

Masterarbeit

Mangelernährung und pflegerische Maßnahmen
bei demenzkranken und nicht-demenzkranken
PatientInnen und BewohnerInnen
in 30 österreichischen Einrichtungen
(21 Krankenhäuser und 9 Pflegeheime)

eingereicht von

Johanna Maria Mühlbacher, BSc

Mat. Nr.: 0633165

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

Zweitbetreuerin

Univ.-Ass. Silvia Maria Schönherr BSc. MSc.

Graz, 14. Dezember 2011



Eidesstattliche Erklärung

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

A handwritten signature in blue ink that reads "Johanna Maria Mühlbacher, BSc". The signature is written in a cursive style with a large initial 'J'.

Graz, am 14. Dezember 2011

Johanna Maria Mühlbacher, BSc

Danksagungen

Diese Masterarbeit ist nicht nur Resultat meines eigenen Schaffens – dazu haben viele liebe Menschen beigetragen, ohne deren Unterstützung sie nicht das wäre, was sie jetzt ist. Dafür möchte ich mich hier kurz und aufrichtig bedanken.

Zu Beginn danke ich dem gesamten LPZ-Forschungsteam, den teilnehmenden Einrichtungen und einzelnen TeilnehmerInnen für die Bereitstellung der Daten aus der diesjährigen Prävalenzerhebung. Einen großen Dank möchte ich meinen Betreuerinnen Frau Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ rer.cur. Christa Lohrmann und Frau Univ.-Ass. Silvia Maria Schönherr BSc. MSc. aussprechen. Besonders weiß ich die hilfreichen und aufmunternden Worte in schwierigen Phasen des Schreibens zu schätzen. Sie haben mir stets weitergeholfen und zur Vollendung meiner Abschlussarbeit beigetragen.

Des Weiteren sage ich vielen lieben Dank zu meinen Korrekturleserinnen. Eure Anmerkungen haben mir eine neue Sichtweise auf meine Arbeit gegeben und sie qualitativ aufgewertet. Bedanken möchte ich mich auch bei meinen „Forschungsmädels“. Wir sind während unseres gemeinsamen Schwerpunktes eng zusammengewachsen. Es hat sich eine wertvolle Freundschaft aus unserer Zusammenarbeit entwickelt, die hoffentlich in Zukunft weiterleben wird.

Am Ende meiner Dankesworte möchte ich mich an meine Familie und besondere Menschen in meinem Leben richten. Die Studienzeit war nicht immer leicht, dennoch habt ihr ohne Zweifel an mich geglaubt, mir Rückhalt und Unterstützung geboten. Evelyne, Katharina und Michaela ich bin euch für eure offenen Ohren, lieben Zusprüche und eure Motivation dankbar. Meinem Freund Johannes danke ich von Herzen für die Begleitung, das Verständnis und die Kraft, die er mir entgegenbrachte. Danke Mama, Papa, Oma und Opa – ihr habt mich zu dem Menschen gemacht, der ich heute bin. Meinen fünf Brüdern Andreas, Stefan, Martin, Christian und Josef habe ich nicht nur meine Durchsetzungs- und Willenskraft zu verdanken. Ihr seid auch immer für mich da, wenn ich euch brauche.

Vielen lieben Dank an alle!

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|-------------|--|----|
| I. | Einleitung | 1 |
| 1.1. | Mangelernährung | 2 |
| 1.2. | Demenz | 3 |
| 1.2.1. | Demenzformen | 4 |
| 1.3. | Mangelernährung und Demenz im Krankenhaus | 6 |
| 1.4. | Mangelernährung und Demenz im Pflegeheim | 6 |
| 1.5. | Risikofaktoren und Probleme bei der Nahrungsaufnahme von Menschen mit Demenz | 7 |
| 1.6. | Ursachen eines Gewichtsverlustes oder einer Mangelernährung bei Menschen mit Demenz..... | 8 |
| 1.7. | Folgen einer Mangelernährung bei Demenzkranken..... | 9 |
| 1.8. | Pflegerische Maßnahmen von Mangelernährung bei Demenzkranken | 10 |
| 1.9. | Problemstellung | 10 |
| | | |
| II. | Literaturüberblick | 11 |
| 2.1. | Methode der Literaturrecherche..... | 11 |
| 2.2. | Ergebnisse der Literaturrecherche | 14 |
| 2.2.1. | Erfassung von Demenz..... | 14 |
| 2.2.2. | Erfassung von Mangelernährung..... | 16 |
| 2.2.3. | Prävalenz von Mangelernährung bei Demenzkranken..... | 16 |
| 2.2.4. | Prävalenz von Mangelernährung bei PatientInnen mit Demenz | 17 |
| 2.2.5. | Prävalenz von Mangelernährung bei BewohnerInnen mit Demenz..... | 19 |
| 2.2.6. | Maßnahmen zur Vorbeugung und Behandlung von Mangelernährung bei Menschen mit und ohne Demenz | 20 |
| 2.2.7. | Maßnahmen zur Vorbeugung und Behandlung von Mangelernährung bei PatientInnen und BewohnerInnen mit Demenz..... | 21 |
| 2.2.8. | Maßnahmen zur Vorbeugung und Behandlung von Mangelernährung bei PatientInnen und BewohnerInnen ohne Demenz | 25 |
| 2.3. | Resümee aus dem Literaturüberblick | 27 |
| | | |
| III. | Forschungsfragen und Ziel der Arbeit | 27 |

| | |
|--|----|
| IV. Methode | 28 |
| 4.1. Studiendesign | 28 |
| 4.2. Erhebungsinstrument | 29 |
| 4.3. Datenerhebung | 29 |
| 4.4. Datenanalyse und Messmethoden | 31 |
| 4.4.1. Bestimmung einer Mangelernährung | 31 |
| 4.4.2. Bestimmung einer Demenz | 32 |
| V. Ergebnisse | 32 |
| 5.1. Beschreibung der Stichprobe | 32 |
| 5.1.1. Charakteristika von PatientInnen und BewohnerInnen in österreichischen Einrichtungen | 33 |
| 5.1.2. Charakteristika von Menschen mit und ohne Demenz in österreichischen Einrichtungen | 33 |
| 5.1.3. Krankheitsbilder bei Menschen mit und ohne Demenz in österreichischen Einrichtungen | 37 |
| 5.1.4. Pflegeabhängigkeit beim Essen und Trinken von Menschen mit und ohne Demenz..... | 38 |
| 5.1.5. Häufigkeit der Überwachung des Gewichtes in österreichischen Einrichtungen | 40 |
| 5.1.6. Grund/Gründe warum Menschen mit und ohne Demenz weniger gegessen haben, als normal in österreichischen Einrichtungen | 42 |
| 5.2. Prävalenz einer Mangelernährung bei Menschen mit und ohne Demenz in österreichischen Einrichtungen..... | 43 |
| 5.2.1. Prävalenz einer Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) in österreichischen Einrichtungen..... | 44 |
| 5.2.2. Prävalenz einer Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) im KH..... | 44 |
| 5.2.3. Prävalenz einer Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) im PH | 44 |
| 5.3. Charakteristika des Ernährungszustandes..... | 45 |
| 5.3.1. Gewichtsverlust in österreichischen Einrichtungen | 45 |
| 5.3.2. Gewichtsverlust im KH | 45 |
| 5.3.3. Gewichtsverlust im PH..... | 46 |
| 5.3.4. Body Mass Index in österreichischen Einrichtungen | 47 |

| | | |
|--------------|--|------------|
| 5.3.5. | Body Mass Index im KH..... | 47 |
| 5.3.6. | Body Mass Index im PH..... | 48 |
| 5.4. | Zusammenfassung der Prävalenz und Charakteristika des Ernährungszustandes einer ME bei Menschen mit und ohne Demenz in österreichischen Einrichtungen..... | 48 |
| 5.5. | Pflegerische Maßnahmen bei einer ME nach Meijers et al. (2009b)..... | 49 |
| 5.5.1. | Pflegerische Maßnahmen bei einer ME nach Meijers et al. (2009b) in österreichischen Einrichtungen..... | 49 |
| 5.5.2. | Pflegerische Maßnahmen bei einer ME nach Meijers et al. (2009b) bei Menschen mit und ohne DE im KH | 50 |
| 5.5.3. | Pflegerische Maßnahmen bei einer ME nach Meijers et al. (2009b) bei Menschen mit und ohne DE im PH..... | 51 |
| VI. | Diskussion | 53 |
| 6.1. | Schlussfolgerungen | 53 |
| 6.2. | Diskussion zu Forschungsfrage 1: Prävalenz der ME in österreichischen Einrichtungen..... | 54 |
| 6.3. | Diskussion zu Forschungsfrage 1: Prävalenz der ME bei Menschen mit und ohne DE in österreichischen Einrichtungen..... | 55 |
| 6.3.1. | Prävalenz der ME bei Menschen mit und ohne DE nach Geschlecht und Alter in österreichischen Einrichtungen | 56 |
| 6.3.2. | Krankheitsbilder bei Menschen mit und ohne DE in österreichischen Einrichtungen..... | 56 |
| 6.4. | Diskussion zur Forschungsfrage 2: Pflegerische Maßnahmen bei mangelernährten Menschen mit und ohne DE..... | 58 |
| 6.5. | Allgemeine Diskussionspunkte..... | 60 |
| 6.6. | Limitationen der Arbeit | 61 |
| 6.7. | Limitationen der Studie | 61 |
| 6.8. | Implikationen für Forschung und Praxis | 62 |
| VII. | Literaturverzeichnis | I |
| VIII. | Anhang | XII |

Glossar

| | |
|--------------------|---|
| Agnosie | Störung des Erkennens (Pschyrembel 2007). |
| Apraxie | Störung von Bewegungsausführungen (willkürlich, zielgerichtet und geordnet) (Pschyrembel 2010). |
| Assessment | Systematisches Einschätzen von Informationen zu Personen (Springer Lexikon Pflege 2004). |
| BMI | Body Mass Index (Körper-Gewichts-Index) ist eine Verhältniszahl zur Beurteilung des Körpergewichtes und wird folgendermaßen berechnet: Körpergewicht in kg/Körpergröße in m ² (Pschyrembel 2010). |
| cut-off-point | Der Wert eines Screenings- oder Diagnoseinstrumentes um zwischen Fällen und keinen Fällen zu unterscheiden (Polit & Beck 2011). |
| Dehydration | Flüssigkeitsdefizit (Pschyrembel 2007). |
| deskriptiv | Zur Identifizierung eines Phänomens, Variablen des Phänomens, Entwicklung von konzeptuellen und operationalen Variablen und Beschreibung von Variablen in einer Studie (Burns & Grove 2009). |
| Dysphagie | Schluckstörung, Schluckunfähigkeit (Pschyrembel 2009). |
| Enterale Ernährung | Die Nahrung wird mittels einer Magensonde zugeführt, z.B. wenn Personen nicht mehr kauen oder schlucken können (Springer Lexikon Pflege 2004). |
| gold standard | Der Goldstandard, oder auch Referenzstandard genannt, ist eine anerkannte Methode oder ein anerkanntes Messinstrument. Es ist die „Methode der Wahl“ mit der neue Methoden verglichen werden (Behrens & Langer 2010). |
| Literature Review | Eine kritische Zusammenfassung von Forschungsergebnissen zu einem Themengebiet von Interesse, oft durchgeführt um ein Forschungsproblem im Kontext zu setzen (Polit & Beck 2011). |
| Morbidität | Krankheitshäufigkeit in einer Population (Pschyrembel 2010). |
| Mortalität | Anzahl von Todesfällen in einem Beobachtungszeitraum, auch als Sterblichkeit bezeichnet (Pschyrembel 2010). |

| | |
|----------------------------------|--|
| multizentrisch | Eine Erhebung wird an mehreren Einrichtungen zur gleichen Zeit durchgeführt. |
| Nahrungssupplemente | Trinknahrung, Zusatznahrung, Energie- und nährstoffreiche Produkte zur Nahrungsergänzung (DNQP 2010). |
| Parenterale Ernährung | Nahrungszufuhr über einen intravenösen Dauerkatheter, wird verordnet, wenn eine normale Nahrungsaufnahme und –verarbeitung über den Mund nicht mehr möglich ist (Springer Lexikon Pflege 2004). |
| Prävalenz | Häufigkeit des Vorliegens eines Ereignisses (z. B. einer Erkrankung) in einer bestimmten Population innerhalb eines bestimmten Zeitraumes (Pschyrembel 2010). |
| Prävalenzerhebung | Eine Querschnittstudie durchgeführt um die Verteilung der Population zu einem spezifischen Krankheitsbild (z.B. Mangelernährung, ...) oder Zustand zu einem bestimmten Zeitpunkt einzuschätzen (Polit & Beck 2011). |
| Querschnittstudie | Daten werden von einer Stichprobe zu einem bestimmten Zeitpunkt erhoben (Polit & Beck 2011; Mayer 2007). |
| Screening | Testverfahren zur Eingrenzung bestimmter Risikoindikatoren bzw. zur Identifizierung von Krankheiten (Pschyrembel 2010). |
| Signifikanz | Je nach Signifikanzniveau (5% oder 1%) ist die Wahrscheinlichkeit, dass das Ergebnis auf einen Zufall zurückzuführen ist, kleiner als 5% oder 1%. In diesem Fall ist das Ergebnis statistisch signifikant (Bortz & Schuster 2010). |
| Signifikanzniveau | Ist typischerweise ein kleinerer Wert als 0,05 (5% oder 1%), der gewählt wird. Es bedeutet, dass das Ergebnis zu 5% bzw. 1% nicht auf einen Zufall zurückzuführen ist (Bortz & Schuster 2010). |
| Systematische Literaturrecherche | Eine strenge Synthese von Forschungsergebnissen zu einer bestimmten Forschungsfrage unter Verwendung systematischer Stichprobenverfahren, Datensammlungsverfahren und eines formalen Protokolls (Polit & Beck 2011). |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-------------|--|
| AD | Alzheimer's Disease (Alzheimer Krankheit) |
| AFBI | Aversive Feeding Behavior Inventory |
| AKE | Österreichische Arbeitsgemeinschaft für klinische Ernährung |
| BMI | Body Mass Index |
| CINAHL | Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature |
| DE | Demenz |
| DE+ | Es liegt eine Demenz vor |
| DE- | Es liegt keine Demenz vor |
| DGEM | Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin |
| DGG | Deutsche Gesellschaft für Geriatrie |
| DNQP | Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege |
| EBS | Eating Behavior Scale |
| EdFED | Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia Questionnaire |
| EMBASE | Excerpta Medica Database |
| ESPEN | European Society for Parenteral and Enteral Nutrition |
| EU27-Länder | Zu den 27 Ländern der EU zählen: Österreich, Belgien, Bulgarien, Zypern, Tschechische Republik, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Ungarn, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Polen, Portugal, Rumänien, Slowakei, Slowenien, Spanien, Schweden, Vereinigtes Königreich |
| et al. | et alii (und andere) |
| FBI | Feeding Behavior Inventory |
| FDS | Feeding Dependency Scale |
| FFM | Fat Free Mass (fettfreie Masse) |
| GWV | Gewichtsverlust |
| KH | Krankenhaus |
| LPZ | Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (Landesweite Prävalenzerhebung) |
| ME | Mangelernährung |
| ME+ | Es ist eine Mangelernährung vorhanden |
| ME- | Es ist keine Mangelernährung vorhanden |
| MNA | Mini Nutritional Assessment |

| | |
|------|---|
| MUST | Malnutrition Universal Screening Tool |
| n | Stichprobengröße |
| NRS | Nutritional Risk Screening |
| PASW | Predictive Analytics Software |
| PEG | Perkutane Endoskopisch kontrollierte Gastrostomie |
| PH | Pflegeheim |
| SGA | Subjective Global Assessment |
| SD | Standardderivation (Standardabweichung) |
| WHO | World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation) |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Vorgehen bei der Auswahl der Studien..... | 14 |
| Abbildung 2: PatientInnen mit DE nach Altersgruppen im KH..... | 34 |
| Abbildung 3: PatientInnen mit DE nach Altersgruppen im KH..... | 35 |
| Abbildung 4: PatientInnen ohne DE nach Altersgruppen im KH..... | 35 |
| Abbildung 5: BewohnerInnen mit DE nach Altersgruppen im PH..... | 36 |
| Abbildung 6: BewohnerInnen mit DE nach Altersgruppen im PH..... | 36 |
| Abbildung 7: BewohnerInnen ohne DE nach Altersgruppen im PH..... | 37 |
| Abbildung 8: Pflegeabhängigkeit beim Essen und Trinken von PatientInnen mit und ohne Demenz | 39 |
| Abbildung 9: Pflegeabhängigkeit beim Essen und Trinken von BewohnerInnen mit und ohne Demenz | 40 |
| Abbildung 10: Häufigkeit der Überwachung der Aufnahme (Flüssigkeit und Nahrung) bei Menschen mit und ohne DE in österreichischen Einrichtungen..... | 42 |
| Abbildung 11: Grund/Gründe warum Menschen mit und ohne DE weniger gegessen haben, als normal in österreichischen Einrichtungen | 43 |
| Abbildung 12: Prävalenz einer ME nach Meijers et al. (2009b)..... | 45 |
| Abbildung 13: GWV bei PatientInnen mit und ohne Demenz..... | 46 |
| Abbildung 14: GWV bei BewohnerInnen mit und ohne Demenz | 46 |
| Abbildung 15: BMI bei Menschen mit und ohne DE in österreichischen Einrichtungen... | 47 |
| Abbildung 16: Zusammenfassung Prävalenz von ME und Charakteristika des Ernährungszustandes bei Menschen mit und ohne DE in österreichischen Einrichtungen..... | 48 |
| Abbildung 17: Pflegerische Maßnahmen bei einer ME nach Meijers et al. (2009b) bei Menschen mit und ohne DE im KH | 51 |
| Abbildung 18: Pflegerische Maßnahmen bei einer ME nach Meijers et al. (2009b) bei Menschen mit und ohne DE im PH..... | 52 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Ursachen eines GWV oder einer ME bei Menschen mit DE | 9 |
| Tabelle 2: Maßnahmen bei einer Mangelernährung von Demenzkranken..... | 22 |
| Tabelle 3: Gründe für Nicht-Teilnahme an der Erhebung..... | 33 |
| Tabelle 4: Krankheitsbilder bei Menschen mit und ohne Demenz in österreichischen Einrichtungen..... | 38 |
| Tabelle 5: Häufigkeit der Überwachung des Gewichtes in österreichischen Einrichtungen..... | 41 |
| Tabelle 6: Pflegerische Maßnahmen bei einer ME nach Meijers et al. (2009b) in österreichischen Einrichtungen | 49 |

Zusammenfassung

Der Anteil älterer Menschen in den westlichen Industrienationen und demnach auch in Österreich nimmt zu. Das heißt, der Anteil der über 65-jährigen Menschen an der Gesamtpopulation in Europa wird von derzeitigen 17,1% auf 30% im Jahr 2060 ansteigen. Somit ist es notwendig sich mit Gesundheitsproblemen, die im Alter vermehrt auftreten, zu beschäftigen. Dazu zählen sowohl Mangelernährung, als auch Demenz. Besonders bei demenzkranken Menschen in Gesundheitseinrichtungen, wie Krankenhäusern und Pflegeheimen, kann eine Mangelernährung weitgehende negative Konsequenzen (erhöhte Morbidität, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit, ...) nach sich ziehen. Demenzkranke PatientInnen und BewohnerInnen sind häufig in ihrer Funktionalität eingeschränkt und bedürfen der Hilfe anderer. Um eine adäquate Versorgung in der Pflegepraxis gewährleisten zu können, ist es notwendig, die derzeitige Situation in Krankenhäusern und Pflegeheimen, festzustellen. Diese Masterarbeit hat zum Ziel, Prävalenzzahlen von Mangelernährung bei demenzkranken und nicht-demenzkranken Menschen in 30 österreichischen Einrichtungen (21 Krankenhäuser und 9 Pflegeheime), zu identifizieren. Des Weiteren werden durchgeführte Pflegemaßnahmen bei mangelernährten PatientInnen und BewohnerInnen im Unterschied zu durchgeführten Pflegemaßnahmen bei demenzkranken PatientInnen und BewohnerInnen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen, beschrieben. Die Daten wurden im Rahmen der landesweiten Pflegequalitätserhebung 2011, im Zuge einer deskriptiven Querschnittstudie, erhoben. Dabei waren nach der Definition von Meijers et al. (2009b) 15,3% (n=314) der nicht-demenzkranken PatientInnen (n=2059) und 34,8% (n=23) der demenzkranken PatientInnen (n=66) in den Krankenhäusern mangelernährt. In den Pflegeheimen litten nach Meijers et al. (2009b) 14,5% (n=38) der nicht-demenzkranken BewohnerInnen (n=262) und 22,5% (n=96) der demenzkranken BewohnerInnen (n=426) an einer Mangelernährung. Es zeigt sich eindeutig, dass vor allem PatientInnen und BewohnerInnen höheren Alters und Frauen häufiger betroffen waren, unabhängig davon ob sie an einer Demenz litten oder nicht. In den Krankenhäusern wurde bei mangelernährten, demenzkranken PatientInnen am häufigsten die Flüssigkeitsaufnahme kontrolliert. Bei den nicht-demenzkranken Mangelernährten wurden großteils keine Maßnahmen eingeleitet. In den Pflegeheimen wurde sowohl bei demenzkranken, als auch bei nicht-demenzkranken BewohnerInnen am häufigsten ein/e DiätassistentIn eingeschaltet. Veränderungen der Prävalenzzahlen und Verbesserungen von Maßnahmen, können mit einer regelmäßigen Teilnahme an der Pflegequalitätserhebung erreicht werden. Es können somit Vergleiche zwischen Ländern und Einrichtungen und bei regelmäßiger Teilnahme über die Zeit hinweg gezogen werden.

Abstract

The amount of elderly people in industrial nations as well as in Austria is rising constantly. That means the amount of over 65-year-old people in the total population of Europe will increase from current 17.1% to 30% in 2060. Therefore it is time to deal with health problems which are predominantly affecting the old ones. Malnutrition - equally as dementia - are counting to those problems. Especially for demented people who are living in institutions such as hospitals and nursing-homes, malnutrition can lead to extensive negative consequences (increased morbidity, care dependency ...). Demented people in hospitals and nursing homes are often limited in their physical and mental functionality and dependent on other people. To ensure an adequate assistance in the nursing practice, it is necessary to identify the current situation of the hospitals and nursing homes.

The aim of this master thesis is to determine the prevalence of malnutrition of demented and non-demented patients and residents in 30 Austrian public institutions (21 hospitals and 9 nursing homes). Furthermore, the management of malnutrition in demented patients and residents compared with the management of malnutrition in non-demented patients and residents in Austrian hospitals and nursing homes is described. The data were collected within the framework of the national "Pflegequalitätserhebung" 2011 in the course of a descriptive cross-sectional survey.

According to the definition by Meijers et al. (2009b) 15.3% (n=314) of non-demented patients (n=2059) and 34.8% (n=23) of demented patients (n=66) were malnourished in hospitals. In nursing homes 14.5% (n=38) of non-demented residents (n=262) and 22.5% (n=96) of demented residents (n=426) suffered from malnutrition according to the definition by Meijers et al. (2009b). It was clearly demonstrated that patients and residents, independent if they were demented or not, with high ages as well as women were more often affected. In hospitals, fluid intake was most frequently checked by malnourished demented patients. Non-demented patients mainly did not receive a management of malnutrition. In nursing homes, a dietician was most frequently called by demented as well as by non-demented residents.

Changes of the prevalence and improvements of the management of malnutrition could be achieved with a regular participation at the „Pflegequalitätserhebung“. Therefore countries and institutions could be compared. If regularly participated, long-term comparisons could then be drawn successfully.

I. EINLEITUNG

Die europäische und auch die österreichische Gesellschaft befinden sich in einem Umbruch, was den Aufbau der Altersstruktur betrifft.

Der Anteil der über 65-jährigen Menschen an der Gesamtpopulation in Europa wird von 17,1% auf 30% ansteigen. Das ist eine absolute Anzahl von 84,6 Millionen über 65-Jährigen im Jahr 2008 auf 151,5 Millionen Menschen im Jahr 2060. Die Zahl der 80-jährigen oder älteren Menschen wird sich voraussichtlich von 21,8 Millionen (2008) auf in etwa 61,4 Millionen (2060) verdreifachen. Die durchschnittliche Lebenserwartung liegt derzeit bei 89,0 Jahren bei den europäischen Frauen und bei 84,5 Jahren bei den europäischen Männern (Europäische Kommission 2008).

Auch in Österreich verändert sich die Altersstruktur dahingehend. Der Anteil der Menschen mit 60 Jahren und mehr wird von 23% (2011) auf 26% im Jahr 2020 und auf 30% im Jahr 2030 ansteigen. In absoluten Zahlen wird die Zahl der über 80-Jährigen von derzeitigen 400.000 Menschen auf 630.000 Menschen bis 2030 anwachsen (Statistik Austria 2011a). Die Lebenserwartung bei der Geburt der österreichischen Frauen lag 2010 bei 83,2 Jahren verglichen mit 77,7 Jahren bei den Männern. Die Lebenserwartung bei der Geburt ist bei den Frauen seit 2000 um 2,1 Jahre und bei den Männern um 2,6 Jahre angestiegen (Statistik Austria 2011b).

Gesundheitsprobleme, darunter auch chronische Krankheiten treten mit zunehmendem Alter häufiger auf. Etwa zwei Drittel der über 75-Jährigen, das sind 300.000 Frauen und 140.000 Männer, weisen laut Statistik Austria (2011c) kontinuierliche gesundheitliche Beschwerden auf. Im Alter kommen auch funktionale Beeinträchtigungen, wie beispielsweise Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens, hinzu. Es kann zu Einbußen der Lebensqualität und zur Hilfebedürftigkeit kommen (Statistik Austria, 2011d).

Da der Anteil älterer Menschen anwächst, bedarf es sich mit Problemen, die bei alten oder hochbetagten Personen auftreten können, zu beschäftigen um deren Gesundheit möglichst lange aufrechterhalten zu können. Mangelernährung ist ein Gesundheitsproblem, dass in den westlichen Industrienationen vor allem im Alter auftritt. Eine ausgewogene Ernährung ist von großer Bedeutung, wenn es sich um die Aufrechterhaltung der Gesundheit eines

Menschen handelt. Bei Schwierigkeiten in der Nahrungsaufnahme sollte Unterstützung angeboten werden. Sind Menschen in Einrichtungen, wie Krankenhäusern oder Pflegeheimen untergebracht, zählt dies zu den Aufgaben von Pflegepersonen. Der Energiebedarf im Alter nimmt zwar ab, im Falle einer Mangelernährung können jedoch weitreichende Konsequenzen auftreten. Dazu zählen unter anderem das Risiko für die Entstehung von Krankheiten, Komplikationen und einen Anstieg der Mortalität (Schreier & Bartholomeyczik 2004).

1.1. Mangelernährung

International betrachtet gibt es keine einheitliche Definition für Mangelernährung. Es werden Begrifflichkeiten, wie Unter-, Fehl- oder Mangelernährung gleichbedeutend und gleichermaßen verwendet, wenn es um die Beschreibung von Ernährungsdefiziten geht (Pirlich 2007).

In dieser Masterarbeit wurde für Mangelernährung die Definition von Elia (2005) herangezogen. Sie spiegelt die Komplexität von Mangelernährung wieder und beschreibt das gesamte Erscheinungsbild einer Mangelernährung:

“Malnutrition is a state of nutrition in which a deficiency or excess (or imbalance) of energy, protein, and other nutrients causes measureable adverse effects on tissue/body function (shape, size, and composition) and function, and clinical outcome.” (Elia 2005, p. 2). Demnach handelt es sich bei einer Mangelernährung um einen Ernährungszustand, bei dem ein Mangel oder eine Störung von Energie, Proteinen und anderen Nährstoffen, einen messbaren Effekt auf Körper (Form, Größe und Zusammensetzung), Gewebe, Funktion und klinische Ergebnisse haben kann (Elia 2005, p. 2 Übersetzung Mühlbacher).

In europäischen Untersuchungen wurden in Krankenhäusern Prävalenzzahlen von Mangelernährung zwischen etwa 5% und 60% identifiziert. Mit steigendem Alter waren auch die Prävalenzwerte einer Mangelernährung höher (Meijers et al. 2009a; Norman et al. 2008; Tannen et al. 2008). Die Anzahl mangelernährter BewohnerInnen oder RiskobewohnerInnen in Pflegeheimen liegt laut europäischer Studien zwischen etwa 9% und 80% (Bartholomeyczik et al. 2010; Meijers et al. 2009a; Valentini et al. 2009; Tannen et al. 2008; Jeske et al. 2006; Suominen et al. 2005).

Es muss jedoch bei der Betrachtung der Mangelernährungsprävalenzzahlen von Krankenhäusern und Pflegeheimen beachtet werden, dass verschiedene Erhebungsmethoden, Parameter und cut-off-points zur Bestimmung einer Mangelernährung verwendet wurden.

Für Österreich liegen Prävalenzzahlen von Mangelernährung aus den Datenanalysen der landesweiten Pflegequalitätserhebung aus den Jahren 2009 und 2010 vor. Die Prävalenz einer Mangelernährung nach klinischem Eindruck und BMI befand sich in Krankenhäusern zwischen 3,5% und 9,7% und in den Pflegeheimen zwischen 4,1% und 15,8% (Lohrmann 2010; Lohrmann 2009; Schönherr & Lohrmann 2010; Schönherr 2009).

Ursachen einer Mangelernährung in der Geriatrie sind mitunter Appetitlosigkeit, Kau- und Schluckstörungen, Nebenwirkungen von Medikamenten, Krankheiten und Schmerzen, Depressionen, Demenz, ungewohnte Umgebung, altersbedingte Veränderung im Verdauungstrakt oder schlechte Mobilität. Zu den Folgen einer Mangelernährung zählen unter anderem Muskelschwäche, Wundheilungsstörungen, die Gefahr der Entwicklung eines Dekubitus, Infektanfälligkeit, als auch Verwirrtheit oder Demenz (Kolb 2011). Das heißt es steigen die Morbidität, Mortalität und in weiterer Folge die Dauer und Intensität der Behandlung, die Länge eines Krankenhausaufenthaltes und Kosten für das Gesundheitssystem (Norman et al. 2008).

