhebungen zu keinen signifikanten Häufigkeitsunterschieden. Die Zahl der im Durchschnitt bei mangelernährten PatientInnen durchgeführten Maßnahmen sank jedoch zwischen den Erhebungen. In jährlich an der Erhebung teilnehmenden Krankenhäusern schwankte die Häufigkeit mit der die einzelnen Maßnahmen bei mangelernährten PatientInnen zum Einsatz kamen. In Pflegeheimen hingegen konnte der Einsatz der meisten Maßnahmen, teilweise signifikant, gesteigert werden. Auch in Bezug auf die Erfüllung von Qualitätsindikatoren zu ME konnten sich Pflegeheime zwischen den Erhebungszeitpunkten stark steigern. In Krankenhäusern mit zweimaliger Erhebungsbeteiligung blieb die Zahl der Einrichtungen, welche Qualitätsindikatoren einhielten, weitgehend konstant oder fiel in Bezug auf einzelne Indikatoren. Für Krankenhäuser mit jährlicher Erhebungsbeteiligung konnte für einzelne Indikatoren die Zahl der Einrichtungen, welche diese erfüllten, zwischen den Erhebungen gesteigert werden.

7.2 Diskussion der Ergebnisse

7.2.1 Vergleichbarkeit der Stichproben

Die Charakteristika der Stichproben waren sowohl in Krankenhäusern als auch in Pflegeheimen zwischen den Erhebungszeitpunkten vergleichbar. Lediglich in Krankenhäusern mit zweimaliger Teilnahme an der Pflegequalitätserhebung war der durchschnittliche BMI der PatientInnen bei der zweiten Erhebung signifikant höher als bei der ersten. Die Differenz des BMI zwischen den Erhebungen ist mit $0,6 \text{ kg/m}^2$ eher gering. Es kann davon ausgegangen werden, dass ein dermaßen geringer Unterschied klinisch wenig relevant ist. Des Weiteren gingen in die Berechnung der Prävalenz der ME neben dem BMI weitere Kriterien ein. Da die Vergleichbarkeit der Stichproben zwischen den Erhebungen somit gegeben ist, können beobachtete Unterschiede hinsichtlich Prävalenz und gesetzter Maßnahmen als von Stichprobenunterschieden weitgehend unabhängig angesehen werden.

7.2.2 Dekubitus

Prävalenz

In Krankenhäusern mit zweimaliger Teilnahme an der Erhebung konnte die Dekubitusgesamtprävalenz inkl. Dekubitus ersten Grades von 4,3% auf 3,2% gesenkt werden. Unter Ausschluss von Dekubitus Grad eins erfolgte eine Reduktion von 2,9% auf 2,3%. Auch in anderen internationalen Studien konnte eine Reduktion der Dekubitusgesamtprävalenz inkl. Dekubitus Grad eins zwischen zwei Erhebungszeitpunkten aufgezeigt werden (Banks et al. 2010; Gunningberg & Stotts 2008; Gunningberg 2006; Lahmann, Halfens & Dassen 2005; Moser 2010). Unter Ausschluss von Dekubitus ersten Grades sind die internationalen Ergebnisse widersprüchlicher. Während in einigen Studien ein Anstieg der Prävalenz zwischen zwei Erhebungszeitpunkten zu verzeichnen war (Gunningberg & Stotts 2008; Gunningberg 2006), blieb bei anderen die Prävalenz weitgehend konstant (Moser 2010) oder sank (Lahmann, Halfens & Dassen 2005). Im Vergleich zu Krankenhäusern mit zweimaliger Teilnahme zeigten sich bei österreichischen Krankenhäusern mit jährlicher Erhebungsteilnahme gegenläufige Ergebnisse. Sowohl die Dekubitusgesamtprävalenz inkl. als auch exkl. Dekubitus ersten Grades stieg zwischen den Erhebungen an. Auffällig sind hierbei die sehr geringen Ausgangswerte von 2,4% (inkl. Dekubitus Grad eins) bzw. 0,9% (exkl. Dekubitus Grad eins). Es ist möglich, dass die betroffenen Einrichtungen erst im Laufe der Erhebung für das Thema Dekubitus sensibilisiert wurden. Dafür spricht unter anderem, dass die Gesamtprävalenz inkl. Dekubitus Grad eins bei der dritten Erhebung mit 3,2% einen im Allgemeinen mit österreichischen Krankenhäusern vergleichbaren Wert angenommen hat (ed. Lohrmann 2010). In österreichischen Pflegeheimen sank die Dekubitusgesamtprävalenz zwischen zwei Erhebungen von 6,8% auf 5,4% bzw. unter Ausschluss von Dekubitus Grad eins von 5,4% auf 5%. Während in den Studien von Banks et al. (2010) sowie Moser (2010) vergleichbare Ergebnisse erzielt wurden, konnte in einer US-amerikanischen Studie keine Reduktion der Gesamtprävalenz in Pflegeheimen zwischen zwei Erhebungszeitpunkten verzeichnet werden (Coleman et al. 2002).

Die Prävalenz in der Risikogruppe nahm in Krankenhäusern mit zweimaliger Erhebungsteilnahme von 11,7% auf 8,8% bzw. unter Ausschluss von Dekubitus ersten Grades von 8% auf 6,3% ab. Eine Reduktion der Dekubitusprävalenz der Risikogruppe in Krankenhäusern zwischen zwei Erhebungen wurde auch in anderen, vergleichbaren Studien aufgezeigt (Lahmann, Halfens & Dassen 2010; Lahmann, Halfens & Dassen 2005; Moser 2010). Wie auch die Dekubitusgesamtprävalenz stieg bei Krankenhäusern mit

jährlicher Erhebungsbeteiligung die Prävalenz der Risikogruppe zwischen den Erhebungszeitpunkten an. Dies widerspricht den Ergebnissen von Lahmann, Halfens & Dassen (2010) sowie von Bielitz, Mertens & Dassen (2005), welche eine Reduktion der Prävalenz der Risikogruppe zwischen drei Erhebungen aufzeigten. In Anbetracht der für Krankenhäuser geringen Ausgangsprävalenz der Risikogruppe von 7,5% ist es möglich, dass diese durch eine verstärkte Sensibilisierung der entsprechenden Einrichtungen angestiegen ist. In Pflegeheimen konnte die Prävalenz der Risikogruppe zwischen den Erhebungen von 8,6% auf 6,6% bzw. unter Ausschluss von Dekubitus ersten Grades von 7,5% auf 6,4% reduziert werden. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit den Ergebnissen vergleichbarer Studien (Lahmann, Halfens & Dassen 2010; Moser 2010).

Die Veränderungen der Dekubitusprävalenz zwischen den Erhebungszeitpunkten könnten mit Veränderungen im Einsatz präventiver Maßnahmen in Zusammenhang stehen. Bours et al. (2004) zeigten in ihrer Studie, dass ein Rückgang der Dekubitusprävalenz mit einer Zunahme adäquater Dekubitusprävention einherging. In österreichischen Krankenhäusern mit zweimaliger Erhebungsteilnahme sowie in Pflegeheimen sank nicht nur die Prävalenz der Risikogruppe, sondern es stieg auch die Zahl der durchschnittlich bei RisikopatientInnen durchgeführten Präventionsmaßnahmen. Gegenläufige Ergebnisse für Prävalenz und Präventionsmaßnahmen zeigten sich bei jährlich an der Erhebung teilnehmenden Krankenhäusern. Aufgrund der deskriptiven Ausrichtung dieser Arbeit sind jedoch keine Aussagen über ursächliche Zusammenhänge zulässig.

In Krankenhäusern mit zweimaliger Teilnahme an der Pflegequalitätserhebung konnte der Anteil an einrichtungsintern entstandenen Dekubitus von 46,6% auf 39,5% gesenkt werden. Eine Reduktion des Anteils an einrichtungsintern entstandenen Dekubitus zwischen zwei Erhebungsjahren wurde für Krankenhäuser auch bei Moser (2010) gezeigt. In Krankenhäusern mit jährlicher Erhebungsbeteiligung schwankte der Anteil an einrichtungsintern entstandenen Dekubitus zwischen 25% und 46,7%. Aufgrund der diesen Berechnungen zugrunde liegenden, sehr geringen Fallzahl sind diese Ergebnisse jedoch mit Vorsicht zu interpretieren. In Pflegeheimen lag der Anteil an einrichtungsintern entstandenen Dekubitus mit 71,8% bzw. 74,5% deutlich höher als in Krankenhäusern. Da in Pflegeheimen im Vergleich zu Krankenhäusern deutlich mehr präventive Maßnahmen bei RisikobewohnerInnen durchgeführt wurden, ist dieses Ergebnis überraschend. Doch auch in anderen Erhebungen konnte gezeigt werden, dass der Anteil einrichtungsintern entstandener Dekubituswunden in Pflegeheimen größer ist als in Krankenhäusern (Bielitz, Mertens & Dassen 2005; ed. Lohrmann 2010). Eine mögliche Erklärung könnte die längere

Verweildauer in Pflegeheimen sein, welche die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung eines Dekubitus innerhalb der Einrichtung erhöht.

Maßnahmen

In Krankenhäusern mit zweimaliger Erhebungsteilnahme stieg die Zahl der im Durchschnitt bei RisikopatientInnen durchgeführten Maßnahmen um 4,9%. Der Anteil an RisikopatientInnen, welche eine Fersenentlastung erhielten, konnte zwischen den Erhebungen signifikant gesteigert werden (28,9% vs. 34,8%). Die Häufigkeit der sonstigen Maßnahmen veränderte sich nicht statistisch signifikant bzw. blieb weitgehend konstant. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den Ergebnissen von Lahmann, Halfens & Dassen (2010). Auch in dieser Studie konnten in Bezug auf Maßnahmen zur Dekubitusprävention bei RisikopatientInnen zwischen zwei Erhebungen sowohl Häufigkeitssteigerungen als auch –abfälle verzeichnet werden. In Krankenhäusern mit dreimaliger Erhebungsteilnahme ist auffällig, dass der Anteil an RisikopatientInnen, welche keine Präventionsmaßnahmen erhielten, zwischen den Erhebungen von 39,6% auf 49,6% anstieg. Dieses Ergebnis ist schwer zu erklären. Insbesondere die im Vergleich zu anderen Institutionen sehr geringe Dekubitusprävalenz bei der ersten Erhebung steht im Widerspruch zu der ebenfalls, im Vergleich zu anderen Einrichtungen, geringen Häufigkeit durchgeführter Präventionsmaßnahmen. In der vorliegenden Arbeit wurde der Einsatz von Hilfsmitteln zur Prävention von Dekubitus jedoch nicht ausgewertet. Somit können keine umfassenden Aussagen über die Präventionspraxis teilnehmender Einrichtungen getätigt werden. In Pflegeheimen wurden bei der zweiten Erhebung im Durchschnitt um 13,9% mehr präventive Maßnahmen bei RisikobewohnerInnen durchgeführt als bei der ersten Erhebung. Sowohl das Vorbeugen bzw. Beheben von Flüssigkeits- und Ernährungsdefiziten (33,5% vs. 53,9%) als auch das Informieren von BewohnerInnen bzw. Angehörigen (31,8% vs. 40,8%) wurde bei der zweiten Erhebung signifikant häufiger angewendet. In niederländischen Pflegeheimen kam es ebenfalls zu einer signifikanten Steigerung des Einsatzes dieser Maßnahmen zwischen zwei Erhebungen (Lahmann, Halfens & Dassen 2010).

Qualitätsindikatoren

Die Zahl der Krankenhäuser mit zweimaliger Beteiligung an der Pflegequalitätserhebung, welche durch ExpertInnen aktualisierte Richtlinien zur Dekubitusprävention und –behandlung aufweisen konnten, ist zwischen erster und zweiter Erhebung gesunken. Dies

könnte jedoch an Veränderungen des Fragebogens zwischen den Erhebungsjahren liegen. Während in den Jahren 2009 und 2010 getrennt nach Richtlinien für Dekubitusprävention und –behandlung gefragt wurde, wurden diese zwei Items im Erhebungsbogen 2011 gemeinsam erhoben. Zusätzlich bleibt unklar, ob unter Richtlinien hierbei wissenschaftlich fundierte Richtlinien verstanden wurden oder ob auch hausinterne Standards diesem Begriff zugeordnet wurden. Die sonstigen Qualitätsindikatoren wurden zum zweiten Erhebungszeitpunkt im Vergleich zum ersten in mehr Krankenhäusern erfüllt. Die Zahl an Krankenhäusern mit jährlicher Erhebungsbeteiligung, welche dekubitusspezifische Qualitätsindikatoren erfüllten, blieb zwischen den Erhebungsjahren konstant. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt hatte sich die Zahl an Pflegeheimen, welche über Richtlinien zur Dekubitusprävention und –behandlung sowie über eine/n ExpertIn für deren Aktualisierung verfügten, verdoppelt. Diese Ergebnisse sind vergleichbar mit den Entwicklungen in niederländischen Pflegeheimen. Auch hier konnte bei der zweiten Erhebungsbeteiligung die Zahl an Pflegeheimen mit Richtlinien zur Dekubitusprävention und –behandlung nahezu verdoppelt werden (Bours et al. 2004). Die sonstigen Qualitätsindikatoren wurden bei der zweiten Erhebung ebenfalls von mehr Pflegeheimen erfüllt. Möglicherweise wurden die Einrichtungen durch eine wiederholte Beteiligung an der Pflegequalitätserhebung für das Thema Dekubitus sensibilisiert und achteten daher vermehrt auf die Einhaltung entsprechender Qualitätsindikatoren.

