Masterarbeit

Dekubitusprävalenz
Charakteristiken der Betroffenen
und Merkmale der Dekubituswunden: Eine Datenanalyse

Eingereicht von

Sadeta Softic, BSc

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinische Universität Graz

Ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von Betreuerin

Dr. Silvia Bauer

Graz, am 08.07.2016

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

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

Graz, am 08.07.2016 Sadeta Softic BSc eh.

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich den Menschen danken, die zum Erfolg dieser Masterarbeit beigetragen haben.

Meinen Eltern und meinem Bruder

meinen Freunden (v.a. Nicole, Patrick, Johannes und Peter)
für ihre liebevolle Unterstützung und wertvollen Tipps
im Rahmen des Kolloquiums
und den Glauben an mich und meinen Entscheidungen
während der gesamten Studienzeit.

insbesondere einen herzlichen Dank an Heidrun Gattinger und Susi Saxer

von der FH St. Gallen

meinem Stationsleiter Gerhard in Graz und

Pflegeexperten Gregor Fibel und Sabrina Schipani aus dem Spital Uster.

Besonderen Dank an die Mitarbeiterinnen des Instituts für Pflegewissenschaft,

Meiner Betreuerin Dr. Bauer

und

Frau Univ. Prof.in Dr.in Christa Lohrmann.

Danke.

INHALTSVERZEICHNIS

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG I

DANKSAGUNG II

INHALTSVERZEICHNIS III

GLOSSAR VII

ABKÜRZUNGEN IX

ABBILDUNGSVERZEICHNIS X

TABELLENVERZEICHNIS XI

ZUSAMMENFASSUNG XII

ABSTRACT XIII

1 Einleitung 1

1.1. Einteilung der Schwergrade nach EPUAP/NPUAP 2

1.2. Problemstellung 3

2. Literaturrecherche 5

2.1. Vorgehensweise bei der Literaturrecherche 5

2.1.1. Einschlusskriterien 6

2.1.2. Ausschlusskriterien 6

2.1.3. PRISMA- Flowchart 7

3. Ergebnisse der Literaturrecherche 8

3.1. Prävalenz 8

3.2. Internationale Prävalenzstudien zu Dekubitus 17

3.3. Prävalenzberechnung 17

3.4. Datenerhebung und verwendete Instrumente 18

3.5. Einschätzung des Dekubitusrisikos 18

3.6. Internationale Gesamtprävalenzen zu Dekubitus in Krankenhäusern 19

3.7. Internationale Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe 20
4. Ergebnisse zu den Charakteristiken der Betroffenen 22
5. Ergebnisse zu den Charakteristiken der Dekubituswunden 24
5.1. Kategorien 24
5.2. Lokalisation 25
5.3. Zeitpunkt des Entstehens 25
5.4. Dauer des Bestehens von Dekubitus 26
6. Fazit der Literaturrecherche 27
7. Zielsetzung und Forschungsfragen 29
7.1. Forschungsfragen 29
8. Methode 29
8.1. Studiendesign 30
8.2. Stichprobe 30
8.3. Messinstrument 31
8.4. Datenerhebungen 32
8.5. Ethische Aspekte 33
8.6. Datenanalyse 33
9. Ergebnisse der Datenanalyse 34
9.1. Angaben zu den teilnehmenden Krankenhäusern und Studienpopulation 34
9.2. Demographische Merkmale der Stichprobe 35
9.3. Stichprobe nach Altersgruppen (in %) 36
9.4. Altersgruppen nach Geschlecht (in %) 36
9.5. Diagnosen und Hilfebedarf der Stichprobe 37
9.6. Pflegeabhängigkeit der Stichprobe 39
9.7. Dekubitusprävalenz 42
9.8. Dekubitusrisiko 42
9.9. Charakteristiken der Betroffenen 43

9.9.1. Das Alter und Geschlecht 43
9.9.2. Altersgruppen 43
9.9.3. Verteilung Geschlecht nach Alter 44
9.9.4. Diagnosen 45
9.9.5. Anzahl aller Diagnosen nach Betroffenen 46
9.9.6. Pflegeabhängigkeit 47
9.10. Charakteristiken der Dekubituswunden 48
9.10.1. Zeitpunkt des Entstehens 48
9.10.2. Kategorien 48
9.10.3. Dauer des Bestehens von Dekubituswunden (in%) 49
9.10.4. Lokalisationen an Körperregionen 50
10. Diskussion 51
10.1. Gesamtprävalenz und Prävalenz in der Risikogruppe 51
10.2. Charakteristiken der Betroffenen 53
10.2.1. Alter und Geschlecht 53
10.2.2. Diagnosen 53
10.2.3. Pflegeabhängigkeit 54
10.3. Charakteristiken von Dekubitus 54
10.3.1. Zeitpunkt des Entstehens 54
10.3.2. Kategorien 55
10.3.3. Die Dauer des Bestehens von Dekubitus 56
10.3.4. Lokalisation 56
10.4. Vergleich der Charakteristiken der Betroffenen mit der Stichprobe 58
11. Limitationen der Studie 59
12. Stärken der Studie 60
13. Implikationen für die Praxis 61
14. Implikationen für die Forschung 61

Literaturverzeichnis XIV

Anhang: Fragebogen der Pflegequalitätserhebung 2014 XIX

GLOSSAR

Bradenskala: Eine Skala zur Einschätzung des Dekubitusrisikos (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2010).

Bias: Einflüsse, die zu einer Verzerrung des Studienergebnisses führen (Polit & Beck 2012).

Dekubituswunden: Die Pluralform des Wortes „Dekubitus“ (EPUAP & NPUAP 2009).

Deskriptives Design: Studien, die das Ziel verfolgen, bestimmte Phänomene genau zu beschreiben und zu analysieren, um neue Erkenntnisse zu gewinnen (Polit & Beck 2012).

Informierte Zustimmung: Ein ethisches Prinzip zur Sicherstellung der freiwilligen Teilnahme an einer Forschungsstudie und der Aufklärung über mögliche Risiken und Effekte (Polit & Beck 2012).

LPZ: Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten, welches von der Medizinischen Universität Graz in Kooperation mit der Universität Maastricht durchgeführt wird (Lohrmann 2013).

Multizentrische Studie: Eine Studie, die an mehreren Einrichtungen gleichzeitig durchgeführt wird (Lohrmann 2013).

Nortonskala: Eine Skala zur Einschätzung des Dekubitusrisikos (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2010).

Prävalenz: Die Anzahl auftretender Krankheitsfälle in einer definierten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt (Polit & Beck 2012).

PRISMA Flow chart: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses is an evidence-based minimum set of items for reporting in systematic reviews and meta-analyses. PRISMA focuses on the reporting of reviews evaluating randomized trials, but can also be used as a basis for reporting systematic reviews of other types of research, particularly evaluations of interventions (PRISMA Statement 2015).

PICO- Schema: Hilfsschema für die Formulierung einer klinischen Frage zur Wirkung von Interventionen: Patient, Intervention, Comparison (Vergleichsintervention), Outcome (Zielgrösse) (Chochrane Deutschland – Cochrane Glossar 2015).

Prävalenzerhebung: Die Untersuchung einer Population hinsichtlich des Vorliegens eines bestimmten Krankheitsbildes oder Zustandes zu einem bestimmten Zeitpunkt (Polit & Beck 2012).

Querschnittstudie: Die Daten der gesamten Stichprobe werden zu einem bestimmten Zeitpunkt erhoben, mit dem Ziel einer Datengrundlage für die Planung im Gesundheitswesen und zur Gewinnung von Hinweisen auf Risikofaktoren. Querschnittstudien können in gewissen Abständen wiederholt werden, um Trends in der Entwicklung zu untersuchen. Kausale Zusammenhänge können mit diesem Studiendesign jedoch nicht überprüft werden (Polit & Beck 2012).

Rücklaufqoute- oder rate: Die Rücklaufquote- oder rate bezeichnet die Teilnahmerate einer Studie, die durch die Division der Anzahl der Teilnehmenden durch die Anzahl der Personen, die als Stichprobe gezogen wurden (Polit & Beck. 2012).

Studiendesign: Ein umfassendes Konzept, das die Gesamtheit der Vorgehensweisen im Rahmen einer Studie definiert (Polit & Beck 2012).

Studienpopulation: Die Grundgesamtheit; die gesamten Fälle, die für eine Studie bedeutend sind (Polit & Beck 2012).

ABKÜRZUNGEN

Allg.KH	allgemeines Krankenhaus
APUPA	Austrian Pressure Ulcer Prevention Association. Österreichische Gesellschaft für Dekubitusprävention
D	Deutschland
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
EPUAP	European Pressure Ulcer Advisory Panel
gKH	geriatrisches Krankenhaus
HAPU	Hospital acquired pressure ulcer
k. A.	keine Angaben
KH	Krankenhaus
LPZ	Landelijke Prevalentiemeting Zorgpreoblem. Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten
NL	Niederlande
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
N	Absolute Anzahl, Bezugsgröße
Ö	Österreich
PH	Pflegeheim
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: PRISMA Flowchart 7
Abbildung 2: Altersgruppen (in %) 36
Abbildung 3: Altersgruppen nach Geschlecht 36
Abbildung 4: Dekubitus Häufigkeiten nach Altersgruppen 43
Abbildung 5: Verteilung Geschlecht nach Alter 44
Abbildung 6: Diagnosen der Betroffenen 45
Abbildung 7: Menge an Diagnosen nach Betroffenen 46
Abbildung 8: Lokalisationen der Dekubituswunden 50

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Kategorien....2
Tabelle 2: Eingeschlossenene Studien....9
Tabelle 3: TeilnehmerInnen und Rücklaufquote....34
Tabelle 4: Gründe für die Nicht- Teilnahme....35
Tabelle 5: Geschlecht und Alter der TeilnehmerInnen....35
Tabelle 6: Diagnosen der Stichprobe (in %), der Häufigkeit nach geordnet....37
Tabelle 7: Hilfebedarf in täglichen Leben (in %)....38
Tabelle 8: Pflegeabhängigkeit der einzelnen Items der PAS (in %)....39
Tabelle 9: Pflegeabhängigkeit nach Gesamtpunkteanzahl....41
Tabelle 10: Pflegeabhängigkeit (Gesamtpunkteanzahl) nach Altersgruppe (in %)....41
Tabelle 11: Gesamtprävalenz von Dekubitus (in %)....42
Tabelle 12: Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe (in %)....42
Tabelle 13: Durchschnittsalter und Geschlecht (Gesamtprävalenz)....43
Tabelle 14: Pflegeabhängigkeit der Betroffenen nach Gesamtpunkten....47
Tabelle 15: Zeitpunkt des Entstehens....48
Tabelle 16: Dekubitus nach Kategorien....48
Tabelle 17: Dauer des Bestehens der Dekubituswunden (in %)....49