1.2. Demenz

Für Demenz wurde in dieser Arbeit die ICD-10-Definition von Demenz verwendet, da sie die am häufigsten verwendete Definition von Demenz ist und das gesamte Krankheitsbild abdeckt. Nach dieser Definition ist Demenz (F00-F03):

„(...) ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache, Sprechen und Urteilsvermögen im Sinne der Fähigkeit zur Entscheidung. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Für die Diagnose einer Demenz müssen die Symptome nach ICD über mindestens 6 Monate bestanden haben. Die Sinne (Sinnesorgane, Wahrnehmung) funktionieren im für die Person üblichen Rahmen. Gewöhnlich begleiten Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation die kognitiven Beeinträchtigungen;

gelegentlich treten diese Syndrome auch eher auf. Sie kommen bei Alzheimer-Krankheit, Gefäßkrankungen des Gehirns und anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn und die Neuronen betreffen.“ (DIMDI 2011; DGPPN & DGN 2009, p. 11).

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. (2010) ergänzt, dass verglichen zum hervorgegangen Geisteszustand der Person eine Verschlechterung stattgefunden haben muss und diese Person in der neuerlichen Situation in der Ausübung ihrer Alltagsaktivitäten eingeschränkt ist. Des Weiteren wird, wenn von einer Demenz gesprochen wird, nicht ausschließlich eine Gedächtnisstörung beschrieben. Es können auch Hirnfunktionen, die beispielsweise für das Sprechen oder die Orientierung zuständig sind, betroffen sein. Eine Demenz verläuft im Unterschied zu einem Delir (akuten Verwirrheitszustand) chronisch und hat keinen Einfluss auf das Bewusstsein der Betroffenen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2010).

1.2.1. Demenzformen

Es gibt verschiedene Demenzformen, die häufigste Form ist die **Alzheimer-Krankheit**. Die Ätiologie der Alzheimer-Krankheit ist unbekannt, die Entwicklung verläuft jedoch schleichend und fortschreitend über Jahre hinweg (DGPPN & DGN 2009; Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2010). Es handelt sich um eine degenerative Hirnkrankheit, die einer Demenz vorangeht (Hacke 2010). Die Alzheimer-Krankheit lässt sich in drei Stadien einteilen: leichtgradige, mittelschwere und schwere Demenz. Während des Krankheitsprozesses erfolgt eine Schädigung verschiedener Gehirnareale. Aus diesem Grund zeigen sich in den unterschiedlichen Stadien der Krankheit jeweils andere Symptome. Bei der leichtgradigen Demenz kommt es zu Störungen von Gedächtnis, Denkvermögen, Orientierung und Sprache. Neue Informationen können nicht gespeichert oder abgerufen werden. Die Urteils- und Entscheidungsfähigkeit ist teilweise eingeschränkt, aber nicht vollständig aufgehoben. Die Betroffenen sind zwar in der Lage sich selbst zu versorgen, sie nehmen jedoch auch wahr, dass ihre Funktions- und Leistungsfähigkeit abnimmt. Es kann beispielsweise zu Verunsicherungen, Depressionen, Stimmungsschwankungen, Antriebsmangel oder Schamverhalten kommen. Im Stadium der mittelschweren Demenz ist die eigenständige Versorgung nicht mehr gewährleistet. Der Verlust der Orientierung, Sprachstörungen und Erinnerungsverluste nehmen zu. Es können Veränderungen, wie Unruhe, wahnhaften Überzeugungen, Inkontinenz oder Aggressivität

auftreten. Im letzten Stadium, der schweren Demenz, kommt es zu einem hochgradigem geistigen Abbau, physischen Symptomen und einer gesteigerten Pflegebedürftigkeit (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2010).

Es gibt eine Vielzahl anderer Demenzformen (Vaskuläre Demenz, Frontotemporale Demenz, Lewy-Körper-Demenz, ...), als auch Sonder- oder Mischformen der Demenz (Hacke 2010). In dieser Arbeit wird jedoch nicht näher darauf eingegangen, da in der Datensammlung der Pflegequalitätserhebung ausschließlich die Frage, ob eine Demenz vorliegt oder nicht, gestellt und keine Spezifizierung der Demenzform, vorgenommen wird.

In einer Literaturarbeit zu Demenzprävalenzen bei älteren Menschen in Europa ließen sich bei den über 65-Jährigen Prävalenzen zwischen 5,9% und 9,4% feststellen. Waren ältere Personen in den Untersuchungen eingeschlossen, war ebenso ein Anstieg der Prävalenzzahlen zu verzeichnen (≥ 72 Jahre zwischen 17,2% und 25,1%) (Berr et al. 2005). In den EU27-Ländern leben insgesamt etwa 500 Millionen Menschen (Eurostat 2011). Schätzungen zufolge waren davon etwa 7,23 Millionen Menschen im Jahr 2008 von einer Demenz betroffen (Wimo et al. 2011). In Österreich wird laut altersstandardisierter Berechnungen die Zahl demenzkranker Menschen von 90.500 (Prävalenz von 5,41% der über 60-Jährigen bzw. 6,93% der über 65-Jährigen) im Jahr 2000 auf etwa 233.800 (8,28% der über 60-Jährigen) im Jahr 2050 ansteigen. Das heißt, es findet in den nächsten 50 Jahren ein in etwa 2,58-facher Anstieg der absoluten Demenzzahlen statt (Wancata 2002).

Durch den Anstieg älterer Personen wird auch die Gesundheitsversorgung vor eine große Herausforderung gestellt, denn damit wächst auch die Anzahl chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen. Demenzerkrankungen liegen an oberster Stelle der Ursachen für eine Pflegebedürftigkeit. Wancata (2002) identifizierte mithilfe einer Literaturübersicht im überwiegend europäischen und nordamerikanischen Raum Prävalenzraten zu Demenz im Pflegeheim. Demnach leiden zwischen 39% und 87% aller ins Pflegeheim aufgenommenen Personen an einer Demenz (Wancata 2002).

Der Zusammenhang zwischen Demenz und Mangelernährung wurde in zahlreichen Untersuchungen festgestellt. Eine Demenz stellt einen signifikanten Risikofaktor für eine Mangelernährung dar (Bartholomeyczik et al. 2010; Valentini et al. 2009; Vanderwee et al.

2010; Elia et al. 2008; Suominen et al. 2005; Kagansky et al. 2005). Laut Vanderwee et al. (2010) steigert sich mit einer Demenz das Risiko an einer Mangelernährung zu erkranken bzw. an einer Mangelernährung zu leiden um zwischen 42% und 86%.

1.3. Mangelernährung und Demenz im Krankenhaus

Das Risiko für eine Mangelernährung bei demenzkranken PatientInnen liegt in etwa bei 20%-45% (Orsitto et al. 2009; Guigoz 2006; Kagansky et al. 2005). Die Prävalenzzahlen der Mangelernährung bei PatientInnen mit einer Demenz belaufen sich in etwa auf 6,6%-74% (Orsitto et al. 2009; Pirlich et al. 2006; Faxén-Irving et al. 2005; Kagansky et al. 2005).

1.4. Mangelernährung und Demenz im Pflegeheim

In Pflegeheimen sind etwa zwischen 20% und 90% der BewohnerInnen von einem Mangelernährungsrisiko betroffen (Chang & Roberts 2011b; Guigoz 2006; Suominen et al. 2005; Gregorio et al. 2003). Die Prävalenz der Mangelernährung bei PflegeheimbewohnerInnen liegt zwischen etwa 16,5% und 83% (Chang & Roberts 2011b; Suominen et al. 2005; Gregorio et al. 2003).

Das Altern ist mit einem Gewichtsverlust verbunden und dieser Gewichtsverlust beschleunigt sich mit dem Beginn einer Demenz (Wirth et al. 2007; Johnson et al. 2006; Stewart et al. 2005). Menschen mit Demenz verlieren in etwa 4-mal soviel Körpergewicht, wie Menschen ohne Demenz im selben Alter (Wirth et al. 2007; Guérin et al. 2005). Ein Gewichtsverlust kann als vorklinischer Indikator für eine Demenz gesehen werden (Johnson et al. 2006; Stewart et al. 2005). Der Krankheitsverlauf ist vermutlich für den Gewichtsverlust verantwortlich (Grundman 2005), welche Faktoren jedoch genau einen Gewichtsverlust auslösen ist bislang unklar (Johnson et al. 2006; Grundman 2005; Stewart et al. 2005). Ebenso ist die Rolle der Mangelernährung bei der Entwicklung einer Demenz nicht bekannt (Orsitto et al. 2009). Eine Mangelernährung bei Menschen mit einer Demenz, die vor allem in Einrichtungen wie Krankenhäusern und Pflegeheimen auftritt, trägt zu einem schnellerem Krankheitsfortschritt und in weiterer Folge zu einer Verschlechterung des geistigen Zustandes bei (Rückert et al. 2010). Nach Gregorio et al. (2003) ist eine Mangelernährung bei Demenzkranken eher als Folge und nicht als Ursache der Krankheit zu betrachten.

1.5. Risikofaktoren und Probleme bei der Nahrungsaufnahme von Menschen mit Demenz

Die Wahrscheinlichkeit an einer Mangelernährung zu erkranken steigt prinzipiell mit dem Alter, besonders gefährdet sind Menschen mit einer Demenz (Orsitto et al. 2009; Rivière et al. 2002; Shatenstein et al. 2001). Gregorio et al. (2003) ergänzen, dass vor allem Demenzkranke, die in Einrichtungen betreut werden, von einer Mangelernährung betroffen sind.

Die Abhängigkeit von anderen Menschen bei der Nahrungsaufnahme, die vor allem bei Demenzkranken in der Langzeitpflege häufig auftritt, stellt ebenso einen Hauptrisikofaktor für eine Mangelernährung dar. Es kann sein, dass sie Anweisungen nicht mehr vollständig folgen und ihre Bedürfnisse nicht mehr mitteilen können (Lou et al. 2007).

Auch der Schweregrad einer kognitiven Beeinträchtigung trägt zu Schwierigkeiten bei der Essensaufnahme bei und steht im Zusammenhang mit einer geringen Energieaufnahme (Wirth & Sieber 2011; Desai et al. 2007; Rivière et al. 2002). Schwierigkeiten, die bei der Essensaufnahme demenzkranker Menschen auftreten können sind häufig, multifaktoriell und gefährden somit die Zufuhr des Energiebedarfes (Chang & Roberts 2011b; Guérin et al. 2005).

Das Assessment des Ernährungsstatus ist bei kognitiv beeinträchtigten Personen komplizierter und weniger genau als bei anderen Personen, da kognitive Beeinträchtigungen zu einem Abschreiten sozialer und ökonomischer Fertigkeiten führen (Kagansky et al. 2005). Menschen mit einer Demenz weisen nach Zekry et al. (2008) einen schlechteren funktionellen- und ernährungsspezifischen Zustand auf, als Menschen ohne kognitive Einschränkungen. Der Aufenthalt in einer Einrichtung kann bei Menschen mit Demenz Verwirrung und Desorientierung hervorrufen, da sie sich nicht in ihrer vertrauten Umgebung befinden. Hinzu kommen unterschiedliche Essenszeiten und Mahlzeiten, die Probleme in der Essensaufnahme auslösen können (Amella & Lawrence 2008; Zekry et al. 2008).

Es gibt verschiedene Faktoren, die die Essensaufnahme bei demenzkranken Menschen beeinflussen. Dazu gehören eine eingeschränkte kognitive Funktion, physische Funktionsstörungen, sowie psychologische, soziale, umgebungsbedingte und kulturelle Einflussfaktoren (Chang & Roberts 2011b). Dazu zählen unter anderem Schmerzen,

Medikamente, Übelkeit oder schlechter Zahn- und Mundstatus (Rückert et al. 2010; Amella & Lawrence 2008), sowie Veränderungen von Geruch und Geschmack (Chang & Roberts 2011b; Rückert et al. 2010). Der Zahnstatus und die Mundhygiene können zu Kau- und Schluckschwierigkeiten führen. Bei der Essensaufnahme können Störungen des Kurzzeitgedächtnisses dazu führen, dass Betroffene während des Essens vergessen, was sie gerade machen wollten oder sich leicht ablenken lassen. Ausgelöste Einschränkungen, wie Apraxie oder Agnosie können dazu führen, dass demenzkranke Personen nicht in der Lage sind, das Besteck richtig zu verwenden oder Essen nicht mehr wahrzunehmen bzw. nicht zu wissen, was damit gemacht werden soll. Das Nachlassen der Sinnesfähigkeiten (Sehen, Riechen, Hören) kann zu Schwierigkeiten beim Zuführen der Mahlzeiten, verminderten Appetit und dadurch zu verminderter Nahrungsaufnahme führen. Sehbeeinträchtigungen wirken sich insofern aus, dass Betroffene Probleme beim Sehen von Essen und den damit verbundenen Gebrauchsgegenständen haben. Besonders schwierig ist es, wenn sich Tisch, Teller und Essen im Kontrast kaum voneinander unterscheiden (Chang & Roberts 2011b; Rückert et al. 2010). Zu den psychologischen und sozialen Aspekten zählen das Verweigern von Nahrung oder der Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme, als auch Rückzug bei der Nahrungsaufnahme oder aggressives Verhalten (Chang & Roberts 2011b). Das Offenhalten des Mundes und Ausspucken oder Wegdrehen des Kopfes sind Probleme, die hierbei auftreten können (Bauer & Sieber 2004). Dies kann zum Beispiel durch eine Depression bei einer Demenz hervorgerufen werden, die in Langzeiteinrichtungen bei Demenzkranken häufig auftritt. Bei Menschen, die von einer Demenz betroffen sind, spielen vor allem umgebungsbezogene Faktoren eine Rolle bei der Essensaufnahme. Laute Nebengeräusche, überfüllte Essensräume oder auffällige Einrichtungsgegenstände, die leicht ablenken, können bei Menschen mit einer Demenz Probleme bei der Essensaufnahme auslösen (Chang & Roberts 2011b). Aufmerksamkeitsstörungen, wie ständiges Aufstehen unter den Essenszeiten kommen bei Menschen mit Demenz häufig vor (Rivière et al. 2002).

1.6. Ursachen eines Gewichtsverlustes oder einer Mangelernährung bei Menschen mit Demenz

Die Tabelle 1 zeigt die Ursachen eines Gewichtverlustes oder einer Mangelernährung in den einzelnen Phasen von Demenz.

Tabelle 1: Ursachen eines GWV oder einer ME bei Menschen mit DE

| Ursachen eines GWV oder einer ME bei Menschen mit Demenz | |
|--|---|
| vor Beginn einer Demenz | <p>Störungen des Appetites und des Gleichgewichtszustandes eines Organismus durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • neurometabolische, • neuropathologische, • metabolische Veränderungen und • genetisch bedingte Anlage |
| Frühphase der Demenz | <p>erhöhter Energiebedarf durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • psychomotorische Unruhe/Hyperaktivität, • Verhaltensstörungen und • Sekundärerkrankungen |
| Spätphase der Demenz | <p>mangelnde Energiezufuhr durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apraxie (Bewegungsstörungen), • Pflegebedürftigkeit, • Abhängigkeit, • Agnosie (Wahrnehmungsstörungen), • Dysphagie (Schluckstörungen) oder • sedierende pharmakologische Therapie |

(Wirth & Sieber 2011; Chang & Roberts 2011b; Rückert et al. 2010; DNQP 2010; Wirth et al. 2007; Faxén-Irving et al. 2005; Kagansky et al. 2005)

1.7. Folgen einer Mangelernährung bei Demenzkranken

Zu den Folgen einer Mangelernährung bei demenzkranken Menschen gehören eine erhöhte Morbidität (Infektionsrisiko, Stürze, Druckgeschwüre, Anämie, ...) und Mortalität (Rückert et al. 2010; Luchsinger et al. 2008; Löser et al. 2007; Faxén-Irving et al. 2005; Guérin et al. 2005; Gregorio et al. 2003). Nach Zekry et al. (2008) leiden Menschen mit Demenz häufig an mehreren Krankheiten zur gleichen Zeit, wie beispielsweise auch an einer Mangelernährung und diese bleiben zudem in vielen Fällen undiagnostiziert und unbehandelt. Eine Mangelernährung bei demenzkranken Menschen ist des Weiteren mit einer hohen Hilfs- und Pflegebedürftigkeit, einem steigendem Pflegebedarf und –plätzen, sowie mit hohen Gesundheitskosten verbunden (Löser et al. 2007; Schwerdt 2005). Die

Betroffenen werden mit einer verminderten Lebensqualität und einer zusätzlichen Erkrankungsschwere konfrontiert (Aziz et al. 2008; Löser et al. 2007).

1.8. Pflegerische Maßnahmen von Mangelernährung bei Demenzkranken

Ein ungewollter Gewichtsverlust und eine Mangelernährung bei Menschen mit Demenz tragen weitreichende Konsequenzen mit sich, führen zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und sollten daher vermieden werden.

Zu den pflegerischen Maßnahmen, die durchgeführt werden können, zählen zum Beispiel eine angepasste Verarbeitung der Lebensmittel („Fingerfood“, Snacks, ...), das Anbieten von Zwischenmahlzeiten (Chang & Roberts 2011b; Wirth et al. 2007; Bauer & Sieber 2004; Suominen et al. 2005), stärkeres Würzen, der Einsatz von Geschmacksverstärkern, die Auswahl an Speisen mit veränderter Konsistenz (Pürieren, ...), sowie das Schaffen einer angenehmen und vertrauten Essensatmosphäre, als auch die Ergänzung von oralen Nahrungssupplementen (Chang & Roberts 2011b; Wirth et al. 2007; Bauer & Sieber 2004).

Ein Diskussionspunkt in der Nahrungsaufnahme von mangelernährten, demenzkranken Menschen ist eine künstliche Ernährung durch eine Perkutane Endoskopisch kontrollierte Gastrostomie (PEG) oder auch Sondenernährung genannt. Hier müssen die Vor- und Nachteile für das Individuum abgewogen und gegebenenfalls Einzelfallentscheidungen getroffen werden (Volkert et al. 2006; Schwerdt 2005; Bauer & Sieber 2004).

1.9. Problemstellung

Eine Mangelernährung bei demenzkranken Menschen spiegelt ein komplexes Themengebiet wieder. Dies ist bereits bei der Betrachtung der Definitionen von Mangelernährung und Demenz ersichtlich. Vorsicht ist bei der Übersetzung von „malnutrition“ ins Deutsche geboten. Darunter kann sowohl eine Unter- und Übernährung, sowie ein Nährstoffmangel verstanden werden. Eine korrekte Übersetzung wäre der Begriff Fehlernährung, da es sich bei der Mangelernährung um eine Form der „malnutrition“ handelt (Löser 2001). Häufig werden die Begriffe Gewichtsverlust und Mangelernährung bei Menschen mit Demenz im selben Kontext verwendet (Aziz et al. 2008). Die Definition von Demenz umfasst viele Aspekte und es wird zwischen verschiedenen Demenzformen, Misch- und Sonderformen unterschieden, dadurch wird die

Diagnose und Erfassung einer Mangelernährung erschwert (Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2010; DGPPN & DGN 2009). Es gibt keinen sogenannten „goldstandard“ zur Erfassung von Mangelernährung (Stratton et al. 2003). Es ist auch kein spezifisches Instrument zur Erfassung von Mangelernährung bei Demenzkranken vorhanden. Der Zusammenhang von Mangelernährung und Demenz wurde vielfach untersucht. Menschen mit einer Demenz tragen ein erhöhtes Risiko an einer Mangelernährung zu erkranken (Bartholomeyczik et al. 2010; Elia et al. 2008, Kagansky et al. 2005). In welchem Verhältnis jedoch Mangelernährung und Demenz genau stehen konnte nicht festgestellt werden (Johnson et al. 2006; Grundman 2005; Stewart et al. 2005). Um das Ausmaß der Problematik aufzeigen zu können, ist eine Darstellung der Ist-Situation notwendig. In Österreich sind bislang keine Prävalenzzahlen zu Mangelernährung bei Menschen mit Demenz vorhanden. Um geeignete Maßnahmen einleiten zu können bedarf es der Identifizierung von Prävalenzzahlen zu Mangelernährung bei Menschen mit Demenz (Polit & Beck 2011).

II. LITERATURÜBERBLICK

Bei der Methode des theoretischen Teils dieser Masterarbeit handelt es sich um eine systematische Literaturrecherche. Sie wird im Rahmen des Literaturüberblicks dargestellt und wurde im Zeitraum zwischen 14. April 2011 und 29. Juni 2011 durchgeführt. Die systematische Literaturrecherche dient dazu, den aktuellen Stand der Forschungsergebnisse, darzustellen.

2.1. Methode der Literaturrecherche

Die systematische Literaturrecherche wurde in den Datenbanken CINAHL, Isi Web of Knowledge, OvidEmbase (1996-2011), PubMed und PsycInfo mit den Schlüsselwörtern: *dement**, *cognitiv* disord**, *cognitiv* impair**, *alzheimer**, *malnutrition*, *malnourish**, *prevalence*, *hospital*, *nursing home*, *residential home*, *preven**, *avoid**, *prophylax**, *interven**, *treat**, *therapy*, *manag** durchgeführt. Es wurde bei der Suchstrategie mit den Boolean'schen Operatoren „AND“ und „OR“ gearbeitet. Die Suche wurde auf deutsch- und englischsprachige Literatur, die im Zeitraum von 2001 bis 2011 veröffentlicht wurde,

eingeschränkt. Als zusätzliche Eingrenzung wurde bei der Datenbankrecherche „Titel und Abstract“ verwendet.

Es wurden Studien, die die Identifizierung von Prävalenzzahlen von Mangelernährung bei demenzkranken Menschen in Krankenhäusern und Pflegeheimen zum Ziel hatten oder sich mit pflegerischen Maßnahmen bei einer Mangelernährung von demenzkranken PatientInnen oder BewohnerInnen befassten, eingeschlossen. Es wurden alle Formen der Demenz berücksichtigt und keine davon ausgeschlossen, da der Fragebogen der LPZ-Erhebung auch nicht zwischen verschiedenen Demenzformen unterscheidet bzw. eine Form davon ausschließt.

Medikamentöse Maßnahmen, die nicht die Pflege betreffen, wurden ausgeschlossen. In dieser Arbeit werden PatientInnen und BewohnerInnen von Krankenhäusern und Pflegeheimen näher betrachtet. Studien, die daher die Allgemeinbevölkerung oder spezielle PatientInnen- bzw. BewohnerInnengruppen, wie Personen, die an Krebs leiden oder ein anderes Setting, als das Krankenhaus oder Pflegeheim untersuchten, wurden ausgeschlossen.

Die Suchstrategie wurde wie folgt mit den englischen Schlüsselwörtern durchgeführt:

- **Prävalenzzahlen zu Demenz und Mangelernährung:**
(demen* OR cognitiv* disord* OR cognitiv* impair* OR alzheimer*) AND
(malnutrition OR malnourish*) AND prevalence AND
(hospital OR nursing home OR residential home)
- **Maßnahmen zu Demenz und Mangelernährung:**
(demen* OR cognitiv* disord* OR cognitiv* impair* OR alzheimer*) AND
(malnutrition OR malnourish*) AND (preven* OR avoid* OR prophylax* OR
interven* OR treat* OR therapy OR manag*)

Des Weiteren fand eine Handsuche in diversen Zeitschriften statt. Die Referenzlisten der eingeschlossenen Literatur wurden nach relevanten Studien durchgesehen. Zudem wurde im Internet mit den Metasuchmaschinen „ixquick“ und „iBoogie“ und den Suchmaschinen „AltaVista“, „ask.com“, „iSEEK“ und „Google Scholar“ gesucht.

Im Internet wurden ebenso einschlägige Webseiten zu Demenz und Mangelernährung (Nahrungsverweigerung bei Demenzkranken, Alzheimerinfo: Länger ich. Länger miteinander., ...) und verschiedener Organisationen (Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin e. V., European Society of Parenteral and Enteral Nutrition, World Health Organisation ...) durchgesehen.

Es konnten 429 Suchergebnisse mit der zuvor beschriebenen Suchstrategie in den Datenbanken erzielt werden. Im ersten Schritt wurde der Titel der Studien auf ihre Relevanz, durch die zuvor beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien, überprüft. Wurden diese erfüllt, wurde in weiterer Folge der Abstract der Studie gelesen. Wurde die Studie nach Betrachtung des Abstracts noch als relevant befunden, erfolgte eine kritische Bewertung der gesamten Studie nach den Kriterien von Weiss Roberts et al. (2004). Dabei wurden zusätzlich die Ein- und Ausschlusskriterien berücksichtigt. Die Checkliste nach Weiss Roberts et al. (2004) beinhaltet mehrere Schwerpunkte, die zu beachten sind. Es wurden hier Titel und Abstract bewertet. Auch Problem Statement, Bezugsrahmen und Forschungsfrage wurden betrachtet. Im nächsten Schritt wurde die Referenzliste auf ihre Aktualität und Richtigkeit überprüft. Des Weiteren wurden Relevanz, Forschungsdesign, Instrumente und Datensammlung angesehen. Die Stichprobe, Datenanalyse, Präsentation der Ergebnisse, sowie Diskussion und Schlussfolgerung wurden ebenso auf Vollständigkeit und Sinnhaftigkeit überprüft. Es wurde auch auf die Darstellung der Studie geachtet, ob beispielsweise der Inhalt vollständig war und übereinstimmte oder das Manuskript gut aufgebaut war. Ein weiterer Punkt der Checkliste war das wissenschaftliche Vorgehen, hierbei wurde zum Beispiel überprüft, ob Interessenskonflikte vorliegen oder eine informierte Zustimmung von den TeilnehmerInnen eingeholt wurde (Weiss Roberts et al. 2004).



Abbildung 1: Vorgehen bei der Auswahl der Studien

2.2. Ergebnisse der Literaturrecherche

Im Rahmen der Literaturrecherche wurden zahlreiche Instrumente zur Erfassung von Mangelernährung und Demenz identifiziert. Aus diesem Grund wird nachfolgend kurz darauf eingegangen. Die Ergebnisse der Literaturrecherche unterteilen sich daher in die Erfassung von Demenz und Mangelernährung, die Prävalenz von Mangelernährung bei Demenz, unterschieden nach Setting und den verschiedenen Instrumenten bzw. Indikatoren der einbezogenen Literatur, als auch die Behandlung bzw. Maßnahmen von Mangelernährung bei Menschen mit oder ohne Demenz.

2.2.1. Erfassung von Demenz

Der kognitive Zustand von Menschen kann auf unterschiedliche Weise erfasst werden. Nachfolgend werden Erhebungsinstrumente genannt, die in den eingeschlossenen Studien Anwendung gefunden haben, sowie auf in den Studien identifizierte Werte, kurz eingegangen.

Zur Bestimmung einer Demenz wurde am häufigsten **Folstein's Mini-Mental State Examination (MMSE)** verwendet. Die Bestimmung durch das MMSE wurde in europäischen Ländern (Italien, Schweden, Schweiz, Spanien) und vorwiegend in Krankenhäusern durchgeführt. Ein durchschnittlicher Wert von 16,6 (SD: 6) konnte in der Untersuchung von Faxén-Irving et al. (2005) erzielt werden. 52% der PatientInnen hatten einen MMSE-Wert < 17 Punkte und neun von zehn TeilnehmerInnen wiesen einen Wert < 24 Punkten auf (Faxén-Irving et al. 2005). Auch Orsitto et al. (2009) kamen zu einem durchschnittlichen MMSE-Wert von 16,6 (SD: 5,4). Ebenso Zekry et al. (2008) kamen zu ähnlichen Ergebnissen (16,3±4,7 bei Alzheimer-Krankheit; 15,6±4,9 bei gemischter DE; 17,5±6,7 bei Vaskulärer DE). Zusätzlich wurde hier noch eine „Short-Cognitive-Evaluation“ durchgeführt (Zekry et al. 2008). Gregorio et al. (2003) identifizierten in ihrer Studie einen durchschnittlichen Wert von 12,7 (SD: 5,3).

In der Untersuchung von Chang & Roberts (2011a), die in Taiwan erfolgte, wurde zur Bestimmung des kognitiven Zustandes der **10-Item Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)** herangezogen.

Der kognitive Zustand der TeilnehmerInnen wurde auch mittels des **Mini Nutritional Assessments (MNA)** erhoben (Kagansky et al. 2005), das sowohl Fragen zum kognitiven Zustand, als auch ernährungsspezifische Fragen, enthält.

Zwei der eingeschlossenen Studien, die in Frankreich (Guérin et al. 2005) und Kanada (Shatenstein et al. 2001) durchgeführt wurden, orientierten sich bei der Diagnose einer Demenz an dem „**Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition**“ (**DSM-III-R**).

Wie die Diagnose Demenz zustande kam, konnte in einer niederländischen und finnischen Studie nicht vollkommen nachvollzogen werden (Meijers et al. 2009a; Suominen et al. 2005). Da es sich bei der Studie nach Meijers et al. (2009a) um Daten der Prävalenzerhebung aus den Niederlanden handelt, kann davon ausgegangen werden, dass dies Informationen aus der Pflegedokumentation sind, die bei der Frage, ob eine Demenz vorliegt, mit ja beantwortet wurde.

Des Weiteren wurden in den Studien Informationen zur Abhängigkeit der Personen (Barthel ADL, ADL-Skala, Instrumental Activities of Daily Living - IADL), zum funktionellem Status (Blessed-Skala) oder zu Essensschwierigkeiten bei Demenzkranken (Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia – EDFED) erhoben (Chang & Roberts 2011a; Zekry et al. 2008; Lou et al. 2007; Guérin et al. 2005; Gregorio et al. 2003). Diese Instrumente bzw. Skalen werden nicht näher betrachtet, da der Fokus dieser Arbeit nicht darauf gerichtet ist.

2.2.2. Erfassung von Mangelernährung

Die Erfassung einer Mangelernährung kann über zahlreiche Wege erfolgen, jedoch gibt es bislang keinen „gold standard“ (Guigoz 2006; Stratton et al. 2003). Es kann bis dato aus pflegewissenschaftlicher Sicht kein Assessmentinstrument uneingeschränkt empfohlen werden. Dennoch ist es von großer Bedeutung, dass wenn ein Risiko vorliegt, Ursachen geklärt und adäquate Maßnahmen eingeleitet werden (DNQP 2010). Es kann zwischen anthropometrischen (Körpergewicht, Körpergröße, BMI...) und laborchemischen (ernährungsabhängige Blutwerte) Methoden unterschieden werden (Volkert & Sieber 2011). Zur Bestimmung einer Mangelernährung bei Menschen mit Demenz konnte kein spezifisches Instrument identifiziert werden.