7.2.3 Inkontinenz

Prävalenz

In österreichischen Krankenhäusern mit zweimaliger Beteiligung an der Pflegequalitätserhebung kam es zwischen erster und zweiter Erhebung zu einem signifikanten Anstieg der Prävalenz der UI von 25,4% auf 29,7%. In jährlich an der Erhebung beteiligten Krankenhäusern schwankte der Anteil urininkontinenter PatientInnen zwischen 20,5% und 23,3%, ging jedoch im Vergleich zur ersten Erhebung marginal zurück. Vergleichbare Studien zur Veränderung der Prävalenz von UI berichten für Krankenhäuser ebenfalls von einem marginalen Rückgang (Neuhold 2010; Offermans et al. 2007) oder einem Anstieg der Prävalenz im Längsschnittvergleich (Arndt et al. 2006). In Pflegeheimen blieb die Prävalenz von UI mit 84,8% bzw. 83,1% zwischen den Erhebungszeitpunkten weitgehend konstant. Dies widerspricht den Ergebnissen von Neuhold (2010), welche einen signifikanten Rückgang des Anteils urininkontinenter

BewohnerInnen zwischen zwei Erhebungsjahren aufzeigte. Andere internationale Studien berichten hingegen davon, dass die Prävalenz der UI in Pflegeheimen im Längsschnittvergleich angestiegen ist (Anger et al. 2006; Arndt et al. 2006; Nelson, Furner & Jesudason 2001). Der Anstieg der Prävalenz von UI in Krankenhäusern könnte mit einer im Laufe der Pflegequalitätserhebungen gestiegenen Sensibilität für dieses Thema einhergehen. In Pflegeheimen wird diesem Problem im Vergleich zu Krankenhäusern möglicherweise grundsätzlich größere Beachtung geschenkt, da die Mehrheit der BewohnerInnen von UI betroffen ist. Diese Sicht spiegelt sich auch im Einsatz kontinenzfördernder Maßnahmen wider, welche in Krankenhäusern bislang seltener als in Pflegeheimen zum Einsatz kamen.

Die Prävalenz der SI ging in Krankenhäusern mit zweimaliger Teilnahme an der Erhebung von 9,5% auf 8,7% marginal zurück, während die Prävalenz der DI leicht anstieg (7,7% vs. 8,9%). In Krankenhäusern mit jährlicher Beteiligung blieb die Prävalenz der SI zwischen erster und zweiter Erhebung weitgehend konstant und sank bei der dritten Erhebung signifikant von 8,4% auf 5,2%. Die Prävalenz der DI schwankte über die Erhebungen hinweg zwischen 4,3% und 6,3%. Es konnten keine Studien identifiziert werden, welche die Entwicklung der SI und DI über mehrere Erhebungszeitpunkte hinweg aufzeigen. Lediglich in einer Studie von Tabali et al. (2006) wird angegeben, dass in deutschen Krankenhäusern der Anteil stuhlinkontinenter PatientInnen im Zeitraum 2003-2005 zwischen 11% und 16% schwankte. In österreichischen Pflegeheimen blieb der Anteil an BewohnerInnen, welche an SI oder DI leiden, weitgehend konstant (SI 63,4% vs. 62,2%; DI 62,1% vs. 60,3%). In einer deutschen Studie schwankte im Verlauf von drei Erhebungsjahren die Prävalenz der SI zwischen 46% und 50% und die Prävalenz der DI zwischen 44,5% und 50,2% (Tabali et al. 2006).

Maßnahmen

In Krankenhäusern mit zweimaliger Erhebungsbeteiligung wurden zum zweiten Erhebungszeitpunkt im Durchschnitt um 20,2% mehr kontinenzfördernde Maßnahmen bei urininkontinenten PatientInnen durchgeführt als bei der ersten Erhebung. Der Einsatz angepasster Bekleidung wurde signifikant gesteigert (17,3% vs. 23,7%). Die Verwendung von Hilfsmitteln blieb im Durchschnitt zwischen den Erhebungen konstant. Die Steigerung der Häufigkeit, mit der kontinenzfördernde Maßnahmen zum Einsatz kamen, könnte auf eine Sensibilisierung des Krankenhauspersonals hinsichtlich UI hinweisen. In Krankenhäusern mit jährlicher Beteiligung an der Prävalenzerhebung stieg der Anteil an

urininkontinenten PatientInnen, welche keine kontinenzfördernden Maßnahmen erhielten, zwischen erster und dritter Erhebung hingegen von 25,2% auf 44% signifikant an. Die Häufigkeit, mit der Blasen- bzw. Beckenbodentraining oder Muskelentspannungsübungen eingesetzt wurden, ging im Zeitverlauf signifikant zurück (10,2% vs. 2%), obwohl diese Maßnahmen in Studien als effektiv beschrieben werden (Dumoulin & Hay-Smith 2010; Wallace et al. 2004). Die Zahl der im Durchschnitt verwendeten Hilfsmittel stieg zwischen erster und dritter Erhebung hingegen um 6,3% an. Dies ist insbesondere auf eine signifikante Steigerung des Einsatzes von Inkontinenzbettunterlagen sowie Kathetern zurückzuführen. Mögliche Gründe für die vermehrte Nutzung von Inkontinenzhilfsmitteln im Vergleich zu kontinenzfördernden Maßnahmen könnten Bettlägerigkeit der PatientInnen und geringe zeitliche sowie personelle Ressourcen sein (Pfisterer et al. 2008). In Pflegeheimen stieg nicht nur die Zahl der im Durchschnitt durchgeführten kontinenzfördernden Maßnahmen zwischen den Erhebungen um 35,2%, sondern auch die Gesamtzahl der durchschnittlich verwendeten Hilfsmittel nahm um 15,1% zu. Es konnte der Einsatz fast aller kontinenzfördernden Maßnahmen signifikant gesteigert werden. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass in Pflegeheimen dem Thema UI vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt wird. Bei rein von SI betroffenen Personen wurden in Krankenhäusern sowie Pflegeheimen über alle Erhebungszeitpunkte hinweg keine gesonderten Pflegemaßnahmen durchgeführt. Dieses Ergebnis zeigte sich auch bei Nußbaumer (2010), kann aber mitunter durch die Fragenreihung im Erhebungsbogen erklärt werden. Des Weiteren ist ein Großteil der von SI betroffenen PatientInnen auch von einer UI betroffen und erhält eine dementsprechende Versorgung.

Qualitätsindikatoren

Die Zahl der Krankenhäuser, welche kontinenzspezifische Qualitätsindikatoren erfüllten, blieb zwischen den Erhebungszeitpunkten weitgehend konstant. Die Qualitätsindikatoren „Protokoll für die Verwaltung von Inkontinenzmaterial“ sowie „Fortbildung zu Inkontinenz innerhalb der letzten zwei Jahre“ waren hierbei am häufigsten vorhanden. Bei der zweiten bzw. dritten Erhebung verfügten zwei Drittel der wiederholt an der Pflegequalitätserhebung teilnehmenden Krankenhäuser über ein Protokoll für die Verwaltung von Inkontinenzmaterial. Im Vergleich verfügte nur ein Drittel der gesamten, im Jahr 2010 an der Erhebung beteiligten Krankenhäuser über ein solches (Nußbaumer 2010). Die Zahl der Pflegeheime mit Qualitätsindikatoren, konnte in Bezug

auf fast alle Indikatoren zwischen den Erhebungen gesteigert werden. Lediglich die Zahl der Pflegeheime mit Informationsbroschüren zum Thema Inkontinenz blieb weiterhin eher gering. Dieser Qualitätsindikator wurde auch bei der Pflegequalitätserhebung 2010 in Pflegeheimen am seltensten erfüllt (Nußbaumer 2010). Die bereits aufgrund des gesteigerten Einsatzes kontinenzfördernder Maßnahmen angestellte Vermutung, dass Pflegeheime im Zeitverlauf dem Thema Inkontinenz verstärkte Aufmerksamkeit schenken, wird somit auch durch die Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren untermauert.

7.2.4 Mangelernährung

Prävalenz

In Krankenhäusern mit zweimaliger Erhebungsbeteiligung konnte die Prävalenz der ME signifikant von 19,6% auf 14,9% reduziert werden. Auch in Krankenhäusern mit jährlicher Teilnahme an der Pflegequalitätserhebung kam es zu einem tendenziellen Rückgang der Prävalenz von 27,2% auf 23,2%. Diese Veränderungen stimmen mit dem in niederländischen Krankenhäusern beobachteten Abwärtstrend der Prävalenz von ME überein (Meijers et al. 2009a). Auch vergleichbare Ergebnisse aus Österreich verweisen auf einen marginalen Rückgang des Anteils an mangelernährten PatientInnen (Neuhold 2010). In Pflegeheimen kam es zwischen erster und zweiter Erhebung zu einem leichten Anstieg der Prävalenz der ME von 18,1% auf 20,2%. Dies zeigte sich auch bei einem Vergleich der Prävalenz von ME in österreichischen Pflegeheimen zwischen 2009 und 2010 (Neuhold 2010).

Maßnahmen

In Krankenhäusern, welche sich zwei Mal an der Pflegequalitätserhebung beteiligten, wurde der Ernährungszustand der PatientInnen bei der Einweisung zum zweiten Erhebungszeitpunkt signifikant häufiger erfasst als bei der ersten Erhebung (73,8% vs. 58,7%). Da die Erfassung des Ernährungszustands die Basis für die Prävention einer ME darstellt, könnten diese Ergebnisse möglicherweise mit dem Sinken der Prävalenz in Zusammenhang stehen. In Krankenhäusern mit jährlicher Erhebungsbeteiligung wurde über alle Erhebungen hinweg bei der Einweisung der Ernährungszustand von über drei Viertel der PatientInnen erfasst. In dänischen Krankenhäusern wurde bei rund 60% der PatientInnen bei der Einweisung der Ernährungszustand erhoben (Kondrup et al. 2002), während dies in niederländischen Krankenhäusern nur bei jedem/r vierten PatientIn der

Fall war (Meijers et al. 2009b). Im internationalen Vergleich schenkten österreichische Krankenhäuser mit wiederholter Beteiligung an der Pflegequalitätserhebung der Erfassung des Ernährungszustands somit vermehrte Aufmerksamkeit. In Pflegeheimen blieb der Anteil an BewohnerInnen, deren Ernährungszustand bei der Aufnahme erhoben wurde, mit 94,4% und 95,4% unverändert hoch. Diese Erkenntnis deckt sich mit den Ergebnissen von Neuhold (2010).

Die Zahl der bei mangelernährten PatientInnen im Durchschnitt durchgeführten Maßnahmen sank in Krankenhäusern mit zweimaliger Erhebungsbeteiligung zwischen erster und zweiter Erhebung um 13,9%. In jährlich an der Pflegequalitätserhebung teilnehmenden Krankenhäusern schwankte die Häufigkeit, mit der Maßnahmen gesetzt wurden, zwischen den Erhebungszeitpunkten. Während die Zahl der im Durchschnitt durchgeführten Maßnahmen zwischen erster und zweiter Erhebung stark anstieg, fiel diese bei der dritten Erhebung wieder ab. Die Tatsache, dass der Behandlung von ME in Krankenhäusern eher wenig Beachtung geschenkt wurde, zeigt sich auch in anderen Studien (Kondrup et al. 2002; Meijers et al. 2009b). Unklar bleibt, weshalb keine konstante Steigerung in der Setzung kurativer Maßnahmen erzielt werden konnte. Möglicherweise wurden in Krankenhäusern vermehrt Ressourcen in die Prävention einer ME investiert, während die Behandlung weniger Beachtung fand. In Pflegeheimen wurde die durchschnittliche Zahl der gesetzten Behandlungsmaßnahmen um 21,3% gesteigert. Eine vergleichbare Häufigkeitssteigerung konnte auch bei Neuhold (2010) gezeigt werden. Das vermehrte Setzen von Maßnahmen zur Behandlung einer ME in Pflegeheimen im Vergleich zu Krankenhäusern, hat sich auch in anderen Studien ergeben (Maderdonner 2010; Tannen et al. 2008).