ZUSAMMENFASSUNG

Dekubitus stellt seit Jahrzehnten ein ernstzunehmendes Pflegephänomen dar. Besonders Pflegepersonen sind gefordert präventive und kurative Maßnahmen bei der Versorgung von PatientInnen mit Dekubitus zu leisten. Internationale Studien geben Dekubitusprävalenzen zwischen 3% und 25% in Krankenhäusern an. Ein adäquater Vergleich der Daten ist aufgrund der Unterschiede bei der Studienpopulation, der Methodik und dem Untersuchungsgegenstand nur schwer möglich. Noch immer besteht ein Mangel an wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen zur Prävalenz von Dekubitus. Insbesondere gibt es noch keine Daten zu genaueren Beschreibungen der Betroffenen und der Charakteristiken von Dekubitus in österreichischen Krankenhäusern. **Ziel:** Das Ziel dieser Masterarbeit ist es, die Prävalenz von Dekubitus, die Merkmale der Betroffenen und die Wundcharakteristiken in österreichischen Krankenhäusern zu beschreiben. **Methode:** Im Rahmen der Pflegequalitätserhebung wurden am 8. April 2014 standardisiert erhobene Daten, in einer Querschnittsstudie mit deskriptivem Design, in 64 österreichischen Krankenhäusern erfasst. **Ergebnisse:** Von insgesamt 8029 PaientInnen in stationärer Behandlung an diesem Tag nahmen 6067 an der Studie teil. Die Prävalenz war 3% (alle Kategorien) und 1,9% (ohne Kategorie 1) und in der Risikogruppe (n=1833) 9,1% (alle Kategorien) und 5,9% (ohne Kategorie 1). Bei 30,4% der PatientInnen bestand ein Risiko an Dekubitus zu erkranken. Das durchschnittliche Alter der Betroffenen war 74 Jahre und 54,3% davon waren weiblich. 75,5% der Betroffenen waren völlig, überwiegend oder teilweise von der Pflege abhängig. Bei den Wundcharakteristiken zeigte sich, dass 43% (n= 179) der Dekubituswunden am häufigsten mit der Kategorie 2 klassifiziert wurden. Mehr als ein Drittel (40.8%) bestanden seit mehr als zwei Wochen und 6% waren auch nach einem Jahr nicht verheilt. 63,1% sind bereits vor der Einweisung in das Krankenhaus entstanden. Die drei häufigsten Lokalisationen waren Gesäß (28,3%), das Kreuzbein (22,6%) und die Fersen (21,9%). **Schlussfolgerung:** Es konnten erstmalig Ergebnisse über die Charakteristiken der Betroffenen, wie das Alter, Geschlecht, Pflegeabhängigkeit und Diagnose, sowie Wundcharakteristiken, wie Kategorien, Lokalisationen, Dauer des Bestehens und Zeitpunkt des Entstehens von Dekubitus in österreichischen Krankenhäusern vorgestellt werden. Diese Daten bieten einen Grundstein für die pflegerische Praxis, um das Ausmaß des Pflegeproblems zu eruieren, eine Hochrisikogruppe zu identifizieren und eine frühzeitige präventive und kurative Maßnahmenplanung wird unterstützt. Um langfristig eine hohe

Versorgungsqualität in der Pflege zu gewährleisten, sind jedoch regelmäßige Erhebungen der Erkrankungsrate, der Charakteristiken der Betroffenen und des Dekubitus notwendig.

ABSTRACT

For decades, pressure ulcers have been a serious nursing problem. Especially caregivers face enormous challenges and provide a significant contribution in the prevention and care of pressure ulcers. International studies indicate decubitus prevalence in hospitals between 3% and 25%. An adequate comparability of the date is limited because of the different population methodology and object of the studies. There is still a lack of scientifically proved results about the prevalence of pressure ulcers. In particular, there is still no data on detailed descriptions about affected patients and the pressure ulcer characteristics in Austrian hospitals. **Aim:** The aim of this master thesis is to describe the prevalence of pressure ulcers, the characteristics of those affected, as well as the wound characteristics in Austrian hospitals. **Method:** As part of the survey of quality of care, on April 8th 2014 standardized data was collected in a cross- sectional study with descriptive design in 64 Austrian hospitals. **Results:** From the overall of 8029 inpatients on this day, 6067 participate to the study. The prevalence was 3% (all categories) and 1.9% (excluding category 1) and in the risk group (n= 1833) 9.1% (all categories) and 5.9% (excluding category 1). 30.4% of the patients have a risk of developing pressure ulcers. The average age was 74 years und 54.3% of the afflicted patients were female. 75.5% were completely, mainly or partially dependent on the care. The wound characteristics have shown that 43% (n= 179) of the pressure ulcers most are classified as category 2. More than one third of those (40.8%) have shown duration of existence more than two weeks and 6% had not healed even after a year. 63.1% of those had occurred prior to the admission into the hospital. The three most frequent locations of the pressure ulcers were on the buttock (28.3%), sacral (22.6%) and heels (21.9%). **Conclusion:** For the first time scientifically proved results could be shown about characteristics of the afflicted, about their age, gender, care dependency and diagnose, and wound characteristics, the categories, location, the duration of existence and the date of accrual of pressure ulcer in Austrian hospitals. The results offer a foundation for the nursing practice to determine the extent of each care problem. Especially the data provides the possibility to identify a high-risk group and it supports an early preventive and curative planning of measures. In Austria, regular pressure ulcer prevalence and surveys about the characteristics of the afflicted and the pressure ulcer are essential to ensure long- term quality of supply in the nursing practice.

1. Einleitung

Das European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) und National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) definiert Dekubitus folgendermaßen:

> *„Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Schärkräften“* (EPUAP, NPUAP 2009, S.5)

Ein Dekubitus zählt zu den chronischen Wunden und kann über den ganzen Körper entstehen. Ausgelöst wird dieser durch Druckeinwirkung auf die Haut und die Weichteile über eine bestimmte Zeit, sodass es zu einer Kompression in Bereichen der Gefäße, der Knochen und der Auflage kommt. Die Folge ist eine Durchblutungsstörung und somit Sauerstoffmangel im Gewebe (Black et al. 2010, Lahmann, Halfens & Dassen 2006). Eine bereits geringe Schädigung der Haut kann dazu führen, dass Fremdkörper und Keime eindringen und so zur Zerstörung des darunterliegenden Gewebes führen (Steigele 2012).
Es gibt mittlerweile eine Reihe von Studien über Risikofaktoren, mögliche Ursachen, sowie besonders gefährdete Personen für das Entstehen von Dekubitus, aufgrund dessen auch eine Vielzahl an möglichen Interventionen entwickelt wurde. Dabei sind Pflegenden bei der Planung präventiver und kurativer Versorgungsmaßnahmen besonders gefordert (Lahmann, Halfens & Dassen 2006).
Es gibt Körperregionen, die bei der Entstehung eines Dekubitus gefährdeter sind als andere. Vor allem werden Körperstellen über Knochenvorsprünge aufgrund des geringen Fettgewebes als besonders gefährdet in der Literatur erwähnt (Black et al. 2010, Lahmann, Halfens & Dassen 2006).
Der Dekubitus wird je nach Ausprägung der Schädigung der Haut, des Gewebes bis zum Knochen in Kategorien, Stufen oder Grade eingeteilt. Dazu gibt es mittlerweile eine Reihe von Klassifikationssystemen, die Dekubitus in vier bis sechs Grade bzw. Kategorien einstuft (DNQP 2015).
Das Klassifikationssystem nach EPUAP und NPUAP wird meist zur Einschätzung von Dekubitus in vier Schweregrade verwendet. Dabei wird der Begriff „Kategorie“ zur Bezeichnung der unterschiedlichen Dekubitusschweregrade benutzt. Je höher die Kategorie, desto schwerer die Wundschädigung (EPUAP, NPUAP 2009).

In der folgenden Tabelle 2 werden die vier Kategorien detailliert beschrieben.

1.1. Einteilung der Schwergrade nach EPUAP/NPUAP

Tabelle 1: Kategorien

Kategorie 1	**Nicht wegdrückbare Rötung**	
	Nicht wegdrückbare, umschriebe Rötung bei intakter Haut, gewöhnlich über einem knöchernen Vorsprung. Bei dunkel pigmentierter Haut ist ein Ablassen möglicherweise nicht sichtbar, die Farbe kann sich aber von der umgebenden Haut unterscheiden. Der Bereich kann schmerzempfindlich, verhärtet, weich, wärmer oder kälter sein als das umgebende Gewebe. Diese Symptome können auf eine (Dekubitus-) Gefährdung hinweisen.	APUPA (2008 - 2015)
Kategorie 2	**Teilverlust der Haut**	
	Teilzerstörung der Haut (bis in die Dermis/Lederhaut), die als flaches, offenes Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/rupturierte, serumgefüllte Blase darstellen. Manifestiert sich als glänzendes oder trockenes, flaches Ulcus ohne nekrotisches Gewebe oder Bluterguss*. Diese Kategorie sollte nicht benutzt werden um Skin Tears (Gewebezerreißungen), verbands- oder pflasterbedingte Hautschädigungen, feuchtigkeitsbedingte Läsionen, Mazerationen oder Abschürfungen zu beschreiben. Blutergüsse weisen auf eine tiefe Gewebsschädigung hin.	APUPA (2008 - 2015)
Kategorie 3	**Verlust der Haut**	
	Zerstörung aller Hautschichten. Subkutanes Fett kann sichtbar sein, jedoch keine Knochen, Muskeln oder Sehnen. Es kann ein Belag vorliegen, der jedoch nicht die Tiefe der Gewebsschädigung verschleiert. Es können Tunnel oder Unterminierungen vorliegen. Die Tiefe des Dekubitus der Kategorie/Stufe/Grad 3 variiert je nach anatomischer Lokalisation. Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und das Gehörknöchelchen haben kein subkutanes Gewebe, daher können Kategorie 3 Wunden dort auch sehr oberflächlich sein. Im Gegensatz dazu können an besonders adipösen Körperstellen extrem tiefe Kategorie 3 Wunden auftreten. Knochen und Sehnen sind nicht sichtbar oder tastbar.	APUPA (2008 - 2015)
Kategorie 4	**Vollständiger Haut oder Gewebeverlust**	
	Totaler Gewebsverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Belag und Schorf können vorliegen. Tunnel oder Unterminierungen liegen oft vor. Die Tiefe der Kategorie 4 Dekubitus hängt von der anatomischen Lokalisation ab. Der Nasenrücken, das Ohr, der Hinterkopf und der Knochenvorsprung am Fußknöchel haben kein subkutanes Gewebe, daher können Wunden dort auch sehr oberflächlich sein. Kategorie 4 Wunden können sich in Muskeln oder unterstützende Strukturen ausbreiten (Fascien, Sehnen oder Gelenkkapseln) und können dabei leicht Osteomyelitis oder Ostitis verursachen. Knochen und Sehnen sind sichtbar oder tastbar.	APUPA (2008 - 2015)

(Quelle: Stadieneinteilung des Dekubitus nach EPUAP (EPUAP/NPUAP 2009) adaptiert nach Sadeta Softic 2015)

1.2. Problemstellung

Dekubitus stellt ein ernstzunehmendes und häufig auftretendes Pflegeproblem dar. Die Auswirkungen von Dekubitus haben enormen Einfluss auf das gesamte Befinden der Betroffenen. Die Leidensgeschichte zieht sich oft über Monate und Jahre. Die dadurch entstehenden schmerzhaften Verbandwechsel, sowie mögliche Wundheilungsstörungen können die Folgen eines Dekubitus sein. Im Weiteren wird die Selbstständigkeit eingeschränkt (Kottner et al. 2006, Gerlach et al. 2008) und die psychische Integrität der Betroffenen verletzt. Dekubitus verursacht oftmals unerträgliche Schmerzen und reduziert insgesamt die Lebensqualität. Auf der psychischen Ebene können depressive Verstimmungen auftreten, sowie Angst und Frustration ausgelöst werden (Panfil et al. 2008).

Aufgrund der langen Heilungsdauer und der dadurch verlängerten Verweildauer im Krankenhaus, wird das Gesundheitssystem mit großen finanziellen Herausforderungen konfrontiert (Gerlach et al. 2008). Schätzungen der durchschnittlichen Verlängerung der Verweildauer bei PatientInnen mit Dekubitus werden von 14 Tagen bis zu 2 Monaten mit durchschnittlichen Mehrkosten von 4.550 bis zu 19.500 Euro angegeben (Eberhardt et al. 2005). Deutsche Krankenkassen geben im Durchschnitt jährlich rund 3,5 Milliarden Euro für Dekubitusbehandlungen aus, wobei nur die Sachgüter berücksichtigt wurden (Nord 2006).