Für das Screening und Assessment von auffälligem Essverhalten bei Demenzerkrankung konnte das DNQP (2010) fünf Instrumente (AFBI, EBS, EdFED, FBI, FDS) identifizieren. Zwei davon eignen sich als Screeninginstrumente in der stationären Altenpflege (EBS, EdFED) und die anderen drei Instrumente sind für ein tiefergehendes Assessment in der stationären Altenpflege (AFBI, FBI, FDS) passend. Dennoch gibt es keine konkreten Empfehlungen zur Erfassung einer Mangelernährung. Bei Menschen mit Demenz gestaltet sich das Assessment des Ernährungsstatus zudem schwieriger und weniger genau, als bei anderen Personen (DNQP 2010; Kagansky et al. 2005). Ein frühzeitiges und regelmäßiges Screening des Ernährungszustandes ist vor allem bei Menschen mit Demenz von großer Bedeutung, um gefährdete Personen zu identifizieren und Präventions- und Therapiestrategien einleiten zu können (Wirth & Sieber 2011; Zekry et al. 2008).

2.2.3. Prävalenz von Mangelernährung bei Demenzkranken

Die Prävalenz von Mangelernährung bei Menschen mit Demenz wird nachfolgend nach Krankenhaus und Pflegeheim unterschieden. Des Weiteren findet eine Unterteilung der

verschiedenen Instrumente bzw. Indikatoren zur Feststellung einer Mangelernährung statt, um eine bessere Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten. Guigoz (2006) identifizierte in einem systematischen Review elf Studien mit 2051 älteren, kognitiv eingeschränkten Personen, die mittels MNA gescreent wurden. Dabei zeigte sich, dass $15\pm 0,8\%$ (Durchschnitt \pm SD, Spannweite: 0-62%) eine Mangelernährung und $44\pm 1,1\%$ (Spannweite: 19-87%) ein Risiko für eine Mangelernährung, hatten. Die Reichweite der Werte ist auf unterschiedliche Settings (zuhause lebend oder institutionalisiert) und auf die verschiedenen Stufen der kognitiven Einschränkung, zurückzuführen (Guigoz 2006).

2.2.4. Prävalenz von Mangelernährung bei PatientInnen mit Demenz

In der Studie von Meijers et al. (2009a), die Teil der jährlichen LPZ-Erhebung in den Niederlanden aus dem Jahre 2005 ist, wurden zur Identifizierung der Mangelernährung **Kombinationsmethoden** verwendet. Eine Mangelernährung lag demnach vor, wenn PatientInnen oder BewohnerInnen einen BMI unter $18,5 \text{ kg/m}^2$ und einen ungewollten Gewichtsverlust (6 kg in den letzten 6 Monaten ODER 3 kg im letzten Monat ODER einen BMI $18,5\text{-}20 \text{ kg/m}^2$ in Kombination mit keiner Nahrungszufuhr in den letzten 3 Tagen oder reduzierter Nahrungszufuhr für mehr als 10 Tage) aufwiesen. Es wurden Prävalenzzahlen zu Mangelernährung in verschiedenen Settings (Krankenhäuser, Pflegeheime und Hauskrankenpflege) erhoben. Die AutorInnen betrachteten verschiedene Krankheitsbilder, darunter auch Demenz. Bei den PatientInnen mit einer Demenz waren es 29,2%, die von einer Mangelernährung betroffen waren (Meijers et al. 2009a).

Das **MNA** wurde in der miteinbezogenen Literatur am häufigsten verwendet. In der Studie von Orsitto et al. (2009) wurden 84 PatientInnen über 65 Jahre mit Demenz in einer geriatrischen Abteilung untersucht. Es konnte festgestellt werden, dass 32% (n=27) ein Risiko für eine Mangelernährung (MNA 17-23,5) und 59,5% (n=50) eine Mangelernährung (MNA < 17) aufwiesen. Das bedeutet, insgesamt waren es 91,5% der PatientInnen, die ein Risiko für eine Mangelernährung oder eine Mangelernährung hatten. Die Daten weisen ebenso darauf hin, dass es keine Unterschiede in Bezug auf den Ernährungszustand aufgrund verschiedener Demenzdiagnosen gibt (Orsitto et al. 2009). Die Punktwerte des MNA zeigten bei der Aufnahme in ein Krankenhaus in der Untersuchung nach Zekry et al. (2008) schlechtere Werte mit einer Diagnose von Demenz (MNA: $8,51\pm 2,58$), als ohne Demenz (MNA: $9,70\pm 2,86$). Hier wurde eine Kurzversion des

MNA (MNA-15) verwendet, wobei Werte über 12 für einen normalen Ernährungszustand sprechen (Zekry et al. 2008). Kagansky et al. (2005) haben herausgefunden, dass 20,6 % (n=22) ein Risiko für eine Mangelernährung ($17 \leq \text{MNA} \leq 23,5$) und 73,8% (n=79) der KrankenhauspatientInnen mit Demenz (n=107) eine Mangelernährung ($\text{MNA} < 17$) hatten. Guérin et al. (2005) konnten bei 79,5% der PatientInnen mit AD einen MNA-Wert unter 23,5 feststellen.

Pirlich et al. (2006) stellten mittels dem **Subjective Global Assessment (SGA)** und anthropometrischen Messverfahren Prävalenzzahlen zu Mangelernährung fest. Bei dieser Untersuchung handelt es sich nicht nur um PatientInnen mit Demenz. Es wurden verschiedene Krankheitsbilder der TeilnehmerInnen betrachtet, darunter auch die Häufigkeit einer dementiellen Erkrankung. Dabei wurde herausgefunden, dass 6,6% (n=124) der gesamt untersuchten PatientInnen (n=1886) eine Demenz aufwiesen. Bei der Analyse der Daten wurde Demenz in Bezug auf die Anzahl der eingenommenen Medikamente der PatientInnen angesehen. Dabei zeigte sich, dass etwa 20% (SGA B+C) der demenzkranken PatientInnen, die weniger oder fünf Medikamente einnahmen, eine Mangelernährung aufwiesen. Bei den Demenzkranken, die mehr als fünf Medikamente verordnet hatten, waren es in etwa 65% (SGA B+C), die von einer Mangelernährung betroffen waren. Die Ergebnisse zeigen, dass ein großer Anteil Demenzkranker an einer Mangelernährung leidet. Es wurde auch herausgefunden, dass eine Mangelernährung mit zunehmendem Alter häufiger vorkommt und deren Ausmaß größer ist (Pirlich et al. 2006).

Ein weiterer Indikator zur Feststellung einer Mangelernährung war der **Body Mass Index (BMI)**. In der Studie von Zekry et al. (2008) wurden durchschnittliche BMI-Werte zum Zeitpunkt der Aufnahme und Entlassung in ein Krankenhaus erhoben. PatientInnen, die an Demenz litten, hatten zum Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus niedrigere BMI-Werte ($23,30 \pm 4,81$), als PatientInnen ohne Demenz ($24,76 \pm 5,10$). Bei der Entlassung aus dem Krankenhaus (mit DE: $22,83 \pm 5,04$; ohne DE: $24,06 \pm 5,38$) konnte dies auch beobachtet werden, statistisch gesehen jedoch nicht signifikant. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass demenzkranke Menschen im Krankenhaus einen schlechteren funktionellen und ernährungsspezifischen Zustand, als Personen ohne kognitive Beeinträchtigungen im selben Alter, aufweisen. Sie erkrankten darüber hinaus häufiger an anderen Erkrankungen, wobei diese meist undiagnostiziert und unbehandelt bleiben (Zekry

et al. 2008). In der Untersuchung von Faxén-Irving et al. (2005) waren es 52% (n=108) der PatientInnen mit einer kognitiven Störung (n=231), die einen BMI < 23 kg/m² aufwiesen.

Eine Mangelernährung kann auch mithilfe eines **Gewichtsverlustes (GWV)** identifiziert werden. Mehr als ein Drittel (33,4%; n=97) der PatientInnen mit AD (n=290) verloren in der Untersuchung von Guérin et al. (2005) progressiv über 4% ihres Körpergewichtes innerhalb eines Jahres. Diese PatientInnen hatten eine schwerere AD laut Reisberg-Skala und eine ausgeprägter kognitive Einschränkung laut MMSE. 10,2% (n=32) der PatientInnen mit AD (n=314) nahmen einen schweren Gewichtsverlust (≥ 5 kg Körpergewicht) in den letzten sechs Monaten wahr. Diese Gruppe hatte ein höheres Ausgangsgewicht und BMI. Die Rate der Aufnahme in ein Krankenhaus oder eine Einrichtung war in beiden Gruppen (progressiven und schweren GWV) höher, als bei den PatientInnen mit AD ohne progressiven oder schweren Gewichtsverlust. Die Alzheimer-Krankheit gehört daher laut AutorInnen zu den wichtigsten Risikofaktoren eines progressiven Gewichtsverlustes. PatientInnen mit einer schweren Form der AD haben ein sechs bis sieben Mal höheres Risiko für einen progressiven Gewichtsverlust, als andere (Guérin et al. 2005).

Des Weiteren identifizierten Shatenstein et al. (2001) eine Mangelernährung mithilfe des **Körpergewichtes**. Sie verglichen das aktuelle Gewicht mit dem ursprünglichen Gewicht der PatientInnen. Demnach wiesen 28% (n=33) ein geringes Risiko einer Mangelernährung (aktuelles Gewicht 85-95% von ursprünglichen Gewicht) und 20% (n=24) aller PatientInnen mit Demenz (n=119) ein moderates bis starkes Risiko für eine Mangelernährung auf (Shatenstein et al. 2001).

2.2.5. Prävalenz von Mangelernährung bei BewohnerInnen mit Demenz

In den Pflegeheimen wurde zum einen die Prävalenz einer Mangelernährung bei demenzkranken Menschen mit dem **MNA und MNA-SF** erhoben. Ein Risiko an einer Mangelernährung (MNA 17-23,5) zu erkranken hatten nach MNA zwischen 68,1% (Gregorio et al. 2003) und 69,9% (Suominen et al. 2005). Diese Untersuchungen wurden in Finnland (Suominen et al. 2005) und Spanien (Gregorio et al. 2003) durchgeführt. An einer Mangelernährung (MNA < 17) litten zwischen 17,5% (Gregorio et al. 2003) und 83,1% (Suominen et al. 2005) der BewohnerInnen. Eine in Taiwan durchgeführte Untersuchung (Chang & Roberts 2011a) kam nach MNA-SF zum Ergebnis, dass 90,4% (n=75) der

BewohnerInnen (n=83) ein Risiko für eine Mangelernährung (MNA-SF \leq 11) trugen. Dabei waren Frauen und die Dauer beim Essen signifikante Faktoren für das Mangelernährungsrisiko (Chang & Roberts 2011a).

Nach dem **BMI-WHO cut-point** (BMI $<$ 18,5 kg/m²) lag die Prävalenzrate der Mangelernährung in der Untersuchung von Chang & Roberts (2011a) bei 19%. Mangelernährte BewohnerInnen waren signifikant häufiger Frauen und hatten größere Schwierigkeiten beim Essen. Der Hauptgrund bei Schwierigkeiten der Essensaufnahme war das Verweigern der Nahrung. Beinahe 90% der BewohnerInnen mit einer Mangelernährung benötigten eine Hilfestellung bei der Essensaufnahme (Chang & Roberts 2011a). Eine weitere Untersuchung aus Taiwan (Lou et al. 2007) kam zu ähnlichen Ergebnissen. Nach Lou et al. (2007) waren 18,2% (n=10) der BewohnerInnen (n=55) mangelernährt (BMI $<$ 18,5 kg/m²). Auch Gregorio et al. (2003) identifizierten Prävalenzen nach dem BMI. Es wurden jedoch andere Grenzwerte festgelegt. Hier waren 8,3% (BMI $<$ 19 kg/m²) mangelernährt und 8,2% (BMI 19-21 kg/m²) hatten ein Risiko für eine Mangelernährung (Gregorio et al. 2003).

Nach den **Kombinationsmethoden** von Meijers et al. (2009a) wiesen 22,1% der BewohnerInnen mit Demenz eine Mangelernährung (BMI $<$ 18,5 kg/m² UND ungewollter GWV von 6 kg in den letzten 6 Monaten ODER 3 kg im letzten Monat ODER einen BMI 18,5-20 kg/m² in Kombination mit keiner Nahrungszufuhr in den letzten 3 Tagen oder reduzierter Nahrungszufuhr für mehr als 10 Tage) auf .

2.2.6. Maßnahmen zur Vorbeugung und Behandlung von Mangelernährung bei Menschen mit und ohne Demenz

In weiterer Folge werden Maßnahmen, die bei mangelernährten PatientInnen und BewohnerInnen mit oder ohne Demenz getroffen werden können, beschrieben. Bei den Maßnahmen wird zwischen Menschen mit oder ohne einer Demenzerkrankung differenziert. Zwischen Krankenhäusern und Pflegeheimen wird nicht weiter unterschieden, da die Maßnahmen in Krankenhäusern und Pflegeheimen weitgehend ident waren und daher auf eine Differenzierung verzichtet wurde.

2.2.7. Maßnahmen zur Vorbeugung und Behandlung von Mangelernährung bei PatientInnen und BewohnerInnen mit Demenz

Um Maßnahmen bei PatientInnen mit Demenz einleiten zu können, bedarf es in erster Instanz eines routinemäßigen Screenings bzw. einer korrekten Erfassung des Körpergewichtes und der Körpergröße der Betroffenen (Volkert & Sieber 2011; Rappold 2004). In Einrichtungen, wie dem Krankenhaus oder Pflegeheimen, sollte dies bei der Aufnahme erfolgen und regelmäßig wiederholt werden (Volkert & Sieber 2011). Durch Prävention sollte rechtzeitig eine drohende Mangelernährung vermieden und/oder durch Detektion frühzeitig ErnährungsrisikopatientInnen identifiziert werden. Dies kann beispielsweise durch ein „Ernährungszustandsmonitoring“ erfolgen. Es erkennt RisikopatientInnen frühzeitig und wirkt somit präventiv einer drohenden Mangelernährung entgegen. Die Eingabe personenbezogener Daten (Mobilitätsgrad, Körpergröße – alternativ dazu Ferse/Kniehöhe, Körpergewicht, ...) ermöglicht eine Risikobewertung nach Gewichtsschwankungen und BMI. Es erfolgte eine Anwendung dieses Ernährungszustandsmonitorings in Österreich und zeigte Vorteile gegenüber drei weiteren geriatrischen Stationen (Rappold 2004).

Zur Sicherung der Nährstoffzufuhr und Vermeidung einer Mangelernährung wird ein leitliniengerechter Einsatz (Leitlinien zur enteralen und parenteralen Ernährung in der Geriatrie – DGEM/DGG und ESPEN) empfohlen. Trinknahrung sollte demnach in frühen und mittleren Demenzstadien in der Geriatrie verabreicht werden (Volkert & Sieber 2011). Des Weiteren wird auf die Anpassung der Konsistenz der Nahrung, die Gestaltung der Mahlzeiten und der Umgebung sowie die Modifikation des Essensangebotes (energie- und proteinreiche Nahrung, Zwischenmahlzeiten, „Fingerfood“, ...), Essenszeiten und Essenswünsche verwiesen (Volkert & Sieber 2011; Watts et al. 2007). Bei dementen Personen ist jedoch nicht nur die Sicherung des Angebotes von Nöten, es muss auch eine Überwachung und Unterstützung der Nahrungszufuhr gewährleistet werden. Die Initiierung einer Sondennahrung sollte als Einzelfallentscheidung gehandhabt werden. Von einer Ernährung durch eine Sonde ist bei Demenzkranken im Endstadium der Erkrankung abzusehen (Volkert & Sieber 2011). Anschließend werden die am häufigsten identifizierten Maßnahmen bei Mangelernährung von demenzkranken Menschen in Tabelle 2 aufgelistet.

Tabelle 2: Maßnahmen bei einer Mangelernährung von Demenzkranken

| Maßnahmen bei einer Mangelernährung von Demenzkranken |
|---|
| • Routinemäßiges Erfassen des Ernährungszustandes |
| • Ausgebildetes (Fortbildungen, Schulungen, ...) und ausreichendes Pflegepersonal |
| • Verminderung bzw. Vermeidung von Ablenkung (Ausschalten von elektronischen Geräten, ...) |
| • Sitzen außerhalb des Bettes und wenn möglich in Gesellschaft während der Nahrungsaufnahme |
| • Ausschluss bzw. Optimierung anderer beeinflussender Faktoren (Schmerzen, Mundhygiene, Zahnprothesen, Sehhilfen, ...) |
| • Zum selbstständigen Essen animieren bzw. motivieren (Zusprüche, wie beispielsweise: „Nehmen Sie Ihren Löffel“, „Schlucken Sie“; Vorzeigen von Essbewegungen um zum Imitieren zu bewegen, ...) |
| • Vereinfachen der „Nahrungspräsentation“ (eine Mahlzeit zu einer Zeit; nur Besteck, das benötigt wird ist am Gedeck, Geschirr in Kontrastfarben, ...) |
| • Anbieten von Zwischenmahlzeiten und „Fingerfood“ |
| • Flexible Essenszeiten |
| • Angenehmes und vertrautes Ambiente während des Essens (Umgebungsgestaltung, Essen in Gesellschaft, ...) |
| • Bedürfnisse und Essensvorlieben berücksichtigen |
| • Pflegerische Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme |
| • Trinksupplemente |
| • Im Einzelfall Sondennahrung |

(Chang & Roberts 2011b; Volkert & Sieber 2011; Wirth & Sieber 2011; Sylvester & Rubinsztein 2008; Amella et al. 2007; Lou et al. 2007; Watts et al. 2007; Nijs et al. 2006; Lind 2005; Bauer & Sieber 2004; Rappold 2004; Stratton et al. 2003)

Die Essensaufnahme kann durch viele Faktoren beeinflusst werden. Inwieweit sich Konsistenzveränderungen, Wunschkost oder das Anreichern von Nahrungsmitteln mit Nährstoffkonzentraten positiv auf den Ernährungszustand von PatientInnen und BewohnerInnen auswirken können, wurde bisher kaum untersucht. Unabhängig davon, ob PatientInnen oder BewohnerInnen kognitiv eingeschränkt sind oder nicht, profitieren sie von einer Essensaufnahme in angenehmer Umgebung (DNQP 2010). Eine experimentelle

Studie von Nijs et al. (2006) untersuchte alte Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen. Es wurde herausgefunden, dass eine bedürfnisorientierte Umgebungsgestaltung und ein angenehmes Ambiente bei der Essensaufnahme einen signifikanten Einfluss auf Lebensqualität, funktionale Fähigkeiten, Gewicht und Nahrungsaufnahme der TeilnehmerInnen hatten (Nijs et al. 2006). Diese sollte sich an gewohnten Essensvorlieben und der eigenen Esskultur orientieren. Die Essensaufnahme in der „Gesellschaft“ bzw. eine passable Tischgemeinschaft, sowie, wenn erforderlich, Unterstützung durch ausgebildetes Pflegepersonal haben einen maßgeblichen Einfluss auf die Nahrungsaufnahme von demenzkranken Menschen (DNQP 2010; Lind 2005). Bei kognitiv beeinträchtigten und hilfebedürftigen Menschen ist jedoch zu beachten, dass das Essen in Gemeinschaft zu einer Belastung werden kann, wenn große Schwierigkeiten und hohe Hilfsbedürftigkeit vorrangig sind. In solchen Fällen sollten die Wünsche dieser Personen berücksichtigt werden (DNQP 2010).

Die Entwicklung eines Schulungsprogrammes und dessen Einsatz in taiwanesischen Pflegeheimen, lieferte gute Ergebnisse bei Pflegepersonen („nursing assistants“) in Bezug auf Wissenserweiterung, Einstellungen und Verhalten bei der Essensaufnahme von Demenzkranken. Es wurden BewohnerInnen mit Demenz und ohne Demenz miteinander verglichen. Die BewohnerInnen mit Demenz benötigten mehr Zeit beim Essen aufgrund diverser Essensschwierigkeiten, die durch ihre Erkrankung auftreten können, als Menschen ohne Demenz. Die gesamte Dauer der Essenszeit war in der Interventionsgruppe (Durchschnittsdauer: $14,4 \pm 5$) nach Absolvierung des Trainingsprogrammes signifikant höher, als in der Kontrollgruppe ($8,9 \pm 3,4$) (Chang & Lin 2005). Auch Lou et al. (2007) empfehlen sogenannte „skills“ (Fortbildungen, Fertigkeiten) für Pflegepersonen, in denen sie lernen sollen, die Essfertigkeiten der BewohnerInnen einzuschätzen, Probleme zu identifizieren und angemessene Hilfestellung anbieten zu können. Die Notwendigkeit der Erfassung von anthropometrischen Werten, wie dem Körpergewicht ist laut AutorInnen unerlässlich und nicht übermäßig zeitaufwendig. Damit können Probleme des Ernährungszustandes bei BewohnerInnen mit Demenz frühzeitig erkannt und ihnen entgegengewirkt werden (Lou et al. 2007).

Nach Gregorio et al. (2003) ist die Gabe von Nahrungssupplementen bei moderat bis schwer demenzkranken PflegeheimbewohnerInnen empfehlenswert. In der Interventionsgruppe, die Nahrungssupplemente erhielt, verbesserten sich sowohl

anthropometrische, als auch biochemische Parameter. Des Weiteren kann dadurch eine Reduzierung der Morbidität und Mortalität erreicht werden. Eine Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit konnte jedoch nicht festgestellt werden (Gregorio et al. 2003). Lauque et al. (2004) untersuchten ebenso orale Nahrungssupplemente, jedoch bei PatientInnen mit AD. Es konnte häufiger eine Gewichtszunahme (71,4% vs. 41,8%), weniger oft ein Gewichtsverlust ($\leq 4\%$ Körpergewicht) (17,1% vs. 32,6%) und weniger häufig ein signifikanter Gewichtsverlust ($> 4\%$ Körpergewicht) (11% vs. 26%) in der Interventionsgruppe festgestellt werden. Eine signifikante Steigerung des Gewichtes, des BMI und der FFM wurde ebenso in der Interventionsgruppe identifiziert. Auch hier konnte keine Veränderung bezüglich des kognitiven Zustandes der TeilnehmerInnen festgestellt werden (Lauque et al. 2004).

In der Untersuchung von Navrátilová et al. (2007) in sieben tschechischen Einrichtungen konnte hingegen festgestellt werden, dass die Gabe von Nahrungssupplementen nicht nur die Nahrungsaufnahme bei Menschen mit AD steigert, sondern auch das Fortschreiten der Demenz verlangsamt und in weiterer Folge die Lebensqualität der Betroffenen verbessert (Navrátilová et al. 2007). In einer klinischen Studie von Young et al. (2004) wurde PatientInnen mit einer AD, 21 aufeinanderfolgende Tage Nahrungssupplemente zwischen dem Frühstück und Mittagessen zur Verfügung gestellt. Dabei konnten Steigerungen in der 24-Stunden Energie-, in der Protein- und Kohlenhydrataufnahme mittels Gruppen-Durchschnittsanalysen festgestellt werden. Die Ergebnisse zeigten jedoch auch, dass gefährdete Zielgruppen, wie beispielsweise PatientInnen mit einem niedrigen BMI, am wenigsten mit einer gesteigerten Nahrungsaufnahme durch Nahrungssupplemente, ansprachen. Die AutorInnen machen darauf aufmerksam, dass der kognitive Zustand und die damit auftretenden Probleme den Appetit beeinflussen und dies bei einer solchen Intervention zu beachten ist. Ebenso sollte anderen Faktoren Aufmerksamkeit geschenkt werden. Beispielsweise die Dauer des Aufenthaltes in einer Einrichtung oder die Tatsache, dass PatientInnen mit Demenz im Krankenhaus einer Ausnahmesituation ausgesetzt sind (Young et al. 2004). Die Gabe von Trinksupplementen hat sich bereits in zahlreichen Studien in verschiedenen Settings bewährt (Stratton et al. 2003).

Desai et al. (2007) stellten in ihrer Untersuchung in Pflegeheimen fest, dass eine höhere kognitive Beeinträchtigung mit einer geringeren Nahrungsaufnahme zusammenhängt. Sie untersuchten den Einfluss von zwei verschiedenen Servicearten der Mahlzeiten

(„Restaurantstil mit Bedienung“ vs. „Tableauservice“). Vor allem BewohnerInnen mit niedrigen BMI-Werten waren sensibler und empfänglicher, was die Veränderungen im Service der Mahlzeiten und die Umgebungsgestaltung betrifft. BewohnerInnen, die das Essen im „Restaurantstil mit Bedienung“ erhielten hatten eine signifikant höhere Energie- und Proteinaufnahme, als BewohnerInnen aus der Kontrollgruppe. Die Autoren nennen Snacks und Supplemente als Kurzzeitlösung zur Steigerung der Energiezufuhr bei Risikogruppen. Ihre Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Veränderung der Serviceart von Mahlzeiten eine effektive und nachhaltige Lösung zur Verbesserung der Energieaufnahme bei Risikogruppen einer Mangelernährung ist (Desai et al. 2007).

In Amerika untersuchten Edwards & Beck (2002) den Effekt von speziell angefertigten Aquarien auf die Essensaufnahme in drei Langzeitpflegeeinrichtungen. Die tägliche Nahrungszufuhr wurde während der Erhebung von 62 BewohnerInnen aufgezeichnet. Es konnte eine signifikante Steigerung der Nahrungsaufnahme mit durchschnittlichen 21,2% bei den BewohnerInnen mit Aquarien im Essbereich festgestellt werden. Mit den Aquarien konnte das Interesse der BewohnerInnen mit AD gehalten werden. Ein zusätzlicher positiver Effekt war, dass dadurch der Gebrauch von Nahrungssupplementen reduziert werden konnte (Edwards & Beck 2002).

2.2.8. Maßnahmen zur Vorbeugung und Behandlung von Mangelernährung bei PatientInnen und BewohnerInnen ohne Demenz

Schindler et al. (2010) identifizierten ernährungsspezifische Pflegeroutinen in europäischen und israelischen Krankenhäusern, die bei PatientInnen mit ernährungsspezifischem Risiko, angewandt wurden. 21% der RisikopatientInnen erhielten proteinhaltige Supplemente. Ein/e DiätassistentIn war zu 28% und ein Ernährungsteam zu 21% bei RisikopatientInnen präsent. Ein routinemäßiges Screening wurde zu 26% bei RisikopatientInnen durchgeführt. Die Verabreichung von enteraler oder parenteraler Ernährung war unabhängig vom Screening der Station (Screening: 20% vs. kein Screening: 23% bei RisikopatientInnen). Die Autoren machten auf die Wichtigkeit der jeweiligen Ausbildung, das Wissen und die Erfahrung des Pflegepersonals, in Bezug auf die Identifizierung von RisikopatientInnen, aufmerksam. Die Anwesenheit von DiätassistentInnen und der Gebrauch von Screeningmethoden förderte die Bereitstellung speziell zugeschnittener Nahrung bei RisikopatientInnen einer Mangelernährung (Schindler et al. 2010).

Löser et al. (2007) haben eine Stufentherapie der Mangelernährung im Alter zusammengestellt. In Stufe I wird eine Evaluation und konsequente Therapie der individuellen Ursachen genannt. Stufe II beinhaltet die Ernährungsmodifikation, -beratung, intensive Betreuung, individuelle Wunschkost, etablierte Allgemeinmaßnahmen (z.B. ruhige, angenehme Atmosphäre während des Essens, Mahlzeiten in Gesellschaft einnehmen, Präsentation der Mahlzeiten, ...) und den Einsatz von Hilfsmitteln. In Stufe III wird die Anreicherung der Nahrung (z.B. durch Maltodextrin, Eiweißkonzentrat) genannt. Stufe IV verweist auf Trink- und Zusatznahrung (Getränke, Suppen, Joghurt, ...) und Stufe V nennt die supportive künstliche Ernährung (z.B. PEG-Sonde). Die supportive künstliche Ernährung sollte individuell entschieden werden und kann nicht als terminale oder symbolische Maßnahme bei unheilbaren Erkrankungen im Endstadium angesehen werden (Löser et al. 2007). Löser (2010) erweitert diese Stufentherapie mit Stufe VI um die supportive künstliche parenterale Ernährung (Broviac, Hickmann, Port). Des Weiteren sollte vor Einleiten des Stufenplanes eine systematische Erfassung des Ernährungszustandes bei den PatientInnen anhand etablierter Screeningverfahren (z.B. SGA, NRS), sowie die Identifikation der PatientInnen mit einer Unter-/Mangelernährung erfolgen (Löser 2010).

Schönherr & Lohrmann (2010) identifizierten im Rahmen der landesweiten Prävalenzerhebung Maßnahmen, die bei einer Mangelernährung in Pflegeheimen durchgeführt wurden. Dabei wurde bei einer Mangelernährung am häufigsten ein/e DiätassistentIn (> 5% GWV: 64,3%; BMI < 20 kg/m²: 44%) herangezogen, gefolgt von der Gabe oraler Nahrungsergänzung (> 5% GWV: 46,4%; BMI < 20 kg/m²: 38,5%) und energiereicher Diät (> 5% GWV: 46,4%; BMI < 20 kg/m²: 27,5%). Energiereiche Zwischenmahlzeiten wurden nach BMI (BMI < 20 kg/m²) bei 40,4% und nach Gewichtsverlust (> 5% GWV) bei 35,7% der mangelernährten BewohnerInnen verabreicht (Schönherr & Lohrmann 2010). In Deutschland war die Gabe energiereicher Zwischenmahlzeiten die häufigste ergriffene Maßnahme. Demnach erhielten über die Hälfte der wahrscheinlich mangelernährten BewohnerInnen energiereiche Zwischenmahlzeiten. Zwei Fünftel wurden mit oralen Nahrungsergänzungen und über ein Viertel mit energie- und proteinreicher Diät versorgt (Bartholomeyczik et al. 2010).

2.3. Resümee aus dem Literaturüberblick

Der Literaturüberblick zeigt, dass sich bislang nur sehr wenige Studien mit der Identifizierung von Prävalenzzahlen einer Mangelernährung bei Menschen mit Demenz, beschäftigten. Selbst bei der in den Literaturüberblick miteinbezogenen Literatur, wurden nicht immer speziell für Menschen mit Demenz Prävalenzzahlen, zur Verfügung gestellt. Es kam vor, dass Prävalenzzahlen zu Demenz aus Tabellen oder Grafiken aus dem Ergebnisteil von allgemeinen Studien zu Mangelernährung entnommen werden mussten. Die Vergleichbarkeit dieser Daten ist stark eingeschränkt, da sowohl große Unterschiede in der Feststellung von Demenz, als auch der Erfassung von Mangelernährung, erfolgte. Es wurden jeweils unterschiedliche Instrumente bzw. Indikatoren verwendet. Es konnten keine Prävalenzzahlen zu Mangelernährung bei Menschen mit Demenz in Österreich identifiziert werden. Auch die Identifizierung von Studien, die sich mit Maßnahmen bei mangelernährten Menschen mit oder ohne Demenz beschäftigten, erwies sich als schwierig. Diejenigen Studien, die in den Literaturüberblick aufgenommen wurden, lieferten ähnliche Ergebnisse für Menschen mit oder ohne Demenzerkrankung. Es handelt sich dabei entweder um Literaturarbeiten oder Interventionsstudien, die die Effektivität verschiedener Maßnahmen überprüften. Hier wurde nicht mehr nach Krankenhaus und Pflegeheim differenziert.