Qualitätsindikatoren

Die Zahl der Krankenhäuser mit zweimaliger Erhebungsbeteiligung, welche mangelernährungsspezifische Qualitätsindikatoren erfüllten, blieb zwischen den Erhebungen weitgehend konstant. Auffällig ist, dass bei der zweiten Erhebung nur acht der 12 Einrichtungen von einer themenspezifischen Fortbildung innerhalb der letzten zwei Jahre berichteten, während bei der ersten Erhebung alle Krankenhäuser diesen Qualitätsindikator erfüllten. Es ist jedoch möglich, dass in den entsprechenden Einrichtungen zum Zeitpunkt der zweiten Erhebung bereits eine erneute Fortbildung in Planung war. Die Zahl der Krankenhäuser mit jährlicher Erhebungsbeteiligung, welche über ein multidisziplinäres Ernährungsteam verfügten und themenspezifische

Fortbildungen anbieten, ist über die Erhebungszeitpunkte hinweg gestiegen. Im Vergleich zu Krankenhäusern konnte die Zahl der Pflegeheime, welche Qualitätsindikatoren zu ME erfüllten, stärker gesteigert werden. Sämtliche Qualitätsindikatoren, abgesehen vom Angebot einer Informationsbroschüre, wurden zum zweiten Erhebungszeitpunkt von allen Pflegeheimen erfüllt. Die Tatsache, dass Pflegeheime der Einhaltung mangelernährungsspezifischer Qualitätsindikatoren mehr Beachtung schenkten als Krankenhäuser, zeigt sich auch bei Meijers et al. (2009b). Insgesamt lassen die Ergebnisse darauf schließen, dass das Thema ME über die Erhebungszeitpunkte hinweg in den Einrichtungen vermehrt auch strukturell verankert wurde.

7.3 Stärken und Schwächen der Studie

Aufgrund des Querschnittsdesigns der dieser Arbeit zugrunde liegenden Erhebungen können keine Aussagen über Ursache-Wirkungsbeziehungen getätigt werden. Veränderungen der Prävalenz müssen somit nicht auf Veränderungen in der Präventions- bzw. Behandlungspraxis oder auf Veränderungen der strukturellen Qualität zurückzuführen sein. Ebenso können keine Schlussfolgerungen darüber gezogen werden, inwieweit beobachtete Verbesserungen tatsächlich auf Feedback- und Benchmarkingprozessen beruhen.

Die Teilnahme an den Erhebungen war für die Einrichtungen freiwillig. Dies könnte dazu führen, dass sich insbesondere Einrichtungen mit hoher Qualitätsorientierung (wiederholt) an der Europäischen Pflegequalitätserhebung beteiligten. Des Weiteren konnten die Einrichtungen selbst entscheiden, mit welchen Stationen bzw. Wohnbereichen sie an der Erhebung teilnehmen wollten. Es bleibt unklar, welche Kriterien zur Auswahl genutzt wurden. Möglicherweise wurden insbesondere Stationen bzw. Wohnbereiche ausgewählt, in welchen die untersuchten Pflegephänomene im geringen Ausmaß auftreten. PatientInnen bzw. BewohnerInnen oder ihre gesetzlichen VertreterInnen mussten sich schriftlich mit der Teilnahme an der Erhebung einverstanden erklären. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse könnte hierbei durch systematische Unterschiede zwischen StudienteilnehmerInnen und Nicht-TeilnehmerInnen eingeschränkt sein. Es liegen zwar Informationen zu den Gründen einer Nicht-Teilnahme vor, aber keine Informationen zu sonstigen wesentlichen Eigenschaften der Nicht-TeilnehmerInnen. Zusätzlich nahm in Krankenhäusern mit zweifacher Erhebungsbeteiligung bei der ersten Erhebung im Vergleich zur zweiten ein wesentlich größerer Anteil an PatientInnen aufgrund eines schlechten Gesundheitszustands

nicht an der Erhebung teil. Dies könnte zu einer Unterschätzung der Prävalenz von Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung bei der ersten Erhebung geführt haben. Obwohl die TeilnehmerInnen zwischen den Erhebungen hinsichtlich wesentlicher Charakteristika vergleichbar waren, handelt es sich dennoch nicht um idente Stichproben. Veränderungen in der Prävalenz zwischen den Erhebungszeitpunkten können somit durch möglicherweise nicht berücksichtigte Unterschiede in relevanten Eigenschaften der TeilnehmerInnen zustande gekommen sein. Eine weitere Einschränkung stellt die Veränderung des Erhebungsbogens über die Zeit dar. Obwohl nur geringe Anpassungen getätigt wurden, könnten diese Auswirkungen auf die Aussagekraft der Ergebnisse haben. Des Weiteren ist auf Basis von drei Erhebungszeitpunkten noch keine Trendanalyse möglich. Diese Studie lässt somit nur Aussagen über erste Veränderungen zu. Bislang nahmen lediglich drei Einrichtungen jährlich an der Erhebung teil. Die Stichproben zu den einzelnen Erhebungszeitpunkten waren somit für aussagekräftige Ergebnisse möglicherweise zu gering. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass der Erhebungsbogen teilweise lückenhaft ausgefüllt wurde. So fehlen insbesondere in Bezug auf Inkontinenz und Mangelernährung die Angaben vieler Personen. Fehlende Werte könnten zu einer Verzerrung der Ergebnisse beitragen.

Zu den wesentlichen Stärken dieser Studie zählt, dass das methodische Vorgehen über die Jahre hinweg in den teilnehmenden Nationen vergleichbar blieb. Das standardisierte Vorgehen ermöglicht somit nicht nur Vergleiche über die Zeit, sondern auch zwischen einzelnen Einrichtungen und Nationen. Hervorzuheben ist auch, dass die PatientInnen bzw. BewohnerInnen von zwei Pflegefachkräften mittels des Erhebungsbogens beurteilt wurden. Da bei Uneinigkeit die Einschätzung der Pflegeperson herangezogen wurde, welche nicht auf der Station bzw. dem Wohnbereich tätig war, kann von einer objektiven Erfassung des Zustands der TeilnehmerInnen ausgegangen werden.

7.4 Implikationen für Forschung und Praxis

Die vorliegende Arbeit hat gezeigt, dass Gesundheitseinrichtungen durch eine wiederholte Teilnahme an der Europäischen Pflegequalitätserhebung für die Themen Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung sensibilisiert werden können. Insbesondere Pflegeheime zeigten im Zeitverlauf Verbesserungen der strukturellen Qualität sowie des Einsatzes präventiver und kurativer Maßnahmen. Eine Sensibilisierung für die Pflegephänomene Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung geht anfänglich häufig mit einem Anstieg

der Prävalenz einher. Erst auf Basis mehrerer Erhebungen lassen sich tatsächliche Trendentwicklungen ablesen. Es wird daher empfohlen, dass sich Einrichtungen fortlaufend an der Pflegequalitätserhebung beteiligen, um Verbesserungspotenziale aufzudecken, gesetzte Interventionen zu evaluieren und die eigene Entwicklung verfolgen zu können. Die teilnehmenden Einrichtungen sollten hierbei die Möglichkeit nutzen sich mit anderen Einrichtungen zu vergleichen und voneinander zu lernen. Für die Forschung wäre es wünschenswert, wenn sich künftig mehr Einrichtungen wiederholt an der Erhebung beteiligen. Die dadurch erzielte größere Datenbasis würde zu aussagekräftigeren Ergebnissen beitragen.

Insbesondere Krankenhäuser sollten in Zukunft ein größeres Augenmerk auf die Prävention und Behandlung von Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung legen. Auch wenn die Prävalenz dieser Pflegephänomene im Krankenhaussetting eher gering ist, könnte das vermehrte Setzen gezielter Maßnahmen zur weiteren Reduktion dieser Probleme beitragen.

Viele der teilnehmenden Einrichtungen berichteten über die Nutzung von Protokollen bzw. Richtlinien zur Prävention und Behandlung von Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung. Unklar ist hierbei jedoch, ob der Einsatz wissenschaftlich fundierter Richtlinien gesteigert werden konnte. Es ist daher wichtig Gesundheitseinrichtungen immer wieder auf den Nutzen wissenschaftlich überprüfter Richtlinien hinzuweisen und bei der Implementierung zu unterstützen. Auffällig war auch die über alle Erhebungszeitpunkte hinweg geringe Nutzung von themenspezifischen Informationsbroschüren für PatientInnen bzw. pflegende Angehörige. Sofern entsprechende Broschüren den Einrichtungen nicht zur Verfügung stehen, sollten Forschung und Praxis gemeinsam an der Gestaltung einer leicht verständlichen Informationsweitergabe arbeiten.

Um die Aufmerksamkeit für die Pflegephänomene Dekubitus, Inkontinenz und Mangelernährung in Gesundheitseinrichtungen weiterhin zu sichern, sollten entsprechende Prävalenzerhebungen auch zukünftig regelmäßig durchgeführt werden.

Literaturverzeichnis

Abrams, P, Cardozo, L, Fall, M, Griffiths, D, Rosier, P, Ulmstein, U, van Kerrebroeck, P, Victor, A & Wein, A 2003, 'The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society', *Urology*, vol. 61, no. 1, pp. 37-49.

Ahnis, A & Knoll, N 2008, 'Subjektives Belastungserleben bei alten Menschen mit Inkontinenz - eine qualitative Analyse', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 41, no. 4, pp. 251-260.

Anger, JT, Saigal, CS, Pace, J, Rodriguez, LV, Litwin, MS & Urologic Diseases of America Project 2006, 'True prevalence of urinary incontinence among female nursing home residents', *Urology*, vol. 67, no. 2, pp. 281-287.

Arndt, KA, Dohrendorf, H, Tannen, A, Braumann, A & Dassen, T 2006, 'Prävalenz der Harninkontinenz in Krankenhäusern und Pflegeheimen: Ein unterschätztes Problem', *Pflegezeitschrift*, vol. 59, no. 10, pp. 635-638.

Baharestani, MM, Black, JM, Carville, K, Clark, M, Cuddigan, JE, Dealey, C, Defloor, T, Harding, KG, Lahmann, NA, Lubbers, MJ, Lyder, CH, Ohura, T, Orsted, HL, Reger, SI, Romanelli, M & Sanada, H 2009, 'Dilemmas in measuring and using pressure ulcer prevalence and incidence: an international consensus', *International Wound Journal*, vol. 6, no. 2, pp. 97-104.

Banks, M, Ash, S, Bauer, J & Gaskill, D 2007, 'Prevalence of malnutrition in adults in Queensland public hospitals and residential aged care facilities', *Nutrition & Dietetics*, vol. 64, no. 3, pp. 172-178.

Banks, M, Bauer, J, Graves, N & Ash, S 2010, 'Malnutrition and pressure ulcer risk in adults in Australian health care facilities', *Nutrition*, vol. 26, no. 9, pp. 896-901.

Bartholomeyczik, S 2005, 'Zur Epidemiologie und ihrer Bedeutung für die Pflege' in *Fokus: Epidemiologie und Pflege*, S Bartholomeyczik & CR Nonn (eds), Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, pp. 18-31.

Bartholomeyczik, S, Schreier, MM, Volkert, D & Bai, JC 2008, *Qualitätsniveau II. Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung*, Economica Verlag, Heidelberg.

Bartholomeyczik, S 2009, 'Standardisierte Assessmentinstrumente: Verwendungsmöglichkeiten und Grenzen' in *Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen*, S Bartholomeyczik & M Halek (eds), 2nd edn, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, pp. 13-24.

Bartlett, L, Nowak, M & Ho, Y 2009, 'Impact of fecal incontinence on quality of life', *World Journal of Gastroenterology*, vol. 15, no. 26, pp. 3276-3282.

Berthou, A 2004, 'Das Projekt NURSING Data in der Schweiz' in *Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen*, S Bartholomeyczik & M Halek (eds), Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, pp. 21-36.

Bielitz, H, Mertens, E & Dassen, T 2005, 'Dekubitusprävalenz im Längsschnittvergleich: Zuverlässige Zahlen belegen erfolgreiche Präventionsarbeit', *Pflegezeitschrift*, vol. 58, no. 2, pp. 112-115.

Blegen, MA 2006, 'Patient Safety in Hospital Acute Care Units' in *Annual Review of Nursing Research. Focus on Patient Safety*, vol. 24, JJ Fitzpatrick, PW Stone & P Hinton Walker (eds), Springer Publishing Company, New York, pp. 103-125.

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

Bortz, J & Schuster, C 2010, *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*, 7th edn, Springer Verlag, Berlin.

Bours, GJJ, Halfens, RJG, Candel, MJJM, Grol, RTPM & Abu-Saad, HH 2004, 'A pressure ulcer audit and feedback project across multi-hospital settings in the Netherlands', *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 16, no. 3, pp. 211-218.

Brüggemann, S, Irle, H & Mai, H 2007, *Psychoembel Sozialmedizin*, Walter de Gruyter, Berlin.

Burns, N & Grove, SK 2009, *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*, 6th edn, Saunders Elsevier, St. Louis.

Chen, CC, Schilling, LS & Lyder, CH 2001, 'A concept analysis of malnutrition in the elderly', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 36, no. 1, pp. 131-142.