Trotz vieler prophylaktischer Maßnahmen ist die Dekubitusprävalenz in den österreichischen allgemeinen Krankenhäusern (KH) bei 3,2% und in geriatrischen KH bei 7,4% (Lohrmann 2013). Am häufigsten sind ältere, pflegebedürftige und immobile Menschen von Dekubitus betroffen (Klein et al. 2005). In allgemeinen KH war die Prävalenz in der Gruppe der über 80 Jährigen mit 11% am höchsten und in geriatrischen Einrichtungen mit 10% der 60 – 79 Jährigen (Lohrmann 2013). Internationale Studien für das Setting Krankenhaus geben Prävalenzen von unter 3% bis über 25% an (Kottner et al. 2009, Lahmann, Halfens & Dassen 2006, Lahmann, Dassen & Kottner 2012, Lohrmann 2013).

Dekubitus ist neben anderen auch ein wesentlicher Qualitätsindikator der Pflege (Lohrmann 2013, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege 2010). Oftmals wurde das Vorkommen von Dekubitus als eine vermeidbare Komplikation gesehen und in den Medien als Pflegeskandal tituliert. Heutzutage gibt es vielfältige Risikofaktoren und damit eine Vielzahl an Interventionsmöglichkeiten bei Dekubitus, sowohl als Prophylaxe als auch Behandlung (Lahmann, Halfens & Dassen 2006). Pflegende machen die größte Gruppe im Gesundheitswesen aus und sind besonders gefordert adäquate präventive sowie kurative

Maßnahmen zu setzen (Panfil et al. 2008). Um eine bestmögliche Pflege für die Betroffenen zu gewährleisten, gewinnt hier auch die Expertise der Pflegewissenschaft besonders an Bedeutung. Evidenzbasierte Pflege zu gewährleisten, bedeutet sowohl die praktische Expertise als auch wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse miteinander zu vereinen. Die wissenschaftlich fundierten Erkenntnisse dienen unter anderem als Stimulus für die Verbesserung der Versorgungpraxis.

So liefert die Pflegequalitätserhebung aktuelle und methodisch verlässlich erfasste Daten über den Ist- Zustand der gegenwärtigen Praxis, die als Basis einer adäquaten und patientInnenzentrierten Maßnahmenplanung und Versorgung dienen kann. Als eine Methode bietet die Erhebung Erkenntnisse zu den hausinternen Prävalenzen, den gesetzten Maßnahmen und zu Qualitätsindikatoren der Pflegeprobleme bzw. Pflegephänomene, wie unter anderem Dekubitus (Lohrmann 2013).

Vorrangig dient die Pflegequalitätserhebung der Schätzung des quantitativen Ausmaßes des Problems und des Versorgungbedarfs. Insbesondere können Daten zu den Charakteristiken der Betroffenen mit Dekubitus und der Wundcharakteristiken ermittelt werden. Der große Nutzen einer genaueren Beschreibung der Betroffenen, liegt in der Identifizierung der Hochrisikogruppe. Weiter können durch eine Ermittlung der Wundcharakteristiken besonders anfällige Lokalisationen an Körperstellen und häufig auftretenden Schweregrade identifiziert werden. Zusätzlich können Angaben zur Dauer des Bestehens und zum Zeitpunkt des Entstehens der Dekubituswunden transparent gemacht werden und einen wesentlichen Nutzen zur Optimierung der Versorgung beitragen.

Insgesamt ist zu sagen, dass noch immer ein Mangel an wissenschaftlich fundierten Ergebnissen zu Dekubituserkrankungsrate in Österreich besteht. Daten zu Erkrankungsrate von Dekubitus werden erst seit 2009 erhoben, es gibt jedoch bis heute keine genaueren Beschreibungen der Betroffenen mit einem Dekubitus und der Wundcharakteristiken.

Aus diesen Gründen beschäftigt sich diese Masterarbeit mit der Prävalenzrate, einer detaillierten Beschreibung der Merkmale der Betroffenen und der Wundcharakteristika.

Im Folgenden wird im theoretischen Teil dieser Masterarbeit ein Überblick der aktuellen Literatur im internationalen Vergleich zum Thema Dekubitusprävalenz, Charakteristiken der Betroffenen und der Dekubituswunden erläutert. Zuerst wird die Vorgehensweise der Literaturrecherche mit Ein- und Ausschlusskriterien, sowie ein Flow Chart zur Übersichtlichkeit dargestellt. Anschließend werden die Ergebnisse in mehreren Tabellen erfasst und die wichtigsten Ergebnisse nochmals im Text zusammengefasst vorgestellt.

2. Literaturrecherche

Die Methode für den theoretischen Teil dieser Masterarbeit ist eine systematische Literaturrecherche. Im Zeitraum von 12. März bis 21. Juni 2015 wurde nach relevanter Literatur über Dekubitusprävalenzen, Charakteristiken der Betroffenen und des Dekubitus gesucht, um den gegenwärtigen Stand der Forschung darzustellen.

2.1. Vorgehensweise bei der Literaturrecherche

Im ersten Schritt wurde eine allgemeine Recherche über die oben genannte Thematik im Internet durchgeführt. Die Schlüsselwörter für die Suche waren „pressure ulcer“, „bedsore“ und „prevalence“ sowie die deutsche Übersetzung „Druckgeschwür“ oder „Dekubitus“ und Prävalenz“. Die Suchkombination wurde in der Metasuchmaschine search.com durchgeführt, um zugleich Suchmaschinen wie google.com und ask.com zu durchsuchen.
Im Weiteren wurde die Suche auf den Seiten der verschiedener Organisationen, wie Austrian Pressure Ulcer Prevention Association (APUPA), Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) und des National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) durchgeführt.

Im zweiten Schritt wurde eine Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken über die aktuellsten Forschungsergebnisse von internationalen und nationalen Prävalenzen zu Dekubitus, sowie Merkmale der Betroffenen und der Wundcharakteristika durchgeführt. Es wurde in den Onlinedatenbanken PubMed, CINAHL der Medizinische Universität Graz, in der Suchmaske von Ovid: in Cochrane Library Cochrane DSR, ACP Journal Club, DARE, CCTR, CMR, HTA, and NHSEED, MEDLINE® 1946 to January Week 4 2015 und Embase 1996 to 2015 Week 05 gesucht.

Die Identifizierung der Schlagwörter und Schlüsselbegriffe wurde mit Hilfe des PICO-Schemas überlegt. Das PICO ist ein Hilfsschema zur Entwicklung recherchierbarer Fragestellungen, das aus der evidenzbasierten Medizin stammt. Das „P“ steht für Patient, „I“ für Intervention, „C“ (Comparison) Vergleichsintervention und „O“ (Outcome) für die Zielgröße (Chochrane Deutschland – Cochrane Glossar 2015).

Es wurden folgende Schlüsselwörter als englischsprachige Suchbegriffe einbezogen und mit den Boolean Operatoren AND und OR verknüpft:

(pressure ulcer OR bedsore OR pressure sore OR decubitus) AND (prevalence OR frequency) AND (hospital OR clinic)

Die Suche wurde auf deutsch- und englischsprachige Literatur und auf die Jahre zwischen 2005 und 2015 limitiert. Zudem wurde eine Handsuche in den Referenzlisten der ausgewählten Studien durchgeführt. Für die Auswahl der Studien wurden folgende Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt.

2.1.1. Einschlusskriterien

Studien, welche die Prävalenz von Dekubitus, Charakteristiken der Betroffenen und des Dekubitus aus verschiedenen Ländern im Setting Krankenhaus untersuchten. Es wurden nur Teilnehmende im Erwachsenenalter (ab18 Jahren) in die Studie eingeschlossen.

2.1.2. Ausschlusskriterien

Studien, die das Setting Krankenhaus nicht behandelten und welche Interventionen, sowie präventive Maßnahmen thematisieren.

2.1.3. PRISMA- Flowchart

Im folgenden Flowchart wird die genauere Vorgehensweise der Literaturrecherche und der ausgeschlossenen Studien dargestellt.

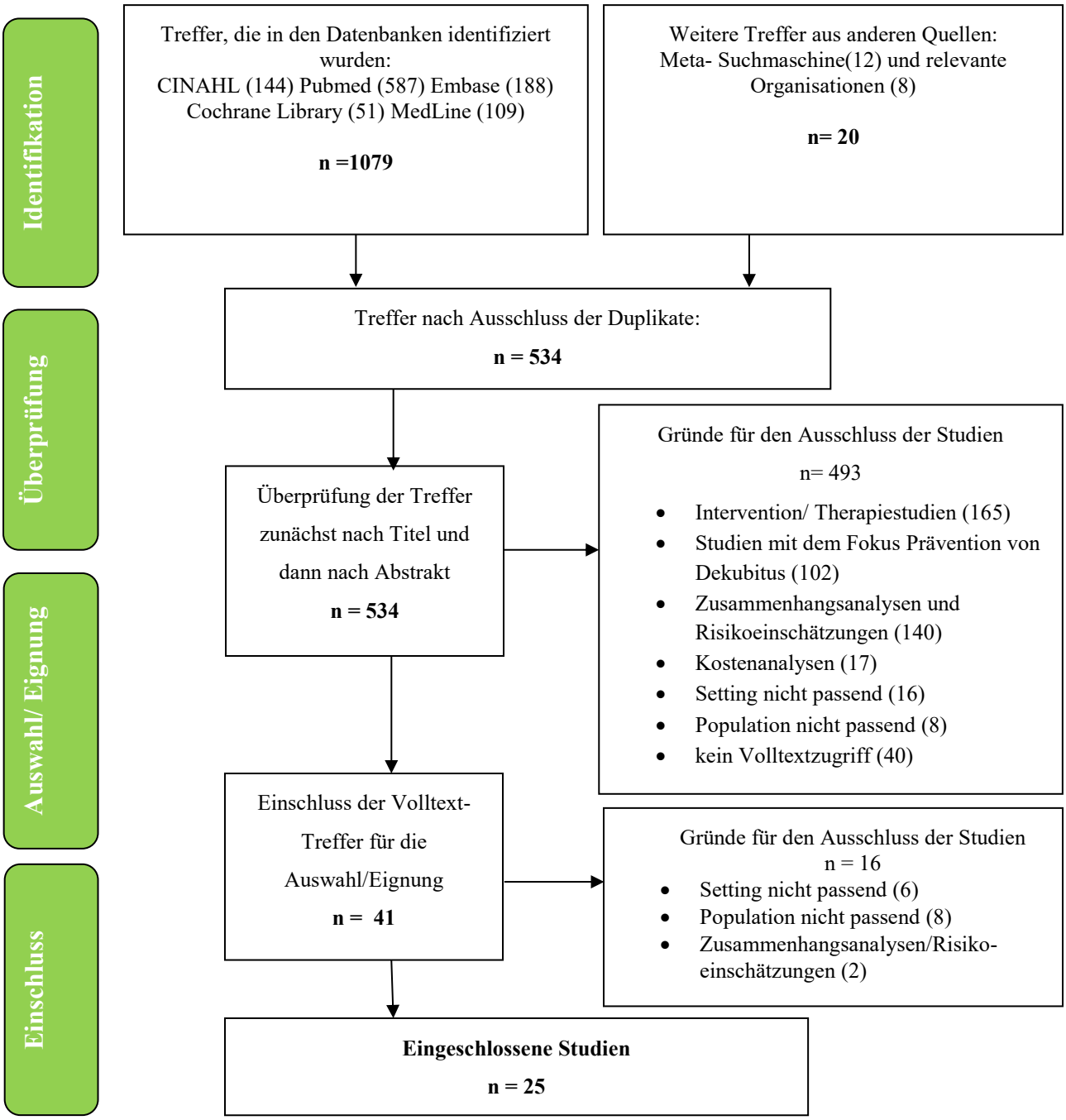

Abbildung 1: PRISMA Flowchart
(Quelle: In Anlehnung an Moher et al. 2009)

3. Ergebnisse der Literaturrecherche

Insgesamt konnten 25 relevante Studien in diese Masterarbeit eingeschlossen werden. Nachfolgend wird ein Überblick aktueller Studien zum Thema Dekubitusprävalenz, Charakteristiken der Betroffenen und Wundcharakteristiken von Dekubituswunden gegeben.