Doch bevor sowohl für PatientInnen, als auch BewohnerInnen mit oder ohne Demenz, zweckmäßige pflegerische Maßnahmen identifiziert werden können, bedarf es einer Erfassung und Beschreibung des Ist-Zustandes, wie beispielsweise durch Prävalenzerhebungen (Polit & Beck 2011).

III. FORSCHUNGSFRAGEN UND ZIEL DER ARBEIT

Nach Betrachtung der Literatur haben sich folgende Forschungsfragen ableiten lassen:

- Wie hoch ist die Prävalenz von Mangelernährung bei nicht-demenzkranken und demenzkranken PatientInnen und BewohnerInnen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen?
- Welche pflegerischen Maßnahmen werden bei einer Mangelernährung von demenzkranken PatientInnen und BewohnerInnen verglichen mit den pflegerischen

Maßnahmen, die bei nicht-demenzkranken Menschen angewandt werden, in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen, durchgeführt?

Die Masterarbeit zielt darauf ab, Prävalenzzahlen von Mangelernährung bei nicht-demenzkranken und demenzkranken Menschen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen zu beschreiben und vorhandene pflegerische Maßnahmen bei mangelernährten, demenzkranken Menschen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen zu erfassen.

IV. METHODE

Der empirische Teil der vorliegenden Arbeit ist die Auswertung der landesweiten Prävalenzerhebung (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen = LPZ). Dabei wurden die österreichischen Daten des Modules Mangelernährung für diese Arbeit analysiert. Die Erhebung der Daten wurde vom Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz in Zusammenarbeit mit dem „Department of Health Care and Nursing Science“ der Universität Maastricht in den Niederlanden, am 05. April 2011, durchgeführt. Die LPZ fand 1998 erstmalig zur Prävalenz von Dekubitus in den Niederlanden statt. Inkontinenz, Mangelernährung und Intertrigo werden seit 2004 untersucht und seit 2007 werden auch Daten zu Stürzen und freiheitsentziehenden Maßnahmen erhoben. In Österreich wurde 2008 eine Pilotstudie durchgeführt und seit 2009 werden zu den sechs genannten Pflegeproblemen jährlich Daten erfasst. Vorerst fand die Erhebung in Österreich unter dem Namen „Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten“ statt. Seit 2010 wird sie als „Landesweite Prävalenzerhebung“ deklariert. Sie wird seit 2009 in den Ländern Niederlanden, Deutschland, Österreich, der Schweiz und Neuseeland durchgeführt (LPZ 2011).

4.1. Studiendesign

Bei dem Studiendesign der landesweiten Prävalenzerhebung handelt es sich um eine multizentrische Querschnittstudie. Dabei werden Daten, zu allen in Österreich teilnehmenden Einrichtungen, an einem Tag im Jahr, zeitgleich erhoben.

Bei einer Querschnittsuntersuchung werden von einer Stichprobe Daten zu einem bestimmten Zeitpunkt erhoben (Polit & Beck 2011; Mayer 2007). Das Design eignet sich zur Beschreibung von Pflegeproblemen, als auch zur Beschreibung von Beziehungen zwischen Phänomenen zu einem fixen Zeitpunkt. Damit kann festgestellt werden, ob ein gewisses Krankheitsbild bzw. Pflegeproblem vorliegt oder nicht. Querschnittsuntersuchungen sind kostengünstig in ihrer Durchführung. Es ist jedoch schwierig auf Veränderungen über einen Zeitablauf hinweg Rückschlüsse zu ziehen (Polit & Beck 2011). Finden Querschnittserhebungen über mehrere Jahre hinweg zu einem Zeitpunkt statt, so können aber Trends im Laufe der Zeit sichtbar werden (Burns & Grove 2009). Deskriptive quantitative Designs, zu denen auch Querschnittstudien und somit auch Prävalenzerhebungen zählen, versuchen einen momentanen Zustand möglichst präzise zu beschreiben (Polit & Beck 2011; Mayer 2007).

4.2. Erhebungsinstrument

Das Instrument der Prävalenzerhebung ist ein Fragebogen, der sich aus zwei Teilen zusammensetzt. Er wurde von der Universität Maastricht entwickelt und in Kooperation mit der internationalen Forschungsgruppe angepasst. Der Fragebogen basiert auf internationaler wissenschaftlicher Literatur und wurde mit ExpertInnen des jeweiligen Bereiches entwickelt (Lohrmann 2009). Im ersten Teil werden PatientInnenmerkmale, die für die Erfassung von Leistungen benötigt werden, erhoben. Im zweiten Teil des Fragebogens werden die Pflegeprobleme bzw. -module Dekubitus, Mangelernährung, Inkontinenz, Intertrigo, Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen erfasst. Die Erhebung erfolgte auf drei Messebenen, dabei sind Angaben zur Einrichtung, zur Station bzw. zum Wohnbereich und Angaben zur PatientIn bzw. BewohnerIn, auszufüllen. Es wird demnach erhoben, um welche Einrichtung es sich handelt und welche Qualitätsindikatoren diese aufweist. Des Weiteren wird das Profil der Abteilung bzw. des Wohnbereiches abgefragt und Merkmale der Pflegeprobleme, präventive Maßnahmen und die Behandlung aufgezeichnet (LPZ 2011).

4.3. Datenerhebung

Die landesweite Pflegequalitätserhebung wurde von der Universität Maastricht in den Niederlanden ins Leben gerufen. In Österreich erfolgt die Organisation und Durchführung der LPZ durch das Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz, das

mit dem Team aus den Niederlanden kooperiert. Seit 2009 nimmt Österreich an der LPZ teil und bietet somit teilnehmenden Einrichtungen die Möglichkeit, wichtige Informationen für nachhaltige Verbesserungen der Pflegequalität zu liefern. Zusätzlich können aus den Ergebnissen Maßnahmen gezogen und Daten im Sinne von Benchmarking miteinander verglichen werden (LPZ 2011).

Zu den Vorbereitungen der jährlichen Erhebung gehört es, potentielle Einrichtungen anzuwerben und einzuladen. Alle stationären Einrichtungen in Österreich, wie beispielsweise Krankenhäuser, Pflegeheime oder Rehabilitationseinrichtungen galt es auf die LPZ aufmerksam zu machen. Eine Anmeldung hatte bis spätestens 05. Februar 2011 zu erfolgen. Die Teilnahme an der Erhebung war freiwillig und kostenpflichtig. Die zu entrichtenden Gebühren waren vom Anmeldetermin abhängig. Es erfolgten ein Antrag und die Zustimmung der Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz für die LPZ-Erhebung. Bei der Erhebung selbst wurde von allen TeilnehmerInnen (PatientInnen und BewohnerInnen) eine informierte Zustimmung in Form einer Einverständniserklärung eingeholt. Waren TeilnehmerInnen selbst aufgrund von kognitiven Beeinträchtigungen nicht mehr in der Lage diese zu unterzeichnen, wurde die Unterschrift von einer/m gesetzlichen VertreterIn (SachwalterIn) benötigt. Eine Anonymisierung aller erhobenen Daten wird gewährleistet (LPZ 2011).

Einrichtungen, die an der Erhebung teilnahmen, mussten zunächst eine/n KoordinatorIn benennen. Da es sich um eine Person aus der Einrichtung handelt, ist diese damit vertraut und agierte als Ansprechperson zwischen Einrichtung und Forschungsteam (LPZ Projektgruppe, Institut für Pflegewissenschaft Medizinische Universität Graz). Die KoordinatorInnen der jeweiligen Einrichtungen waren für organisatorische Tätigkeiten vor und während der Erhebung zuständig. Es wurde von ihnen bestimmt, welche Wohnbereiche bzw. Stationen an der Erhebung teilnehmen und welche Pflegeprobleme erhoben werden sollten. Die KoordinatorInnen waren für die Formierung eines Teams zuständig. Das Team aus Pflegepersonen erfasste die Daten am Erhebungstag, dem 05. April 2011. Die Zeitplanung der LPZ und der Zeitplan für das Team aus Pflegepersonen wurden ebenso von den KoordinatorInnen erstellt. Im Vorfeld war es Aufgabe der KoordinatorInnen Trainingseinheiten für das Team aus Pflegepersonen anzubieten, um diese mit der eigentlichen Erhebung vertraut zu machen. Die LPZ-Projektgruppe stellte Informationsmaterialien auf der Webseite zur Verfügung. Im Februar 2011 wurde eine

Schulung vom Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz angeboten und Präsentationen für die KoordinatorInnen bereitgestellt. Am Tag der Erhebung waren die KoordinatorInnen dafür verantwortlich, die Unterlagen der Wohnbereiche bzw. der Stationen einzusammeln, sowie zu überprüfen ob die Daten vollständig und korrekt ausgefüllt sind. Die Daten waren innerhalb von sechs Wochen nach der Erhebung über Internet von den KoordinatorInnen in ein Softwareprogramm einzugeben und an das LPZ-Team weiterzuleiten. Die Ergebnisse wurden innerhalb weniger Tage von der Universität Maastricht analysiert und über die Webseite für die KoordinatorInnen abrufbar. Die Universität Maastricht verfasst einen landesweiten Bericht, der an die KoordinatorInnen per E-Mail gesandt wird und von teilgenommenen Einrichtungen über die Webseite heruntergeladen werden kann (LPZ 2011).

4.4. Datenanalyse und Messmethoden

Die Auswertung der Daten wurde über PASW Statistics 18 durchgeführt (PASW o.J.). Es konnten mithilfe der Deskriptiven Statistik Häufigkeiten, Mittelwerte, Standardabweichungen, Prozentwerte und statistische Tests ermittelt werden. Die Häufigkeiten bei qualitativen Merkmalen wurden mittels des Chi-Quadrat Tests berechnet. Waren die Voraussetzungen für diesen Test nicht gegeben, wurde der Fisher's Exakter Test herangezogen. Zum Vergleich zweier Mittelwerte wurde der t-Test für unabhängige Stichproben verwendet. Es gilt bei allen statistischen Tests ein Signifikanzniveau von 0,05. Liegt ein Testergebnis unter 0,05, so handelt es sich um ein statistisch signifikantes Testergebnis (Bortz & Schuster 2010).

4.4.1. Bestimmung einer Mangelernährung

Zur Bestimmung einer Mangelernährung wurden in der Auswertung dieser Arbeit die Kriterien nach Meijers et al. (2009b) herangezogen. Die Definition nach Meijers et al. (2009b) berücksichtigt Body Mass Index, ungewollten Gewichtsverlust und Nahrungszufuhr. Eine Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) liegt vor, wenn ein Body Mass Index kleiner gleich $18,5 \text{ kg/m}^2$ bei 18-65-Jährigen oder kleiner gleich 20 kg/m^2 bei über 65-Jährigen vorliegt. Zudem muss bei den Personen ein ungewollter Gewichtsverlust von mehr als 6 kg in den letzten 6 Monaten oder ein ungewollter Gewichtsverlust von mehr als 3 kg innerhalb des letzten Monats verzeichnet worden sein. Hat des Weiteren keine Nahrungszufuhr für 3 Tage oder eine reduzierte Nahrungszufuhr

von mehr als 10 Tagen in Kombination mit einem BMI zwischen 18,5 und 20 kg/m² bei 18 bis 65-Jährigen oder zwischen 20 und 23 kg/m² bei über 65-Jährigen stattgefunden, so wird von einer Mangelernährung gesprochen (Meijers et al. 2009b).

4.4.2. Bestimmung einer Demenz

In der Prävalenzerhebung wurde keine Definition und kein Instrument zur Bestimmung bzw. Beurteilung einer Demenz herangezogen. Im Fragebogen wurde gefragt, ob eine Demenz vorhanden ist oder nicht. Die Antwort darauf konnte der Pflegedokumentation entnommen werden. Dies wurde am Tag der Erhebung vom Team der Pflegepersonen erfasst.

V. ERGEBNISSE

Im Ergebnisteil werden die Resultate der Prävalenzerhebung und somit die Beantwortung der Forschungsfragen dargestellt. Zu Beginn werden die Stichprobe und deren Eigenschaften beschrieben, um einen ganzheitlichen Einblick gewährleisten zu können. Bei der Datenanalyse ist anzumerken, dass die einzelnen Berechnungen auf unterschiedlichen Fallzahlen basieren und somit verschiedene Werte liefern.

5.1. Beschreibung der Stichprobe

Im Rahmen dieser Masterarbeit wurden die Daten der landesweiten Prävalenzerhebung zum Thema Mangelernährung für Krankenhäuser und Pflegeheime analysiert. Es nahmen insgesamt 30 Einrichtungen, davon 21 Krankenhäuser und neun Pflegeheime, an der Erhebung teil. Im Gesamten wurden 3567 Personen gezählt, wobei 2624 PatientInnen in Krankenhäuser und 943 BewohnerInnen in Pflegeheimen zu verzeichnen waren. Von den 3567 Personen gaben 2834 (79,5%) Personen ihre Zustimmung an der Erhebung teilzunehmen. Diese unterteilten sich in 2146 PatientInnen und 688 BewohnerInnen, die der Teilnahme zustimmten. In den Krankenhäusern lag die TeilnehmerInnenquote demnach bei 81,8% und in den Pflegeheimen bei 73% der gesamten Personen. Bei der Auswertung der Daten und der Beschreibung der Stichprobe wurden ausschließlich Personen über 18 Jahre berücksichtigt.

Die Gründe, warum Personen nicht an der Erhebung teilgenommen haben, unterscheiden sich zwischen Krankenhaus und Pflegeheim wie folgt:

Tabelle 3: Gründe für Nicht-Teilnahme an der Erhebung

| Gründe für Nicht-Teilnahme | Krankenhaus (n=478) | Pflegeheim (n=255) | Einrichtungen gesamt (n=733) |
|--|--------------------------------|-------------------------------|---|
| Teilnahme abgelehnt | 216 (45,2%) | 138 (54,1%) | 354 (48,3%) |
| Nicht verfügbar während der Erhebung | 121 (25,3%) | 47 (18,4%) | 168 (22,9%) |
| Komatös/zu schlechter Gesundheitszustand | 63 (13,2%) | 10 (3,9%) | 73 (10%) |
| Terminal | 11 (2,3%) | 3 (1,2%) | 14 (1,9%) |
| Andere Gründe | 67 (14%) | 57 (22,4%) | 124 (16,9%) |
| n (%) | 478 (100%) | 255 (100%) | 733 (100%) |

5.1.1. Charakteristika von PatientInnen und BewohnerInnen in österreichischen Einrichtungen

In den Krankenhäusern waren es 2125 PatientInnen, die über 18 Jahre alt waren und der Erhebung ihre Zustimmung gaben. Davon waren 56% (n=1191) Frauen und 44% (n=934) Männer. Im Durchschnitt waren die PatientInnen 65 Jahre alt mit einer Standardabweichung von 17 Jahren. Der minimale Wert lag bei 18 Jahren und der maximale Wert bei 97 Jahren. Es konnte ein signifikanter Unterschied ($p < 0,05$) im Alter von Frauen und Männern festgestellt werden. Frauen sind mit durchschnittlichen 67 Jahren älter, als Männer die durchschnittlich 62 Jahre alt waren.

In den neun Pflegeheimen teilten sich die 688 BewohnerInnen in 84% (n=578) Frauen und 16% (n=110) Männer. Sie waren durchschnittlich 84 Jahre alt mit einer Standardabweichung von 10 Jahren. Der minimale Wert lag bei 44 Jahren und der maximale Wert bei 110 Jahren. Es konnte ein signifikanter Unterschied ($p < 0,05$) im Alter von Frauen und Männern festgestellt werden. Frauen sind mit durchschnittlichen 85 Jahren älter, als Männer, die durchschnittlich 79 Jahre alt waren.

5.1.2. Charakteristika von Menschen mit und ohne Demenz in österreichischen Einrichtungen

In den Krankenhäusern nahmen die PatientInnen ohne Demenz mit 96,9% (n=2059) deutlich die Mehrheit der PatientInnen (n=2125) ein. Die nicht-demenzkranken Frauen

waren signifikant ($p < 0,05$) älter, als die nicht-demenzkranken Männer in den Krankenhäusern (66 Jahre, SD: 17,9 vs. 62 Jahre, SD: 16,1). Eine Demenz wiesen 3,1% ($n=66$) der KrankenhauspatientInnen ($n=2125$) zum Zeitpunkt der Erhebung auf. Von den Menschen mit Demenz in den Krankenhäusern waren in etwa zwei Drittel (66,67%, $n=44$) Frauen und ein Drittel (33,33%, $n=22$) Männer. Auch hier war das weibliche Geschlecht signifikant ($p < 0,05$) älter, als das männliche (81 Jahre, SD: 7,7 vs. 78 Jahre, SD: 9,9). Die PatientInnen mit einer Diagnose Demenz (80 Jahre, SD: 8,5) waren im Durchschnitt älter, als jene ohne Demenz (64 Jahre, SD: 17,2).

Die Verteilung der PatientInnen mit Demenz in Altersgruppen zeigt, wie in Abbildung 2 ersichtlich, dass demenzkranke Frauen und Männer in den Krankenhäusern älter als 66 Jahre waren. Frauen mit Demenz waren vorwiegend (47,7%) in der Altersgruppe zwischen 76 und 85 Jahren vertreten und der größte Anteil der Männer mit Demenz (36,4%) waren zwischen 66 und 75 Jahre alt. Nachfolgend sind die PatientInnen mit Demenz nach Geschlecht in den einzelnen Altersgruppen dargestellt:

PatientInnen mit DE nach Altersgruppen im KH (n=66)

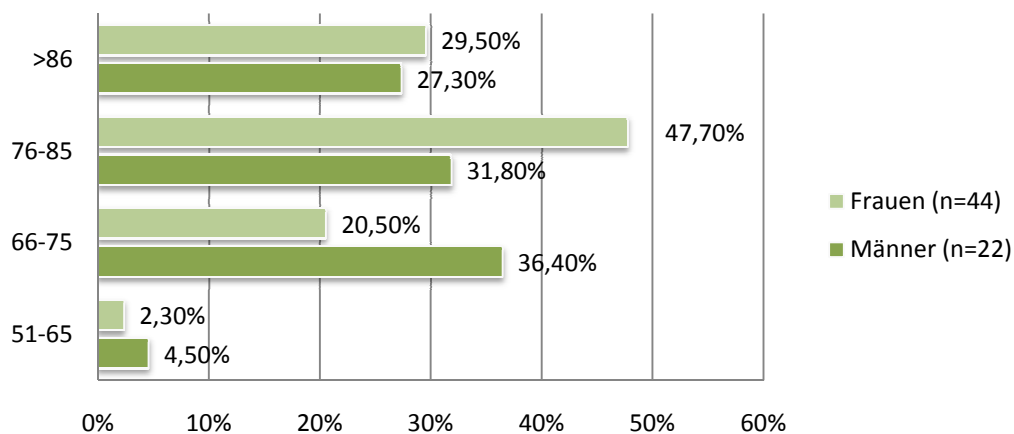


Abbildung 2: PatientInnen mit DE nach Altersgruppen im KH

Werden die PatientInnen mit Demenz und ohne nach Altersgruppen in den Krankenhäusern laut Abbildungen 3 und 4 miteinander verglichen, ist zu sehen, dass die PatientInnen mit einer Demenz den höheren Altersgruppen zuzuordnen sind.

PatientInnen mit DE nach Altersgruppen im KH (n=66)

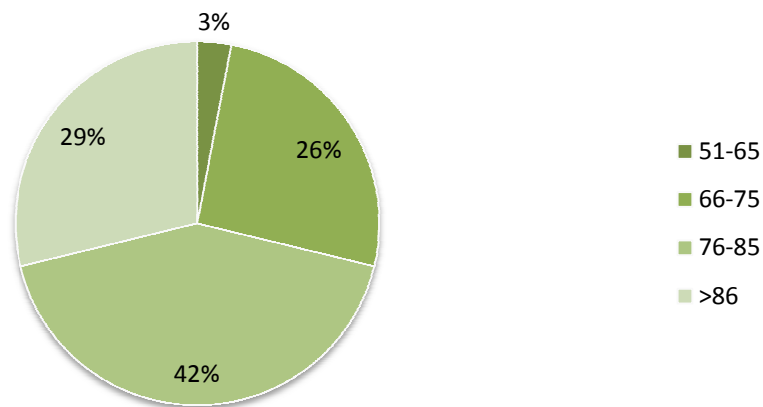


Abbildung 3: PatientInnen mit DE nach Altersgruppen im KH

PatientInnen ohne DE nach Altersgruppen im KH (n=2059)

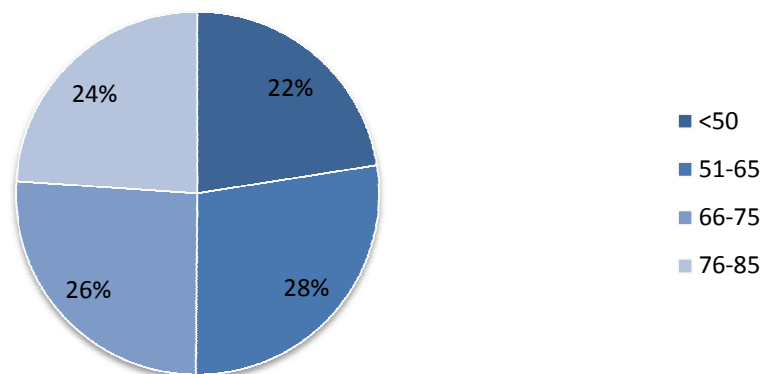


Abbildung 4: PatientInnen ohne DE nach Altersgruppen im KH

In den Pflegeheimen hatten 61,9% (n=426) der BewohnerInnen (n=688) eine Diagnose Demenz, wobei Frauen mit 86,2% (n=367) gegenüber den Männern mit 13,8% (n=59) häufiger davon betroffen waren. Das durchschnittliche Alter der demenzkranken BewohnerInnen lag mit 86 Jahren (SD: 12,6) über dem durchschnittlichen Alter der nicht-demenzkranken BewohnerInnen mit 82 Jahren (SD: 7,4). Die Frauen ohne Demenz waren signifikant ($p < 0,05$) älter, als die Männer ohne Demenz (74 Jahre, SD: 14,9 vs. 84 Jahre, SD: 11,3). Auch die Frauen mit Demenz waren im Vergleich zu den Männern mit Demenz signifikant ($p < 0,05$) älter (86 Jahre, SD: 7,1 vs. 83,1 Jahre, SD: 8,6) in den Pflegeheimen.

In den Pflegeheimen ist die Altersverteilung bei den BewohnerInnen mit Demenz ebenso hauptsächlich in den höheren Altersgruppen angesiedelt. Sowohl die demenzkranken Frauen, als auch die demenzkranken Männer sind überwiegend älter als 76 Jahre (91,9% vs. 86,5%).

BewohnerInnen mit DE nach Altersgruppen im PH (n=426)

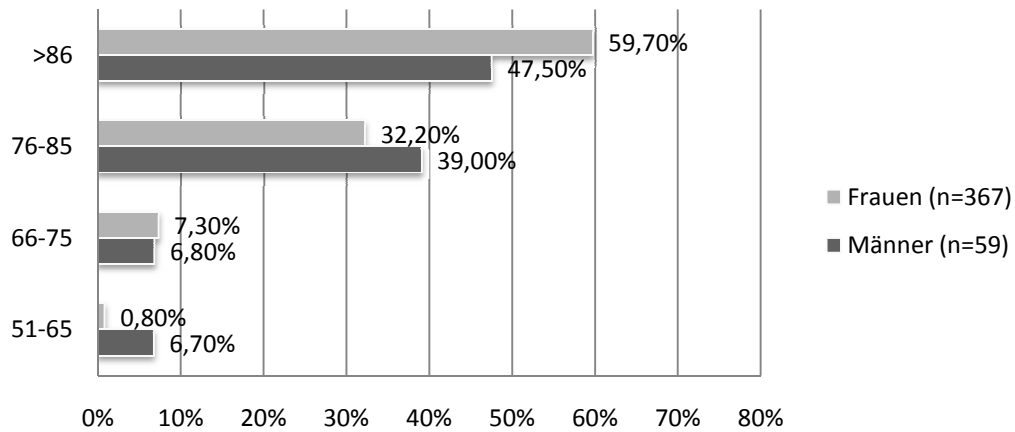


Abbildung 5: BewohnerInnen mit DE nach Altersgruppen im PH

Bei der Betrachtung der BewohnerInnen mit Demenz und ohne nach Altersgruppen in den Pflegeheimen wird deutlich, dass auch hier (Abbildung 6 und 7) die BewohnerInnen mit Demenz in den höheren Altersgruppen zu finden sind.

BewohnerInnen mit DE nach Altersgruppen im PH (n=426)

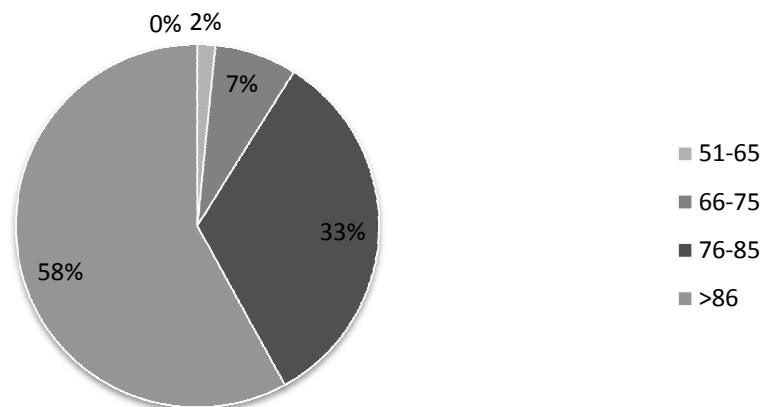


Abbildung 6: BewohnerInnen mit DE nach Altersgruppen im PH

BewohnerInnen ohne DE nach Altersgruppen im PH (n=262)

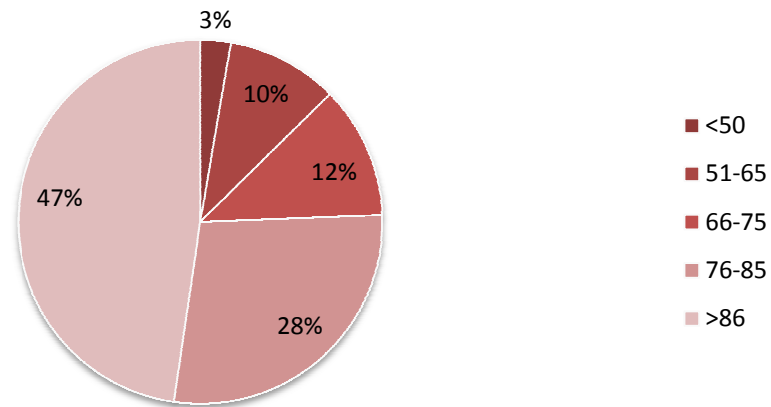


Abbildung 7: BewohnerInnen ohne DE nach Altersgruppen im PH

5.1.3. Krankheitsbilder bei Menschen mit und ohne Demenz in österreichischen Einrichtungen

Es waren 80,5% (n=396) der demenzkranken Menschen (PatientInnen und BewohnerInnen, n= 492) von anderen Personen bei Aktivitäten des täglichen Lebens und 69,3% (n=341) der Demenzkranken (n=492) im Haushalt abhängig. Bei den nicht-demenzkranken Menschen (n=2321) waren es im Vergleich dazu 26,6% (n=617), die von anderen bei Aktivitäten des täglichen Lebens und 24,5% (n=568), die im Haushalt abhängig waren. Es konnte ein signifikanter Unterschied ($p < 0,05$) zwischen demenzkranken und nicht-demenzkranken Personen festgestellt werden. Häufig vertreten bei den Personen mit Demenz (n=492) waren des Weiteren Herz- oder Gefäßkrankheiten mit mehr als der Hälfte der Demenzkranken (56,9%, n=280). Wie sich die am häufigsten vertretenen Krankheitsbilder bei den KrankenhauspatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen mit und ohne Demenz genau verteilen, wird anschließend in Tabelle 4 angeführt.

Tabelle 4: Krankheitsbilder bei Menschen mit und ohne Demenz in österreichischen Einrichtungen

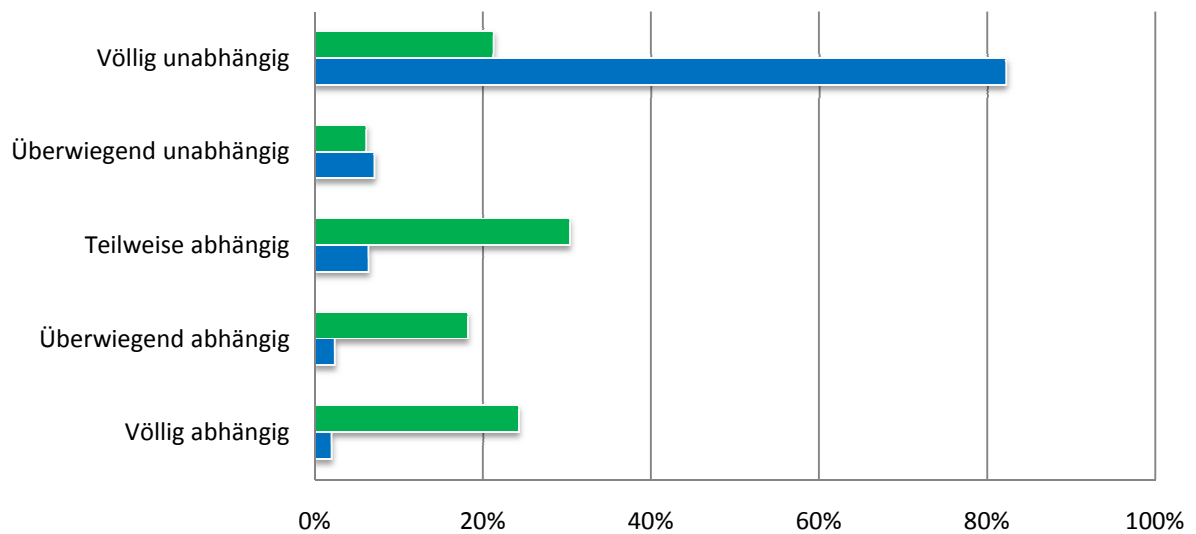
| Krankheitsbilder | DE+ (n=492) | DE- (n=2321) |
|--|------------------------|-------------------------|
| Abhängig von anderen bei Aktivitäten des täglichen Lebens* | 396 (80,5%) | 617 (26,6%) |
| Abhängig im Haushalt* | 341 (69,3%) | 568 (24,5%) |
| Herz- oder Gefäßkrankheiten* | 280 (56,9%) | 986 (42,5%) |
| Störungen/Erkrankungen des Bewegungsapparates* | 206 (41,9%) | 852 (36,7%) |
| Erkrankungen der Nieren oder Harnwege, Sexualorgane* | 127 (25,8%) | 435(18,7%) |
| Endokrine-, Ernährungs-, oder Stoffwechselkrankheit* | 119 (24,2%) | 300 (12,9%) |
| Erkrankungen des Nervensystems, ausgenommen Schlaganfälle* | 104 (21,1%) | 250 (10,8%) |
| Psychische Störung* | 89 (18,1%) | 191 (8,2%) |

*signifikanter Unterschied ($p < 0,05$)

5.1.4. Pflegeabhängigkeit beim Essen und Trinken von Menschen mit und ohne Demenz

Wird die Pflegeabhängigkeit beim Essen und Trinken von Personen mit Demenz und ohne Demenz in den Einrichtungen betrachtet, ist ersichtlich, dass mit der Diagnose einer Demenz die Pflegeabhängigkeit beim Essen und Trinken der Betroffenen zunimmt. In den Krankenhäusern sind knapp drei Viertel (72,7%, n=48) (24,2% völlig abhängig, 18,2% überwiegend und 30,30% teilweise abhängig) der PatientInnen mit Demenz (n=66) im Bereich Essen und Trinken pflegeabhängig. Es konnte ein signifikanter Unterschied ($p < 0,05$) zwischen PatientInnen mit und ohne Demenz festgestellt werden. Die genaue Verteilung der Pflegeabhängigkeit beim Essen und Trinken von PatientInnen mit und ohne Demenz ist nachfolgend in Abbildung 8 dargestellt.