Cohen, L, Manion, L & Morrison, K 2007, *Research Methods in Education*, 6th edn, Routledge, London.

Coleman, EA, Martau, JM, Lin, MK & Kramer, AM 2002, 'Pressure Ulcer Prevalence in Long-Term Nursing Home Residents Since the Implementation of OBRA 87', *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 50, no. 4, pp. 728-732.

Correia, MITD & Waitzberg, DL 2003, 'The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis', *Clinical Nutrition*, vol. 22, no. 3, pp. 235-239.

de Vaus, DA 2001, *Research Design in Social Research*, SAGE Publications, London.

Defloor, T, Clark, M, Witherow, A, Colin, D, Lindholm, C, Schoonhoven, L & Moore, Z 2005, 'EPUAP statement on prevalence and incidence monitoring of pressure ulcer occurrence 2005', *EPUAP Review*, vol. 6, no. 3, pp. 74-80.

Diekmann, A 2009, *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*, 20th edn, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg.

Doenges, ME, Moorhouse, MF & Geissler-Murr AC 2003, *Pflegediagnosen und Maßnahmen*, deutschsprachige Ausgabe C Abderhalden & R Ricka (eds), 3rd edn, Verlag Hans Huber, Bern.

DuBeau, CE, Simon, SE & Morris, JN 2006, 'The Effect of Urinary Incontinence on Quality of Life in Older Nursing Home Residents', *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 54, no. 9, pp. 1325-1333.

Dumoulin, C & Hay-Smith, J 2010, 'Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, Art. No. CD005654.

Durrant, J & Snape, J 2003, 'Urinary incontinence in nursing homes for older people', *Age and Ageing*, vol. 32, no. 1, pp. 12-18.

EPUAP & NPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel & National Pressure Ulcer Advisory Panel) 2009, *Leitlinie Dekubitus Prävention. Eine Kurzanleitung*, <http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_German.pdf> [20.07.2011].

Friis, RH & Sellers, TA 2009, *Epidemiology for Public Health Practice*, 4th edn, Jones & Bartlett Publishers, Sudbury.

Gordis, L 2009, *Epidemiology*, 4th edn, Saunders Elsevier, Philadelphia.

Gorecki, C, Brown, JM, Nelson, EA, Briggs, M, Schoonhoven, L, Dealey, C, Defloor, T, Nixon, J & European Quality of Life Pressure Ulcer Project group 2009, 'Impact of Pressure Ulcers on Quality of Life in Older Patients: A Systematic Review', *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 57, no. 7, pp. 1175-1183.

Gray, M 2007, 'Incontinence-Related Skin Damage: Essential Knowledge', *Ostomy Wound Management*, vol. 53, no. 12, pp. 28-32.

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.

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.

Halfens, RJG, Van Achterberg, T & Bal, RM 2000, 'Validity and reliability of the Braden scale and the influence of other risk factors: a multi-centre prospective study', *International Journal of Nursing Studies*, vol. 37, no. 4, pp. 313-319.

Halfens, RJG, Bours, GJJW & Bronner, CM 2001, 'The impact of assessing the prevalence of pressure ulcers on the willingness of health care institutions to plan and implement activities to reduce the prevalence', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 36, no. 5, pp. 617-625.

Hall, R 2008, *Applied social research: planning, designing and conducting real-world research*, Palgrave Macmillan, South Yarra.

Holroyd-Leduc, JM, Mehta, KM & Covinsky, KE 2004, 'Urinary Incontinence and Its Association with Death, Nursing Home Admission, and Functional Decline', *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 52, no. 5, pp. 712-718.

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.

IBM SPSS Statistics n.d., *SPSS Statistics 18*,
<<http://www.ibm.com/software/analytics/spss/>> [26.08.2011].

Jamtvedt, G, Young, JM, Kristoffersen, DT, O'Brien, MA & Oxman, AD 2006, 'Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, Art. No. CD000259.

Jefferies, D, Johnson, M & Ravens, J 2011, 'Nurturing and nourishing: the nurses' role in nutritional care', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 20, no. 3-4, pp. 317-330.

Johnson, M 2006, 'Benchmarking in Health Care' in *Encyclopedia of Nursing Research*, J Fitzpatrick & M Wallace (eds), 2nd edn, Springer Publishing Company, New York, pp. 28-30.

Johnson, M, Maas, M & Moorhead, S 2006, 'Nursing Outcomes Classification' in *Encyclopedia of Nursing Research*, J Fitzpatrick & M Wallace (eds), 2nd edn, Springer Publishing Company, New York, pp. 404-407.

Kane, RL, Shamliyan, TA, Mueller, C, Duval, S & Wilt, TJ 2007, 'The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes. Systematic Review and Meta-Analysis', *Medical Care*, vol. 45, no. 12, pp. 1195-1204.

Kiefe, CI, Allison, JJ, Williams, OD, Person, SD, Weaver, MT & Weissman, NW 2001, 'Improving Quality Improvement Using Achievable Benchmarks For Physician Feedback. A Randomized Controlled Trial', *The Journal of the American Medical Association*, vol. 285, no. 22, pp. 2871-2879.

Kondrup, J, Johansen, N, Plum, LM, Bak, L, Larsen, IH, Martinsen, A, Andersen, JR, Baernthsen, H, Bunch, E & Lauesen, N 2002, 'Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals', *Clinical Nutrition*, vol. 21, no. 6, pp. 461-468.

Kottner, J, Tannen, A & Dassen, T 2008, 'Die Interrater-Reliabilität der Braden-Skala', *Pflege*, vol. 21, no. 2, pp. 85-94.

Kottner, J, Lahmann, N, Wilborn, D & Dassen, T 2009a, 'Ein Vergleich der Dekubitushäufigkeiten zwischen 37 Pflegeheimen: Pflegequalität sichtbar machen', *Pflegezeitschrift*, vol. 62, no. 1, pp. 34-35.

Kottner, J, Wilborn, D, Dassen, T & Lahmann, N 2009b, '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.

Kottner, J, Dassen, T & Lahmann, NA 2011, 'Dekubitus in deutschen Pflegeheimen. Häufigkeiten, Grade und Entstehungsorte', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, DOI: 10.1007/s00391-011-0179-0.

Kron, M, Loy, S, Sturm, E, Nikolaus, T & Becker, C 2003, 'Risk Indicators for Falls in Institutionalized Frail Elderly', *American Journal of Epidemiology*, vol. 158, no. 7, pp. 645-653.

Kubrak, C & Jensen, L 2007, 'Malnutrition in acute care patients: A narrative review', *International Journal of Nursing Studies*, vol. 44, no. 6, pp. 1036-1054.

Kvamme, J, Olsen, JA, Florholmen, J & Jacobsen, BK 2011, 'Risk of malnutrition and health-related quality of life in community-living elderly men and women: The Tromsø study', *Quality of Life Research*, vol. 20, no. 4, pp. 575-582.

La Torre, G 2010, *Applied Epidemiology and Biostatistics*, SEEd srl, Torino.

Lahmann, NA, Halfens, RJG & Dassen, T 2005, 'Prevalence of pressure ulcers in Germany', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 14, no. 2, pp. 165-172.

Lahmann, NA, Dassen, T, Poehler, 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, NA, Halfens, RJG & Dassen, T 2010, 'Impact of prevention structures and processes on pressure ulcer prevalence in nursing homes and acute-care hospitals', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 16, no. 1, pp. 50-56.
- Lohrmann, C (ed.) 2010, *Europäische Pflegequalitätserhebung. 13. April 2010*, Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft, Graz.
- LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) 2011a, *LPZ Allgemein*, <<http://www.lpz-um.eu/aut/lpz/allgemein>> [13.07.2011].
- LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) 2011b, *Erhebungen Allgemein*, <<http://www.lpz-um.eu/aut/erhebungen/allgemein/>> [13.07.2011].
- Maderdonner, M 2010, 'Mangelernährung in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen. Erhebung der Prävalenz, Maßnahmen und Pflegeabhängigkeit.' Masterarbeit, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz.
- Martin, RM 2005, 'Epidemiological study designs for health care research and evaluation' in *Handbook of health research methods. Investigation, measurement and analysis*, A Bowling & S Ebrahim (eds), Open University Press, Maidenhead, pp. 98-163.
- Meijers, JMM, Candel, MJMM, Schols, JMGA, van Bokhorst-de van der Schueren, MAE & Halfens, RJG 2009a, 'Decreasing Trends in Malnutrition Prevalence Rates Explained by Regular Audits and Feedback', *The Journal of Nutrition*, vol. 139, no. 7, pp. 1381-1386.
- Meijers, JMM, Halfens, RJG, van Bokhorst-de van der Schueren, MAE, Dassen, T & Schols, JMGA 2009b, 'Malnutrition in Dutch health care: Prevalence, prevention, treatment and quality indicators', *Nutrition*, vol. 25, no. 5, pp. 512-519.
- Menard, S 2002, *Longitudinal Research*, 2nd edn, SAGE Publications, Thousand Oaks.
- Moser, S 2010, 'Dekubitus, Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen in 13 österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen. Vergleich der Pflegequalitätserhebungen von 2009 und 2010 hinsichtlich Prävalenz, Pflegemaßnahmen und Qualitätsindikatoren.' Masterarbeit, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz.

Nelson, R, Furner, S & Jesudason, V 2001, 'Urinary Incontinence in Wisconsin Skilled Nursing Facilities: Prevalence and Associations in Common With Fecal Incontinence', *Journal of Aging and Health*, vol. 13, no. 4, pp. 539-547.

Neuhold, B 2010, 'Prävalenz und Maßnahmen bei Urininkontinenz und Mangelernährung in 13 österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen - ein Längsschnittvergleich der Pflegequalitätserhebung 2009/2010.' Masterarbeit, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz.

Norman, K, Pichard, C, Lochs, H & Pirlich, M 2008, 'Prognostic impact of disease-related malnutrition', *Clinical Nutrition*, vol. 27, no. 1, pp. 5-15.

Nußbaumer, B 2010, 'Prävalenz der Inkontinenz, Pflegemaßnahmen und Qualitätsindikatoren. Ergebnisse einer Querschnittstudie bei erwachsenen BewohnerInnen und PatientInnen in 36 österreichischen Pflegeheimen und Krankenhäusern.' Masterarbeit, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz.

Offermans, M, Halfens, R, Hamers, J & Dassen, T 2007, 'Urinary Incontinence in Dutch Health Care Organizations', *Neurourology and Urodynamics*, vol. 26, no. 5, pp. 630-631.

Offermans, MPW, Du Moulin, MFMT, Hamers, JPH, Dassen, T & Halfens, RJG 2009, 'Prevalence of Urinary Incontinence and Associated Risk Factors in Nursing Home Residents: A Systematic Review', *Neurourology and Urodynamics*, vol. 28, no. 4, pp. 288-294.

O'Flynn, J, Peake, H, Hickson, M, Foster, D & Frost, G 2005, 'The prevalence of malnutrition in hospitals can be reduced: Results from three consecutive cross-sectional studies', *Clinical Nutrition*, vol. 24, no. 6, pp. 1078-1088.

Ostaszkiwicz, J, O'Connell, B & Millar, L 2008, 'Incontinence: Managed or mismanaged in hospital settings?', *International Journal of Nursing Practice*, vol. 14, no. 6, pp. 495-502.

Padula, WV, Mishra, MK, Makic, MBF & Sullivan, PW 2011, 'Improving the Quality of Pressure Ulcer Care with Prevention. A Cost-Effectiveness Analysis', *Medical Care*, vol. 49, no. 4, pp. 385-392.

Palmer, MH 2008, 'Urinary Incontinence Quality Improvement in Nursing Homes: Where Have We Been? Where Are We Going?', *Urologic Nursing*, vol. 28, no. 6, pp. 439-444.

Pancorbo-Hidalgo, PL, Garzia-Fernandez, FP, Lopez-Medina, IM & Alvarez-Nieto, C 2006, 'Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 54, no. 1, pp. 94-110.

Park-Lee, E, Caffrey, C & Division of Health Care Statistics 2009, 'Pressure Ulcers Among Nursing Home Residents: United States, 2004', *NCHS Data Brief*, no. 14, pp. 1-8.

Pauly, L, Stehle, P & Volkert, D 2007, 'Nutritional situation of elderly nursing home residents', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 40, no. 1, pp. 3-12.

Petrie, A & Sabin, C 2009, *Medical Statistics at a Glance*, 3rd edn, Wiley-Blackwell, Chichester.

Pfisterer, MHD, Müller, E, Oster, P & Müller, M 2008, 'Die Situation von PflegeheimbewohnerInnen mit Kontinenzproblemen: eine Studie in 2 deutschen Pflegeheimen', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 41, no. 5, pp. 408-414.

Polit, DF & Beck, CT 2011, *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 9th edn, Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Ruspini, E 2002, *Introduction to longitudinal research*, Routledge, London.

Schnell, R, Hill, PB & Esser, E 2008, *Methoden der empirischen Sozialforschung*, 8th edn, Oldenbourg Wissenschaftsverlag, München.