3.1. Prävalenz

Die Prävalenz oder auch Erkrankungsrate beschreibt *die Häufigkeit des Vorliegens bestimmter Krankheitsfälle zu einem gegebenen Zeitpunkt (Punktprävalenz*)[…] *oder während einer längeren Zeitperiode,* die als *Periodenprävalenz* definiert wird (Kohlmann 2014, S.2).
In dieser Masterarbeit werden sowohl die Gesamtprävalenz als auch die Prävalenz in der Risikogruppe berechnet. Eine genauere Definition und Berechnung wird im Folgenden Absatz „Prävalenzberechnung“ näher erläutert.

In den folgenden Tabelle 3 werden Ergebnisse der eingeschlossenen Studien übersichtlich dargestellt. Die Tabellen beinhalten jeweils eine detaillierte Auflistung über die AutorInnen und das Jahr des Erscheinens, das Land der Erhebung und das Setting, sowie die Größe der Stichprobe. Die Spalte „Datenerhebung/ Instrumente“ gibt Auskunft über die Methodik und die verwendeten Instrumente zur Datenerfassung, Einschätzung des Dekubitusrisikos und die Klassifikation der Wundausprägungen. In der Spalte „Prävalenzberechnung“ wird die Art der Berechnung angegeben.
Alle Ergebnisse in den Spalten „Prävalenzrate“, „Charakteristiken der Stichprobe“ und „Wundcharakteristik: Lokalisation“ werden im Setting Krankenhaus dargestellt, das für die Fragestellungen und den Rahmen dieser Masterarbeit wesentlich ist.

Tabelle 2: Eingeschlossenene Studien

AutorIn/ Jahr	Land	Setting Population (n)	Datenerhebung/ Instrumente	Prävalenz-berechnung	Prävalenzrate	Charakteristiken der Stichprobe/ Charakteristiken der Betroffenen	Wundcharakteristik: Lokalisation
Adegoke et al. (2013)	Süd-West Nigeria	KH 1.211	Pressure Ulcer Point Prevalence Survey (PUPPS3) Pressure Ulcer Staging System	Gesamtprävalenz (ohne Grad1) Punktprävalenz	Gesamtprävalenz 3,22% (alle Kategorien) und und bis 6,9% (ohne Kategorie 1 und je nach KH)	**Stichprobe**: k. A **Betroffene:** Mittleres Alter (ohne Kategorie1): 47±21,2 Jahre Männer mit Dekubitus (alle Kategorien) 3,4% Frauen mit Dekubitus (alle Kategorien) 2,8%	Sitzbein/ Gesäß (43,6%) Steißbein/Hüfte (18%, 9%) Großer Trochanter (10,3%) Ferse (7,7%)
Alja'afreh & Mosleh (2013)	Jordanien	KH 190	Selbstentwickelter Fragebogen und Klassifikationssystem (englische und arabisch) Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Bradenskala	Gesamtprävalenz (ohne Grad1) und im KH erworben Periodenprävalenz (über 4 Wochen)	Gesamtprävalenz: 24%	**Stichprobe**: k. A Von 30 **Betroffenen:** 53 % Männer 75% waren >60 Jahre alt.	Fast die Hälfte der Dekubitusulzera Kategorie 1 23% Kategorie 3 oder 4 Häufigsten Lokalisationen: Steißbein (43%), Ferse (24%) Im KH neu entstanden (innerhalb 4 Wochen): 29 Dekubitusulzera
Baath et al. (2014)	Schweden	KH und PH Insgesamt: KH 39.271 März 2011 n=16.466 Oktober 2011 n= 8.265 März 2012 n= 14.540	SALAR Expertengruppe Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Modifizierter Norton Skala Einschätzung des Dekubitusgrades nach NPUAP-Klassifikationssystem	Gesamtprävalenz Periodenprävalenz (innerhalb einer Woche in März 2011, Oktober 2011 und März 2012)	Gesamtprävalenz: 16,6% (März 2011) 14,4% (Oktober 2011) 16,1% (März 2012)	**Stichprobe:** 60% der PatientInnenwaren ≥70 Jahre alt Frauenanteil höher in allen 3 Erhebungen **Betroffene:** k. A.	Kategorie1 März 2011: Ferse (36,6%), Steißbein(32,3%), Bein(8,4%). Oktober 2011: Steißbein (37,2%), Ferse (33,8%) und Bein (8,2%). März 2012: Steißbein(34%), Ferse (32,8%) und Bein (7,4%). Kategorie2 März 2011: Steißbein (38,9%), Ferse (17,9%) und Bein (9,4%). Im Oktober 2011: Steißbein (43,2%), Bein (15,2%) und Ferse (14,6%).In März 2012: Steißbein (45,7%), Ferse(14,3%) und Bein (10,9%) Kategorie3 März 2011: Steißbein (40,3%), Ferse (22%) und Bein (16%). Im Oktober 2011: Steißbein (40%), Ferse (18,4%) und Bein (13,6%). In März 2012: Steißbein (43%), Ferse(19%) und Bein (13,4%). Kategorie4 März 2011: Ferse (39,1%), Steißbein (26,9%) und Bein (16,9%). Im Oktober 2011: Ferse (38,9%), Steißbein (28,8%) und Bein (15,2%). In März 2012: Steißbein (34,3%), Ferse(31,7%) und Bein (17,3%).

AutorIn/ Jahr	Land	Setting Population (n)	Datenerhebung/ Instrumente	Prävalenz-berechnung	Prävalenzrate	Charakteristiken der Stichprobe/ Charakteristiken der Betroffenen	Wundcharakteristik: Lokalisation
Barrois et al. (2008)	Frankreich	KH 37.307	Selbstentwickelter Fragebogen Einschätzung des Dekubitusgrades nach NPUAP-Klassifikationssystem	Gesamtprävalenz Punktprävalenz	3314 PatientInnen/ 4991 Dekubituswunden Gesamtprävalenz: 8,9% 64% hatten nur einen Dekubitus	**Stichprobe:** Mittleres Alter: 72,3 Jahre Frauenanteil: 62% **Betroffene:** k. A.	PatientInnen mit einem Dekubitus: Ferse(53%) und Steißbein (29%) PatientInnen mit mehreren Dekubituswunden hatten auch vermehrt andere Läsionen.
Bredesen et al. (2015)	Süd-Ost-Norwegen	KH 1.209	Selbstentwickelter Fragebogen Einschätzung des Dekubitusgrades nach NPUAP-Klassifikationssystem	Gesamtprävalenz und Risikogruppe Punktprävalenz im KH erworben und je nach Fachgebiet	Gesamtprävalenz: 18,2% und 7,2% (ohne Kategorie1) Im KH erworben (gemessen an allen Dekubituswunden): 15% Risikogruppe: 25.2% (gemessen an allen PatientInnen) mit Bradenscore < 17 Insgesamt 220 PatientInnen haben 359 Dekubituswunden (1,6/PatientIn).	**Stichprobe:** 40% waren ≥70 Jahre Bradenskala- Mittelwert: 19,7 Punkte 17% hatten ein Dekubitusrisiko Charakteristische Unterschiede bei PatientInnen mit und ohne Dekubitus: keine signifikanten Geschlechterunterschiede Das Alter von ≥ 70Jahrenwar signifikant unterschiedlich	Betroffene: signifikant längere Aufenthaltsdauer: 9,7 Tage und PatientInnen ohne Dekubitus: 8,6 Tage im Durchschnitt. Steißbein (36,4%) Ferse (26,8%) Hüfte (6,4%)
Brito et al. (2013)	Brazil	KH 473	Mittels Subjektive global assessment (SGA)	Gesamtprävalenz Periodenprävalenz	Gesamtprävalenz: 16,9% 80 PatientInnen mit Dekubitus 52,5 % (42 Pat.) hatten einen Dekubitus, 21,3% (17) zwei, und 13 PatientInnen ≥ 3.	**Stichprobe:** Mittleres Alter 58,4 Jahre 38,9% im Hohen Alter (betagte) 30,4% bettlägerig 251 Männer und 222 Frauen 23,5% Diagnose Krebs, 16,3% Diabetes und 14,8% Infektionen **Betroffene:** k. A.	30,3% Kategorie 1, 32,9% Kategorie 2 22,8% Kategorie 3, 13,9% Kategorie 4. Median der Verweildauer 8 Steißbein: 82,5% Trochanters: 37,5% Ferse: 27,5%

AutorIn/ Jahr	Land	Setting Population (n)	Datenerhebung/ Instrumente	Prävalenz-berechnung	Prävalenzrate	Charakteristiken der Stichprobe/ Charakteristiken der Betroffenen	Wundcharakteristik: Lokalisation
De Silva Cardoso et al. (2010)	Brazil	KH 1. Erhebung: n= 376 2. Erhebung: n=340	Einschätzung des Dekubitusgrades nach NPUAP-Klassifikationssystem Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Bradenskala	Erhebung am 16.Juni und 20. Oktober Gesamtprävalenz je nach Fachbereich und Risikogruppe Punktprävalenz	Gesamtprävalenz 1.Erhebungstag:11,4% 2. Erhebungstag: 10,3% Höchste Rate auf Intensivstation (32,7%) Risikogruppe: 60% unter Risiko (Braden < 11) An beiden Tagen war die höchste Rate an Intensivstation und am niedrigsten auf chirurgischen Stationen.	**Stichprobe:** k. A. **Betroffene:**53,5% Männer (Juni) und 57,1% (Oktober) Mittleres Alter: 60,9 Jahre in Juni und 57,7 Jahre in Oktober.	Kategorie 1 28,4% (Juni) und 35,8% (Oktober) Kategorie 2: 52,2% (Juni) und 41,8 (Oktober) Kategorie 3: 16,4% (Juni) und 13,4% (Oktober) Kategorie 4: 3% (Juni) und 1,4% (Oktober) Sakralgegend 53,7% (Juni) und 40,3 (Oktober), Fersen 22,4% (Juni) und 31,3% (Oktober), Trochanter 16,5% (Juni) und 10,5% (Oktober)
Gunningberg et al. (2011)	Schweden	KH 1192	Einschätzung des Dekubitusgrades nach NPUAP-Klassifikationssystem Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Bradenskala	Gesamtprävalenz Vergleich Betroffener, die Dekubitus im KH erworben haben (HAPU) versus außerhalb des KH. Punktprävalenz	Gesamtprävalenz: 14,9% Im KH erworben (gemessen an allen Betroffenen: n= 177): 11,6% HAPU_ Total: n= 1153 Kein HAPU: n= 1015 HAPU: n= 138	**Stichprobe:** Mittleres Alter: 67,8Jahre Frauenanteil: 52,5% **Betroffene:** k. A.	55% Kategorie 1 Mittelwert Verweildauer (von Tag der Erhebung): 26,7 Tage (HAPU) versus 10,5 Tage (kein HAPU) Ferse: 50,3% Steißbein: 32,6% Hüfte: 4,3%
Gunningberg et al. (2013)	Schweden	KH: 16.466	Einschätzung des Dekubitusgrades nach NPUAP-Klassifikationssystem Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Norton Risiko Skala	Gesamtprävalenz und in der Risikogruppe Punktprävalenz	Die Gesamtprävalenz schwankt zwischen 15,5% und 17,8% 2737 PatientInnen haben 3276 Dekubituswunden Risikogruppe: zwischen 16,5% und 19,9%	**Stichprobe:** Frauenanteil (52% bis 54% je nach Art des KH) Größte Anteil 60 bis 79 Jährige **Betroffene:** k. A.	50% sind Kategorie 1. Steißbein: zwischen 3,4% und 5,3% Ferse: zwischen 3,5% und 7% Fuß: 3,2% und 4,3%.