Pflegeabhängigkeit beim Essen und Trinken von PatientInnen mit und ohne Demenz

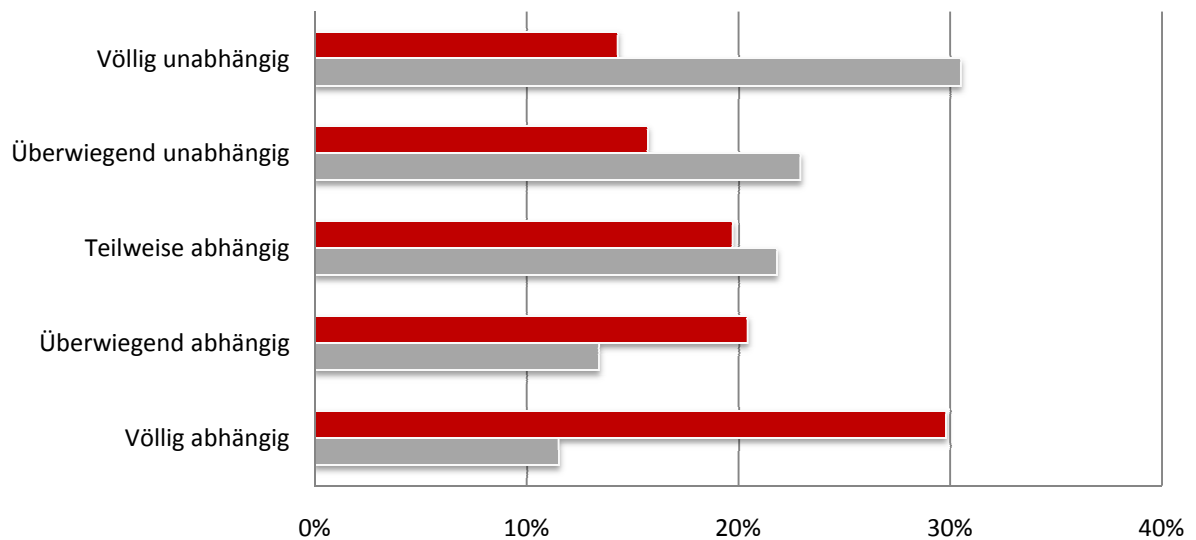


| | Völlig abhängig | Überwiegend abhängig | Teilweise abhängig | Überwiegend unabhängig | Völlig unabhängig |
|----------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------------------|-------------------|
| ■ DE+ (n=66) | 24,20% | 18,20% | 30,30% | 6,10% | 21,20% |
| ■ DE- (n=2059) | 2,00% | 2,40% | 6,40% | 7,00% | 82,20% |

Abbildung 8: Pflegeabhängigkeit beim Essen und Trinken von PatientInnen mit und ohne Demenz

Auch in den Pflegeheimen sind BewohnerInnen mit einer Demenz beim Essen und Trinken pflegeabhängiger. Etwa 70% (69,9%, n=298) (29,8% völlig abhängig, 20,4% überwiegend abhängig und 19,7% teilweise abhängig) der BewohnerInnen mit Demenz (n=426) benötigen Hilfe beim Essen und Trinken. In den Pflegeheimen sind auch in etwa die Hälfte (46,7%, n= 122) der BewohnerInnen ohne Demenz (n=262) beim Essen und Trinken pflegeabhängig. Dennoch ließ sich ein signifikanter Unterschied ($p < 0,05$) zwischen BewohnerInnen mit und ohne Demenz feststellen. Anschließend ist die Unterteilung der Pflegeabhängigkeiten beim Essen und Trinken von BewohnerInnen mit und ohne Demenz in Abbildung 9 zu sehen.

Pflegeabhängigkeit beim Essen und Trinken von BewohnerInnen mit und ohne Demenz



| | Völlig abhängig | Überwiegend abhängig | Teilweise abhängig | Überwiegend unabhängig | Völlig unabhängig |
|---------------|-----------------|----------------------|--------------------|------------------------|-------------------|
| ■ DE+ (n=426) | 29,80% | 20,40% | 19,70% | 15,70% | 14,30% |
| ■ DE- (n=262) | 11,50% | 13,40% | 21,80% | 22,90% | 30,50% |

Abbildung 9: Pflegeabhängigkeit beim Essen und Trinken von BewohnerInnen mit und ohne Demenz

5.1.5. Häufigkeit der Überwachung des Gewichtes in österreichischen Einrichtungen

In Tabelle 5 wird die Überwachung des Gewichtes in den Einrichtungen bei PatientInnen und BewohnerInnen mit und ohne Demenz angeführt. In den Pflegeheimen wird überwiegend (DE-: 89,7%, DE+: 94,10%) monatlich das Gewicht der BewohnerInnen überwacht. In den Krankenhäusern findet vor allem wöchentlich (DE-: 30,5%, DE+: 47%) oder wenn sich der Zustand der Patientin oder des Patienten verändert, eine Überwachung des Gewichtes statt. Während der Unterschied zwischen demenzkranken und nicht-demenzkranken PatientInnen signifikant ($p < 0,05$) ist, konnte bei den demenzkranken und nicht-demenzkranken BewohnerInnen kein signifikanter Unterschied bei der Überwachung des Gewichtes identifiziert werden.

Tabelle 5: Häufigkeit der Überwachung des Gewichtes in österreichischen Einrichtungen

| | DE- /DE+ | Wöchent- lich | Monat- lich | Alle 2-3 Monate | Wenn sich Zustand verändert | Sonstiges | Nicht |
|----|-----------------|------------------|----------------|--------------------|-----------------------------------|-----------|-------|
| KH | DE- (n=2059) | 30,5% | 6% | 2,8% | 34,6% | 8,0% | 18,1% |
| | DE+ (n=66) | 47% | 1,5% | 0% | 25,8% | 4,5% | 21,2% |
| PH | DE- (n=262) | 1,90% | 89,70% | 6,10% | 0,40% | 1,10% | 0,80% |
| | DE+ (n=426) | 1,40% | 94,10% | 2,30% | 0,90% | 1,20% | 0,00% |

In Abbildung 10 sind die Häufigkeiten der Überwachung der Aufnahme (Flüssigkeit und Nahrung) in den Einrichtungen bei PatientInnen und BewohnerInnen mit und ohne Demenz dargestellt. Die Analyse der Daten kam zu dem Ergebnis, dass es sowohl zwischen demenzkranken und nicht-demenzkranken PatientInnen, als auch zwischen demenzkranken und nicht-demenzkranken BewohnerInnen einen signifikanten Unterschied ($p < 0,05$) bei der Überwachung der Aufnahme gibt. Hier ist ersichtlich, dass bei Demenzkranken in Krankenhäusern und Pflegeheimen großteils (KH: 63,6%, PH: 80,3%) täglich eine Überwachung der Aufnahme von Flüssigkeiten und Nahrung stattfindet. Bei einer Veränderung des Zustandes der PatientInnen und BewohnerInnen werden jene ohne Demenz (KH: 24,5%, PH: 26,3%) häufiger überwacht, als diejenigen mit Demenz (KH: 19,7%, PH: 14,1%).

Häufigkeit der Überwachung der Aufnahme (Flüssigkeit und Nahrung) bei Menschen mit und ohne DE in österreichischen Einrichtungen

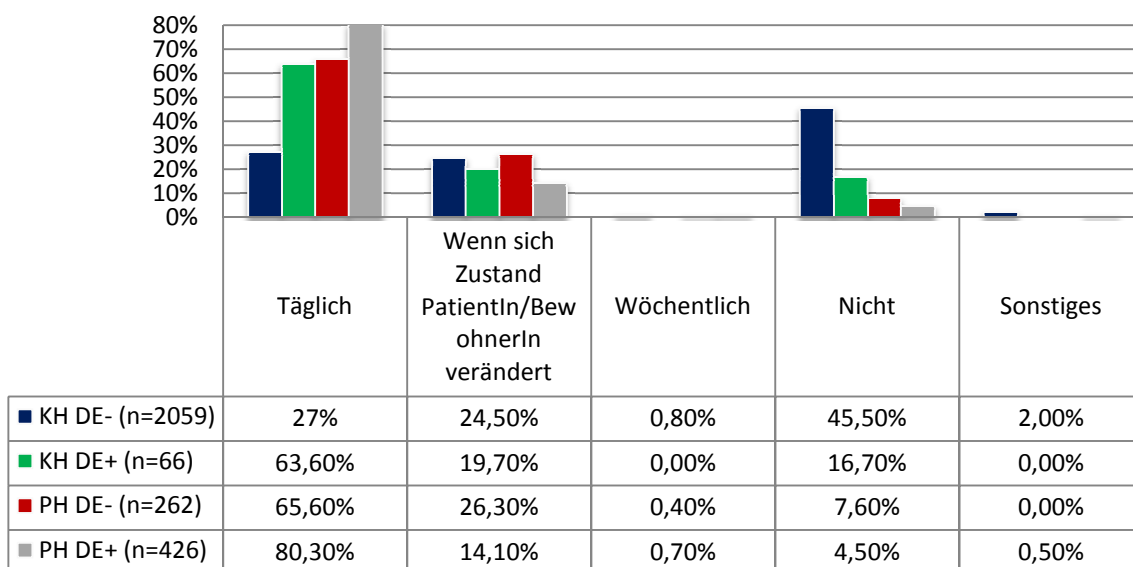
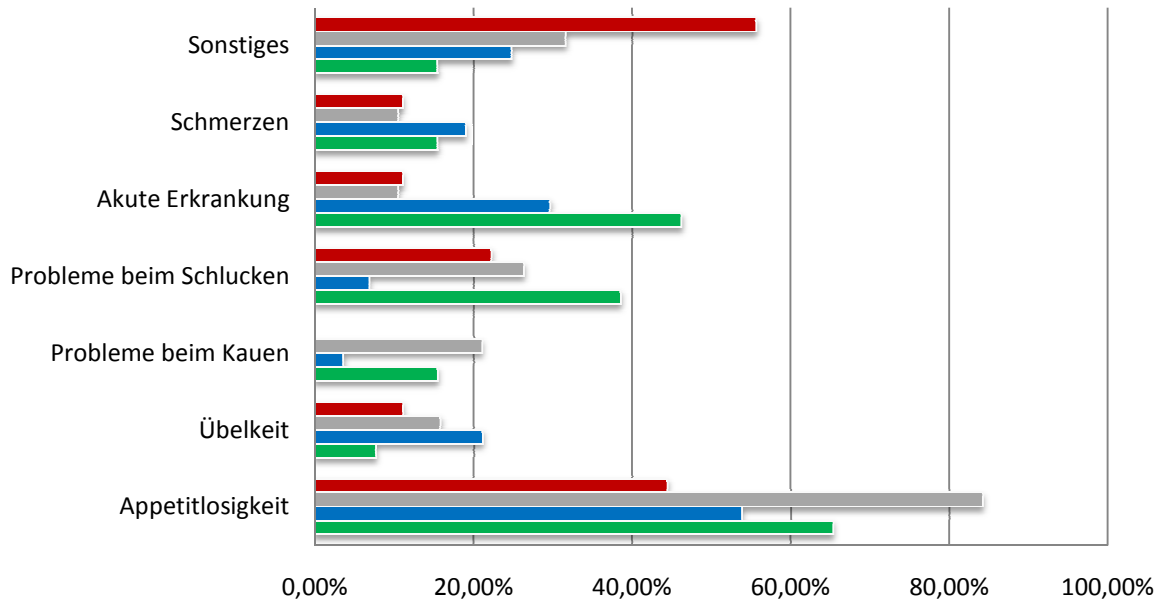


Abbildung 10: Häufigkeit der Überwachung der Aufnahme (Flüssigkeit und Nahrung) bei Menschen mit und ohne DE in österreichischen Einrichtungen

5.1.6. Grund/Gründe warum Menschen mit und ohne Demenz weniger gegessen haben, als normal in österreichischen Einrichtungen

Der Hauptgrund warum PatientInnen und BewohnerInnen mit Demenz weniger gegessen haben als normal, ist auf eine Appetitlosigkeit zurückzuführen (65,4% vs. 84,2%). Bei den PatientInnen ohne Demenz ist es ebenso vor allem die Appetitlosigkeit (53,8%), die zu einer verringerten Nahrungsaufnahme geführt hat. Im Pflegeheim wird bei den BewohnerInnen ohne Demenz „Sonstiges“ (55,6%) am häufigsten als Grund genannt. Im Krankenhaus sind häufig akute Krankheiten bei PatientInnen mit und ohne Demenz (46,2% vs. 29,6%) der Grund weniger gegessen zu haben, als normal. Probleme beim Schlucken (KH: 38,5%, PH: 26,3%) und Kauen (KH: 15,4%, PH: 21,1%) sind bei Demenzkranken sowohl in den Krankenhäusern, als auch in den Pflegeheimen häufig vertreten. Wie sich die Gründe der verringerten Nahrungsaufnahme bei nicht-demenzkranken und demenzkranken PatientInnen und BewohnerInnen genau verteilt wird anschließend in Abbildung 11 angeführt.

Grund/Gründe warum Menschen mit und ohne DE weniger gegessen haben, als normal in österreichischen Einrichtungen (Mehrfachantworten möglich)



| | Appetitlosigkeit | Übelkeit | Probleme beim Kauen | Probleme beim Schlucken | Akute Erkrankung | Schmerzen | Sonstiges |
|---------------------------|------------------|----------|---------------------|-------------------------|------------------|-----------|-----------|
| ■ Pflegeheim DE- (n=9) | 44,40% | 11,10% | 0% | 22,20% | 11,10% | 11,10% | 55,60% |
| ■ Pflegeheim DE+ (n=19) | 84,20% | 15,80% | 21,10% | 26,30% | 10,50% | 10,50% | 31,60% |
| ■ Krankenhaus DE- (n=331) | 53,80% | 21,10% | 3,60% | 6,90% | 29,60% | 19% | 24,80% |
| ■ Krankenhaus DE+ (n=26) | 65,40% | 7,70% | 15,40% | 38,50% | 46,20% | 15,40% | 15,40% |

Abbildung 11: Grund/Gründe warum Menschen mit und ohne DE weniger gegessen haben, als normal in österreichischen Einrichtungen

5.2. Prävalenz einer Mangelernährung bei Menschen mit und ohne Demenz in österreichischen Einrichtungen

Eine Mangelernährung kann anhand verschiedener Indikatoren festgestellt und verglichen werden. In dieser Arbeit werden der BMI, der Gewichtsverlust und die Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) dargestellt. BMI und Gewichtsverlust sind zwar neben einer eingeschränkten Nahrungszufuhr in der Definition von Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) enthalten, sie wurden jedoch im Zuge der Literaturrecherche als Indikatoren zur Beschreibung einer Mangelernährung des Öfteren herangezogen und sind somit

vergleichbar. Laut AKE (2008) gehören Körpergewicht, BMI und Gewichtsverlust zu den fundamentalen Indikatoren des Ernährungszustandes eines Menschen. Um bei einem BMI zwischen „normalem“ und „abnormalem“ Ernährungszustand zu differenzieren und in weiterer Folge eine Mangelernährung identifizieren zu können, muss ein sogenannter „cut-off-point“ festgelegt werden. In der Literatur werden verschiedene cut-off-points genannt. Diese können zum Beispiel je nach Altersgruppe oder Setting festgelegt und unterschieden werden. Cut-off-points liegen üblicherweise zwischen 18,5 und 20kg/m² (Stratton et al. 2003).

5.2.1. Prävalenz einer Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) in österreichischen Einrichtungen

Werden sowohl die KrankenhauspatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen im Gesamten (n=2813) betrachtet, waren 16,7% (n=471) der Personen (n=2813) mangelernährt unabhängig davon, ob sie an Demenz litten oder nicht. Davon waren 24,2% der Personen mit Demenz (n=119) nach Meijers et al. (2009b) mangelernährt. Bei den Personen ohne Demenz (n=352) waren es verglichen dazu 15,2%, die eine Mangelernährung aufwiesen. Es besteht ein signifikanter Unterschied ($p < 0,05$) zwischen demenzkranken und nicht-demenzkranken Personen in österreichischen Einrichtungen.

5.2.2. Prävalenz einer Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) im KH

In den Krankenhäusern wiesen von insgesamt 2125 PatientInnen 15,9% (n=337) eine Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) auf. Bei den KrankenhauspatientInnen mit Demenz (n=66) waren es 34,8% (n=23), die von einer Mangelernährung betroffen waren. Bei 15,3% (n=314) der PatientInnen ohne Demenz (n=2059) war eine Mangelernährung vorhanden. Es konnte auch zwischen demenzkranken und nicht-demenzkranken PatientInnen ein signifikanter Unterschied ($p < 0,05$) festgestellt werden.

5.2.3. Prävalenz einer Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) im PH

Bei den PflegeheimbewohnerInnen (n=688) hatten nach Meijers et al. (2009b) 19,5% (n=134) eine Mangelernährung. Im Pflegeheim waren von den BewohnerInnen mit Demenz (n=426) 22,5% (n=96) mangelernährt. Bei den BewohnerInnen ohne Demenz (n=262) konnte bei 14,5% (n=38) eine Mangelernährung verzeichnet werden. Der Unterschied zwischen demenzkranken und nicht-demenzkranken BewohnerInnen ist signifikant ($p < 0,05$).

Prävalenz einer Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b)

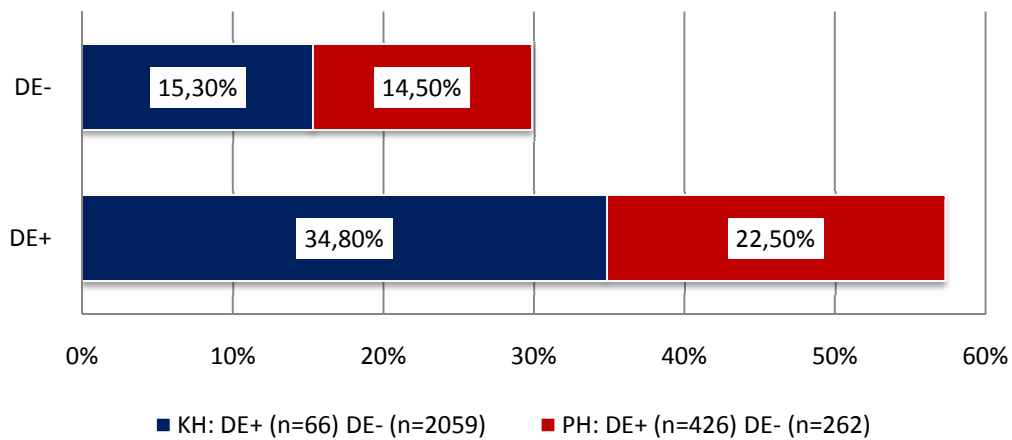


Abbildung 12: Prävalenz einer ME nach Meijers et al. (2009b)

5.3. Charakteristika des Ernährungszustandes

5.3.1. Gewichtsverlust in österreichischen Einrichtungen

20,5% (n=101) der demenzkranken Menschen (n=492) nahmen einen ungewollten Gewichtsverlust in den vergangenen Monaten wahr. Bei Personen ohne Demenz (n=2321) waren es verglichen dazu 13,8% (n=320).

Einen ungewollten Gewichtsverlust mit mehr als 6 kg innerhalb der letzten 6 Monate war bei 25,7% (n=26) der PatientInnen und BewohnerInnen mit einer Demenz (n=101) zu verzeichnen. 24,8% (n=25) der Menschen mit Demenz (n=101) in den Einrichtungen verloren innerhalb des letzten Monats mehr als 3 kg ihres Gewichtes.

5.3.2. Gewichtsverlust im KH

Im Krankenhaus waren es 38,5% (n=5) der PatientInnen mit Demenz (n=13), die von einem ungewollten Gewichtsverlust von mehr als 6 kg in den letzten 6 Monaten betroffen waren. Einen ungewollten Gewichtsverlust von mehr als 3 kg verzeichneten 53,8% der PatientInnen mit Demenz (n=7) innerhalb des letzten Monats. Bei den PatientInnen ohne Demenz (n=284) waren es verglichen dazu 47,5% (n=135), die in den letzten 6 Monaten einen ungewollten Gewichtsverlust von mehr als 6 kg wahrnahmen. Einen ungewollten Gewichtsverlust von mehr als 3 kg im letzten Monat bei PatientInnen ohne Demenz (n=284) hatten 54,2% (n=154).

Gewichtsverlust bei PatientInnen mit und ohne Demenz

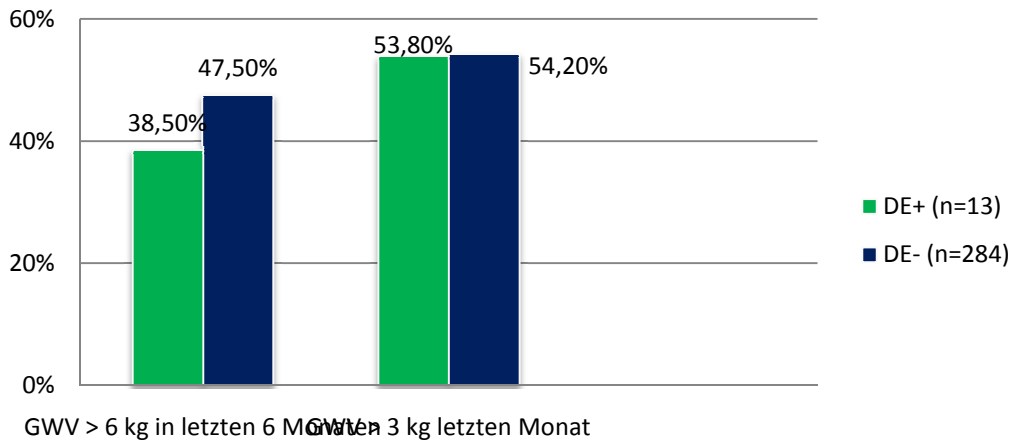


Abbildung 13: GWV bei PatientInnen mit und ohne Demenz

5.3.3. Gewichtsverlust im PH

In den Pflegeheimen wiesen innerhalb der letzten 6 Monate 23,9% (n=21) der BewohnerInnen mit einer Demenz (n=88) einen ungewollten Gewichtsverlust von mehr als 6 kg auf. Innerhalb des letzten Monats zeigten 20,5% (n=18) der BewohnerInnen mit Demenz (n=88) nach einer Verminderung des Gewichtes von mehr als 3 kg eine Mangelernährung. Bei den BewohnerInnen ohne Demenz (n=36) waren es verglichen dazu 27,8% (n=10) und 19,4% (n=7).

Gewichtsverlust bei BewohnerInnen mit und ohne Demenz

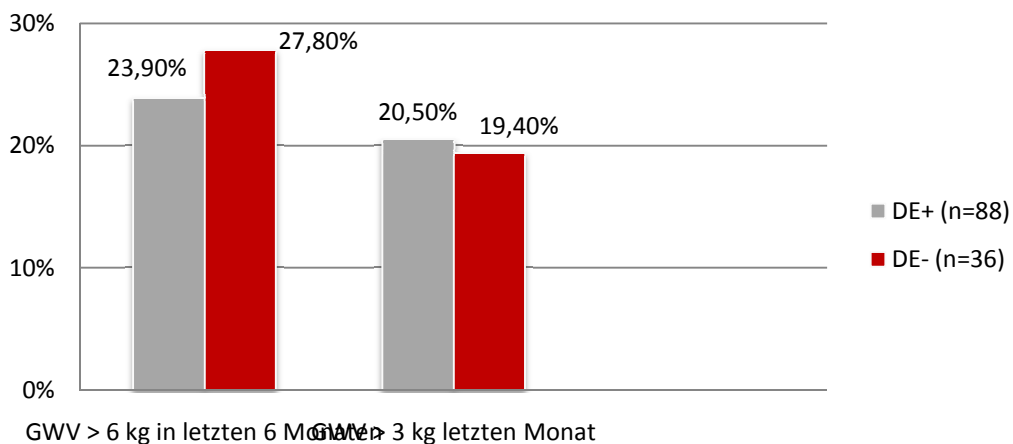


Abbildung 14: GWV bei BewohnerInnen mit und ohne Demenz

5.3.4. Body Mass Index in österreichischen Einrichtungen

Ein weiterer Parameter zur Bestimmung einer Mangelernährung ist der Body Mass Index (BMI). Es handelt sich dabei um einen objektiven, aber nicht ausreichenden Parameter. Er wird mittels der Größe und des Gewichtes der TeilnehmerInnen berechnet: Gewicht in kg/Größe in m². Bei Werten unter 20 kg/m² wird von einer Mangelernährung ausgegangen. Werte zwischen 20 und 25 kg/m² liegen im Normbereich (Lohrmann 2010, p. 54). Von den PatientInnen und BewohnerInnen mit Demenz (n=481) waren demnach 17,6% (n=85) mangelernährt (BMI < 20 kg/m²). Der größte Anteil der Personen mit einer Demenz waren im Bereich über 25 kg/m² zu finden (45,3%, n=218) und somit übergewichtig/adipös. Bei den Personen ohne Demenz (n=2301) waren 7,6% (n=176) von einer Mangelernährung betroffen. Auch hier war der größte Anteil mit 60,3% (n=1388) bei den übergewichtigen/adipösen Menschen zu finden.

BMI (< 20 kg/m²) bei Menschen mit und ohne Demenz in österreichischen Einrichtungen

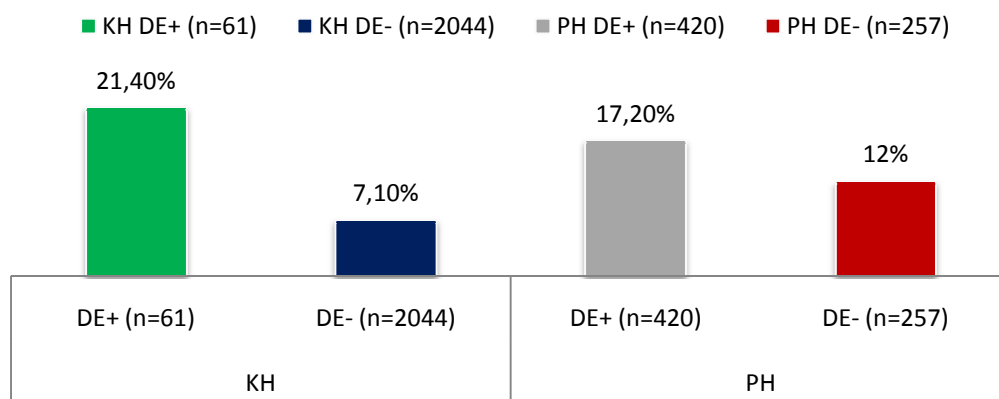


Abbildung 15: BMI bei Menschen mit und ohne DE in österreichischen Einrichtungen

5.3.5. Body Mass Index im KH

In den Krankenhäusern waren 21,4% (n=13) der demenzkranken PatientInnen (n=61) nach ihrem Body Mass Index (BMI < 20 kg/m²) zufolge von einer Mangelernährung betroffen. Mit 42,6% (n=26) lag der höchste Anteil der demenzkranken PatientInnen im Normbereich des BMI. Verglichen dazu waren es bei den PatientInnen ohne Demenz (n=2044) 7,1% (n=145), die laut BMI (< 20 kg/m²) eine Mangelernährung aufwiesen. 61% (n=1247) waren hier übergewichtig/adipös.

5.3.6. Body Mass Index im PH

Laut Body Mass Index ($< 20 \text{ kg/m}^2$) waren 17,2% (n=72) bei den demenzkranken PflegeheimbewohnerInnen (n=420) von einer Mangelernährung betroffen. Hier ist der höchste Anteil demenzkranker PflegeheimbewohnerInnen bei den $> 25 \text{ kg/m}^2$ mit 46,7% (n=196) zu finden, was auf Übergewicht/Adipositas hindeutet. PflegeheimbewohnerInnen ohne Demenz (n=257) litten zu 12% (n=31) (BMI $< 20 \text{ kg/m}^2$) an einer Mangelernährung. Die meisten BewohnerInnen ohne Demenz waren übergewichtig/adipös (54,9%, n=141).

5.4. Zusammenfassung der Prävalenz und Charakteristika des Ernährungszustandes einer ME bei Menschen mit und ohne Demenz in österreichischen Einrichtungen

Abbildung 16 stellt die drei unterschiedlichen Indikatoren einer Mangelernährungsprävalenz in Krankenhäusern und Pflegeheimen unterteilt in Personen mit oder ohne Demenz dar.