Schönherr, S, Eichhorn-Kissel, J & Lohrmann, C 2011, 'Pflegequalität transparent machen. Inhalt und Ziele der Europäischen Pflegequalitätserhebung', *ProCare*, vol. 16, no. 1-2, pp. 36-38.

Scott-Cawiezell, J & Vogelsmeier, A 2006, 'Nursing Home Safety: A Review of the Literature' in *Annual Review of Nursing Research. Focus on Patient Safety*, vol. 24, JJ Fitzpatrick, PW Stone & P Hinton Walker (eds), Springer Publishing Company, New York, pp. 179-215.

Severens, JL, Habraken, JM, Duivenvoorden, S & Frederiks, CMA 2002, 'The Cost of Illness of Pressure Ulcers in the Netherlands', *Advances in Skin & Wound Care*, vol. 15, no. 2, pp. 72-77.

Spilsbury, K, Hewitt, C, Stirk, L & Bowman, C 2011, 'The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: A systematic review', *International Journal of Nursing Studies*, vol. 48, no. 6, pp. 732-750.

Stemmer, R 2005, 'Zur aktuellen Lage der pflegesensitiven Outcomemessung – eine Übersicht', *PrInterNet*, no. 7-8, pp. 430-435.

Tabali, M, Kollross, CM, Braumann, A, Tannen, A & Dassen, T 2006, 'Stuhlinkontinenz - eine Analyse in deutschen Kliniken und Pflegeheimen: Ein Tabu brechen', *Pflegezeitschrift*, vol. 59, no. 10, pp. 639-642.

Takahashi, PY, Cha, SS & Kiemele, LJ 2008, 'Six-month mortality risks in long-term care residents with chronic ulcers', *International Wound Journal*, vol. 5, no. 5, pp. 625-631.

Tannen, A, Bours, G, Halfens, R & Dassen, T 2006, 'A Comparison of Pressure Ulcer Prevalence Rates in Nursing Homes in the Netherlands and Germany, Adjusted for Population Characteristics', *Research in Nursing & Health*, vol. 29, no. 6, pp. 588-596.

Tannen, A, Schütz, T, Dassen, T, van Nie-Visser, N, Meijers, J & Halfens, R 2008, 'Mangelernährung in deutschen Pflegeheimen und Krankenhäusern - Pflegebedarf und pflegerische Versorgung', *Aktuelle Ernährungsmedizin*, vol. 33, no. 4, pp. 177-183.

Tannen, A, Balzer, K, Kottner, J, Dassen, T, Halfens, R & Mertens, E 2010, 'Diagnostic accuracy of two pressure ulcer risk scales and a generic nursing assessment tool. A psychometric comparison', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 19, no. 11-12, pp. 1510-1518.

Vanderwee, K, Clark, M, Dealey, C, Gunningberg, L & Defloor, T 2007, 'Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 13, no. 2, pp. 227-235.

VanGilder, C, MacFarlane, GD & Meyer, S 2008, 'Results of Nine International Pressure Ulcer Prevalence Surveys: 1989 to 2005', *Ostomy Wound Management*, vol. 54, no. 2, pp. 40-54.

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.

Wallace, SA, Roe, B, Williams, K & Palmer, M 2004, 'Bladder training for urinary incontinence in adults', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1, Art. No. CD001308.

Watson, R 2008, 'Longitudinal Studies' in *Nursing research: designs and methods*, R Watson, H McKenna, S Cowman & J Keady (eds), Elsevier, Edinburgh, pp. 261-268.

Weinert, C 2006, 'Longitudinal Survey' in *Encyclopedia of Nursing Research*, JJ Fitzpatrick & M Wallace (eds), 2nd edn, Springer Publishing Company, New York, pp. 318-319.

Weiss Roberts, L, Coverdale, J, Edenharder, K & Louie, A 2004, 'How to Review a Manuscript: A “Down-to-Earth” Approach', *Academic Psychiatry*, vol. 28, no. 2, pp. 81-87.

Anhang

- Datenextraktionstabellen zu den Studien, welche in den Literaturüberblick eingeschlossen wurden:
 - Tabelle 10: Ausgewählte wiederholte Prävalenzstudien zu Dekubitus (p. XXVII-XXX)
 - Tabelle 11: Ausgewählte wiederholte Prävalenzstudien zu Inkontinenz (p. XXXI)
 - Tabelle 12: Ausgewählte wiederholte Prävalenzstudien zu Mangelernährung (p. XXXII)
- Fragebögen der Europäischen Pflegequalitätserhebung 2011 (p. XXXIII-XLVIII)

Tabelle 10: Ausgewählte wiederholte Prävalenzstudien zu Dekubitus

AutorIn/Jahr	Land	Studiendesign	Definitionen	Setting	Stichprobe	Prävalenz
Banks et al. 2010	Australien	Wiederholte multizentrische Querschnittstudie 2002 & 2003	Einschätzung Dekubitus: Definition der Australian Wound Management Association	KH & PH	2002: n=774 in 8 KH ; n=381 in 5 PH 2003: n=1.434 in 16 KH; n=458 in 5 PH	Gesamtprävalenz: 2002: 32% in KH; 31% in PH 2003: 18,5% in KH; 18% PH
Bielitz, Mertens & Dassen 2005	Deutschland	Wiederholte multizentrische Querschnittstudie 2002, 2003 & 2004	Risikogruppe: Bradenskala Trennwert ≤ 20	KH & PH	2002-2004: insgesamt n=18.468 2002: 11 KH, 6 PH 2003: 27 KH, 23 PH 2004: 27 KH, 23 PH	Prävalenz in Risikogruppe: 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. 2004	Niederlande	Wiederholte multizentrische Querschnittstudie jährlich 1998-2002	Einschätzung Dekubitus: EPUAP-Klassifikation	KH	1998: n=9.402 in 43 KH 1999: n=8.566 in 40 KH 2000: n=8.566 in 39 KH 2001: n=8.312 in 42 KH 2002: n=11.245 in 58 KH	Gesamtprävalenz: Reduktion um 0,41% mit jeder weiteren Erhebung
Coleman et al. 2002	USA	Wiederholte Querschnittstudie in zwei Zeiträumen 1992/94 & 1997/98	Einschätzung Dekubitus: AHCPR Clinical Practice Guideline Risikogruppe: ≥ 2 Risikofaktoren: -Immobilität -Urininkontinenz, -BMI < 21 -Dekubitus in Vergangenheit)	PH	1992/94: n=2.366 1997/98: n=2.343 1992/94 und 1997/98: insgesamt 92 PH Hochrisikogruppe: 1992/94: n=1.150 1997/98: n=1.068	Gesamtprävalenz (exkl. Grad 1): 1992/94: 8,52% (5,31%) 1997/98: 8,54% (5,63%) Prävalenz in Hochrisikogruppe: 1992/94: 8,10% 1997/98: 8,70%
Gunningberg & Stotts 2008	Schweden	Wiederholte Querschnittstudie 2002 & 2006	Einschätzung Dekubitus: EPUAP-Klassifikation	KH	2002: n=612 in 1 KH 2006: n=632 in 1 KH	Gesamtprävalenz (exkl. Grad 1): 2002: 23,9% (8%) 2006: 22,9% (12%)
Gunningberg 2006	Schweden	Wiederholte Querschnittstudie 2002 & 2004	Einschätzung Dekubitus: EPUAP-Klassifikation	KH	2002: n=357 in 1 KH 2004: n=369 in 1 KH	Gesamtprävalenz (exkl. Grad 1): 2002: 33,3% (10,9%) 2004: 28,2% (14,1%)

AHCPR... Agency for Health Care Policy and Research

AutorIn/Jahr	Land	Studiendesign	Definitionen	Setting	Stichprobe	Prävalenz
Hoppe et al. 2009	Deutschland	Wiederholte multizentrische Querschnittstudie jährlich 2002-2008	Einschätzung Dekubitus: EPUAP-Klassifikation Risikogruppe: Bradenskala Trennwert ≤ 20	KH & PH	2002-2008: insgesamt n=63.722	Prävalenz in Risikogruppe: 2002: 25,1% in KH; 17,3% in PH 2003: 24,2% in KH; 12,5% in PH 2004: 18,1% in KH; 9,1% in PH 2005: 21,3% in KH; 8,4% in PH 2006: 15,1% in KH; 8,3% in PH 2007: 15,7% in KH; 8,4% in PH 2008: 12,7% in PH; 7,3% in PH
Kottner et al. 2009b	Deutschland	Wiederholte multizentrische Querschnittstudie jährlich 2001-2007	Einschätzung Dekubitus: EPUAP-Klassifikation Risikogruppe: Bradenskala Trennwert ≤ 20	KH	2001: n=2.757 in 11 KH 2002: n=6.532 in 40 KH 2003: n=8.731 in 47 KH 2004: n=7.492 in 39 KH 2005: n=6.594 in 37 KH 2006: n=4.491 in 28 KH 2007: n=3.650 in 23 KH Risikogruppe: 2001: n=1.098 in 11 KH 2002: n=2.408 in 40 KH 2003: n=3.048 in 47 KH 2004: n=3.170 in 39 KH 2005: n=2.848 in 37 KH 2006: n=1.761 in 28 KH 2007: n=1.373 in 23 KH	Gesamtprävalenz (exkl. Grad 1): 2001: 13,9% (6,4%) 2002: 11,4% (4,8%) 2003: 10,4% (4,8%) 2004: 10,2% (4,8%) 2005: 11% (6,8%) 2006: 6,7% (3,8%) 2007: 7,3% (3,9%) Prävalenz in Risikogruppe (exkl. Grad 1): 2001: 29,3% (14,8%) 2002: 26,2% (11,7%) 2003: 24,5% (12,2%) 2004: 20% (9,7%) 2005: 21,2% (13,2%) 2006: 14,7% (8,5%) 2007: 15,9% (9,3%)
Lahmann et al. 2010	Deutschland	Wiederholte multizentrische Querschnittstudie jährlich 2002-2008	Einschätzung Dekubitus: EPUAP-Klassifikation	PH	2002: n=1.196 2003: n=3.297 2004: n=2.306 2005: n=3.232 2006: n=1.872 2007: n=2.217 2008: n=3.070 2002-2008: insgesamt 218 PH	Gesamtprävalenz (exkl. Grad 1): 2002: 12,5% (6,6%) 2003: 8,1% (4%) 2004: 7,1% (4%) 2005: 5,9% (4,2%) 2006: 5,7% (2,9%) 2007: 5,8% (3,5%) 2008: 5% (3,5%)

AutorIn/Jahr	Land	Studiendesign	Definitionen	Setting	Stichprobe	Prävalenz
Lahmann , Halfens & Dassen 2010	Deutschland	Wiederholte multizentrische Querschnittstudie jährlich 2001-2004	Einschätzung Dekubitus: EPUAP- Klassifikation Risikogruppe: Bradenskala Trennwert ≤ 20	KH & PH	2001-2004: insgesamt 82 KH, 60PH 2-malige Teilnahme: 32 KH, 17 PH 3-malige Teilnahme: 11 KH, 6 PH	Prävalenz in Risikogruppe (exkl. Grad 1) - Entwicklung bei wiederholter Teilnahme: 2x Teilnahme: von 24,2% auf 19,3% (14% auf 10,1%) in KH; von 14,5% auf 10,2% (7,9% auf 6,4%) in PH 3x Teilnahme: von 35,7% auf 18,5% (14% auf 8,7%) in KH; von 20,4% auf 8,8% (9% auf 3,6%) in PH
Lahmann, Halfens & Dassen 2005	Deutschland	Wiederholte multizentrische Querschnittstudie 2001 & 2002	Einschätzung Dekubitus: NPUAP- Klassifikation Risikogruppe: Bradenskala Trennwert ≤ 20	KH	2001: n=3.012 in 11 KH 2002: n=7.225 in 40 KH Risikogruppe: 2001: n=1.156 in 11 KH 2002: n=2.598 in 40 KH	Gesamtprävalenz (exkl. Grad 1): 2001: 13,1% (6,1%) 2002: 11,1% (4,7%) Prävalenz in Risikogruppe (exkl. Grad 1): 2001: 28,3% (14,3%) 2002: 25,1% (11,2%)
Moser 2010	Österreich	Wiederholte multizentrische Querschnittstudie 2009 & 2010	Einschätzung Dekubitus: EPUAP- Klassifikation Risikogruppe: Bradenskala Trennwert ≤ 20	KH & PH	2009: n=1.404 in 9 KH; n=397 in 4 PH 2010: n=815 in 9 KH; n=387 in 4 PH Risikogruppe: 2009: n=508 in 9 KH; n=340 in 4 PH 2010: n=324 in 9 KH; n=318 in 4 PH	Gesamtprävalenz (exkl. Grad 1): 2009: 4,5% (3%) in KH; 6,8% (6%) in PH 2010: 4,3% (3,1%) in KH; 5,4% (5,4%) in PH Prävalenz in Risikogruppe (exkl. Grad 1): 2009: 12% (7,9%) in KH; 7,9% (7,1%) in PH 2010: 10,8% (7,7%) in KH; 6,6% (6,6%) in PH