AutorIn/ Jahr	Land	Setting Population (n)	Datenerhebung/ Instrumente	Prävalenz-berechnung	Prävalenzrate	Charakteristiken der Stichprobe/ Charakteristiken der Betroffenen	Wund-charakteristik: Lokalisation
Halfens et al. (2013)	Niederlande Österreich und Schweiz	KH und PH KH NL: 6.622 Ö: 3.646 CH: 10.098	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten (LPZ) Einschätzung des Dekubitusgrades nach NPUAP-Klassifikationssystem Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Bradenskala	Trendanalyse Erhebung 2009 bis 2012 in NL und Ö, und 2011 in Ch Gesamtprävalenz und in der Risikogruppe im KH erworbenen Dekubituswunden)	NL: Gesamtprävalenz_ im KH erworben (ohne Kategorie1): 3,5% (2009), 2011 gestiegen und 2012 wieder gesunken Risikogruppe_ im KH erworben: 6,5% (2009), 2011 leicht gestiegen und 2012 auf gesunken. Ö**:** Gesamtprävalenz_ im KH erworben (ohne Kategorie1) 1,3% (2009), 2011 auf unter 1% gesunken und 2012 auf 0,7% leicht gestiegen. Risikogruppe_ im KH erworben: 3% (2009), auf < 2% bis 2011 gesunken und ab 2012 > 2%. CH: Gesamtprävalenz_ im KH erworben (ohne Kategorie1): 2% Risikogruppe: 4%	**Stichprobe:** NL: 38 KH Ö: 33 KH CH: 140 KH NL: 65,9 Jahre (Mittelwert) 49,8% Frauen Ö: 63,8 Jahre (Mittelwert) 53,3% Frauen CH: 65,3 Jahre (Mittelwert) 51,3% Frauen **Betroffene:** k. A.	k. A.
Hurd & Posnett (2009)	Kanada	KH 3.099	Erhebung zu Wunden: darunter auch Dekubitus. Einschätzung des Dekubitusgrades nach NPUAP-Klassifikationssystem	Gesamtprävalenz im KH erworbener Dekubituswunden (ohne Grad1) Punktprävalenz	Gesamtprävalenz (Mittelwert): 22,9% Im KH erworben (n=677): 79,3 % (Mittelwert)	**Stichprobe:** k. A. **Betroffene:** k. A.	k. A.
James et al. (2010)	Wales	KH 1.196	Selbstentwickelter Fragebogen Einschätzung des Dekubitusgrades nach NPUAP-Klassifikationssystem Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Bradenskala	Gesamtprävalenz Datenerhebung in Orthopädie zwischen 2. und 6. Juli 2007 und öffentlichen KH zwischen 21. April und 2. Mai 2008 Periodenprävalenz	Gesamtprävalenz: Orthopädie:13,9% (81 PatientInnen) und öffentliches KH: 26,7% (162 PatientInnen)	Auf der Orthopädie waren PatientInnen älter als in den öffentlichen KH Frauenanteil Orthopädie(63,9%) und öffentliche KH (62,4%) **Betroffene:** k. A.	78 PatienInnen mit Kategorie 3 und 4 19 PatientInnen auf Orthopädie und 59 in öKH

AutorIn/ Jahr	Land	Setting Population (n)	Datenerhebung/ Instrumente	Prävalenz-berechnung	Prävalenzrate	Charakteristiken der Stichprobe/ Charakteristiken der Betroffenen	Wund-charakteristik: Lokalisation
Kottner et al. (2009)	Deutschland	KH 7 Querschnitt-studien zwischen 2001 und 2007 Total 40 247 2001: 2.757 2002: 6.532 2003: 8.731 2004: 7.492 2005: 6.594 2006: 4.491 2007: 3.650	Sekundärdaten/ Trendanalyse Alle Jahre: Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten Einschätzung des Dekubitusgrades nach NPUAP-Klassifikationssystem Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Bradenskala	Gesamt- und in der Risikogruppe (mit/ohne Grad1) Prävalenz in verschiedenen Abteilungen (mit/ohne Grad1) Punktprävalenz	Gesamtprävalenz: 4091 PatientInnen (10,2%) und 2031 (5%) ohne Kategorie1 2001: 384 PatientInnen (13,9%) und 177 (6,4%) ohne Kategorie1 2002: 745 (11,4%) und 315 (4,8%) ohne Kategorie1 2003: 910 (10,4%) und 417 (4,8%) ohne Kategorie1 2004: 763 (10,2%) und 359 (4,8%) ohne Kategorie1 2005: 724 (11,2%) und 451 (6,8%) ohne Kategorie1 2006: 299(6,7%) und 170 (3,8%) ohne Kategorie1 2007: 266 (7,3%) und 142 (3,9%) ohne Kategorie1 Risikogruppe (Braden Score <20): 3414 (21,7%) und 1775 (11,3%) ohne Kategorie1 2001: 322 (29,3%) und 163 (14,8%) ohne Kategorie1 2002: 631 (126,2%) und 281 (11,7%) ohne Kategorie1 2003: 74724,5%) und 372 (12,2%) ohne Kategorie 1 2004: 633 (20%) und 307(9,7%) ohne Kategorie 1 2005: 604 (21,2%) und 375 (13,2%) ohne Kategorie 1 2006: 259 (14,7%) und 150 (8,5%)ohne Kategorie 1 2007: 218 (15,9%) und 128 (9,3%) ohne Kategorie 1 Nach Fachbereichen (2001 bis 2007 zusammen) alle Kategorien: Interne: 35,1%, Chirurgie:30%, Geriatrie: 5,8%, Neurologie: 5,4%, Intensiv Stationen: 4,8%, Andere: 19%	**Stichprobe:** Mittleres Alter Gesamt: 65,3 Jahre 2001: 67 Jahre 2002: 65,3 Jahre 2003: 64,9 Jahre 2004: 64,6 Jahre 2005: 65,9 Jahre 2006: 65,4 Jahre 2007: 64,7 Jahre Frauenanteil Gesamt: 56% 2001: 57,7% 2002: 57,3% 2003: 55,9% 2004: 55,5% 2005: 55,8% 2006: 55,3% 2007: 55,2% **Betroffene:** k. A.	k. A.
Kröger et al. (2009)	Deutschland	KH 16.071.846	Sekundärdaten aus dem nationalen Statistik Register "Federal Statistic Office" zur Dekubitus Vorkommen	Gesamtprävalenz	Gesamtprävalenz: 2005: 0.06% (9.941) zumindest mit einem Dekubitus 80% prinzipiell diagnostiziert (Kategorie 3 oder 4) 60% als zusätzliche Diagnosen (Kategorie 1 und 2)	**Stichprobe:** k. A. **Betroffene:** Gruppe bis 65 Jahren: mehr Männer Ab ≥65 Jahren mehr Frauen	Die drei häufigsten Lokalisationen: Trochanter, Steissbein und die Fersen Ansonsten k. A.

AutorIn/ Jahr	Land	Setting Population (n)	Datenerhebung/ Instrumente	Prävalenz-berechnung	Prävalenzrate	Charakteristiken der Stichprobe/ Charakteristiken der Betroffenen	Wund-charakteristik: Lokalisation
Lahmann, Halfens & Dassen (2006)	Deutschland	KH und PH KH: 16.728	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten. Einschätzung des Dekubitusgrades nach NPUAP-Klassifikationssystem Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Bradenskala	Gesamt- und Risikogruppe Punktprävalenz Prävalenz bei der Aufnahme	Gesamtprävalenz: 21,1% alle Kategorien und 10,2% ohne Kategorie 1. Risikogruppe (n= 5834): 24,6% (alle Kategorien) und 11,7% ohne Kategorie1.	**Stichprobe:** 55.8% Männer Mittleres Alter: 63,6 Jahre Betroffene: (nur mit höchster Kategorie) Mittleres Alter: 74,4	Verweildauer war 8 Tage Mittlere Bradenskala 20,2 Punkte 34,9% haben einen Braden score von 20 Punkten. Steißbein: 47,3% Ferse: 25,3%
Lahmann, Dassen & Kottner (2012)	Deutschland	KH 2007: 1.286 2008: 973	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten. Einschätzung des Dekubitusgrades nach NPUAP-Klassifikationssystem Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Bradenskala	Gesamtprävalenz Charité_ Erhebung	Charité_ Gesamt_ 2007:11% (alle Kategorien) und 5,5% ohne Kategorie 1. Charité_ Gesamt_ 2008: 11,8% (alle Kategorien) und 6,1% ohne Kategorie1	**Stichprobe:** Mittleres Alter 2007 (82,0 Jahre) und 2008 (84,1) **Betroffene:** k. A.	k. A.
Lohrmann (2011)	Austria	KH, PH und Sonstige KH: 2122	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten. Einschätzung des Dekubitusgrades nach NPUAP-Klassifikationssystem Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Bradenskala	Gesamtprävalenz und Risikogruppe Punktprävalenz	Gesamtprävalenz: 3,2% und 2,4 % (ohne Kategorie 1) Risikogruppe: 8,7% und 5,9% (ohne Kategorie1)	**Stichprobe:** Durchschnittsalter 65Jahre Frauenanteil: 56% **Betroffene:** k. A.	Nach höchster Kategorie eigeteilt: Kategorie 1 (35,3%), Kategorien 2 (33,3), Kategorie 3 (17,6%) und Kategorie 4 (13,7%) Kreuzbein (34,8%), Ferse (26,1%) und Knöchel (4,3%). Dauer des Bestehens: 49,3% mehr als 2 Wochen bis 3 Monate. 8,7% länger als 3 Monate bis 6 Monate. 8,7% länger als 1 Jahr