Prävalenz von ME und Charakteristika des Ernährungszustandes bei Menschen mit und ohne DE in österreichischen Einrichtungen

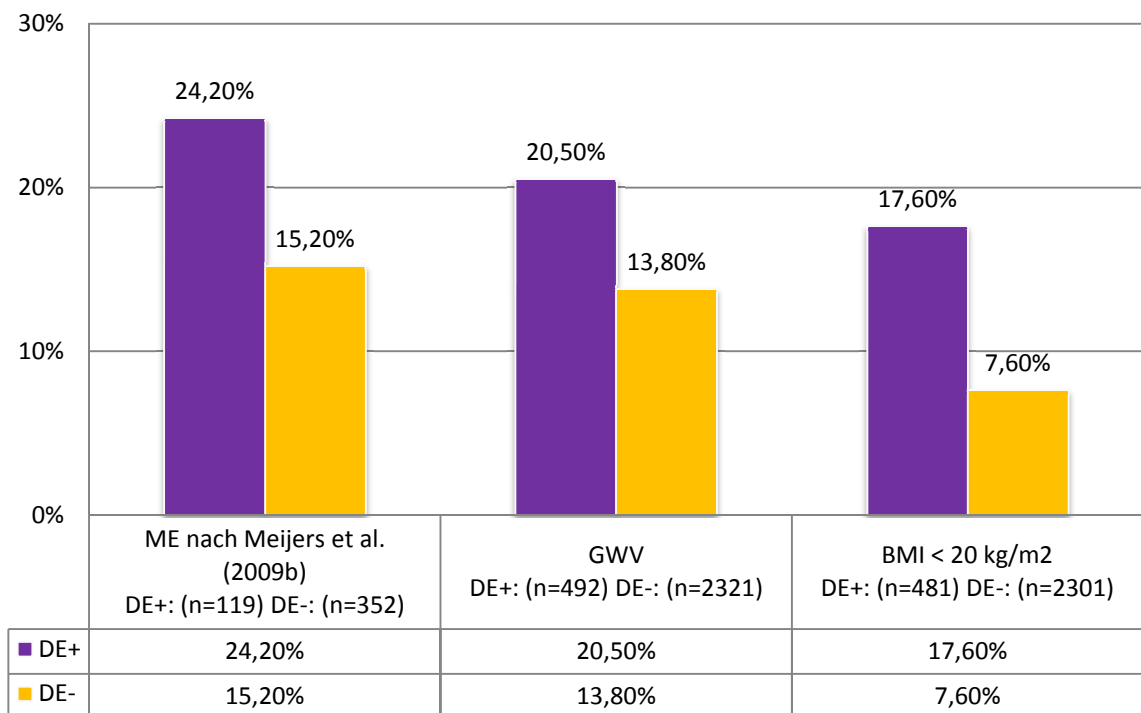


Abbildung 16: Zusammenfassung Prävalenz von ME und Charakteristika des Ernährungszustandes bei Menschen mit und ohne DE in österreichischen Einrichtungen

Menschen mit Demenz wiesen demnach bei allen drei Indikatoren höhere Prävalenzzahlen auf. Mit 24,2% liegt die Prävalenz der Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) vor einem ungewollten Gewichtsverlust in den letzten Monaten mit 20,5% und einem BMI < 20 kg/m² mit 17,6% bei den PatientInnen und BewohnerInnen mit Demenz.

5.5. Pflegerische Maßnahmen bei einer ME nach Meijers et al. (2009b)

Von einer Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) waren 471 PatientInnen und BewohnerInnen betroffen, davon litten 119 Personen an Demenz. Mit 39,3% wurde in den Krankenhäusern und Pflegeheimen bei Menschen mit und ohne Demenz (n=471) am häufigsten ein/e DiätassistentIn eingeschaltet. Gefolgt davon, dass keine Maßnahmen (35%) gesetzt wurden. Bei den Menschen mit Demenz (n=119) wurde ebenso ein/e DiätassistentIn (59,7%) am häufigsten herangezogen, gefolgt von der Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme (57,1%) und der Verabreichung einer energiereichen Diät oder Zwischenmahlzeit mit jeweils 52,9%. Bei den PatientInnen und BewohnerInnen ohne Demenz wurden meist keine Maßnahmen (45,2%) durchgeführt. Die detaillierte Beschreibungen der Maßnahmen bei einer Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) in österreichischen Einrichtungen ist anschließend in Tabelle 6 aufgelistet.

5.5.1. Pflegerische Maßnahmen bei einer ME nach Meijers et al. (2009b) in österreichischen Einrichtungen

(Mehrfachantworten möglich)

Tabelle 6: Pflegerische Maßnahmen bei einer ME nach Meijers et al. (2009b) in österreichischen Einrichtungen

| Maßnahmen | Mangelernährung bei Menschen mit und ohne Demenz (n=471) | ME bei Menschen mit DE (n=119) | ME bei Menschen ohne DE (n=352) |
|--|---|---------------------------------------|--|
| DiätassistentIn eingeschaltet* | 185 (39,3%) | 71 (59,7%) | 114 (32,4%) |
| Energiereiche (proteinreiche) Diät* | 115 (24,4%) | 63 (52,9%) | 52 (14,8%) |

| Maßnahmen | Mangelernährung bei Menschen mit und ohne Demenz (n=471) | ME bei Menschen mit DE (n=119) | ME bei Menschen ohne DE (n=352) |
|---|---|---------------------------------------|--|
| Energiereiche Zwischenmahlzeiten* | 115 (24,4%) | 63 (52,9%) | 52 (14,8%) |
| Orale Nahrungsergänzung (Flüssignahrung und Nahrungsergänzungsmittel)* | 111 (23,6%) | 52 (43,7%) | 59 (16,8%) |
| Sondennahrung | 13 (2,8%) | 3 (2,5%) | 10 (2,8%) |
| Parenterale Ernährung | 28 (5,9%) | 6 (5%) | 22 (6,3%) |
| Angepasste Konsistenz (passiert, eingedickt)* | 79 (16,8%) | 53 (44,5%) | 26 (7,4%) |
| Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme* | 131 (27,8%) | 68 (57,1%) | 63 (17,9%) |
| Keine Maßnahmen wegen palliativen Zustandes | 11 (2,3%) | 2 (1,7%) | 9 (2,6%) |
| Keine Maßnahmen* | 165 (35%) | 6 (5%) | 159 5,2%) |

*signifikanter Unterschied ($p < 0,05$)

5.5.2. Pflegerische Maßnahmen bei einer ME nach Meijers et al. (2009b) bei Menschen mit und ohne DE im KH

Werden nur die pflegerischen Maßnahmen bei einer Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) in den Krankenhäusern betrachtet, ist ersichtlich, dass bei demenzkranken PatientInnen (n=23) am häufigsten die Flüssigkeitsaufnahme (34,8%, n=8) kontrolliert wurde. Es folgen eine angepasste Konsistenz und eine parenterale Ernährung mit 26,1% (n=6). Bei den mangelernährten PatientInnen ohne Demenz (n=314) wurden meist keine Maßnahmen (48,7%, n=153) eingeleitet oder ein/e DiätassistentIn (29,7%, n=93) eingeschaltet. Bei den demenzkranken und nicht-demenzkranken PatientInnen mit einer Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) konnte ein signifikanter Unterschied bei

jenen Maßnahmen festgestellt werden: „DiätassistentIn eingeschaltet“, „Parenterale Ernährung“, „Angepasste Konsistenz (passiert, eingedickt)“, „Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme“ und „Keine Maßnahmen“. Wie sich die Maßnahmen bei mangelernährten (nach Meijers et al. 2009b) demenzkranken (n=23) und nicht-demenzkranken (n=314) PatientInnen verteilen ist nachfolgend in Abbildung 17 ersichtlich.

Pflegerische Maßnahmen bei einer ME nach Meijers et al. (2009b) bei Menschen mit und ohne DE im KH (Mehrfachantworten möglich)

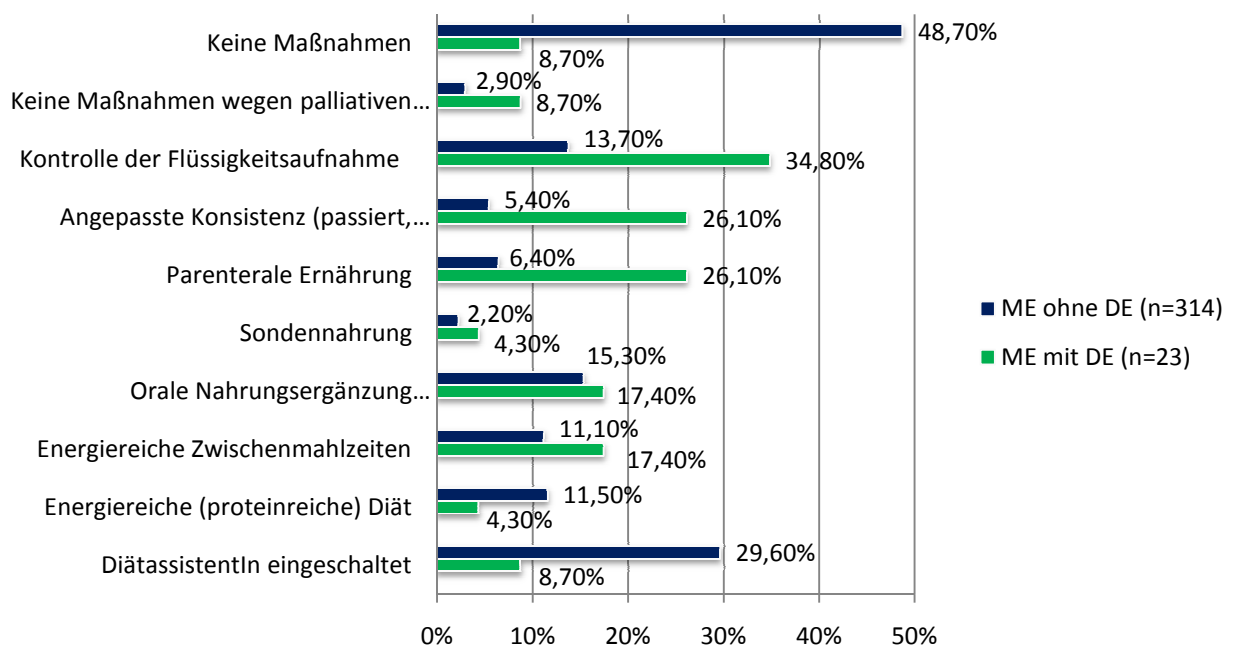


Abbildung 17: Pflegerische Maßnahmen bei einer ME nach Meijers et al. (2009b) bei Menschen mit und ohne DE im KH

5.5.3. Pflegerische Maßnahmen bei einer ME nach Meijers et al. (2009b) bei Menschen mit und ohne DE im PH

In den Pflegeheimen sind die pflegerischen Maßnahmen bei einer Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) bei nicht-demenzkranken und demenzkranken BewohnerInnen (n=134) ähnlich verteilt. Es konnte jedoch ein signifikanter Unterschied ($p < 0,05$) zwischen demenzkranken und nicht-demenzkranken mit einer Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) bei den pflegerischen Maßnahmen: „Energiereiche (proteinreiche)

Diät“, „Orale Nahrungsergänzung (Flüssignahrung und Nahrungsmittel)“, „Angepasste Konsistenz (passiert, eingedickt“ und „Keine Maßnahmen festgestellt werden. Bei mangelernährten demenzkranken BewohnerInnen (n=96) wurde zu 71,9% (n=69) und bei nicht-demenzkranken BewohnerInnen (n=38) zu 55,3% (n=21) ein/e DiätassistentIn eingeschaltet. Des Weiteren wurden energiereiche Diät (DE+: 64,6%, n=62; DE-: 42,1%, n=16) und Kontrollen bei der Flüssigkeitsaufnahme (DE+: 62,5%, n=60; DE-: 52,6%, n=20) durchgeführt. Wie sich die pflegerischen Maßnahmen bei nicht-demenzkranken und demenzkranken BewohnerInnen mit einer Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) verteilen wird in Abbildung 18 dargestellt.

Pflegerische Maßnahmen bei einer ME nach Meijers et al. (2009b) bei Menschen mit und ohne DE im PH

(Mehrfachantworten möglich)

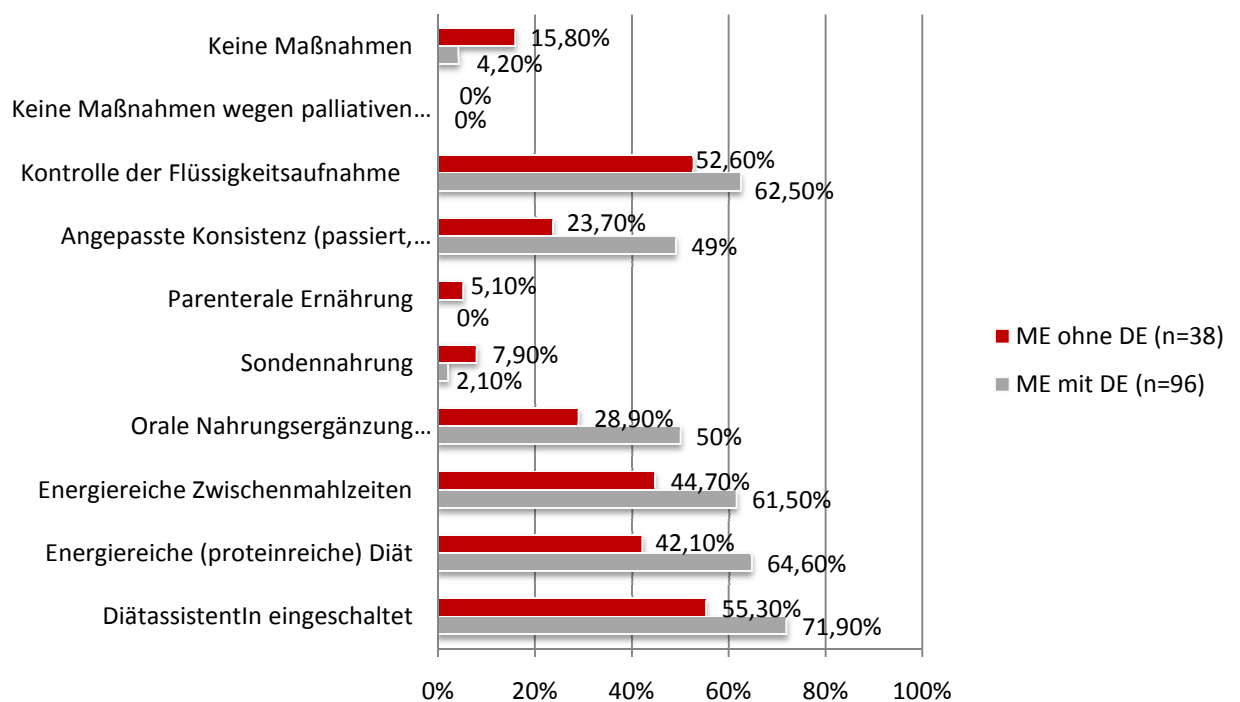


Abbildung 18: Pflegerische Maßnahmen bei einer ME nach Meijers et al. (2009b) bei Menschen mit und ohne DE im PH

VI. DISKUSSION

Das Ziel dieser Masterarbeit war es, Prävalenzzahlen von Mangelernährung bei demenzkranken und nicht-demenzkranken Menschen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen zu beschreiben. Es wurden des Weiteren durchgeführte Maßnahmen bei mangelernährten demenzkranken PatientInnen und BewohnerInnen im Unterschied zu durchgeführten Maßnahmen bei nicht-demenzkranken PatientInnen und BewohnerInnen in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen erfasst.

6.1. Schlussfolgerungen

Es lassen sich aus den ermittelten Ergebnissen folgende Schlussfolgerungen zur Beantwortung der Forschungsfragen ziehen.

In den 30 österreichischen Einrichtungen (21 Krankenhäuser und 9 Pflegeheimen) konnten höhere Prävalenzzahlen von Mangelernährung bei Menschen mit Demenz, im Vergleich zu Menschen ohne Demenz, festgestellt werden. Mit 24,2% war die Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) bei demenzkranken Menschen (n=119) am höchsten. Gefolgt wurde diese von einem ungewolltem GWV in den letzten Monaten bei demenzkranken PatientInnen und BewohnerInnen (n=492) mit 20,5%. Die geringste Prävalenz wurde anhand des BMI ($< 20 \text{ kg/m}^2$) bei demenzkranken Menschen (n=481) in österreichischen Einrichtungen mit 17,6% erzielt. Bei PatientInnen und BewohnerInnen ohne Demenz lagen die Prävalenzzahlen, unabhängig von der Berechnungsmethode deutlich darunter. Eine Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) wiesen demnach 15,2% der Menschen ohne Demenz (n=352) auf. Beim ungewolltem GWV waren es 13,8% der nicht-demenzkranken PatientInnen und BewohnerInnen (n=2321), die eine Mangelernährung hatten. Auch hier war die Prävalenz anhand des BMI ($< 20 \text{ kg/m}^2$) am geringsten, es waren 7,6% der Menschen ohne Demenz (n=2301), die mangelernährt waren.

Die Prävalenz einer Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) war in den Pflegeheimen höher, als in den Krankenhäusern. Es waren 19,5% (n=134) der PflegeheimbewohnerInnen (n=688) und 15,9% (n=337) der PatientInnen (n=2125), die eine Mangelernährung aufwiesen.

Bezüglich der Maßnahmen, die gesetzt wurden, zeigt sich folgendes Bild. In den Krankenhäusern wurde bei demenzkranken PatientInnen am häufigsten die Flüssigkeitsaufnahme (34,8%) kontrolliert. Gefolgt von einer angepassten Konsistenz der Nahrung oder einer parenteralen Ernährung mit jeweils 26,1%. Bei den nicht-demenzkranken PatientInnen mit einer Mangelernährung wurden meist keine Maßnahmen (48,7%) gesetzt oder ein/e DiätassistentIn (29,7%) eingeschaltet.

In den Pflegeheimen sind die Maßnahmen bei einer Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) bei demenzkranken und nicht-demenzkranken BewohnerInnen ähnlich verteilt. Bei demenzkranken BewohnerInnen wurde zu 71,9% und zu 55,3% bei nicht-demenzkranken BewohnerInnen ein/e DiätassistentIn eingeschaltet. Des Weiteren wurden ähnlich häufig energiereiche Diäten (DE+: 64,6%, DE-: 42,1%) verordnet und Kontrollen bei der Flüssigkeitsaufnahme (DE+: 62,5%, DE-: 52,6%) durchgeführt.

6.2. Diskussion zu Forschungsfrage 1: Prävalenz der ME in österreichischen Einrichtungen

15,3% (n=314) der PatientInnen ohne Demenz (n=2059) waren nach Meijers et al. (2009b) in den österreichischen Krankenhäusern mangelernährt. Diese Prävalenz liegt demnach im unteren Mittelfeld, verglichen mit europäischen Untersuchungen, die Prävalenzzahlen zwischen etwa 5% und 60% feststellten (Meijers et al. 2009a; Norman et al. 2008; Tannen et al. 2008).

Bei den BewohnerInnen ohne Demenz (n=262) wurde bei 14,5% (n=38) eine Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) identifiziert. Das ist verglichen mit anderen europäischen Studien eine eher geringe Mangelernährungsprävalenz in Pflegeheimen. Laut europäischer Studien waren etwa 9% bis 80% der BewohnerInnen, abhängig jeweils vom Instrument und Parameter bzw. Indikator zur Bestimmung einer Mangelernährung, mangelernährt (Bartholomeyczik et al. 2010; Meijers et al. 2009a; Valentini et al. 2009; Tannen et al. 2008; Jeske et al. 2006; Suominen et al. 2005).

Laut BMI ($< 20 \text{ kg/m}^2$) waren 7,6% (n=176) der PatientInnen und BewohnerInnen ohne Demenz (n=2301) von einer Mangelernährung betroffen. Werden die Prävalenzzahlen der LPZ miteinander verglichen, zeigt sich dass diese Prävalenzzahlen denen aus dem Vorjahr

ähnlich sind. Damals wurden Prävalenzen zwischen 3,5% und 8,2% in österreichischen Einrichtungen laut BMI ($< 20 \text{ kg/m}^2$) beobachtet (Lohrmann 2010).

6.3. Diskussion zu Forschungsfrage 1: Prävalenz der ME bei Menschen mit und ohne DE in österreichischen Einrichtungen

Es waren 34,8% (n=23) der KrankenhauspatientInnen mit einer Demenz (n=66), die laut Meijers et al. (2009b) an einer Mangelernährung litten. Von den demenzkranken BewohnerInnen (n=426) wiesen 22,5% (n=96) eine Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) auf. Laut internationaler Untersuchungen belaufen sich die Prävalenzzahlen einer Mangelernährung bei demenzkranken PatientInnen in etwa auf 20%-80% (Meijers et al. 2009a; Orsitto et al. 2009; Pirlich et al. 2006; Faxén-Irving et al. 2005; Guérin et al. 2005; Kagansky et al. 2005). Bei PflegeheimbewohnerInnen lag die Prävalenz zwischen etwa 16,5% und 83% (Chang & Roberts 2011b; Meijers et al. 2009a; Lou et al. 2007; Suominen et al. 2005; Gregorio et al. 2003). Die, in dieser Arbeit identifizierten Prävalenzen, befinden sich eher im unteren Bereich. Dies kann auf verschiedene Gründe zurückzuführen sein. Zu beachten ist jedenfalls, dass jeweils unterschiedliche Indikatoren bzw. Parameter zur Identifizierung einer Mangelernährung herangezogen wurden. Ein weiterer Einflussfaktor könnte die Bestimmung einer Demenz und der Schweregrad der Erkrankung sein. Wie lange PatientInnen und BewohnerInnen an der Krankheit leiden und welche Form der Demenz sie aufweisen, wurde außer Acht gelassen. All diese Faktoren wurden nicht berücksichtigt und es scheint jedoch zu sein, dass sie einen Einfluss auf die Prävalenz einer Mangelernährung haben könnten. Bauer & Sieber (2004) konnten beispielsweise herausfinden, dass Probleme bei der Nahrungszufuhr und der Betreuungsaufwand demenzkranker Menschen mit dem Fortschreiten der Krankheit zunehmen.

Orsitto et al. (2009) untersuchten PatientInnen über 65 Jahre in einer geriatrischen Abteilung. Dabei wurde zwischen PatientInnen ohne kognitive Einschränkung, mit einer mild-kognitiven Einschränkung und einer Demenz unterschieden. Es konnte eine signifikant höhere Mangelernährungsprävalenz (MNA < 17) bei PatientInnen mit einer Demenz (59,5%) im Vergleich zu PatientInnen ohne kognitive Einschränkungen (15%) festgestellt werden. Auch in der Gruppe der PatientInnen mit einer mild-kognitiven Störung wurde ersichtlich, dass die Betroffenen einen schlechten Ernährungszustand, verglichen mit den PatientInnen ohne kognitiven Störungen, aufwiesen (Orsitto et al. 2009).

6.3.1. Prävalenz der ME bei Menschen mit und ohne DE nach Geschlecht und Alter in österreichischen Einrichtungen

Die Ergebnisse der Prävalenzerhebung zeigen, dass Frauen in österreichischen Einrichtungen sowohl mit oder ohne Demenz signifikant älter waren, als Männer. Es konnte auch festgestellt werden, dass PatientInnen mit Demenz (80 Jahre, SD: 8,5) im Durchschnitt älter waren, als die ohne Demenz (64 Jahre, SD: 17,2). In den Krankenhäusern war der Großteil der demenzkranken Frauen (47,7%) zwischen 76 und 85 Jahre und der Hauptanteil der demenzkranken Männer (36,4%) zwischen 66 und 75 Jahre alt.

In den Pflegeheimen waren mehr als die Hälfte der BewohnerInnen (61,9%) von einer Demenz betroffen. Auch hier waren Frauen (86,2%) häufiger demenzkrank und signifikant älter (86 Jahre vs. 83,1 Jahre), als demenzkranke Männer. In den Pflegeheimen waren 91,9% der demenzkranken Frauen und 86,5% der demenzkranken Männer älter als 76 Jahre.

In der Literatur konnten ähnliche Ergebnisse identifiziert werden. Mit zunehmendem Alter steigt prinzipiell die Gefahr an einer Krankheit zu leiden (Meijers et al. 2009a; Pirlich et al. 2006) und deren Ausmaß ist größer (Pirlich et al. 2006). Je älter eine Person ist, desto höher ist auch die Wahrscheinlichkeit an einer Mangelernährung zu erkranken. Einer besonders großen Gefahr sind dabei Menschen mit einer Demenz ausgesetzt (Orsitto et al. 2009; Rivière et al. 2002; Shatenstein et al. 2001). Das Geschlecht war auch laut Chang & Roberts (2011a) ein signifikanter Risikofaktor für eine Mangelernährung. Mangelernährte BewohnerInnen waren signifikant häufiger Frauen und hatten größere Schwierigkeiten beim Essen bzw. waren pflegeabhängiger, als Männer (Chang & Roberts 2011a).

6.3.2. Krankheitsbilder bei Menschen mit und ohne DE in österreichischen Einrichtungen

Bei den Krankheitsbildern demenzkranker PatientInnen und BewohnerInnen wurde ersichtlich, dass diese vor allem auf Hilfe anderer angewiesen waren. 80,5% der demenzkranken Menschen waren von anderen bei Aktivitäten des täglichen Lebens abhängig. Immerhin 69,3% der Demenzkranken benötigten Hilfe im Haushalt. Mehr als die Hälfte der demenzkranken Menschen (56,9%) wiesen Herz- oder Gefäßkrankheiten

auf. Es konnte jeweils ein Unterschied ($p < 0,05$) zwischen demenzkranken und nicht-demenzkranken Personen festgestellt werden.

Ebenso konnte ein signifikanter Unterschied ($p < 0,05$) zwischen PatientInnen, als auch BewohnerInnen mit und ohne Demenz bei der Pflegeabhängigkeit (Essen und Trinken) identifiziert werden. Mit Demenz nimmt die Pflegeabhängigkeit beim Essen und Trinken in Krankenhäusern und Pflegeheimen zu. In den Krankenhäusern sind knapp drei Viertel (72,7%) der PatientInnen mit einer Demenz pflegeabhängig. In Pflegeheimen sind es etwa 70% der BewohnerInnen mit Demenz, die Hilfe beim Essen und Trinken benötigen.

In der Literatur wird beschrieben, dass jede zweite Person aufgrund einer Demenz in ein Pflegeheim aufgenommen wird. Hier wird davon ausgegangen, dass sie zumeist aus einer Komorbidität resultiert und mit einer hohen Hilfs- und Pflegebedürftigkeit verbunden ist. Daraus folgt ein gesteigerter Bedarf an Pflegepersonal – und plätzen. In weiterer Folge ist mit erhöhten Gesundheitskosten zu rechnen (Schwerdt 2005). Faxén-Irving et al. (2005) kamen zum Ergebnis, dass 81% ihrer demenzkranken PatientInnen Komorbiditäten aufwiesen. Herz- und Gefäßerkrankungen, Hypertonie und Diabetes Mellitus führten die Liste an. Die Komorbiditäten waren vom Diagnosetyp der Demenz abhängig. Des Weiteren wurde herausgefunden, dass PatientInnen mit schweren Komorbiditäten eine signifikant kürzere Lebenserwartung, als PatientInnen mit keinen oder milderen Komorbiditäten aufweisen. Die Komorbidität kann als Vorhersagewert der Lebensdauer gesehen werden. Demenzform, Schweregrad oder Dauer der Demenz jedoch nicht. Ein hohes Alter und schwere Komorbiditäten tragen schwerwiegender zu einer gesteigerten Mortalität bei, als eine Demenz selbst (Faxén-Irving et al. 2005).

In einer Untersuchung nach Zekry et al. (2008) wurden PatientInnen mit Demenz, mit mild-kognitiven Störungen oder ohne Demenz miteinander verglichen. Die Prävalenz der Komorbiditäten war in den Vergleichsgruppen (Demenz, MCI, keine Demenz) ähnlich. PatientInnen mit einer Demenzerkrankung nahmen jedoch mehr Medikamente zu sich, als PatientInnen in den anderen Gruppen. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass demenzkranke Menschen im Krankenhaus einen schlechteren funktionellen und ernährungsspezifischen Zustand, als Personen ohne kognitive Beeinträchtigungen im selben Alter, aufwiesen. Sie erkrankten darüber hinaus häufiger an anderen Erkrankungen,

wobei diese meist undiagnostiziert und unbehandelt blieben. Demenzkranke litten signifikant häufiger an Herz- oder Gefäßkrankheiten und Schlaganfällen. Es sollte besonders bei demenzkranken Personen auf Komorbiditäten geachtet und Screeningverfahren zur Erkennung entwickelt werden. Eine verbesserte Erkennung und Behandlung von Komorbiditäten stellt eine Herausforderung für Health Professionals, die mit demenzkranken Menschen arbeiten, dar. Eine größere Aufmerksamkeit der genannten Punkte mit Einbeziehung der Familien, Pflegenden und KlinikerInnen soll zu Verbesserungen der PatientInnenoutcomes führen (Zekry et al. 2008).

Ein signifikanter Anteil der PflegeheimbewohnerInnen in der Untersuchung von Suominen et al. (2005) litten an einer Demenz und waren stark eingeschränkt in ihrer Funktionalität bzw. abhängig von der Hilfe anderer. Auch Lou et al. (2007) weisen auf die Abhängigkeit von anderen Menschen bei der Nahrungsaufnahme hin, die vor allem bei Demenzkranken in der Langzeitpflege häufig auftritt. Bauer & Sieber (2004) ergänzen, dass umso weiter die Krankheit fortschreitet, desto schwerwiegender sich Probleme bei der Nahrungszufuhr demenzkranker Menschen bemerkbar machen können und desto größer der Betreuungsaufwand von Pflegepersonen wird. Es zeigt sich, dass die Ergebnisse der Literatur den Ergebnissen der Auswertung ähnlich sind.

6.4. Diskussion zur Forschungsfrage 2: Pflegerische Maßnahmen bei mangelernährten Menschen mit und ohne DE

In österreichischen Einrichtungen waren 471 PatientInnen und BewohnerInnen nach Meijers et al. (2009b) mangelernährt und 119 Personen davon litten an Demenz. Am häufigsten wurde bei diesen PatientInnen und BewohnerInnen unabhängig davon, ob sie von einer Demenz betroffen waren oder nicht, ein/e DiätassistentIn (39,3%) eingeschaltet. Knapp gefolgt davon, dass keine Maßnahmen (35%) gesetzt wurden. Bei den Menschen mit Demenz wurde ein/e DiätassistentIn (59,7%) am häufigsten herangezogen. Am zweit häufigsten wurde die Flüssigkeitsaufnahme (57,1%) kontrolliert. Energiereiche Diät oder Zwischenmahlzeiten wurden mit jeweils 52,9% verabreicht. Auffallend ist, dass bei den PatientInnen und BewohnerInnen ohne Demenz häufig (45,2%) keine Maßnahmen durchgeführt wurden.