AutorIn/Jahr	Land	Studiendesign	Definitionen	Setting	Stichprobe	Prävalenz
VanGilder et al. 2009	USA	Wiederholte Querschnittstudie jährlich 2006-2009	Einschätzung Dekubitus: NPUAP-Klassifikation	KH & PH	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	Gesamtprävalenz (exkl. Grad 1): 2006: 13,3%(8,9%) in KH; 12,1% (9,1%) in PH 2007: 13,4% (9,1%) in KH; 11,4% (8,1%) in PH 2008: 13,1% (9,2%) in KH; 11,7% (8,3%) in PH 2009: 11,9% (8,7%) in KH; 11,8% (9,5%) in PH
VanGilder, MacFarlane & Meyer 2008	USA	Wiederholte Querschnittstudie jährlich 2003-2005	Einschätzung Dekubitus: NPUAP-Klassifikation	KH & PH	2003: n=55.885 in 394 KH; n=3.477 in 31 PH 2004: n=76.291 in 555 KH; n=4.830 in 47 PH 2005: n=74.401 in 533 KH; n=6.242 in 52 PH	Gesamtprävalenz (exkl. Grad 1): 2003: 15,4% (10%) in KH; 13,2% (9,2%) in PH 2004: 15,3% (10%) in KH; 13,6% (10,6%) in PH 2005: 14,6% (9,4%) in KH; 14,4% (11,4%) in PH

Tabelle 11: Ausgewählte wiederholte Prävalenzstudien zu Inkontinenz

AutorIn/Jahr	Land	Studiendesign	Definitionen	Setting	Stichprobe	Prävalenz
Anger et al. 2006	USA	Wiederholte Querschnittstudie 1995, 1997 & 1999	UI = Schwierigkeit bei Urinkontrolle	PH	1995: n=1.125.163 in 1409 PH 1997: n=1.156.135 in 1406 PH 1999: n=1.170.066 in 1423 PH (nur Frauen)	1995: 56,3% 1997: 58,2% 1999: 58,6%
Arndt et al. 2006	Deutschland	Wiederholte multizentrische Querschnittstudie jährlich 2003-2005	UI = jeglicher unfreiwillige Urinverlust	KH & PH	2003: n=10.779 in 27 KH und 23 PH 2004: n=12.762 in 27 KH und 23 PH 2005: n=10.786 in 37 KH und 39 PH	2003: 19,6% in KH; 71,6% in PH 2004: 24,3% in KH; 74,2% in PH 2005: 27,2% in KH; 73,4% in PH
Nelson, Furner & Jesudason 2001	USA	Wiederholte Querschnittstudie 1992 & 1993	UI= häufig oder immer Verlust über Urinkontrolle	PH	1992: n=18.170 in 181 PH 1993: n=17.117 in 177 PH	1992: 37,8% 1993: 38,7%
Neuhold 2010	Österreich	Wiederholte multizentrische Querschnittstudie 2009 & 2010	UI= jeglicher unfreiwillige Urinverlust	KH & PH	2009: n=1.398 in 9 KH; n=398 in 4 PH 2010: n=811 in 9 KH; n=379 in 4 PH	2009: 26,3% in KH; 85,7% in PH 2010: 24,4% in KH; 79,2% in PH
Offermans et al. 2007	Niederlande	Wiederholte multizentrische Querschnittstudie jährlich 2004-2006	UI= jeglicher unfreiwillige Urinverlust	KH & PH	2004: n=29.341 in KH & PH 2005: n=36.325 in KH & PH 2006: n=35.980 in KH & PH	2004: 18,7% in KH; 77,9% in PH 2005: 18% in KH; 74,9% in PH 2006: 17,5% in KH; 76,2% in PH

Tabelle 12: Ausgewählte wiederholte Prävalenzstudien zu Mangelernährung

AutorIn/Jahr	Land	Studiendesign	Definitionen	Setting	Stichprobe	Prävalenz
Banks et al. 2007	Australien	Wiederholte multizentrische Querschnittstudie 2002 & 2003	ME Einschätzung: SGA	KH & PH	2002: n=774 in 8 KH; n=381 in 5 PH 2003: n=1434 in 16 KH; n=458 in 5 PH	2002: 34,7% in KH; 50% in PH 2003: 31,4% in KH; 49,2% in PH
Meijers et al. 2009a	Niederlande	Wiederholte multizentrische Querschnittstudie jährlich 2004-2007	ME: eines der drei Kriterien: - BMI $\leq 18,5 \text{ kg/m}^2$ (18-65 Jahre) bzw. BMI $\leq 20 \text{ kg/m}^2$ (>65 Jahre) - Unbeabsichtigter Gewichtsverlust ($\geq 6 \text{ kg}$ in letzten 6 Mo, $\geq 3 \text{ kg}$ im letzten Mo) - BMI $18,5\text{-}20 \text{ kg/m}^2$ (18-65 Jahre) bzw. BMI $20\text{-}23 \text{ kg/m}^2$ (>65 Jahre) und keine Nahrungsaufnahme in den letzten 3d oder reduzierte Nahrungsaufnahme >10d	KH & PH	2004: n=11.036 in 57 KH; n=4.010 in 34 PH 2005: n=7.509 in 38 KH; n=4.177 in 48 PH 2006: n=6.978 in 39 KH; n=7.845 in 62 PH 2007: n=8.220 in 49 KH; n=9.469 in 75 PH	2004: 27,5% in KH; 26% in PH 2005: 26,8% in KH; 25,6% in PH 2006: 25,2% in KH; 26,2% in PH 2007: 22,6% in KH; 24,8% in PH
Neuhold 2010	Österreich	Wiederholte multizentrische Querschnittstudie 2009 & 2010	ME: gemäß Definition Meijers et al. 2009a	KH & PH	2009: n=1.398 in 9 KH; n=400 in 4 PH 2010: n=815 in 9 KH; n=387 in 4 PH	2009: 27,4% in KH; 25,2% in PH 2010: 26,4% in KH; 28,7% in PH
O'Flynn et al. 2005	UK	Wiederholte Querschnittstudie 1998, 2000 & 2003	ME Einschätzung: Malnutrition Audit Assessment Tool (Trennwert > 16)	KH	1998: n= 686 in 3 KH 2000: n=780 in 3 KH 2003: n=817 in 3 KH	1998: 23,5% 2000: 20,4% 2003: 19,1%

SGA...Subjective Global Assessment; d...Tag; Mo...Monat; UK...United Kingdom

Angaben zur Einrichtung

Art der Einrichtung

- | | |
|--|--|
| ☐ Universitätskrankenhaus | ☐ Ambulante Pflege |
| ☐ Allgemeines Krankenhaus | ☐ Einrichtung für Menschen mit einer geistigen Behinderung |
| ☐ Psychiatrisches Krankenhaus | ☐ Einrichtung für Menschen mit einer körperlichen Behinderung |
| ☐ Pflegeheim | ☐ Rehabilitationszentrum |
| ☐ Betreuungseinrichtung | ☐ Sonstiges |

Dekubitus

	ja	nein
1 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine DekubitusexpertIn/-gruppe?	☐	☐
2 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinie zur Dekubitusprävention/-behandlung?	☐	☐
3 Gibt es in Ihrer Einrichtung einen ExpertIn, die für die Aktualisierung der Protokolle/Richtlinien zuständig ist und darauf hinweist?	☐	☐
4 Werden PatientInnen mit einem Dekubitus minimal zweiten Grades in Ihrer Einrichtung von einer zentralen AnsprechpartnerIn erfasst (zum Beispiel von einer ExpertIn für Dekubitus)?	☐	☐
5 Wird die Zahl der PatientInnen mit Dekubitus in Ihrer Einrichtung zentral erfasst?	☐	☐
6 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene ein Protokoll für die Verwaltung von Präventionsmaterialien?	☐	☐
7 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zum Thema Dekubitusprävention und Behandlung für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt?	☐	☐
8 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Dekubitusprävention?	☐	☐
9 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Dekubitus einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisung zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus in ein Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐

Inkontinenz

	ja	nein
10 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinie zur Inkontinenzbehandlung?	☐	☐
11 Wird die Einhaltung des Protokolls/Richtlinien zur Inkontinenzbehandlung in Ihrer Einrichtung überwacht?	☐	☐
12 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine ExpertIn, die für die Aktualisierung des Inkontinenzprotokolls zuständig ist und darauf hinweist?	☐	☐
13 Gibt es auf Einrichtungsebene eine ExpertIn für die Kontinenzbehandlung?	☐	☐
14 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene ein Protokoll für die Verwaltung von Inkontinenzmaterial?	☐	☐
15 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zum Thema Inkontinenzbehandlung für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt?	☐	☐
16 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Inkontinenz?	☐	☐
17 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Inkontinenz einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisung zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐

Mangelernährung

	ja	nein
18 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene eine multidisziplinäre Beratungskommission/ Ernährungsteam zum Thema Mangelernährung?	☐	☐
19 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinie zur Prävention und/oder Behandlung von Mangelernährung?	☐	☐

Mangelernährung Fortsetzung

	ja	nein
20 Wird die Einhaltung des Protokolls/Richtlinie zur Prävention und/oder Behandlung von Mangelernährung in Ihrer Einrichtung überwacht?	☐	☐
21 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine ExpertIn, die für die Aktualisierung des Protokolls zur Prävention und/oder Behandlung von Mangelernährung zuständig ist und darauf hinweist?	☐	☐
22 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zur Prävention und Behandlung von Mangelernährung für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt?	☐	☐
23 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Mangelernährung?	☐	☐
24 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich des Ernährungszustandes einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisung zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐
25 Sind in Ihrer Einrichtung Kriterien für die Ermittlung von Mangelernährung festgelegt?	☐	☐
26 Ist in Ihrer Einrichtung eine DiätassistentIn tätig?	☐	☐

Intertrigo

	ja	nein
27 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinie zur Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo?	☐	☐
28 Werden in Ihrer Einrichtung (nationale) Vorschriften eingehalten?	☐	☐
29 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?	☐	☐
30 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo in Ihrer Einrichtung überwacht?	☐	☐
31 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?	☐	☐
32 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Prävention von Intertrigo?	☐	☐
33 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Intertrigo eine PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisung zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐

Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen

	ja	nein
34 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinie für die Prävention von Stürzen?	☐	☐
35 Wurde eine nationale Richtlinie in das Protokoll/Richtlinie der Einrichtung aufgenommen?	☐	☐
36 Werden Sturzereignisse in Ihrer Einrichtung dezentral (auf Stationsebene) erfasst?	☐	☐
37 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zum Thema Sturzgefahr, Sturzprävention und Verletzungen für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt?	☐	☐
38 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige mit Informationen über die Sturzgefahr und Sturzprävention?	☐	☐
39 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Sturzvorfälle einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐
40 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinie für freiheitsentziehende Maßnahmen?	☐	☐
41 Werden in Ihrer Einrichtung freiheitsentziehende Maßnahmen dezentral (auf Stationsebene) erfasst?	☐	☐
42 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung über freiheitsentziehende Maßnahmen für das Pflegepersonal Ihrer Einrichtung statt?	☐	☐
43 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich freiheitsentziehende Maßnahmen eine PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisung zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐

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
- ☐ Obstetrik
- ☐ Pflege/Langzeit/Geriatrie
- ☐ Short-stay
- ☐ Psychiatrie
- ☐ Sonstiges

B Allgemeines Krankenhaus

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

C Psychiatrisches Krankenhaus

- ☐ Langzeitunterbringung (>6 Monate)
- ☐ Geriatrische Station/Wohnbereich
- ☐ Sonstiges

D Pflegeheim

- ☐ Psychogeriatric/Demenstation
- ☐ 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

- ☐ Geriatrisches 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? | ☐ | ☐ |
| 2 Werden alle Risiko- und/oder DekubituspatientInnen im Rahmen einer monodisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene erörtert? | ☐ | ☐ |
| 3 Werden alle Risiko- und/oder DekubituspatientInnen im Rahmen einer multidisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene erörtert? | ☐ | ☐ |
| 4 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht? | ☐ | ☐ |
| 5 Wird das Dekubitusrisiko der einzelnen PatientInnen in der Krankenakte aufgezeichnet? | ☐ | ☐ |
| 6 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf Prävention und/oder Behandlung von Dekubitus bei RisikopatientInnen erforderlich sind? | ☐ | ☐ |
| 7 Wird das vorgeschriebene Dekubitusmaterial innerhalb von 24 Stunden bei der/dem Betroffenen abgeliefert? | ☐ | ☐ |
| 8 Erhalten alle PatientInnen mit erhöhtem Dekubitusrisiko eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Dekubitusprävention? | ☐ | ☐ |
| 9 Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Dekubitus einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisung zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. von Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben? | ☐ | ☐ |