AutorIn/ Jahr	Land	Setting Population (n)	Datenerhebung/ Instrumente	Prävalenz-berechnung	Prävalenzrate	Charakteristiken der Stichprobe/ Charakteristiken der Betroffenen	Wund-charakteristik: Lokalisation
Lohrmann (2013)	Austria	KH Allgemeine KH (aKH): 3.298 geriatrische KH(gKH): 136	Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten. Einschätzung des Dekubitusgrades nach NPUAP-Klassifikationssystem Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Bradenskala	Gesamtprävalenz und Risikogruppe Punktprävalenz	Gesamtprävalenz (aKH): 3,2%, und 2,2%. (ohne Kategorie1) Gesamtprävalenz (gKH): 7,4% und 6,6% (ohne Kategorie 1) Risikogruppe (aKH): 9,2% und 6,5% (ohne Kategorie1). gKH: 9,3% und 8,4% (ohne Kategorie1).	**Stichprobe:** aKH: 66 Jahre (Durchschnittsalter) und 56,5 Frauen gKH: 81 Jahre und 79,4% Frauen **Betroffene:** k. A.	aKH: Kategorie 1 (30,2%), Kategorie 2 (49,1%), Kategorie 3 (11,3%), Kategorie 4 (9,4%) aKH: Kreuzbein (27,5%), Ferse (25,4%) und Knöchel (2,8%) gKH: Kategorie1 (10%), Kategorie2 (40%), Kategorie 3(21,4%) und Kategorie4 (9,5) gKH**:** Kreuzbein (18,2%), Ferse(36,4%) und Knöchel(9,1%) Dauer des Bestehens: 55% länger als 2 Wochen bis zu 3 Monate. 7% länger als 3 Monate bis zu 6 Monaten und 4,9% länger als 1 Jahr
Scheel-Sailer et al. (2013)	In Nottwil, Schweiz	KH 185	Selbstentwickeltes Tages-Dokumentationssystem Einschätzung der Dekubitusgrade Klassifikationssystem nach Daniel et al.	Gesamtprävalenz Periodenprävalenz (KH- Aufenthalt von 6 Monaten)	Gesamtprävalenz (während des Aufenthaltes): 49,2% (ohne Grad1) 16 PatientInnen (8,6%) mit Grad1 und 40,5% ohne Grad 1.	**Stichprobe:** Mittleres Alter: 46.9 Jahre 73% Männer Betroffene: k. A.	81,3% hatten zwischen einem und drei Dekubituswunden. Eine Person 8 Dekubituswunden. Zwei Drittel sind von Kategorie 1 und 2. Fuß (43%), Steißbein/Hüfte (11%), Gesäß (9%)
Tannen, Dassen und Halfens (2008)	Deutschland (D) und Niederlanden (NL)	KH und PH KH_D: 8.515 KH_NL: 10.237 KH_ Risikopersonen D: 3.325 NL: 6.523	Sekundärdaten/Fragebogen zur Landesweiten Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten. Einschätzung des Dekubitusgrades nach NPUAP-Klassifikationssystem Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Bradenskala	Gesamtprävalenz und Risikogruppe Punktprävalenz	D_ Gesamtprävalenz: 9% und Risikogruppe: 18,1% NL_ Gesamtprävalenz: 18,1% und Risikogruppe28,1%	**Stichprobe:** Mittleres Alter: 65,9 Jahre in NL und 64,8 Jahre in D Frauenanteil: 51,9% in NL und 55,3% in D **Betroffene:** k. A.	k. A.

AutorIn/ Jahr	Land	Setting Population (n)	Datenerhebung/ Instrumente	Prävalenz-berechnung	Prävalenzrate	Charakteristiken der Stichprobe/ Charakteristiken der Betroffenen	Wund-charakteristik: Lokalisation
Theisen et al. (2012)	Deutschland	KH 3.198	Sekundärdaten Dokumentationen aus dem Qualitätssicherungssystem der jeweiligen Krankenhäuser Daten aus dem ersten Quartal im Jahr 2008	Gesamtprävalenz Periodenprävalenz Beim Eintritt ins KH Im KH erworben und während des Aufenthaltes.	Gesamtprävalenz: 7,1% (alle Kategorien) Beim Eintritt: 119 Betroffene Im KH erworben: 109 Betroffene	**Stichprobe:** Mittleres Alter: 81,6 Jahre Frauenanteil: 51% **Betroffene:** Mittleres Alter: 83,2 Jahre Frauenanteil: 54%	35,1% Kategorie 1 52,2% Kategorie 2 11,8% Kategorie 3 und 0,9% Kategorie 4 89,1% von den im KH erworbenen Dekubituswunden sind Kategorie 1 und 2.
Tubaishat & Aljezawi (2013)	Jordanien	KH 295	Einschätzung des Dekubitusgrades nach NPUAP-Klassifikationssystem Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Bradenskala	Gesamtprävalenz und Risikogruppe Periodenprävalenz	Gesamtprävalenz: 16% (alle Kategorien) und 8,8% ohne Kategorie1 Risikogruppe: 31% (alle Kategorien) Höchste Rate auf Internen Stationen(27%) und geringste auf der Orthopädie (8,3%)	**Stichprobe:** Mittleres Alter: 49,1 Jahre Männeranteil: 55% **Betroffene:** k. A.	46% Kategorie1 Häufigste Lokalisation: Ferse (49%)
Uzun & Tan (2007)	Türkei	KH 344	Einschätzung des Dekubitusgrades nach NPUAP-Klassifikationssystem Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Bradenskala	Gesamtprävalenz und Risikogruppe Im KH erworben Punktprävalenz	Gesamtprävalent: 11,6% (alle Kategorien) Im KH erworben: 9,8% (34 PatientInnen) 40 Betroffene hatten 47 Dekubituswunden	**Stichprobe:** Mittleres Alter 51,7 Jahre Männeranteil: 55,5% **Betroffene**: k. A.	Kategorie 1 (72,3%) Kategorie 2 (14,9%) Kategorie 3 (8,5%) und Kategorie 4 (4,3%) Median der Verweildauer 11,3 Tage Steißbein (38,3%) Sitzbein (25,6%) Ferse (23,4%)
Van Gilder et al. (2009)	USA	KH und PH KH 2008: 83.914 2009: 86.932	Prävalenz von 2008 zwischen 11. März und 13 und 2009 zwischen 24 und 26 Februar). Einschätzung durch das "Hill- Rom" (International Pressure Ulcer Prevalence(IPUP)	Gesamtprävalenz ohne Kategorie1 und im KH erworben (je nach Fachgebiet) Periodenprävalenz	2008_ Gesamtprävalenz: 13.1 (alle Kategorien) und 9,2% (Ohne Kategorie 1) Im KH erworben: 6% (alle Kategorien) und 3,6% (ohne Kategorie 1) 2009_ Gesamtprävalenz: 11,9% (alle Kategorien) und 3,1% (ohne Kategorie 1) höchste Prävalenz auf Intensivstationen: 9,2% (2008) auf 12,1% (2009)	Erwachsene ansonsten k. A.	Im KH erworben: Ohr (20%), Steißbein/Hüftbereich (17%) und Ferse (12%).
Zhao et al. 2010	China, Wuhan	KH 2.913	Fragebogen zur Datenerhebung entwickelt von National Database on Nursing Quality Indicators. Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Norton Risiko Skala	Gesamtprävalenz, Risikogruppe und im KH erworbene Punktprävalenz	Gesamtprävalenz war 1,8% (52 PatientInnen/79Dekubita) Im KH erworbene:1,54% (0,82% ohne Grad 1) Die höchste Rate zeigt sich auf Intensivstationen (45,5%). Risikogruppe: Von 168 PatientInnen (beim Eintritt ins KH) waren 95 unter Risiko (Score unter 14).	Stichprobe: Mittleres Alter: 43,91 Jahre Männeranteil:56,6 % Betroffene: k. A.	51,9% mit Kategorie1 Steißbein (53,2%)

3.2. Internationale Prävalenzstudien zu Dekubitus

Im Verlauf der Auseinandersetzung mit der bestehenden Datenlage zeigt sich, dass ein Vergleich der bereits publizierten Studienergebnisse zur Erkrankungsrate von Dekubitus aufgrund Unterschiedlichkeiten in der Methodik, der Studienpopulation und Verwendung der Instrumente nur schwer möglich ist. Aus diesem Grund wird im Folgenden zunächst auf die methodischen Probleme bei der Prävalenzberechnung, Datenerhebung und der Verwendung von Instrumenten näher eingegangen.

3.3. Prävalenzberechnung

Zur Berechnung der Prävalenzen werden Quotienten gebildet, sodass Personen mit einer Erkrankung im Zähler stehen und die untersuchte Stichprobe (alle im Untersuchungszeitpunkt oder – raum beobachtete Personen) im Nenner (Kohlmann 2014).
In dieser Masterarbeit wurden sowohl die Gesamtprävalenz, als auch die Prävalenz innerhalb der Risikogruppe ermittelt.
Bei der Berechnung der Gesamtprävalenz wurden PatientInnen mit einem Dekubitus am Tag der Erhebung, welche in stationärer Behandlung waren (im Zähler) durch die Anzahl der Stichprobe, daher alle teilnehmenden PatientInnen (im Nenner) dividiert. Im Weiteren wurde eine Berechnung der Prävalenz innerhalb einer definierten Risikogruppe durchgeführt. Dabei werden ausschließlich PatientInnen mit einem bestehenden Dekubitusrisiko (Bradenwert $\leq$ 20) bei der Berechnung der Dekubitusprävalenz eingeschlossen (Lohrmann 2013). Dadurch erhält man Gruppen mit unterschiedlich großem Anteil an RisikopatientInnen, die nun standardisiert und daher miteinander verglichen werden können (Polit & Beck 2012).

Die eingeschlossenen aktuellen Prävalenzstudien zu Dekubitus im Setting Krankenhaus weisen unterschiedliche Berechnungen der Dekubituserkrankungsrate auf. Die Hälfte der Studien berechneten ausschließlich Gesamtprävalenzen. In Studien aus Österreich, Deutschland, Schweiz und den Niederlanden wurden sowohl die Gesamtprävalenz als auch Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe berechnet, wodurch aussagekräftigere internationale Vergleiche der Ergebnisse der Prävalenzen ermöglicht werden (siehe Tabelle 2).

3.4. Datenerhebung und verwendete Instrumente

Im Weiteren zeigt sich, dass unterschiedliche Instrumente bei der Datenerhebung verwendet wurden. Selbstentwickelte Fragebögen sowie Instrumente, die von Forschungsgruppen unterschiedlicher Organisationen entwickelt wurden, sind in den aktuellen Studien präsent (Alja'afreh & Mosleh. 2013; Baath et al. 2014; Barrois et al. 2008). Dadurch ist es nur schwer möglich adäquate Vergleiche und Schlussfolgerungen zu ziehen.

In Gegensatz dazu verwendeten die meisten der Studien aus Europa die gleichen Instrumente bei der Datenerhebung. Die Fragebögen sind standardisiert und vom LPZ- Landelijke Prevalentiemeting Zorgpreoblem (Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten) in Kooperation mit der Universität Maastricht durchgeführt und entwickelt worden. Diese Studien berechneten auch die Prävalenz in der Risikogruppe (Halfens et al. 2013, Lohrmann 2011, Lohrmann 2013, Tannen, Dassen & Halfens 2008; Kottner et al. 2009, Lahmann, Dassen & Kottner 2006).

3.5. Einschätzung des Dekubitusrisikos

Zur Einschätzung des Dekubitusrisikos wurde bei den meisten der eingeschlossenen Studien (n=14) die Bradenskala verwendet (Alja'afreh & Mosleh 2013, Bredesen et al. 2014, De Silva Cardoso et al. 2010, Gunningberg et al. 2011, Halfens et al. 2013, James et al. 2010, Kottner et al. 2009, Lahmann, Halfens & Dassen 2006, Lahmann, Sadden & Kottner 2012, Lohrmann 2011, Lohrmann 2013, Tannen, Dassen & Halfens 2008, Tubaishat et al. 2013, Uzun & Tan 2007).

Nur wenige (n= 3) verwendeten bei der Einschätzung des Dekubitusrisikos die Norton Skala (Baath et al. 2014; Gunningberg et al. 2013; Van Gilder et al. 2009). Die restlichen acht Prävalenzstudien verwendeten selbstentwickelte Instrumente. Die detaillierte Auflistung wurde in der Tabelle 2, Spalte „Datenerhebung/ Instrumente“ erläutert.