Werden nur die Maßnahmen bei einer Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) in den Krankenhäusern betrachtet, ist ersichtlich, dass bei demenzkranken PatientInnen am häufigsten die Flüssigkeitsaufnahme (34,8%) kontrolliert wurde. Dies wurde gefolgt von einer angepassten Konsistenz und einer parenteralen Ernährung mit 26,1%. Bei den PatientInnen ohne Demenz wurden meist keine Maßnahmen (48,7%) eingeleitet oder ein/e DiätassistentIn (29,7%) eingeschaltet. Schindler et al. (2010) identifizierten ähnliche Ergebnisse für PatientInnen in europäischen und israelischen Krankenhäusern. Ein/e DiätassistentIn war zu 28% und ein Ernährungsteam zu 21% bei RisikopatientInnen präsent. Ein routinemäßiges Screening wurde zu 26% bei RisikopatientInnen durchgeführt (Schindler et al. 2010).

In den Pflegeheimen sind die Maßnahmen bei einer Mangelernährung nach Meijers et al. (2009b) bei demenzkranken und nicht-demenzkranken BewohnerInnen ähnlich verteilt. Bei demenzkranken BewohnerInnen wurde zu 71,9% und bei nicht-demenzkranken BewohnerInnen zu 55,3% ein/e DiätassistentIn eingeschaltet. Des Weiteren wurden energiereiche Diät (DE+: 64,6%, DE-: 42,1%) und Kontrollen bei der Flüssigkeitsaufnahme (DE+: 62,5%, DE-: 52,6%) durchgeführt. Auch Schönherr & Lohrmann (2010) kamen zu ähnlichen Ergebnissen. Es wurden in einer vorhergegangenen Prävalenzerhebung (2009) ebenso am häufigsten ein/e DiätassistentIn (> 5% GWV: 64,3%; BMI < 20 kg/m²: 44%) in Pflegeheimen eingeleitet. Gefolgt wurde diese Maßnahme von der Gabe oraler Nahrungsergänzung (> 5% GWV: 46,4%; BMI < 20 kg/m²: 38,5%) und energiereicher Diät (> 5% GWV: 46,4%; BMI < 20 kg/m²: 27,5%) (Schönherr & Lohrmann 2010). Diese Ergebnisse decken sich nicht vollkommen mit diesen Resultaten, sind jedoch ähnlich. In Deutschland war die Gabe energiereicher Zwischenmahlzeiten die häufigste ergriffene Maßnahme. Demnach erhielten über die Hälfte der wahrscheinlich mangelernährten BewohnerInnen energiereiche Zwischenmahlzeiten. Zwei Fünftel wurden mit oralen Nahrungsergänzungen und über ein Viertel mit energie- und proteinreicher Diät versorgt (Bartholomeyczik et al. 2010).

Zu den Maßnahmen, die in der Literatur beschrieben werden, konnten meist keine genauen Angaben zur Anwendung der durchgeführten Maßnahmen, identifiziert werden. Es handelt sich vorwiegend um deskriptive Studien, die lediglich Empfehlungen verschiedener Maßnahmen geben. Inwieweit diese effektiv sind, kann daher nicht abgeschätzt werden. Hier besteht noch weiterer Forschungsbedarf. Aus diesem Grund fand eine Orientierung

am „Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ der DNQP (2010) statt. Es werden, so wie auch in anderer Literatur, hauptsächlich Allgemeinmaßnahmen für PatientInnen und BewohnerInnen vorgeschlagen. Dazu zählen beispielsweise die Berücksichtigung gewohnter Essenspraktiken und –vorlieben oder eine angenehme Umgebungsgestaltung (DNQP 2010; Amella et al. 2007).

6.5. Allgemeine Diskussionspunkte

Ein Diskussionspunkt in der Nahrungsaufnahme von demenzkranken Menschen ist die Ernährung durch eine Perkutane Endoskopisch kontrollierte Gastrostomie (PEG). Wird eine PEG veranlasst, verlieren Betroffene noch zuvor vorhandene eigene Fähigkeiten der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme (Schwerdt 2005). Es können mit einer PEG zahlreiche weitere Komplikationen (Infektionen an der Sondeneinstichstelle, Verrutschen der Sonde, Erbrechen, ...) auftreten. Derzeitigen Studienergebnissen zufolge lassen sich keine prinzipiellen Empfehlungen für oder gegen eine PEG aussprechen. Es gibt unterschiedliche Ergebnisse zur Ernährung mittels einer PEG und der Nutzen dieser kann nicht eindeutig gegeben werden. Die Qualität der Studien ist schwierig einzustufen, da eine Randomisierung bei dementen Menschen aus ethischen Gründen nicht vertretbar ist. Es wird empfohlen sich an Leitlinien zu orientieren. An erster Stelle steht der Wille Betroffener und der kann auch von Demenzkranken auf verschiedenste Weisen noch ausgedrückt werden. Wünsche, die geäußert werden, sollten in jedem Fall berücksichtigt werden. Eine Entscheidung über eine PEG sollte kulturelle, persönliche, familiäre und religiöse Aspekte bzw. Einstellungen nicht außer Acht lassen (Kolb 2011). Lou et al. (2007) stellten beispielsweise fest, dass mehr als die Hälfte der BewohnerInnen (56,4%) mehr als einmal wöchentlich und mehr als ein Drittel (36,4%) mehr als dreimal pro Woche Familienbesuche hatten. Diese können zu einem besseren emotionalen Zustand der BewohnerInnen beitragen, zu zusätzlicher Nahrungsaufnahme und gesteigerter Aufmerksamkeit des Gesundheitszustandes und der Nahrungsaufnahme des Angehörigen, führen (Lou et al. 2007).

Die Abhängigkeit von anderen Menschen bei der Nahrungsaufnahme, die vor allem bei Demenzkranken in der Langzeitpflege häufig auftritt kann als Hauptrisikofaktor für eine Mangelernährung gesehen werden. Pflegepersonen arbeiten in engster Nähe zu

BewohnerInnen und können somit das Essverhalten dieser am besten beobachten. Sie können, wenn nötig, Hilfestellung leisten. Dennoch kann es beispielsweise durch Personal- und Zeitmangel zu einer inadäquaten Nahrungsaufnahme und unzureichender Hilfestellung kommen (Lou et al. 2007). Dieser Aspekt ist bei der Betreuung vor allem von demenzkranken Personen zu berücksichtigen.

6.6. Limitationen der Arbeit

Eine Einschränkung der Arbeit ist, dass bei der Literaturrecherche der Schlüsselbegriff „nutrition“ nicht verwendet wurde. Es besteht daher die Möglichkeit, dass dadurch interessante bzw. neue Literatur in dieser Arbeit nicht berücksichtigt und der Literaturüberblick dadurch verzerrt bzw. eingeschränkt wurde.

Im Laufe der Arbeit stellte sich heraus, dass die Fülle an Demenzformen und die Unterteilung der Demenz in Schweregrade einen wesentlichen Einfluss auf die Ergebnisse durchgeführter Untersuchungen haben. In der Prävalenzerhebung wurde dies nicht berücksichtigt, es fand lediglich eine Unterscheidung darin statt, ob eine Demenz vorliegt oder nicht. Inwiefern dies die Vergleichbarkeit der Literatur mit den eigenen Ergebnissen beeinflusst, kann nicht abgeschätzt werden. Eine Unterscheidung der Demenzformen bzw. die Erfassung des Schweregrades der Demenzerkrankung wäre in weiterer Folge in neuerlichen Erhebungen von Interesse.

6.7. Limitationen der Studie

Als Einschränkung der Prävalenzerhebung kann die Tatsache, dass die Teilnahme daran freiwillig und bei einer Teilnahme nicht die gesamte Einrichtung verpflichtet war, genannt werden. In welchen Abteilungen bzw. Stationen die Erhebung durchgeführt wurde, oblag der Entscheidung der Einrichtung. Es kann daher sein, dass beispielsweise Stationen gewählt wurden, die bereits gewissen Pflegeproblemen vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt haben. Es ist auch möglich, dass vorwiegend Einrichtungen, die sich bereits intensiv mit der vorliegenden Problematik beschäftigten, einer Teilnahme zustimmten. Das heißt Einrichtungen, deren Bewusstsein für die untersuchten Pflegephänomene noch nicht so hoch ist, haben vermutlich nicht so häufig an der Erhebung teilgenommen. Dadurch wäre es möglich, dass eine Unterschätzung der Prävalenzraten vorliegt. Bei Einrichtungen, die bereits mehrmals teilgenommen haben und eine mögliche Übersensibilisierung

eingetreten ist, könnte jedoch wiederum eine Überschätzung der Prävalenzen, stattgefunden haben.

Als Manko kann auch die Einholung einer schriftlichen informierten Zustimmung der TeilnehmerInnen gesehen werden. Die Unterzeichnung einer Zustimmungserklärung stellt für viele Personen eine große Herausforderung dar und kann zu Verunsicherungen und Ablehnung führen. PatientInnen oder BewohnerInnen, die einen schlechten Gesundheitszustand aufwiesen und daher nicht teilnehmen konnten, fielen zudem aus der Stichprobe. Bei Menschen, die aufgrund kognitiver Einschränkungen durch eine/n gesetzlichen VertreterIn bzw. SachwalterIn vertreten wurden, könnte der zusätzliche Aufwand zu einer Nicht-Teilnahme geführt haben. Gerade diese Personen wären in dieser Arbeit von großem Interesse gewesen. Das könnte möglicherweise zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben. Dies bedeutet, dass beispielsweise eine Unterschätzung der Prävalenzrate vorliegen könnte.

Eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse dieser Arbeit auf das gesamte Österreich kann nicht vollständig gewährleistet werden. Die TeilnehmerInnen wurden mittels einer Gelegenheitsstichprobe erfasst und sind, da sie nicht durch Zufall herbeigeführt wurde, nicht repräsentativ. Es ist jedoch anzumerken, dass die Erhebung selbst von einer internen und externen Pflegeperson durchgeführt wurde und somit eine Verzerrung der Ergebnisse eingeschränkt ist.

6.8. Implikationen für Forschung und Praxis

Mit dieser Arbeit liegen erstmals Prävalenzzahlen zu Mangelernährung bei demenzkranken PatientInnen und BewohnerInnen in Österreich vor. Es konnte eindeutig gezeigt werden, dass es sich um ein komplexes Themengebiet handelt, sowohl was die Erfassung und Identifizierung einer Mangelernährung, als auch Demenz betrifft. Werden die Konsequenzen einer Mangelernährung bei Menschen mit Demenz näher betrachtet, wird die Notwendigkeit dessen bewusst. Denn bevor Maßnahmen gesetzt werden können, bedarf es einer Erhebung des Ist-Zustandes. Durch ein solches Vorgehen kann der Praxis Wissen zur Verfügung gestellt und die Versorgung und Behandlung Betroffener gesichert werden.

Es konnte mit dieser Arbeit gezeigt werden, dass Mangelernährung bei Demenzkranken gehäuft auftritt. Da vor allem demenzkranke PatientInnen und BewohnerInnen Hilfe bei der Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit benötigen ist hier die Aufmerksamkeit bzw. Unterstützung der Pflegepraxis gefragt. Zur Vorbeugung und Behandlung einer Mangelernährung bedarf es evidenzbasierter Leitlinien, die sich auf demenzkranke PatientInnen und BewohnerInnen beziehen. Volkert & Sieber (2011) empfehlen Leitlinien zur enteralen und parenteralen Ernährung in der Geriatrie – DGEM/DGG und ESPEN.

Die LPZ findet seit 2009 jährlich in Österreich statt. Den daran teilgenommen Einrichtungen wird empfohlen, auch in Zukunft an der Pflegequalitätserhebung teilzunehmen. Somit könnten in weiterer Folge auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse Trends im Laufe der Zeit sichtbar werden (Burns & Grove 2009).

VII. LITERATURVERZEICHNIS

AKE (Arbeitsgemeinschaft Klinische Ernährung) 2008, *RECOMMENDATIONS FOR ENTERAL AND PARENTERAL NUTRITION IN ADULTS. VERSION 2008-2010*, 2nd revised and extended English edition, AKE, Wien.

Amella, EJ & Lawrence, JF 2008, 'Try this. Eating and feeding issues in older adults with dementia: part II: interventions', *Annals of Long Term Care*, vol. 16, no. 4, pp. 21–22.

Aziz, NA, van der Marck, MA, Pijl, H, Olde Rikkert, MGM, Bloem, BR, Roos, RAC 2008, 'Weight loss in neurodegenerative disorder', *Journal of Neurology*, vol. 255, pp. 1872-1880.

Bartholomeyczik, S, Reuther, S, Luft, L, van Nie, N, Meijers, J, Schols, J & Halfens, R 2010, 'Prevalence of malnutrition, interventions and quality indicators in German nursing homes - first results of a nationwide pilot study', *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, vol. 72, no. 12, pp. 868–874.

Bauer, J & Sieber Cornel 2004, 'Ernährung und Demenz', *psychoneuro*, vol. 30, no. 9, pp. 481–488.

Behrens, J, Langer, G 2010, *Handbuch Evidence-based Nursing – Externe Evidence für die Pflegepraxis*, 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.

Berr, C, Wancata, J & Ritchie, K 2005, 'Prevalence of dementia in the elderly in Europe', *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, vol. 15, no. 4, pp. 463–471.

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

Burns, N & Grove, SK 2009, *The Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*, Saunders, an imprint of Elsevier Inc., St. Louis, Missouri.

Chang, C & Lin, L 2005, 'Effects of a feeding skills training programme on nursing assistants and dementia patients', *Journal of clinical nursing*, vol. 14, no. 10, pp. 1185–1192.

Chang, C & Roberts, BL 2011a, 'Malnutrition and feeding difficulty in Taiwanese older with dementia', *Journal of clinical nursing*, vol. 20, 15-16, pp. 2153–2161.

Chang, C & Roberts, BL 2011b, 'Strategies for feeding patients with dementia', *The American journal of nursing*, vol. 111, no. 4, pp. 36–44.

Desai, J, Winter, A, Young, KW & Greenwood, CE 2007, 'Changes in Type of Foodservice and Dining Room Environment Preferentially Benefit Institutionalized Seniors with Low Body Mass Indexes', *Journal of the AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION*, vol. 107, pp. 808–814.

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. 2010, *Das Wichtigste über die Alzheimer-Krankheit und andere Demenzformen. Ein kompetenter Ratgeber*, 16. aktualisierte Auflage, verfasst von Prof. Dr. Kurz, A, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Technische Universität München, Berlin, viewed 21. April 2011, <http://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/Broschueren/das_wichtigste_2010.pdf>.

DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde) & DGN (Deutsche Gesellschaft für Neurologie) 2009, *S3-Leitlinie "Demenzen". Langversion*, in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. – Selbsthilfe Demenz, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn, viewed 21. April 2011, <http://www.alzheimer-bayern.de/pdf_antraege/S3LeitlinieDemenz.pdf>.

DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) 1994-2012, *ICD-10-GM Version 2012, Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99), Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)*, WHO, DIMDI, Bundesministerium für Gesundheit, Köln, viewed 29. September 2011, <<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2012/block-f00-f09.htm>>.

DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) 2010, *Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege*, Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Osnabrück.

Edwards, NE, Beck, AM 2002, 'Animal-assisted therapy and Nutrition in Alzheimer's disease', *Western Journal of Nursing Research*, vol. 24, no. 6, pp. 697-712.

Elia, M 2005, 'Principles of Clinical Nutrition: Contrasting the practice of nutrition in health and disease', in Gibney, M. J., Nutrition Society, Elia, M., Ljungqvist, O. & Dowsett, J., *Clinical Nutrition*, Blackwell Science Ltd, UK.

Elia, M, Jones, B & Russell, C 2008, 'Malnutrition in various care settings in the UK: the 2007 Nutrition Screening Week Survey', *Clinical medicine (London, England)*, vol. 8, no. 4, pp. 364–365.

Europäische Kommission 2008, 'Population and social conditions: Statistic in focus', Giannakouris, Konstantinos, viewed 07. Juni 2011, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-08-072/EN/KS-SF-08-072-EN.PDF.

Eurostat 2011, 'Total population', viewed 29. September 2011, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=tps00001&tableSelection=1&footnotes=yes&labeling=labels&plugin=1>.

Faxén-Irving, G, Basun, H & Cederholm, T 2005, 'Nutritional and cognitive relationships and long-term mortality in patients with various dementia disorders', *Age and ageing*, vol. 34, no. 2, pp. 136–141.

Gregorio, PG, Ramirez Diaz SP, Ribera Cascado JM & Demenu Group 2003, 'DEMENTIA AND NUTRITION. INTERVENTION STUDY IN INSTITUTIONALIZED PATIENTS WITH ALZHEIMER DISEASE', *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, vol. 7, no. 5, pp. 304–308.

Grundman, M 2005, 'Weight Loss in the Elderly May Be a Sign of Impending Dementia', *Archives of Neurology*, vol. 62, pp. 20-22.

Guérin, O, Andrieu, S, Schneider, SM, Milano, M, Boulahssass, R, Brocker, P & Vellas, B 2005, 'Different modes of weight loss in Alzheimer disease: a prospective study of 395 patients', *The American journal of clinical nutrition*, vol. 82, no. 2, pp. 435–441.

Guigoz, Y, 2006, 'The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us?', *The journal of Nutrition, Health & Aging*, vol. 10, no. 6, pp. 466–485.

Hacke, W 2010, *Neurologie*, 13. vollständig überarbeitete Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Jeske, M, Galvan, O, Strauhal, I, Matteucci Gothe, R & Hackl, M 2006, 'Prävalenz der Mangelernährung bei alten Menschen. Ernährungszustand alter Menschen, die in einem Pflegeheim oder unabhängig zu Hause in ihrer gewohnten Umgebung leben, am Beispiel der Tiroler Bevölkerung', *Journal für Ernährungsmedizin*, vol. 8, no. 1, pp. 13–20.

Johnson, DK, Wilkins, CH, Morris, JC 2006, 'Accelerated Weight Loss May Precede Diagnosis in Alzheimer Disease', *Archives of Neurology*, vol. 63, pp. 1312-1217.

Kagansky, N, Berner, Y, Koren-Morag, N, Perelman, L, Knobler, H & Levy, S 2005, 'Poor nutritional habits are predictors of poor outcome in very old hospitalized patients', *The American journal of clinical nutrition*, vol. 82, no. 4, pp. 784-791.

Kolb, C 2011, *Nahrungsverweigerung bei Demenzkranken. PEG-Sonde – ja oder nein?*, 5. Auflage, Mabuse-Verlag GmbH, Frankfurt am Main.

Lauque, S, Arnaud-Battandier, F, Gillette, S, Plaze, J, Andrieu, S, Cantet, C & Vellas, B 2004, 'Improvement of weight and fat-free mass with oral nutritional supplementation in patients with Alzheimer's disease at risk of malnutrition: a prospective randomized study', *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 52, no. 10, pp. 1702–1707.

Lind, S 2005, 'Mahlzeitenmilieu für an Demenz erkrankte Menschen im Heim: Gemeinsam schmeckt es besser', *Pflegezeitschrift*, vol. 12, pp. 778-781.

Lohrmann, C 2009, *Europäische Pflegequalitätserhebung. 07. April 2009*, Medizinische Universität Graz, Graz.

Lohrmann, C 2010, *Europäische Pflegequalitätserhebung. 13. April 2010*, Medizinische Universität Graz, Graz.

Löser, C 2001, 'Malnutrition in the hospital--prevalence, clinical consequences, economic relevance', *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*, vol. 126, no. 24, pp. 729–734.

Löser, C, Lübbers, H, Mahlke, R & Lankisch, PG 2007, 'Der ungewollte Gewichtsverlust des alten Menschen', *Deutsches Ärzteblatt*, vol. 104, no. 49, pp. A3411-A3420.

Löser, C 2010, 'Malnutrition in hospital – the clinical and economic implications', *Deutsches Ärzteblatt*, vol. 107, no. 51-52, pp. 911-917.

Lou, M, Dai, Y, Huang, G & Yu, P 2007, 'Nutritional status and health outcomes for older people with dementia living in institutions', *Journal of advanced nursing*, vol. 60, no. 5, pp. 470–477.

LPZ (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen) 2011, 'LPZ-Erhebung', viewed 20. Juli 2011, <http://aut.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung>.

Luchsinger, JA, Patel, B, Tang, MX, Schupf, N, Mayeux, R 2008, 'Body Mass Index, Dementia, and Mortality in the Elderly', *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, vol. 12, no. 2, pp. 127–131.

Mayer, H 2007, *Pflegforschung kennenlernen. Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung*, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien.

Meijers, JMM, Schols, JMGA, van Bokhorst-de Schueren, MAE, Dassen, T, Janssen, MAP & Halfens, RJG 2009a, 'Malnutrition prevalence in The Netherlands: results of the annual dutch national prevalence measurement of care problems', *The British journal of nutrition*, vol. 101, no. 3, pp. 417–423.

Meijers, JMM, Halfens, RJG, van Bokhorst-de Schueren, MAE, Dassen, T & Schols, JMGA 2009b, 'Malnutrition in Dutch health care: prevalence, prevention, treatment, and quality indicators', *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif.)*, vol. 25, no. 5, pp. 512–519.

Navrátilová, M, Jarkovský, J, Cěsková, E, Leonard, B, Sobotka, L 2007, 'ALZHEIMER DISEASE: MALNUTRITION AND NUTRITIONAL SUPPORT', *Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology*, vol. 34, pp. 11-13.

Nijs, KAND, de Graaf, C, Kok, FJ, van Staveren, WA 2006, 'Effect of family style mealtimes on quality of life, physical performance, and body weight of nursing home residents: cluster randomised controlled trial', *British Medical Journal*, pp. 1-5.

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

Orsitto, G, Fulvio, F, Tria, D, Turi, V, Venezia, A & Manca, C 2009, 'Nutritional status in hospitalized elderly patients with mild cognitive impairment', *Clinical nutrition*, vol. 28, no. 1, pp. 100–102.

PASW o.J., *PASW Statistics 18*, statistical software, International Business Machines Corp., USA, viewed 11. Dezember 2011, <http://www.ibm.com>.

Pirlich, M, Schütz, T, Norman, K, Gastell, S, Lübke, HJ, Bischoff, SC, Bolder, U, Frieling, T, Gülden-zoph, H, Hahn, K, Jauch, K, Schindler, K, Stein, J, Volkert, D, Weimann, A, Werner, H, Wolf, C, Zürcher, G, Bauer, P & Lochs, H 2006, 'The German hospital malnutrition study', *Clinical nutrition*, vol. 25, no. 4, pp. 563–572.

Pirlich, M 2007, 'Genug auf den Rippen? Ernährungsstatus älterer Menschen - Beurteilungskriterien und Veränderungen mit zunehmendem Alter', *Aktuelle Ernährungsmedizin*, vol. 32, Supplement 2, pp. 168–172.

Polit, DF & Beck, CT 2011, *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Pschyrembel 2007, *Pschyrembel Pflege*, 2. Auflage, Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, Berlin.

Pschyrembel 2009, *Pschyrembel Therapie*, 4. Auflage, Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, Berlin.

Pschyrembel 2010, *Klinisches Wörterbuch 2012*, 263., neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, Berlin.

Rappold, E 2004, 'Praxis der Ernährungstherapie bei stationären dementen Patienten', *Aktuelle Ernährungsmedizin*, no. 29, pp. 63–68.

Rivière, S, Gillette-Guyonnet, S, Andrieu, S, Nourhashemi, F, Lauque, S, Cantet, C, Salva, A, Frisoni, G, Vellas, B 2002, 'Cognitive function and caregiver burden: predictive factors for eating behavior disorders in Alzheimer's disease', *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 17, pp. 950-955.

Rückert, W, Arnold, R, Bauer-Söllner, B, Brinner, C, Ding-Greiner, C, Kolb, C, Lärm, M, Mybes, U, Schreier, M, Vanorek, R 2010, *Ernährung bei Demenz*, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern.

Schindler, K, Pernicka, E, Laviano, A, Howard, P, Schütz, T, Bauer, P, Grecu, I, Jonkers, C, Kondrup, J, Ljungqist, O, Mouhiddine, M, Pichard, C, Singer, P, Schneider, S, Schuh, C, Hiesmayr, M 2010, 'How nutritional risk is assessed and managed in European hospitals: A survey of 21,007 patients findings from the 2007-2008 cross-sectional nutritionDay survey', *Clinical Nutrition*, vol. 29, pp. 552-559.

Schönherr, S 2009, *Mangelernährung in österreichischen Pflegeheimen - ein heimliches Leid*. Masterarbeit, Graz.

Schönherr, S & Lohrmann, C 2010, 'Mangelernährung in sechs österreichischen Pflegeheimen - ein heimliches Leid', *procare*, vol. 15, no. 3, pp. 3–8.

Schreier, MM & Bartholomeyczik, S 2004, *Mangelernährung bei alten und pflegebedürftigen Menschen. Ursachen und Prävention aus pflegerischer Perspektive*. Review/Literaturanalyse, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co, Hannover.

Schwerdt, R 2005, 'Probleme der Ernährung älterer Menschen mit Demenz – Aktueller Forschungs- und Entwicklungsbedarf', *PFLEGE & GESELLSCHAFT*, vol. 10, no. 2, pp. 75-82.

Shatenstein, B, Kergoat, MJ & Nadon, S 2001, 'Weight change, nutritional risk and its determinants among cognitively intact and demented elderly Canadians', *Canadian journal of public health*, vol. 92, no. 2, pp. 143–149.

Springer Lexikon Pflege 2004, *Pflege von A-Z*, 3. überarbeitete und aktualisierte Auflage, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg.

Statistik Austria 2011a, 'Bevölkerungsprognosen', viewed 15. Juni 2011, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html.

Statistik Austria 2011b, 'Demografische Indikatoren', viewed 15. Juni 2011, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_masszahlen/demographische_indikatoren/index.html.

Statistik Austria, 2011c, 'Chronische Krankheiten', viewed 23. September 2011, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/chronische_krankheiten/index.html.

Statistik Austria, 2011d, 'Funktionale Beeinträchtigung', viewed 23. September 2011, http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/gesundheitliche_beeintraechtigungen/index.html.

Stewart, R, Masaki, K, Xue, QL, Peila, R, Petrovitch, H, White, LR, Launer, LJ 2005, 'A 32-Year Prospective Study of Change in Body Weight and Incident Dementia. The Honolulu-Asia Aging Study', *Archives of Neurology*, vol. 60, pp. 55-60.

Stratton, RJ, Green, CJ, Elia, M 2003, 'Disease-related malnutrition. An Evidence-based Approach to Treatment', *CABI Publishing*, London UK.

Suominen, M, Muurinen, S, Routasalo, P, Soini, H, Suur-Uski, I, Peiponen, A, Finne-Soveri, H & Pitkala, KH 2005, 'Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki', *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 59, no. 4, pp. 578–583.

Sylvester, Z, Rubinsztein, J 2008, 'Eating disorders, weight loss, and malnutrition in elderly patients', *Geriatric Medicine, Midlife and Beyond*, pp. 601-606.

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, pp. 177–183.

Valentini, L, Schindler, K, Schlaffer, R, Bucher, H, Mouhieddine, M, Steininger, K, Tripamer, J, Handschuh, M, Schuh, C, Volkert, D, Lochs, H, Sieber, CC & Hiesmayr, M 2009, 'The first nutritionDay in nursing homes: participation may improve malnutrition awareness', *Clinical nutrition*, vol. 28, no. 2, pp. 109–116.

Vanderwee, K, Clays, E, Bocquaert, I, Gobert, M, Folens, B & Defloor, T 2010, 'Malnutrition and associated factors in elderly hospital patients: a Belgian cross-sectional, multi-centre study', *Clinical nutrition*, vol. 29, no. 4, pp. 469–476.

Volkert, D, Berner, YN, Berry, E, Cederholm, T, Coti Bertrand, P, Milne, A, Palmblad, J, Schneider, S, Sobotka, L, Stanga, Z, Lenzen-Grossimlinghaus, R, Krys, U, Pirlich, M, Herbst, B, Schütz, T, Schröer, W, Weinrebe, W, Ockenga, J & Lochs, H 2006, 'ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics', *Clinical nutrition*, vol. 25, no. 2, pp. 330–360.

Volkert, D & Sieber, CC 2011, 'Mangelernährung in der Geriatrie', *Aktuelle Ernährungsmedizin*, vol. 36, pp. 175–190.

Wancata, J 2002, 'Die Epidemiologie der Demenzen', *Wiener medizinische Wochenschrift (1946)*, vol. 152, 3-4, pp. 52–56.

Watts, V, Turnpenney, B & Brown, A 2007, 'Feeding problems in dementia', *geriatric medicine*, pp. 15–19.

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.

Wimo, A, Jönsson, L, Gustavsson, A, McDaid, D, Ersek, K, Georges, J, Gulácsi, L, Karpati, K, Kenigsberg, P & Valtonen, H 2011, 'The economic impact of dementia in Europe in 2008-cost estimates from the Eurocode project', *International journal of geriatric psychiatry*, vol. 26, no. 8, pp. 825–832.

Wirth, R, Bauer, JM & Sieber, CC 2007, 'Cognitive function, body weight and body composition in geriatric patients', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie : Organ der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 40, no. 1, pp. 13–20.

Wirth, R & Sieber, CC 2011, 'Demenz und Malnutrition – vom Frühsymptom zur therapeutischen Herausforderung', *Aktuelle Ernährungsmedizin*, vol. 36, pp. 90–93.

Young, KWH, Greenwood, CE, van Reekum, R, Binns, MA 2004, 'Providing Nutrition Supplements to Institutionalized Seniors with Probable Alzheimer’s Disease Is Least Beneficial to Those with Low Body Weight Status', *American Geriatrics Society*, vol. 52, no. 8, pp. 1305–1312.

Zekry, D, Herrmann, FR, Grandjean, R, Meynet, M, Michel, J, Gold, G & Krause, K 2008, 'Demented versus non-demented very old inpatients: the same comorbidities but poorer functional and nutritional status', *Age and ageing*, vol. 37, no. 1, pp. 83–89.