Inkontinenz

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

Inkontinenz Fortsetzung

	ja	nein
15 Erhalten alle PatientInnen mit Inkontinenz eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Inkontinenz?	☐	☐
16 Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich der Inkontinenz einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisung zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐

Mangelernährung

	ja	nein
17 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/eine Pflegeexpertin, die auf dem Gebiet der Mangelernährung spezialisiert ist?	☐	☐
18 Werden alle RisikopatientInnen und/oder PatientInnen mit Mangelernährung im Rahmen einer multidisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene erörtert?	☐	☐
19 Wird die Einhaltung des Protokolls/Richtlinie bei Mangelernährung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	☐	☐
20 Wird das Risiko für Mangelernährung in der Krankenakte der einzelnen PatientInnen aufgezeichnet?	☐	☐
21 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen bei PatientInnen mit einem Ernährungsrisiko erforderlich sind?	☐	☐
22 Erhalten alle PatientInnen, die an (drohender) Mangelernährung leiden, eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Mangelernährung?	☐	☐
23 Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich des Ernährungszustandes einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisung zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐
24 Wird das Gewicht der PatientIn bei der Einweisung standardmäßig dokumentiert?	☐	☐
25 Wird die Aufnahme (Flüssigkeit und Nahrung) der PatientIn in der Krankenakte erfasst?	☐	☐
26 Wird die Körpergröße der PatientIn bei der Einweisung standardmäßig dokumentiert?	☐	☐
27 Wird der Ernährungszustand der PatientIn bei der Einweisung standardmäßig erfasst?	☐	☐
28 Wird auf der Station/Wohnbereich bei (drohender) Mangelernährung standardmäßig mit Proteinen und Kohlehydraten angereicherte Nahrung angeboten?	☐	☐
29 Werden beim Essen auf der Station/Wohnbereich die Umgebungsfaktoren berücksichtigt (z.B. ungestörte Mahlzeiten, ein gedeckter Tisch, Menüauswahl)?	☐	☐
30 Existiert auf der Station/dem Wohnbereich ein Standard/eine Richtlinie bezüglich der regelmäßigen Gewichtserfassung?	☐	☐
31 Wie oft werden die PatientInnen gewogen? (Bitte nur eine Antwort auswählen)		
☐ Wöchentlich	☐ Unregelmäßig (wenn sich der Zustand der PatientIn verändert)	
☐ Monatlich	☐ Die PatientInnen werden nicht gewogen	
☐ Vierteljährlich		

Intertrigo

	ja	nein
32 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/eine Pflegeexpertin, die auf dem Gebiet von Intertrigo spezialisiert ist?	☐	☐
33 Werden alle PatientInnen mit Intertrigo (oder einem Risiko) im Rahmen einer multidisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene erörtert?	☐	☐
34 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinie bei Intertrigo auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	☐	☐
35 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf die Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo erforderlich sind?	☐	☐
36 Steht das bei Intertrigo vorgeschriebene Material standardmäßig auf der Station/Wohnbereich zur Verfügung?	☐	☐
37 Erhalten alle PatientInnen mit Intertrigo eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Intertrigo?	☐	☐
38 Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Intertrigo einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisung zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐

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?	☐	☐
40 Werden im Rahmen einer multidisziplinären Beratung spezifische (auf die PatientInnen zugeschnittene) Maßnahmen zur Sturzprävention erörtert?	☐	☐
41 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinie zur Prävention von Stürzen auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	☐	☐
42 Erfolgt bei der Aufnahme/Einweisung der PatientInnen eine Bewertung des Sturzrisikos?	☐	☐
43 Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Sturzvorfälle einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisung zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐
44 Werden spezifische (auf die PatientInnen zugeschnittenen) Maßnahmen mit der PatientIn und/oder mit den Angehörigen, besprochen?	☐	☐
45 Gibt es auf der Station/Wohnbereich mindestens eine Person/eine Pflegeexpertin, die sich im Bereich freiheitsentziehender Maßnahmen spezialisiert hat?	☐	☐
46 Werden freiheitsentziehende Maßnahmen in einem multidisziplinären Team erörtert?	☐	☐
47 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zu freiheitsentziehende Maßnahmen auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht?	☐	☐
48 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche freiheitsentziehende Maßnahmen getroffen wurden?	☐	☐
49 Werden freiheitsentziehende Maßnahmen mit der PatientIn und/oder den Angehörigen besprochen?	☐	☐
50 Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich freiheitsentziehender Maßnahmen einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisung zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐

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



Erklärungen

Grades Dekubitus

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

Ein tiefer Dekubitus mit intakter Haut und angegriffenen Knochen, Sehnen und Gelenkkapseln, wie er häufig bei querschnittsgelähmten PatientInnen/BewohnerInnen 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 PatientIn 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 PatientIn 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 PatientIn ist auf die Hilfe Dritter angewiesen, wenn er sich nicht wohl fühlt.
- **Teilweise abhängig:** Der PatientIn ist in der Lage, selbstständig Temperaturen wie Wärme und Kälte zu unterscheiden. Er ist jedoch nur begrenzt in der Lage, selbstständig entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Ist teilweise auf die Hilfe Dritter angewiesen, um nach eigenem Wunsch ein Gefühl des Wohlbefindens zu erzeugen.
- **Überwiegend unabhängig:** Der PatientIn 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 PatientIn 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 PatientIn aufgrund körperlicher oder praktischer Einschränkungen nicht mehr in der Lage, selbstständig zur Toilette zu gehen, ist von einer funktionalen Inkontinenz die Rede. Es liegt bei dieser Art der Urininkontinenz also keine urogenitale Funktionsstörung vor. Beispiele sind: Nebenwirkungen nach einer Narkose oder durch Medikamentierung, Desorientierung, geistige/ körperliche/ visuelle Einschränkungen, eine unpraktische Bekleidung, ein zu langer Abstand oder Hindernisse beim Aufsuchen der Toilette.
- **Überlaufinkontinenz:** Beim unwillkürlichen Verlust kleiner Mengen an Urin aus einer vollen Blase ist von Überlaufinkontinenz die Rede. Überlaufinkontinenz tritt auf, wenn die Blase vergrößert ist und unempfindlich wird. Der Druck auf die Blase wird so groß, dass kleine Mengen an Urin wegstropfen.
- **Komplette Inkontinenz:** Kennzeichen einer kompletten Inkontinenz ist das kontinuierliche Heraustropfen von Urin aus der Harnröhre, sowohl tagsüber als auch nachts. Eine komplette Inkontinenz tritt auf, wenn der Schließmuskel der Blase nicht mehr richtig funktioniert.

Intertrigo

Intertrigo ist eine Entzündung, die hauptsächlich zwischen Hautfalten vorkommt.

Maßnahmen Mangelernährung

- **Energiereiche Zwischenmahlzeiten:** Darunter sind Milchprodukte (zum Beispiel Kakao, Früchtequark, Grießbrei), herzhafte Snacks (zum Beispiel Käsewürfel, Wurst, Nüsse, Erdnüsse, 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 PatientInnen bestimmt sind, die nicht mehr oder nicht mehr ausreichend essen, aber noch trinken können.
- **Nahrungsergänzungsmittel (Energie und Eiweiß, zum Beispiel Fantomalt/ Profitar):** 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 eine auf den PatientInnen 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 PatientInnen:** bei bestimmten PatientInnen ist eine Intervention nicht möglich.
- **Palliative Maßnahmen:** Bewusster Verzicht auf ernährungsbezogene Interventionen.

Erklärungen Braden-Skala

Sensorisches Empfindungsvermögen Fähigkeit, adäquat auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren.	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>	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>	3 Leicht eingeschränkt Eine Reaktion auf Ansprache oder Kommando. 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>	4 Vorhanden Reaktion auf Ansprache. Beschwerden können geäußert werden ODER <i>Keine Störung der Schmerzempfindung.</i>
Ernährung Ernährungsgewohnheiten.	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>	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>	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>	4 Gute Ernährung Isst immer die angebotenen Mahlzeiten auf. Isst auch manchmal zwischen den Mahlzeiten. Braucht keine Ergänzungskost.
Mobilität Fähigkeit, die Position zu wechseln und zu halten.	1 Komplette Immobilität Kann auch keinen geringfügigen Positionswechsel ohne Hilfe durchführen.	2 Mobilität stark eingeschränkt Bewegt sich manchmal geringfügig (Körper, Extremitäten). Kann sich aber nicht regelmäßig allein ausreichend umlagern.	3 Mobilität gering eingeschränkt Macht regelmäßig kleine Positionswechsel des Körpers und der Extremitäten.	4 Mobil Kann allein seine Position umfassend verändern.
Aktivität Ausmaß der physischen Aktivität.	1 Bettlägerig Ans Bett gebunden.	2 Sitzt auf Kann mit Hilfe etwas laufen. Kann das eigene Gewicht nicht allein tragen. Braucht Hilfe, um aufzusitzen (Bett, Stuhl, Rollstuhl).	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.	4 Geht regelmäßig Geht regelmäßig 2- bis 3-mal pro Schicht. Bewegt sich regelmäßig.
Feuchtigkeit Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist.	1 Ständig feucht Die Haut ist ständig feucht durch Urin, Schweiß oder Kot. Immer wenn der PatientIn gedreht wird, liegt er im Nassen.	2 Oft feucht Die Haut ist feucht, aber nicht immer. Bettzeug oder Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden.	3 Manchmal feucht Die Haut ist manchmal feucht. Etwa einmal pro Tag wird neue Wäsche benötigt.	4 Selten feucht Die Haut ist meist trocken. Neue Wäsche wird selten benötigt.
Reibung und Scherkräfte Reibung entsteht, wenn Haut über eine Unterlage (z.B. Laken) schleift. Scherkräfte entstehen, wenn Hautschichten und benachbarte Knochenstrukturen gegeneinander gleiten.	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.	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.	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.	



Europäische Pflegequalitätserhebung

Modul Allgemeines

Station/Wohnbereich/Team

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

Code der Einrichtung

Code der Station/
Wohnbereich

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
☐ Sonstiges (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)

- | | |
|--|--|
| ☐ Infektionskrankheit | ☐ Erkrankung des Verdauungstrakts einschließlich Darmobstruktion, Peritonitis, Hernie, Leber, Gallenblase |
| ☐ Krebs | ☐ Erkrankung der Nieren/Harnwege, Geschlechtsorgane |
| ☐ Endokrine, Ernährungs- oder Stoffwechselerkrankung | ☐ Hauterkrankung |
| ☐ Diabetes mellitus | ☐ Erkrankung des Bewegungsapparates |
| ☐ Blutkrankheit oder Erkrankung eines blutbildenden Organs | ☐ Kongenitale Abweichungen |
| ☐ Psychische Störung | ☐ Unfallverletzung(en) und unerwünschte Unfallfolgen |
| ☐ Demenz | ☐ Totale Hüftprothese |
| ☐ Erkrankung des Nervensystems, mit Ausnahme von Schlaganfällen | ☐ Angewiesen auf Hilfe im täglichen Leben |
| ☐ Erkrankung am Auge/Ohr | ☐ Angewiesen auf Hilfe im Haushalt |
| ☐ Querschnittsläsion | ☐ Sonstiges |
| ☐ Herz- und Gefäßerkrankung | ☐ Keine genaue(n) Diagnose(n) möglich |
| ☐ Schlaganfall/Hemiparese | |
| ☐ 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	☐	☐	☐	☐	☐
Kontinenz	☐	☐	☐	☐	☐
Körperhaltung	☐	☐	☐	☐	☐
Mobilität	☐	☐	☐	☐	☐
Tages- und Nachtrhythmus	☐	☐	☐	☐	☐
An- und Auskleiden	☐	☐	☐	☐	☐
Körpertemperatur	☐	☐	☐	☐	☐
Körperpflege	☐	☐	☐	☐	☐
Vermeiden von Gefahren	☐	☐	☐	☐	☐
Kommunikation	☐	☐	☐	☐	☐
Kontakte mit Anderen	☐	☐	☐	☐	☐
Sinn für Regeln und Werte	☐	☐	☐	☐	☐
Alltagsaktivitäten	☐	☐	☐	☐	☐
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung	☐	☐	☐	☐	☐
Lernfähigkeit	☐	☐	☐	☐	☐



Universiteit Maastricht

1/2 b.w.