Im Folgenden werden aufgrund der Übersichtlichkeit die Hauptergebnisse der Prävalenzraten zusammengefasst. Um die Vergleichbarkeit der eingeschlossenen Studien zu gewährleisten, werden die Ergebnisse der Gesamtprävalenzen separat von Prävalenzen in der Risikogruppe dargestellt.

3.6. Internationale Gesamtprävalenzen zu Dekubitus in Krankenhäusern

Insgesamt konnten 25 Studien eingeschlossen werden, welche die Gesamtprävalenz ermittelten. Davon war eine großangelegte Studie, die 2014 in Schweden die Prävalenz innerhalb einer Woche in März 2011, Oktober 2011 und März 2012 untersuchte. Insgesamt waren 39.271 PatientInnen in dieser Zeit im KH stationär. In März 2011 litten 16.6% der PatientInnen zumindest an einem Dekubitus. Im Oktober 2011 sank zwar die Rate auf 14,4%, stieg jedoch im März 2012 auf 16,1% an (Baath et al. 2014).

Eine andere vergleichbare Studie aus Schweden von Gunninberg et al. (2011) zeigte, dass von insgesamt 1192 teilnehmenden PatientInnen, 14,6% mindestens einen Dekubitus hatten. Darunter waren 8,6% der Betroffenen, die Dekubituswunden im Krankenhaus selbst erworben haben.

Hurd & Posnett (2009) führten eine Erhebung über alle Arten von Wunden, unter anderem Dekubitus, in den Krankenhäusern von Kanada durch. Von insgesamt 3099 PatientInnen waren 22,9% von mindestens einem Dekubitus betroffen.

Ähnliche Ergebnisse wurden bei Brito et al. (2013) in Brasilien aufgezeigt. Die Autoren führten eine Periodenprävalenz von März 2009 bis Februar 2011 aller stationären PatientInnen durch. Von insgesamt 473 TeilnehmerInnen, hatten 16,9% (80 PatientInnen) zumindest einen Dekubitus. Davon hatten 42 PatientInnen (52,5%) einen Dekubitus, 17 PatientInnen (21,3%) zwei und 13 PatientInnen mehr als drei Dekubituswunden.

Weiter zeigten Alja'afreh & Mosleh (2013), dass in Jordanien von insgesamt 190 PatientInnen, die im Zeitraum von 4 Wochen stationär waren, davon 24% zumindest einen Dekubitus hatten. Es wurden innerhalb dieser vier Wochen 29 neue Dekubituswunden identifiziert.

Der Vergleich zwischen deutschen und den niederländischen Krankenhäusern zeigt, dass die Erkrankungsrate von Dekubitus in Deutschland wesentlich geringer ist. 9% (n= 8515) in Deutschland und in den Niederlanden lag diese doppelt so hoch nämlich bei 18,1% (n=10.237) (Tannen, Dassen & Halfens 2008).

Theisen et al. (2012) untersuchten innerhalb eines Quartals im Jahr 2008 in Deutschland die Dekubituserkrankungsrate beim Eintritt ins Krankenhaus und den Anteil an den in KH erworbenen Dekubituswunden. Von insgesamt 3198 Teilnehmenden hatten 119 PatientInnen bereits beim Eintritt ins KH zumindest einen Dekubitus. Im Quartal des Jahren 2008 hatten 7,1% (n= 3198) PatientInnen zumindest einen Dekubitus. 109 der Betroffenen hatten

zumindest einen Dekubitus im Rahmen des Aufenthaltes erworben, wobei 89,1% dieser mit der Kategorie 1 oder 2 klassifiziert wurden (Theissen et al. 2011).
Eine weitere aktuelle Studie aus den Krankenhäusern in der Schweiz, zeigt eine Gesamtprävalenz (im Zeitraum von 1 September 2009 bis 28 Februar 2010) von 49,2% (n= 185, alle Kategorien). 8,6% hatten Dekubituswunden, welche nur mit der Kategorie 1 klassifiziert wurden und beim Ausschluss der Kategorie 1 waren 40,5% von zumindest einem Dekubitus betroffen in diesem Zeitraum der Erhebung (Scheel- Sailer et al. 2013).

3.7. Internationale Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe

In den Krankenhäusern in Süd- Ost- Norwegen (n=1209) ist ein Dekubitusrisiko bei 25,2% der untersuchten PatientInnen ermittelt worden. Insgesamt haben 220 PatientInnen 359 Dekubituswunden, das bedeutet 1,6 Dekubituswunden pro PatientIn (Bredersen et al. 2014).
Eine großangelegte Studie der drei Länder, Österreich (Ö), Schweiz (CH) und Niederlanden (NL) führte die Erhebung in Kooperation mit dem LPZ durch (Halfens et al. 2013). Es nahmen 38 KH in NL, 33 in Ö und 140 in CH teil. Die Erhebungen fanden in Ö und NL in den Jahren 2009, 2010, 2011 und 2012 statt. In der Schweiz nur im Jahr 2011. In den Niederlanden im Jahr 2009 (n=6622) war die Rate 6,5% in der Risikogruppe ohne Kategorie 1. In den folgenden Jahren stieg die Rate und 2012 sank sie wieder auf 6,2%. Der Vergleich mit Österreich (n= 3646) zeigt niedrigere Raten in der Risikogruppe, so waren es 3% im Jahre 2009, im Jahr 2011 sank unter 2% und im Jahr 2012 ist die Prävalenz über 2% wieder gestiegen. In der Schweiz (10.098) fand die Erhebung im Jahre 2011 und zeigt, in Vergleich zu Österreich und dem Niederlanden, eine Prävalenzrate in der Risikogruppe von 4% ohne Kategorie 1 (Halfens et al. 2013).
In deutschen Krankenhäusern war die Dekubituserkrankungsrate in der Risikogruppe kontinuierlich über die Jahre 2001 bis 2007 gesunken. Im Jahre 2006 (n=4491) auf 14,7% und im Jahre 2007 (n=3650) weiter auf 9,3% gesunken (Kottner et al. 2009).
Der Vergleich von deutschen mit niederländischen Krankenhäusern in den Risikogruppen zeigt eine Prävalenz im Jahre 2008 von 18,1% (n=3325) in DL und 28,1% (n=6523) in den NL in der Risikogruppe (Tannen, Dassen & Halfens 2008).
Eine weitere Erhebung wurde in den Krankenhäusern in Brasilien an zwei unterschiedlichen Tagen desselben Jahres durchgeführt. Sie untersuchten sowohl die Gesamtprävalenz als auch die in der Risikogruppe. Außerdem wurde die Prävalenz der jeweiligen Fachabteilungen in

den Krankenhäusern erhoben. Von insgesamt 716 untersuchten PatientInnen zeigten 60% (Score unter 16) das Risiko einen Dekubitus zu bekommen. Die Gesamtprävalenz war 11,4% (n= 376) am ersten Stichtag und 10,3% (n= 340) am zweiten Tag. An beiden Tagen war die höchste Rate auf Intensivstationen (32,7%) und die Niedrigste auf den chirurgischen Stationen (De Silva Cardosso et al. 2010).

Im Vergleich dazu liegt die Dekubituserkrankungsrate in der Risikogruppe in schwedischen Krankenhäusern zwischen 16,5% und 19,9% (n= 35.058). Mehr als 50% der Dekubituswunden wurden mit der Kategorie 1 klassifiziert (Gunningberg et al. 2013).

4. Ergebnisse zu den Charakteristiken der Betroffenen

Insgesamt haben 9 von 25 eingeschlossenen Studien eine Beschreibung der Charakteristiken der Betroffenen erhoben. In der Tabelle 2 sind alle Ergebnisse aufgelistet. Im Folgenden werden aufgrund der Übersichtlichkeit die Ergebnisse näher erläutert.

In drei Erhebungen aus Süd- West- Nigeria (54,2%, n= 39) (Adegoke et al. 2013), Jordanien (53%, n= 30) (Alja'afreh & Mosleh 2013) und in Brasilien (Erste Erhebung: 53,3%, n= 43) war der Männeranteil der Betroffenen höher (De Silva Cardoso et al.2010). In Süd- West-Nigeria waren die Betroffenen 47 ± 21,2 (Mittleres Alter und ohne Kategorie 1) und in Brasilien 57,7 ± 3,2 Jahre alt (Adegoke et al. 2013, De Silva Cardoso et al.2010).
Bredersen et al. (2015) stellten keine signifikanten Unterschiede beim Geschlechtervergleich der PatientInnen mit versus ohne Dekubitus fest.
Lahmann, Halfens & Dassen 2006 (n= 16.726, Prävalenz: 21,1%) beschreiben nur das Mittlere Alter (74,4 Jahre) der PatientInnen mit Dekubitus der höchsten Kategorie.
Kröger et al. 2009 gibt ausschließlich Angaben über die Häufigkeit des Geschlechts nach Altersgruppe. Demzufolge war der größte Anteil der Männer bis 65 Jahren, und ab 65 Jahren war der Frauenanteil höher.
Die meisten PatientInnen mit Dekubitusrisiko waren in der Altersgruppe der über 80-Jährigen.
Nur zwei Studien von insgesamt 25, beide in Österreich durchgeführt, machten Angaben über die Pflegeabhängigkeit der Betroffenen. Demzufolge war der PAS- Medianwert der PatientInnen mit einem Dekubitus 42,8 im Jahre 2011 und 43,1 im Jahr 2013 (Lohrmann 2011, Lohrmann 2013).
In Deutschland waren die Betroffenen im Durchschnitt 83,2 Jahre alt und 55% waren Männer (Theissen et al. 2012).
Gunningberg et al. (2011) vergleicht ausschließlich das Alter der PatientInnen mit Dekubituswunden, welche im KH selbst erworben wurden (Mittleres Alter: 75,5 Jahre) mit Betroffenen, die kein Dekubitus im KH erworben haben (Mittleres Alter: 67,7 Jahre). Der größte Anteil der PatientInnen mit Dekubitus sowohl im KH als auch außerhalb erworben wurden, waren zwischen 60 und 79 Jahre alt.
Zusammenfassend ist zu sagen, dass es heutzutage in den aktuellen Studien kaum Ergebnisse zu Charakteristiken der Betroffenen gibt. Bei diesen wenigen ist aber zu beachten, dass

komplett unterschiedliche Vorgehensweisen bei der Beschreibung durchgeführt wurden. Die immense Spannweite des Alters und Geschlechts der Studien ist auf die Unterschiede des Untersuchungsgegenstandes, der Methodik und Population zurückzuführen. In dieser Form ist ein Vergleich der Ergebnisse nur schwer möglich.

5. Ergebnisse zu den Charakteristiken der Dekubituswunden

In der Tabelle 2 sind alle Ergebnisse der Wundcharakteristiken detailliert aus den eingeschlossenen Studien dargestellt. Aufgrund der besseren Übersichtlichkeit werden im Folgenden die Hauptergebnisse zusammengefasst. Zu den Wundcharakteristiken zählen die Kategorien, die Lokalisation, der Entstehungsort und Dauer des Bestehens von Dekubitus.

5.1. Kategorien

Insgesamt zeigt sich, dass die Mehrheit der Studien eine Analyse der Häufigkeit der Dekubituswunden mit und ohne der Kategorie 1 ermittelten (Adegore et al. 2013, Bredesen et al. 2014, Gunningberg et al. 2011, Gunningberg et al. 2013, Halfens et al. 2013, Hurd & Ponsett 2009, Kottner et al. 2009, Lahmann, Halfens & Dassen. 2006, Lahmann, Dassen & Kottner 2012, Tubaishat et al. 2013, VanGilder et al. 2009, Zhao et al. 2010).