VIII. ANHANG

Im Anhang befinden sich die Tabelle der einbezogenen Prävalenzstudien und die Fragebögen der Pflegequalitätserhebung 2011.

| AutorIn, Jahr | Erhebung DE | Erhebung ME | Stichprobe | Setting/Land | Prävalenz |
|-----------------------------|---|---|--|--|--|
| Meijers et al. 2009a | Keine genauen Angaben in Fragebogen der Prävalenzhebung Frage, ob eine Demenz vorliegt ja/nein | BMI < 18,5 kg/m ² +ungewollter GWV (6 kg in den letzten 6 Monaten ODER 3 kg im letzten Monat ODER BMI 18,5-20 kg/m ² in Kombination mit keiner Nahrungszufuhr in den letzten 3 Tagen oder reduzierter Nahrungszufuhr für mehr als 10 Tage) | 8028 PatientInnen gesamt *301 PatientInnen mit DE | 57 Krankenhäuser Niederlande | *29,2% ME (BMI < 18,5 kg/m ² +ungewollter GWV (6 kg in den letzten 6 Monaten ODER 3 kg im letzten Monat ODER BMI 18,5-20 kg/m ² in Kombination mit keiner Nahrungszufuhr in den letzten 3 Tagen oder reduzierter Nahrungszufuhr für mehr als 10 Tage)) |
| Orsitto et al. 2009 | Mini Mental State Examination (MMSE) | Mini Nutritional Assessment (MNA) Risiko ME (MNA 17-23,5) ME (MNA < 17) | 84 PatientInnen über 65 Jahre mit DE (21 Männer, 63 Frauen, Durchschnittsalter 79,4±6,1) | Krankenhaus (geriatriische Abteilung) Italien | 32% Risiko für ME (MNA 17-23,5) 59,5% ME (MNA < 17) 91,5% Risiko für ME oder ME |
| Zekry et al. 2008 | MMSE und Short Cognitive Evaluation | BMI (kg/m ²) bei Aufnahme und Entlassung Mini Nutritional Assessment Short Version (MNA-15) bei Aufnahme der PatientInnen Score von 0-14 (normal ≥ 12) | 349 PatientInnen (24% Männer, 76% Frauen, Durchschnittsalter 85,2±6,7) *151 PatientInnen (43,3%) mit DE **161 PatientInnen (46,1%) ohne DE ***37 PatientInnen mit mild-kognitiver Störung (MCI) (10,6%) | Krankenhaus: Geriatriische Abteilung Schweiz | *BMI bei Aufnahme bei PatientInnen mit DE: 23,30 (±4,81) *BMI bei Entlassung bei PatientInnen mit DE: 22,83 (±5,04) **BMI bei Aufnahme bei PatientInnen ohne DE: 24,76 (±5,10) **BMI bei Entlassung bei PatientInnen ohne DE: 24,06 (±5,38) *MNA bei Aufnahme bei PatientInnen mit DE: 8,51 (±2,85) **MNA bei Aufnahme bei PatientInnen ohne DE: 9,70 (±2,86) |

| AutorIn, Jahr | Erhebung DE | Erhebung ME | Stichprobe | Setting/Land | Prävalenz |
|---------------------------------|--|---|---|---|--|
| Pirlich et al. 2006 | Keine genauen Angaben, nur Diagnose von Demenz/neurologische Erkrankungen | Subjective Global Assessment (SGA) und anthropometrische Messverfahren Arm Muscle Area (AMA) Geringe Muskelmasse (AMA < 10. Perzentil) Arm Fat Area (AFA) geringe Fettmasse (AFA < 10. Perzentil) | 1886 PatientInnen *124 (6,6%) mit DE (Durchschnittsalter 79,0±10,2, 44 Männer, 80 Frauen) | 13 Krankenhäuser Deutschland | 25,0±4,2 BMI (kg/m ²) der PatientInnen mit Demenz im Durchschnitt *Prävalenz ME (SGA B+C) bei PatientInnen mit DE im Bezug auf Medikamenteneinnahme ~20% ME bei PatientInnen mit DE ≤ 5 Anzahl einzunehmender Medikamente ~65% ME bei PatientInnen mit DE > 5 Anzahl einzunehmender Medikamente |
| Faxén-Irving et al. 2005 | MMSE | BMI (Körpergewicht und -größe) | 231 PatientInnen (35% Männer, 65% Frauen, Durchschnittsalter 80±7) | Stationäre Untersuchung im Südwesten von Stockholm Schweden | 52% (n=108) (BMI < 23 kg/m ²) von insgesamt 208 PatientInnen |
| Guérin et al. 2005 | Memory and Behavior Problem Checklist (17-Items) Reisberg Scale um AD Stadium festzustellen | Größe und BMI Biologische Variablen (Albumin, Prealbumin, Orosomocoid, C-reaktives Protein, prognostischer Entzündungs- und Ernährungsindex) MNA | 395 PatientInnen mit AD (Durchschnittsalter 75,4±6,7; 31,4% Männer, 68,6% Frauen) *290 PatientInnen mit AD in Gruppe progressiver GWV **314 PatientInnen mit AD in Gruppe schwerer GWV | Krankenhäuser von Toulouse als Teil der Etude Longitudinale de Suivi de la Maladie d'Alzheimer (ELSA) Studie Frankreich | 79,5% (n=252) MNA < 23,5 von 317 PatientInnen BMI (kg/m ²) 24,3±3,9 *33,4% (n=97) progressiver GWV (4% GWV nach 1 Jahr) **10,2% (n=32) schwerer GWV (≥ 5kg Körpergewicht während der ersten 6 Monate) 62,5% waren auch Teil der Gruppe mit progressiven GWV |

| AutorIn, Jahr | Erhebung DE | Erhebung ME | Stichprobe | Setting/Land | Prävalenz |
|----------------------------------|--|---|--|--|--|
| Kagansky et al. 2005 | Erfassung des kognitiven Status mittels MNA-2 Unterpunkt („global evaluation“) | Mini Nutritional Assessment (MNA) Risiko für ME ($17 \leq \text{MNA} \leq 23,5$) ME (MNA < 17) | 107 PatientInnen (Durchschnittsalter von gesamten Stichprobe; auch ohne Demenz: $84,8 \pm 6,1$) | Geriatrische Station im Krankenhaus USA | 20,6 % (n=22) Risiko für ME ($17 \leq \text{MNA} \leq 23,5$) 73,8% (n=79) ME (MNA < 17) |
| Shatenstein et al. 2001 | MMSE Klinische Untersuchung Diagnose durch multiprofessionelles Team Kriterien nach DSM-III-R | Geringes Risiko ME (aktuelles Gewicht 85-95% vom ursprünglichen Gewicht) Moderate/schwere ME (aktuelles Gewicht < 85% vom ursprünglichen Gewicht) | 119 institutionalisierte Personen mit Demenz (beurteilt von % des Ausgangsgewichtes) | Institutionen Kanada | 28% (n=33) =geringes Risiko ME (85-95%) 20% (n=24) = moderates bis starkes Risiko Unternahrung/ME (<85%) |
| Pflegeheime | | | | | |
| Chang & Roberts 2011a | 10-Item Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) | 6-Item Mini Nutritional Assessment Screening Form (MNA-SF) (0-14, ≤ 11 = Risiko für ME) ME nach WHO (BMI < $18,5 \text{ kg/m}^2$) | 83 BewohnerInnen Durchschnittsalter = 81,5 Jahre (SD 7,52; 60-100 Jahre) 49 (59%) Frauen 34 (41%) Männer | 5 Pflegeheime Taiwan | 90,4% (n=75) Risiko für ME (MNA-SF ≤ 11) 19% ME (n=16) (BMI < $18,5 \text{ kg/m}^2$) |
| Meijers et al. 2009a | Keine genauen Angaben in Fragebogen der Prävalenzhebung Frage, ob eine Demenz vorliegt ja/nein | BMI < $18,5 \text{ kg/m}^2$ +ungewollter GWV (6 kg in den letzten 6 Monaten ODER 3 kg im letzten Monat ODER BMI $18,5-20 \text{ kg/m}^2$ in Kombination mit keiner Nahrungszufuhr in den letzten 3 Tagen oder | 2061 BewohnerInnen gesamt *1262 BewohnerInnen mit DE | 39 Pflegeheime Niederlande | *22,1% ME (BMI < $18,5 \text{ kg/m}^2$ +ungewollter GWV (6 kg in den letzten 6 Monaten ODER 3 kg im letzten Monat ODER BMI $18,5-20 \text{ kg/m}^2$ in Kombination mit keiner Nahrungszufuhr in den letzten 3 Tagen oder reduzierter Nahrungszufuhr für mehr als 10 Tage)) |

| AutorIn, Jahr | Erhebung DE | Erhebung ME | Stichprobe | Setting/Land | Prävalenz |
|-----------------------------|---|--|---|---|--|
| | | reduzierter Nahrungszufuhr für mehr als 10 Tage) | | | |
| Lou et al. 2007 | bestätigte Diagnose Demenz | Gewicht, Größe und BMI ME (WHO BMI < 18,5 kg/m ²) | 55 BewohnerInnen (52,7% Männer, 47,3% Frauen, Durchschnittsalter 80,2±6,6) | 2 Langzeitpflegeeinrichtungen speziell für ältere Menschen mit Demenz Taiwan | 18,2% (n=10) ME (WHO BMI < 18,5 kg/m ²) |
| Suominen et al. 2005 | Keine genauen Angaben zur Diagnose der BW | Mini Nutritional Assessment (MNA) Risiko ME (MNA 17-23,5) ME (MNA < 17) | 2114 BewohnerInnen (19,3% Männer, 80,7% Frauen) Durchschnittsalter Männer 79,5±8,5 Durchschnittsalter Frauen 84,2±8,5 | 20 Pflegeheime 92 Abteilungen Finnland | 83,1% (n=504) ME (MNA <17) von 607 BewohnerInnen mit DE 69,9% (n=893) Risiko ME (MNA 17-23,5) von 1277 BewohnerInnen mit DE |
| Gregorio et al. 2003 | Functional Assessment Staging Test (FAST) | Mini Nutritional Assessment (MNA) Risiko für ME (MNA < 17) moderates Risiko für ME (MNA 17-23) BMI moderate ME(BMI 19-21 kg/m ²) schwere ME(BMI < 19 kg/m ²) Anthropometrische Daten (Gewicht, Größe, Brust- und Wadenumfang, Bizeps, Trizeps und Schulterhautfalte) Biochemische Daten | 99 BewohnerInnen (Durchschnittsalter 86,5 Jahre, 19,2% Männer, 80,8% Frauen) mit Diagnose von AD (moderate bis schwere Form) | 8 Pflegeheime Spanien | 17,5% (MNA <17) 68,1% (MNA 17-23,5) 8,2% (BMI 19-21 kg/m ²) 8,3% (BMI < 19 kg/m ²) 52% Proteine (< 6,5) 30% Albumin (< 3,5) 27% Prealbumin (< 18) 34% Lymphozyten (< 1,200) 6% Cholesterin (< 140) 27% Lutein (< 0,32) 28% Cryptoxanthine (< 0,27) 47% Eisen (< 68) 80% Zink (< 70) 14% Vitamin A (< 0,43) 18% β-Carotene (< 0,14) 23% Vitamin E (< 5,8) 14% Lycopene (< 0,32) |

Angaben zur Einrichtung

Art der Einrichtung

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

Dekubitus

| | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine DekubitusexpertIn/-gruppe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinie zur Dekubitusprävention/-behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Gibt es in Ihrer Einrichtung einen ExpertIn, die für die Aktualisierung der Protokolle/Richtlinien zuständig ist und darauf hinweist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Werden PatientInnen mit einem Dekubitus minimal zweiten Grades in Ihrer Einrichtung von einer zentralen AnsprechpartnerIn erfasst (zum Beispiel von einer ExpertIn für Dekubitus)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Wird die Zahl der PatientInnen mit Dekubitus in Ihrer Einrichtung zentral erfasst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene ein Protokoll für die Verwaltung von Präventionsmaterialien? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zum Thema Dekubitusprävention und Behandlung für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Dekubitusprävention? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Inkontinenz

| | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 10 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinie zur Inkontinenzbehandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 Wird die Einhaltung des Protokolls/Richtlinien zur Inkontinenzbehandlung in Ihrer Einrichtung überwacht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine ExpertIn, die für die Aktualisierung des Inkontinenzprotokolls zuständig ist und darauf hinweist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 Gibt es auf Einrichtungsebene eine ExpertIn für die Kontinenzbehandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene ein Protokoll für die Verwaltung von Inkontinenzmaterial? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung zum Thema Inkontinenzbehandlung für das Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung statt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Inkontinenz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mangelernährung

| | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 18 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene eine multidisziplinäre Beratungskommission/Ernährungsteam zum Thema Mangelernährung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinie zur Prävention und/oder Behandlung von Mangelernährung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Mangelernährung Fortsetzung | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 20 Wird die Einhaltung des Protokolls/Richtlinie zur Prävention und/oder Behandlung von Mangelernährung in Ihrer Einrichtung überwacht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Mangelernährung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 Sind in Ihrer Einrichtung Kriterien für die Ermittlung von Mangelernährung festgelegt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 Ist in Ihrer Einrichtung eine DiätassistentIn tätig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intertrigo | ja | nein |
| 27 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinie zur Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 Werden in Ihrer Einrichtung (nationale) Vorschriften eingehalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien zur Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo in Ihrer Einrichtung überwacht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Prävention von Intertrigo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen | ja | nein |
| 34 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinie für die Prävention von Stürzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35 Wurde eine nationale Richtlinie in das Protokoll/Richtlinie der Einrichtung aufgenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36 Werden Sturzereignisse in Ihrer Einrichtung dezentral (auf Stationsebene) erfasst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige mit Informationen über die Sturzgefahr und Sturzprävention? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40 Gibt es in Ihrer Einrichtung ein anerkanntes Protokoll/Richtlinie für freiheitsentziehende Maßnahmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41 Werden in Ihrer Einrichtung freiheitsentziehende Maßnahmen dezentral (auf Stationsebene) erfasst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42 Fand innerhalb der letzten zwei Jahre eine Fortbildung und/oder Veranstaltung über freiheitsentziehende Maßnahmen für das Pflegepersonal Ihrer Einrichtung statt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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



Angaben zur Station/Wohnbereich

Art der Station/Wohnbereich

A Universitätskrankenhaus

- Operativ
- Nichtoperativ
- Intensivstation
- Überwachungsstation/
Herzüberwachungsstation
- Pädiatrie
- 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)
- Geriatriische Station/Wohnbereich
- Sonstiges

D Pflegeheim

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

E Betreuungseinrichtung

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

F Ambulante Pflege

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

G Einrichtung für Menschen mit einer geistigen Behinderung

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

H Einrichtung für Menschen mit einer körperlichen Behinderung

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

I Rehabilitationszentrum

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

J Sonstiges

- Geriatriisches Krankenhaus
- Sonstiges

Dekubitus

| | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn (z.B. eine Pflegefachperson für Dekubitus und/oder chronische Wunden), die auf dem Gebiet Dekubitus spezialisiert ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Werden alle Risiko- und/oder DekubituspatientInnen im Rahmen einer monodisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene erörtert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Werden alle Risiko- und/oder DekubituspatientInnen im Rahmen einer multidisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene erörtert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Wird die Einhaltung des Protokolls/der Richtlinien auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene überwacht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Wird das Dekubitusrisiko der einzelnen PatientInnen in der Krankenakte aufgezeichnet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf Prävention und/oder Behandlung von Dekubitus bei RisikopatientInnen erforderlich sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Wird das vorgeschriebene Dekubitusmaterial innerhalb von 24 Stunden bei der/dem Betroffenen abgeliefert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 Erhalten alle PatientInnen mit erhöhtem Dekubitusrisiko eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Dekubitusprävention? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 Werden auf Stations-/Wohnbereichs-/Teamebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Dekubitus einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisung zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. von Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Inkontinenz

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

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

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 Dekubituslinse eingedrückt, färbt sich die Haut (Rötung) nicht weiß. |
| Grad 2 | Oberflächliche Hautläsionen (Epidermis), eventuell mit einer Schädigung der darunter liegenden Hautschicht (Dermis oder Lederhaut). Die Schädigung wird in Form einer Blase oder Abschürfung der Haut sichtbar. |
| Grad 3 | Hautdefekt mit einer Schädigung bzw. Nekrose der Haut sowie des subkutanen Gewebes (Subkutis). Die Schädigung kann sich bis auf das darunter liegende Bindegewebe erstrecken (Faszie). |
| Grad 4 | Ausgedehnte Zerstörung des Gewebes bzw. Verlust des Gewebes (Nekrose) der Muskeln, des Knochengewebes oder der unterstützenden Strukturen sowie eine mögliche Schädigung der Unterhaut (Epidermis) und Lederhaut (Dermis). |

Ein tiefer Dekubitus mit intakter Haut und angegriffenen Knochen, Sehnen und Gelenkkapseln, wie er häufig bei querschnittsgelähmten 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 Wohlbefagens 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 Hamdrang. Dem (andauernden) Hamdrang geht nur eine sehr kurze Warnung voraus, häufig fehlt diese sogar ganz.
- Mischinkontinenz: Eine Kombination aus Belastungs- und Dranginkontinenz, wobei eine der beiden Formen verstärkt im Vordergrund steht.
- Funktionale Inkontinenz: Ist ein 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

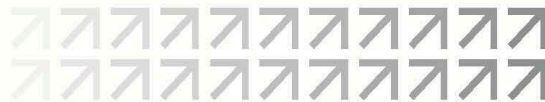
Intertrigo ist eine Entzündung, die hauptsächlich zwischen Hautfalten vorkommt.

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, Knäckebrot, Pfannkuchen) zu verstehen.
- Flüssignahrung (zum Beispiel Nutridrink, Fortimel, Ensini): Es handelt sich dabei um gebrauchsfertige Produkte, die neben oder anstelle der normalen Ernährung konsumiert werden und für PatientInnen bestimmt sind, die nicht mehr oder nicht mehr ausreichend essen, aber noch trinken können.
- Nahrungsergänzungsmittel (Energie und Eiweiß, zum Beispiel Fantomalt/ Protifar): Ergänzungsmittel wie diese werden häufig eingesetzt, wenn die herkömmliche Nahrung unzureichend Energie und Makronährstoffe bietet.
- Sondernahrung: 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

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| <p>Sensorisches Empfindungsvermögen</p> <p>Fähigkeit, adäquat auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren.</p> | <p>1 Fehlt Keine Reaktion auf schmerzhafte Stimuli. Mögliche Gründe: Bewegungslosigkeit, Sedierung ODER <i>Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, die den größten Teil des Körpers betreffen (z.B. hoher Querschnitt).</i></p> | <p>2 Stark eingeschränkt Eine Reaktion erfolgt nur auf starke Schmerzreize. Beschwerden können kaum geäußert werden (z.B. nur durch Stöhnen oder Unruhe) ODER <i>Störung der Schmerzempfindung durch Lähmungen, wovon die Hälfte des Körpers betroffen ist.</i></p> | <p>3 Leicht eingeschränkt Eine Reaktion auf Ansprache oder 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></p> | <p>4 Vorhanden Reaktion auf Ansprache. Beschwerden können geäußert werden ODER <i>Keine Störung der Schmerzempfindung.</i></p> |
| <p>Ernährung</p> <p>Ernährungsgewohnheiten.</p> | <p>1 sehr schlechte Ernährung Ist kleine Portionen nie auf, sondern nur etwa 1/3. Trinkt zu wenig, nimmt keine Ergänzungskost zu sich ODER <i>Nur klare Flüssigkeit UND / ODER Erhält Ernährungsinfusionen länger als 5 Tage.</i></p> | <p>2 Mäßige Ernährung Ist selten eine normale Essensportion auf, ist im Allgemeinen etwa die Hälfte der angebotenen Nahrung. Nimmt regelmäßig Ergänzungskost zu sich ODER <i>Erhält zu wenig Nährstoffe über Sondenkost oder Infusionen.</i></p> | <p>3 Adäquate Ernährung Ist mehr als die Hälfte der normalen Essensportionen. Verweigert gelegentlich eine Mahlzeit, nimmt aber Ergänzungskost zu sich ODER <i>Kann über Sonde oder Infusionen die meisten Nährstoffe zu sich nehmen.</i></p> | <p>4 Gute Ernährung Ist immer die angebotenen Mahlzeiten auf. Ist auch manchmal zwischen den Mahlzeiten. Braucht keine Ergänzungskost.</p> |
| <p>Mobilität</p> <p>Fähigkeit, die Position zu wechseln und zu halten.</p> | <p>1 Komplett immobil Kann auch keinen geringfügigen Positionswechsel ohne Hilfe durchführen.</p> | <p>2 Mobilität stark eingeschränkt Bewegt sich manchmal geringfügig (Körper, Extremitäten). Kann sich aber nicht regelmäßig allein ausreichend umlagern.</p> | <p>3 Mobilität gering eingeschränkt Macht regelmäßig kleine Positionswechsel des Körpers und der Extremitäten.</p> | <p>4 Mobil Kann allein seine Position umfassend verändern.</p> |
| <p>Aktivität</p> <p>Ausmaß der physischen Aktivität.</p> | <p>1 Bettlägerig Ans Bett gebunden.</p> | <p>2 Sitzt auf Kann mit Hilfe etwas laufen. Kann das eigene Gewicht nicht allein tragen. Braucht Hilfe, um aufzusitzen (Bett, Stuhl, Rollstuhl).</p> | <p>3 Geht wenig Geht am Tag allein, aber selten und nur kurze Distanzen. Braucht für längere Strecken Hilfe. Verbringt die meiste Zeit im Bett oder im Stuhl.</p> | <p>4 Geht regelmäßig Geht regelmäßig 2- bis 3-mal pro Schicht. Bewegt sich regelmäßig.</p> |
| <p>Feuchtigkeit</p> <p>Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist.</p> | <p>1 Ständig feucht Die Haut ist ständig feucht durch Urin, Schweiß oder Kot. Immer wenn der PatientIn gedreht wird, liegt er im Nassen.</p> | <p>2 Oft feucht Die Haut ist feucht, aber nicht immer. Bettzeug oder Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden.</p> | <p>3 Manchmal feucht Die Haut ist manchmal feucht. Etwa einmal pro Tag wird neue Wäsche benötigt.</p> | <p>4 Selten feucht Die Haut ist meist trocken. Neue Wäsche wird selten benötigt.</p> |
| <p>Reibung und Scherkräfte</p> <p>Reibung entsteht, wenn Haut über eine Unterlage (z.B. Laken) schleift. Scherkräfte entstehen, wenn Hautschichten und benachbarte Knochenstrukturen gegeneinander gleiten.</p> | <p>1 Problem Braucht viel bis massive Unterstützung bei Lagewechsel. Anheben ist ohne Schleifen über die Laken nicht möglich. Rutscht im Bett oder im (Roll-) Stuhl ständig herunter, muss immer wieder hochgezogen werden.</p> | <p>2 Potenzielles Problem Bewegt sich etwas allein oder braucht wenig Hilfe. Beim Hochziehen schleift die Haut nur wenig über die Laken (kann sich etwas anheben). Kann sich über längere Zeit in einer Lage halten (Stuhl, Rollstuhl). Rutscht nur selten herunter.</p> | <p>3 Kein Problem zur Zeit Bewegt sich in Bett und Stuhl allein hat genügend Kraft, sich anzuheben. Kann eine Position über lange Zeit halten, ohne herunterzurutschen.</p> | |



Code der Einrichtung

Code der Station/
Wohnbereich

Europäische Pflegequalitätserhebung

Modul Allgemeines

Station/Wohnbereich/Team

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

3

1 Hat die PatientIn an der Erhebung teilgenommen?

- Ja (bitte mit Frage 3 fortfahren)
- Nein

2 Wenn nicht, warum hat die PatientIn nicht teilgenommen?

- Teilnahme verweigert
- PatientIn zum Zeitpunkt der Erhebung nicht erreichbar
- Komatös – Zustand zu schlecht
- Terminal
- 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
- Krebs
- Endokrine, Ernährungs- oder Stoffwechselerkrankung
- Diabetes mellitus
- Blutkrankheit oder Erkrankung eines blutbildenden Organs
- Psychische Störung
- Demenz
- Erkrankung des Nervensystems, mit Ausnahme von Schlaganfällen
- Erkrankung am Auge/Ohr
- Querschnittsläsion
- Herz- und Gefäßerkrankung
- Schlaganfall/Hemiparese
- Atemwegserkrankung, einschließlich Nase und Tonsillen
- Erkrankung des Verdauungstrakts einschließlich Darmobstruktion, Peritonitis, Hernie, Leber, Gallenblase
- Erkrankung der Nieren/Harnwege, Geschlechtsorgane
- Hauterkrankung
- Erkrankung des Bewegungsapparates
- Kongenitale Abweichungen
- Unfallverletzung(en) und unerwünschte Unfallfolgen
- Totale Hüftprothese
- Angewiesen auf Hilfe im täglichen Leben
- Angewiesen auf Hilfe im Haushalt
- Sonstiges
- Keine genaue(n) Diagnose(n) möglich

Pflegeabhängigkeitsskala (PAS)

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

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



Universität 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 (Siestalieg)
- Isolation/Separation

Überprüfen Sie bitte, ob alle Fragen vollständig ausgefüllt sind.



Code der Einrichtung

Code der Station/
Wohnbereich

Europäische Pflegequalitätserhebung

Modul Dekubitus

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

3a

1 Risikoskala (Für weitere Hinweise zur Bradenskala siehe Karte Anhang)

Sensorisches Empfindungsvermögen

- 1 Fehlt
- 2 Stark eingeschränkt
- 3 Leicht eingeschränkt
- 4 Vorhanden

Ernährung

- 1 Sehr schlechte Ernährung
- 2 Mäßige Ernährung
- 3 Ausreichend Ernährung
- 4 Gute Ernährung

Mobilität

- 1 Komplett immobil
- 2 Stark eingeschränkt
- 3 Gering eingeschränkt
- 4 Mobil

Aktivität

- 1 Bettlägerig
- 2 Sitzt auf einem Stuhl
- 3 Geht wenig
- 4 Geht regelmäßig

Feuchtigkeit

- 1 Ständig feucht
- 2 Oft feucht
- 3 Manchmal feucht
- 4 Selten feucht

Reibe- und Scherkräfte

- 1 Aktuelles Problem
- 2 Potentielles Problem
- 3 Kein Problem zurzeit

2 Präventive Maßnahmen Dekubitus (Bitte alle Maßnahmen ankreuzen, die zur Anwendung kommen)

- Wechsellagerung oder Positionswechsel gemäß Zeitschema
- Prävention und Beheben von Flüssigkeits- und Ernährungsdefiziten
- Informieren der PatientIn und der pflegenden Angehörigen
- Entlastung der Ferse
- Cremes zum Schutz der Haut
- Sonstiges
- Keine

3 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?

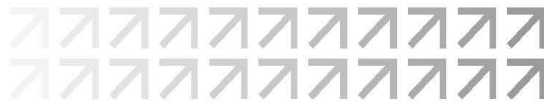
- Nein, die PatientIn hat keinen Dekubitus (Model beendet)
- Nein, die PatientIn hat keine Schmerzen aufgrund des Dekubitus (Bitte mit Frage 7 fortfahren)
- Ja, die PatientIn hat Schmerzen aufgrund des Dekubitus: (auf einer Skala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (schlimmster Schmerz) (Bitte mit Frage 7 fortfahren))

7 Die folgende Tabelle muss nur für PatientInnen mit Dekubitus ausgefüllt werden. Wenn die PatientIn keinen Dekubitus hat, ist das Modul hier beendet.

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





Modul Inkontinenz

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

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 Bettelinlagen
- 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 | Rechts und/oder links der Analfalte | Urin | | Fäkalien | |
|----------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Am Steißbein: Analfalte | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiste | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Labia | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Scrotum | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | | | | |
| Dauer | >1 <2 Tage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (die schwerste Verletzung) | >2 <7 Tage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | >7 Tage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | | | | |
| Wann entstanden | Vor der Einweisung in die eigene Einrichtung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (die schwerste Verletzung) | Nach der Einweisung in die eigene Einrichtung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12 Spezielle Hautpflege zur Behandlung inkontinenzbedingter Verletzungen?

- Ja Nein

13 Spezielle Hautpflege zur Prävention inkontinenzbedingter Verletzungen?

- Ja Nein

Modul Mangelernährung

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

3c

1 Klinisches Bild der PatientIn.

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

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

- Ja
- Nein

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

- Ja
- Nein

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

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

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

5 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

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



Code der Einrichtung

Code der Station/
Wohnbereich

Europäische Pflegequalitätserhebung

Modul Intertrigo

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

3d

1 An welchen Stellen ist die PatientIn an Intertrigo erkrankt?

(Es sind mehrere Antworten möglich)

- Rechte Brustfalte
- Linke Brustfalte
- Rechte Leistengegend
- Linke Leistengegend
- Rechte Achsel
- Linke Achsel
- Analfalte
- Bauchfalte
- Sonstige Hautfalten
- Keine *(Bitte mit Frage 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

Modul Stürze und freiheitsentziehende Maßnahmen

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

- 1 Wie oft ist der 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 Sturzort**
- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Unbekannt | <input type="checkbox"/> Wohnzimmer |
| <input type="checkbox"/> Schlafzimmer | <input type="checkbox"/> Treppe |
| <input type="checkbox"/> Badezimmer/Toilette | <input type="checkbox"/> Draußen |
| <input type="checkbox"/> Flur | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Küche | |
- 6 Welche Aktivität führte die PatientIn gerade aus, als sich der Sturz ereignete?**
- Unbekannt
- Laufen oder Stehen ohne Hilfsmittel
- Laufen oder Stehen mit Hilfsmittel
- Liegen/Sitzen im Bett
- Sitzen
- Sonstiges
- 7 Was war die Hauptursache des Sturzes?**
- Unbekannt
- Körperliche Gesundheitsprobleme
- Psychische Gesundheitsprobleme
- Externe Faktoren
- 8 Hat der Sturz bei der PatientIn Verletzungen verursacht?**
- Ja
- Nein *(Bitte mit Frage 10 fortfahren)*
- 9 Welche Verletzungen hatte der Sturz zur Folge?**
- Minimale Verletzungen (gesundheitliche Folgen, die keiner medizinischen Behandlung bedürfen; blaue Flecken, leichte Schürfwunden)
- Mittlere Verletzungen (Prellungen, Schnittwunden, die genäht werden müssen, schwere Schürfwunden, die eine Wundpflege erforderlich machen)
- Schwere Verletzungen (Arm- oder Beinfraktur, Kopfverletzungen)
- Hüftfraktur
- 10 Hat die PatientIn Angst zu stürzen?**
- Ja
- Nein
- 11 Vermeidet die PatientIn Aktivitäten?**
- Ja
- Nein
- 12 Welche Maßnahmen zur Sturzprävention wurden bei der PatientIn ergriffen? *(Es sind mehrere Antworten möglich)***
- Auswertung der Medikation
- Übungstherapie
- Auswertung der Hilfsmittel
- Alarmierung (Sensormatte, Alarmsensor, zusätzliche Alarmklingel)
- 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



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)