AT2011APR © 2011 Maastricht University

- 3a 10 Ist bei der PatientIn Dekubitus festgestellt worden?** (Bei mehreren Dekubituswunden beurteilen Sie die Wunde mit dem höchsten Grad die in Ihrer Einrichtung entstanden ist)

Ja, höchster Grad:

☐ Grad 1 ☐ Grad 2 ☐ Grad 3 ☐ Grad 4

☐ Nein (Bitte mit Frage 12 fortfahren)

Unbekannt, Grund:

- ☐ Die PatientIn möchte nicht auf Dekubitus untersucht werden (Bitte mit Frage 12 fortfahren)
☐ Aus anderen Gründen unbekannt (Bitte mit Frage 12 fortfahren)

- 3a 11 Wann ist diese Dekubituswunde entstanden?**

- ☐ Vor der Einweisung in die derzeitige Einrichtung
☐ Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung

- 3a 12 Wurden bei der PatientIn Verletzungen durch Feuchtigkeit festgestellt?**

☐ Nein

3b Unbekannt, Grund:

- ☐ Die PatientIn möchte nicht auf Verletzungen durch Feuchtigkeit untersucht werden
☐ Aus anderen Gründen unbekannt

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
☐ Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung

- 3a 13 Ist bei der PatientIn der Intertrigo festgestellt worden?**

☐ Nein

3d Unbekannt, Grund:

- ☐ Die PatientIn möchte nicht auf Intertrigo untersucht werden
☐ Aus anderen Gründen unbekannt

☐ Ja

Wann ist Intertrigo entstanden?

- ☐ Vor der Einweisung in die derzeitige Einrichtung
☐ Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung

- 3b 14 Wie häufig hat die PatientIn im vergangenen Monat Urin verloren?**

- ☐ Nie (Bitte mit Frage 17 fortfahren)
☐ Die PatientIn hat Urinretention (Bitte mit Frage 17 fortfahren)
☐ Die PatientIn hat einen Katheter (Bitte mit Frage 15 fortfahren)
☐ Drei bis vier Mal pro Monat (Bitte mit Frage 15 fortfahren)
☐ Einige Male pro Woche (Bitte mit Frage 15 fortfahren)
☐ Täglich (Bitte mit Frage 15 fortfahren)
☐ Unbekannt, Grund:
☐ Die PatientIn möchte nicht auf Inkontinenz untersucht werden (Bitte mit Frage 17 fortfahren)
☐ Aus anderen Gründen unbekannt (Bitte mit Frage 17 fortfahren)

- 3b 15 Wurde die Urininkontinenzdiagnose in der Krankenakte aufgezeichnet?**

- ☐ Ja
☐ Nein (Bitte mit Frage 17 fortfahren)

- 3b 16 Wer hat die Urininkontinenz diagnostiziert?**

- ☐ HausärztIn
☐ ÄrztIn
☐ UrologIn oder GynäkologIn
☐ Pflegefachperson
☐ Unbekannt

- 3c 17 Derzeitiges Gewicht der PatientIn in kg** ,

- 3c 18 Derzeitige Körpergröße der PatientIn in cm**

- 3c 19 Wann wurde die PatientIn zum letzten Mal gewogen?**

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

- 3e 20 Ist die PatientIn in den vergangenen 30 Tagen gestürzt?**

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Unbekannt

- 3e 21 Wurden bei der PatientIn in den vergangenen 30 Tagen freiheitsentziehende Maßnahmen eingesetzt?**

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

- 3e 22 Welche Methoden für freiheitsentziehende Maßnahmen wurden bei der PatientIn in den vergangenen 30 Tagen eingesetzt?**

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

Überprüfen Sie bitte, ob alle Fragen vollständig ausgefüllt sind.





Europäische Pflegequalitätserhebung

Modul Dekubitus

Angaben zur PatientIn



Code der Einrichtung

Code der Station/
Wohnbereich

3a

Code der PatientIn

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 Komplette Immobilie
- ☐ 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 Matratzen und Auflagen als Präventivmaßnahme

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

4 (Roll-) Stuhlkissen als Präventivmaßnahme

- ☐ Gelkissen
- ☐ Luftkissen
- ☐ Noppenkissen
- ☐ Schaumstoffkissen
- ☐ Sonstiges
- ☐ Kein Antidekubituskissen
- ☐ Nicht zutreffend

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

- ☐ Ellenbogenschutz
- ☐ Fersenschutz
- ☐ Felle
- ☐ Sonstiges
- ☐ Keine

6 Hat die PatientIn Schmerzen die mit Dekubitus zusammenhängen?

- ☐ Nein, die PatientIn hat keinen Dekubitus (Modul beendet)
- ☐ Nein, die PatientIn hat keine Schmerzen aufgrund des Dekubitus (Bitte mit Frage 7 fortfahren)
- ☐ Ja, die PatientIn hat Schmerzen aufgrund des Dekubitus: ☐ ☐
(auf einer Skala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (schlimmster Schmerz))
(Bitte mit Frage 7 fortfahren)

7 Die folgende Tabelle muss nur für PatientInnen mit Dekubitus ausgefüllt werden.

Wenn die PatientIn keinen Dekubitus hat, ist das Modul hier beendet.



Universiteit Maastricht

1/2 b.w.

AT2011APR © 2011 Maastricht University

Dekubitus Nur bei PatientInnen mit Dekubitus auszufüllen

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





Europäische Pflegequalitätserhebung

Modul Inkontinenz

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

Code der Einrichtung

Code der Station/
Wohnbereich

3b

1 Ist bei der PatientIn von Urininkontinenz die Rede?

- ☐ Nie/Urinretention (Bitte mit Frage 8 fortfahren)
☐ PatientIn hat einen Katheter (Bitte mit Frage 6 fortfahren)
☐ Ja (Bitte mit Frage 2 fortfahren)

2 Wann ist die Urininkontinenz entstanden?

- ☐ Vor der Einweisung in die derzeitige Einrichtung
☐ Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung

3 Wann tritt die Inkontinenz auf?

- ☐ Tagsüber
☐ Nachts
☐ Tagsüber und nachts

4 Wie lange ist die PatientIn urininkontinent?

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

5 Welche Menge an Urin verliert die PatientIn?

- ☐ Wenige Tropfen
☐ Einige ml
☐ Kompletter Harnabgang

6 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

7 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
☐ Wegwerf Inkontinenzeinlagen/Waschbare
Inkontinenzeinlagen
☐ Wegwerf Inkontinenzslips/Pants
☐ Wegwerf Inkontinenzbetteinlagen/Waschbare Betteinlagen
☐ Sonstige
☐ Keine Maßnahmen (zum Beispiel bei einem Katheter)

8 Wie häufig tritt bei der PatientIn Stuhlinkontinenz auf?

- ☐ Drei bis vier Mal pro Monat ☐ Täglich
☐ Einige Male pro Woche ☐ Nie (Bitte mit Frage 10 fortfahren)

9 Wie lange ist die PatientIn stuhlinkontinent?

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

10 Leidet die PatientIn an inkontinenzbedingten Verletzungen?

- ☐ Ja ☐ Nein (Bitte mit Frage 13 fortfahren)

11 Geben Sie nachfolgend die Stelle (Es sind mehrere Antworten möglich), die Dauer und die Art (Nur 1 Antwort pro Stelle) der Verletzungen an:

Stelle		Urin		Fäkalien	
		☐	☐	☐	☐
Rechts und/oder links der Analfalte		☐	☐	☐	☐
Am Steißbein: Analfalte		☐	☐	☐	☐
Leiste		☐	☐	☐	☐
Labia		☐	☐	☐	☐
Scrotum		☐	☐	☐	☐
Sonstiges		☐	☐	☐	☐
Dauer	>1 <2 Tage	☐	☐	☐	☐
(die schwerste	>2 <7 Tage	☐	☐	☐	☐
Verletzung)	>7 Tage	☐	☐	☐	☐
Wann entstanden	Vor der Einweisung in die eigene	☐	☐	☐	☐
(die schwerste	Einrichtung	☐	☐	☐	☐
Verletzung)	Nach der Einweisung in die eigene	☐	☐	☐	☐
	Einrichtung	☐	☐	☐	☐

12 Spezielle Hautpflege zur Behandlung inkontinenzbedingter Verletzungen?

- ☐ Ja ☐ Nein

13 Spezielle Hautpflege zur Prävention inkontinenzbedingter Verletzungen?

- ☐ Ja ☐ Nein



Universiteit Maastricht

1/1

AT2011APR © 2011 Maastricht University

Modul Mangelerernährung

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

3c

1 Klinisches Bild der PatientIn.

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

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

- ☐ Ja
- ☐ Nein

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

- ☐ Ja
☐ Nein

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

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

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

5 Hat die PatientIn in den vergangenen Monaten unbeabsichtigt/ungewollt abgenommen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein (Bitte mit Frage 7 fortfahren)

Unbekannt. Grund:

- ☐ Die Patientin möchte nicht zu ihrem/seinem Ernährungszustand befragt werden (Bitte mit Frage 7 fortfahren)
- ☐ Aus anderen Gründen unbekannt (Bitte mit Frage 7 fortfahren)

6 Wie viel hat die PatientIn unbeabsichtigt/ungewollt abgenommen?

Waren es mehr als 6 kg in den vergangenen 6 Monaten?

- ☐ Ja
☐ Nein

Waren es mehr als 3 kg im vergangenen Monat?

- ☐ Ja
☐ Nein

7 Wurde der Ernährungszustand der Patientin bei der Einweisung von Pflegenden erfasst?

- ☐ Ja
- ☐ Nein (Bitte mit Frage 10 fortfahren)

8 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
- ☐ Funktionelle Parameter
- ☐ Sonstiges
- ☐ Unbekannt

9 Was war das Resultat der Erfassung des Ernährungszustands?

- ☐ Nicht mangelernährt
- ☐ Risiko für Mangelernährung
- ☐ Mangelernährt
- ☐ Unbekannt

10 Wie oft findet eine Überwachung des Gewichtes statt?

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

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

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



Europäische Pflegequalitätserhebung

Modul Mangelernährung

Angaben zur PatientIn

3c

MALNUTRITION UNIVERSAL SCREENING TOOL

(Bitte unbedingt alle Fragen ausfüllen!)

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

- ☐ Ja
☐ Nein (Bitte bei Frage 17 und 18 in Modul 3 (Allgemeines) Körperlänge und Gewicht der PatientIn eintragen oder mit Frage 15 fortfahren)

13 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

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

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

15 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
☐ Keine Maßnahmen wegen palliativen Zustandes

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

- ☐ Ja
☐ Nein
☐ Nicht zutreffend

17 Hat die PatientIn Probleme beim Schlucken?

- ☐ Ja
☐ Nein



Universiteit Maastricht

2/2

AT2011APR © 2011 Maastricht University



Europäische Pflegequalitätserhebung

Modul Intertrigo

Angaben zur PatientIn

Code der Einrichtung

Code der Station/
Wohnbereich

3d

Code der PatientIn

1 An welchen Stellen ist die PatientIn an Intertrigo erkrankt?

(Es sind mehrere Antworten möglich)

- ☐ Rechte Brustfalte
- ☐ Linke Brustfalte
- ☐ Rechte Leistengegend
- ☐ Linke Leistengegend
- ☐ Rechte Achsel
- ☐ Linke Achsel
- ☐ Analfalte
- ☐ Bauchfalte
- ☐ Sonstige Hautfalten
- ☐ Keine (Bitte mit Frage 4 fortfahren)

2 Wann ist die stärkste betroffene Stelle entstanden?

- ☐ Vor der Einweisung in die derzeitige Einrichtung
- ☐ Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung

3 Zu welcher Art von Intertrigo gehört die am stärksten betroffene Stelle?

- ☐ Intertrigo mit nässender Haut
- ☐ Intertrigo mit infizierter Haut
- ☐ Sonstiges

4 Welche pflegerische(n) Maßnahme(n) zur Prävention von Intertrigo und/oder zur Behandlung des stärksten Intertrigos wurde(n) ergriffen? (Es sind mehrere Antworten möglich)

- ☐ Einschalten einer ExpertIn
- ☐ Tragen unterstützender/absorbierender Kleidung/Baumwollkleidung
- ☐ Auflegen von schützendem Material zwischen den Hautfalten
- ☐ Auftragen von Zinksalbe, lokal wirkenden Präparaten gegen Pilzinfektionen, Hautschutzsprays oder Hautschutzcreme
- ☐ Auftragen von Puder oder Pasten
- ☐ Hautfalten täglich waschen und gründlich trocken tupfen
- ☐ Waschen ohne Seife oder mit pH-neutraler Seife
- ☐ Tägliche Beobachtung der Haut und Hautfalten
- ☐ Sonstiges
- ☐ Keine



Universiteit Maastricht

1/1

AT2011APR © 2011 Maastricht University



Europäische Pflegequalitätserhebung

Modul Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen

3e

Angaben zur PatientIn

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 gesetzliche VertreterIn/Angehörige/SachverwalterIn
- ☐ eine Pflegefachperson/ÄrztIn
- ☐ 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)



Universiteit Maastricht

2/2

AT2011APR © 2011 Maastricht University

Modul Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

3e

- 1 **Wie oft ist die PatientIn in den 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
 - ☐ Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung
 - 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 **Sturztort**

☐ Unbekannt	☐ Wohnzimmer
☐ Schlafzimmer	☐ Treppe
☐ Badezimmer/Toilette	☐ Draußen
☐ Flur	☐ Sonstiges
☐ 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, zusätzliche Alarml Klingel)
 - ☐ Untersuchung des Visus
 - ☐ Auswertung des Tagesprogramms
 - ☐ Beaufsichtigung
 - ☐ Information an die PatientIn
 - ☐ 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