Nur bei fünf der eingeschlossenen Studien wurde eine Unterteilung aller Kategorien mit deren Häufigkeit ermittelt (Brito et al. 2013; Kröger et al. 2009; Lohrmann 2011; Lohrmann 2013; Uzun & Tan 2007). Andere untersuchten ausschließlich Dekubitus mit der Kategorie 2 (Alja'afreh & Mosleh 2013; De Silva Cardoso et al. 2010; James et al. 2010; Scheel- Sailer et al. 2013; Theisen et al. 2012).

Die Studie von Lohrmann (2013) zeigte, dass 3,2% (n= 3296) der untersuchten PatientInnen in österreichischen allgemein Krankenhäusern zumindest einen Dekubitus haben. Davon waren 30,2% (Kategorie 1), 49,1% (Kategorien 2), 11,3% (Kategorie 3) und 9,4% (Kategorie 4) klassifiziert worden. Der Vergleich mit Deutschland, zeigten Kröger et al. (2009), dass 80% von den 9941 Dekubituswunden als Kategorie 3 oder 4 und 60% mit Kategorie 1 und 2 diagnostiziert wurden.

Eine Studie aus Brasilien zeigt, dass 42 von 473 untersuchten PatientInnen zumindest einen Dekubitus hatten. 17 PatientInnen hatten zwei und 13 PatientInnen mehr als drei Dekubituswunden. 30,3% dieser waren als Kategorie 1, 32,9% Kategorie 2, 22,8% Kategorie 3 und 13,9% der Kategorie 4 klassifiziert worden (Brito et al. 2013).

5.2.Lokalisation

Viele Studien berichten, dass das Steißbein, die Ferse und Hüfte die häufigsten drei Lokalisationen für Entstehung von Dekubituswunden sind (Baath et al. 2014; Bredesen et al. 2014; Gunningberg et al. 2011; Gunningberg et al. 2013; Tannen, Dassen & Halfens 2008; Uzun & Tan 2007).

Bei österreichischen Erhebungen im Jahre 2011 waren Kreuzbein (34,8%), Fersen (26,1%) und Knöchel (4,3%) am häufigsten betroffen (Lohrmann 2011). Der Vergleich mit dem Jahr 2013 zeigt, dass etwas geringere Anteile am Kreuzbein (27,5%), den Fersen (25,4%) und an den Knöcheln (2,8%) waren (Lohrmann 2013).

Die Prävalenzerhebung von Baath et al. (2014) zeigte, dass die häufigsten Lokalisationen von Dekubituswunden bei Kategorie 1 im Jahre 2011 an den Fersen (36,6%), Steißbein (32,3%) und allgemein an den Beinen (8,4%), waren. Bei der Kategorie 2 waren Steißbein (38,9%), gefolgt von den Fersen (17,9%) und Beinen (9,4%) am häufigsten betroffen. In der Kategorie 3 waren, Steißbein (40,3%), Fersen (22%) und Beine (16%) sowie in Kategorie 4 vor allem die Fersen (39,1%), Steißbein (26,9%) und Beine (16,9%) am häufigsten betroffen.

5.3. Zeitpunkt des Entstehens

Einige der eingeschlossenen Studien berechneten auch die Prävalenz der im Krankenhaus erworbenen Dekubituswunden (Alja'afreh and Mosleh 2013; Baath et al. 2014; Bredesen et al. 2014; Brito et al. 2013; Gunningberg et al. 2011; Hurd & Posnett 2009; Lohrmann 2011; Lohrmann 2013; Scheel- Sailer et al. 2013; Theisen et al. 2012; Uzun & Tan 2007; Van Gilder et al. 2009).

Im Jahre 2014 hatten in Krankenhäusern in Norwegen 220 PatientInnen 359 Dekubituswunden (1,6/PatientIn). Von diesen 359 Dekubituswunden waren 185 (51,5%) im KH selbst erworben (Bredesen et al. 2014).

In Schweden hatten 138 (11,6%) von insgesamt 1192 PatientInnen einen Dekubitus im KH selbst erworben (Gunningberg et al. 2011).

Hohe Zahlen berichten Hurd & Posnett (2009) in einer kanadischen Studie. In dieser lag die Anzahl der im KH selbst erworbenen Dekubituswunden bei 79,3% bei insgesamt 677 Betroffenen. In der Schweiz hatten von insgesamt 185 der Betroffenen fast die Hälfte (n=91,

49,2%) Dekubituswunden im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes bekommen (Scheel-Seiler et al. 2013).
In der Türkei hatten 9,8% der PatientInnen von insgesamt 344 zumindest einen Dekubitus im KH selbst erworben (Uzun & Tan 2007).

5.4. Dauer des Bestehens von Dekubitus

Es konnten nur zwei aktuelle Studien aus Österreich gefunden werden, die auch Angaben über die Dauer des Bestehens von Dekubituswunden bei den Betroffenen machten. Dekubituswunden bestanden zwischen zwei Wochen und drei Monaten (49,3%), länger als drei Monate bis zu sechs Monaten (8,7%) und länger als ein Jahr (8,7%) (Lohrmann 2011). Im Jahr 2013 bestanden 55% der Dekubituswunden zwischen zwei Wochen und sechs Monaten, was einer Steigerung von 5,7% entspricht (Lohrmann 2013).

6. Fazit der Literaturrecherche

Insgesamt bieten die Daten aus der Literatur einen guten Überblick zur Sachlage der Dekubitusprävalenz im internationalen Vergleich. Es konnte gezeigt werden, dass Prävalenzerhebungen, die jedes Jahr durchgeführt werden, vermehrt in Österreich, den Niederlanden und Deutschland stattfanden. Sie verwendeten auch ein standardisiertes Verfahren bei der Datenerhebung, was einen aussagekräftigen Vergleich der Ergebnisse international ermöglicht.

Dekubitus ist ein guter Qualitätsindikator in der Pflege. Die Ermittlung der Dekubitusprävalenz bietet in erster Linie einen guten Anhaltspunkt der Sachlage für die betroffenen Organisationen. Die teilnehmenden Einrichtungen bekommen ein Feedback über das Ausmaß des betreffenden Pflegeproblems. Diese Daten können den Einrichtungen als Basis für die Planung der präventiven und kurativen Versorgung der PatientInnen dienen, die Möglichkeit etwaige bestehende Interventionen zu überdenken und insgesamt das PatientInnenwohl zu verbessern. Insbesondere können die Ergebnisse als Benchmark genutzt werden. Sofern ein standardisiertes Verfahren genutzt wurde, ist es möglich nationale und internationale Vergleiche zu machen.

Im internationalen Vergleich zeigt sich, dass die große Spannweite der Erkrankungsrate auf die Unterschiede in der Methodik, der Studienpopulation und den Untersuchungsgegenstand der Studien zurückzuführen ist. Ein Vergleich dieser Ergebnisse erweist sich deswegen als nur schwer möglich.

Weiter zeigt sich, dass die Analysen generell gehalten wurden, sodass nur einzelne Studien genaueren Angaben zu den Merkmalen der Betroffenen mit einem Dekubitus machten. Diese wenigen Studien untersuchten fast ausschließlich demographische Merkmale der Betroffenen, wie Alter und Geschlecht. Außerdem machten nur wenige der eingeschlossenen Studien genauere Angaben zu Merkmalen von Dekubituswunden, wie zum Beispiel die Schweregradausprägung unterteilt in einzelne Kategorien. Mehr als die Hälfte dieser beschreiben ausschließlich die Häufigkeit von Dekubituswunden mit und ohne die Kategorie 1. Einige wenige berichten über die Ergebnisse der Dekubitusprävalenz der Kategorien 1 und 2, andere Studien wiederum machten nur eine Unterteilung der Dekubituswunden mit der Kategorie 2. Aus den meisten Studien geht nicht klar hervor, warum eine derartige Unterteilung der Dekubituswunden gemacht wurde. Weiter kann gezeigt werden, dass zwar mehr als die Hälfte der eingeschlossenen Studien die Lokalisationen der bestehenden

Dekubituswunden beschreiben, jedoch wurden Körperregionen sehr unterschiedlich definiert. So waren Bezeichnungen, wie unter anderem „das Bein“, „Hüfte“ oder „Fuß“, aber auch differenziertere Lokalisationen, wie „Knöchel“ und „Trochanter“ als Körperregionen für Dekubituswunden in den Studien definiert worden.
Schließlich konnten auch einige wenige Studien aus Österreich gefunden werden. In Österreich werden Prävalenzerhebungen seit 2009 durchgeführt und die jährliche Kontinuität ist gegeben. Bei diesen wenigen Studien wurden noch keine genaueren Beschreibungen der Betroffenen und der Dekubituswunden durchgeführt.

Insgesamt ist festzustellen, dass es bis heute nur wenige wissenschaftlich fundierte Ergebnisse zu Dekubitusprävalenz in österreichischen Krankenhäusern gibt. Es gibt noch keine Daten zu den genaueren Beschreibungen der Charakteristiken von Betroffenen, wie Alter, Geschlecht, Diagnosen, Pflegeabhängigkeit, sowie der Charakteristiken von Dekubitus, wie Kategorien, Lokalisationen, Angaben über den Zeitpunkt des Entstehens oder der Dauer des Bestehens von Dekubituswunden. Im internationalen Vergleich zeigt sich auch, dass die meisten Studien ausschließlich die Prävalenz von Dekubitus untersuchten, jedoch keine genaueren Angaben über die Merkmale der Betroffenen und der Dekubituswunden anstellten. Außerdem konnte festgestellt werden, dass mehr als die Hälfte der Studien sich in der Methodik, Studienpopulation und Untersuchungsgegenstand unterschieden, weshalb heutzutage ein aussagekräftiger Vergleich der Ergebnisse nur schwer möglich ist.

7. Zielsetzung und Forschungsfragen

Das Ziel dieser Masterarbeit ist es, die Prävalenz von Dekubitus, die Charakteristiken der Betroffenen, wie das Alter, Geschlecht, medizinische Diagnose, Pflegeabhängigkeit und Hilfsbedarf, in österreichischen Krankenhäusern zu beschreiben. Außerdem werden Wundcharakteristika, wie Schweregrade in Kategorien, Lokalisation, Zeitpunkt des Entstehens und Dauer des Bestehens von Dekubituswunden in österreichischen Krankenhäusern beschrieben.

7.1. Forschungsfragen

Aus dieser Zielsetzung ergeben folgende Forschungsfragen:

1. Wie hoch ist die Dekubitusprävalenz in österreichischen Krankenhäusern?
2. Welche Merkmale weisen die PatientInnen mit Dekubitus in österreichischen Krankenhäusern auf?
3. Welche Charakteristiken haben die Dekubituswunden in österreichischen Krankenhäusern?

8. Methode

Der folgende empirische Teil dieser beschäftigt sich mit der Methode der Pflegequalitätserhebung. Seit 2009 findet die Erhebung jedes Jahr, an einem definierten Tag April, in Österreich statt. Diese wird vom Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz in Kooperation mit der Projektgruppe LPZ (Landesweite Prevalentiemeting Zorgproblem) der Universität Maastrich durchgeführt. Mit dieser Methode werden Daten zur Prävalenz, Prävention und Behandlung von Pflegeproblemen erhoben.
Im Jahre 1998 fand die allererste Landesweite Prävalenzerhebung in den Niederlanden statt und wird seitdem jährlich durchgeführt. Auch in Deutschland wird die Pflegequalitätserhebung seit 2007, in der Schweiz seit 2008 und in Neuseeland seit 2009 jährlich durchgeführt.

8.1. Studiendesign

Bei der Prävalenzerhebung handelt es sich um eine quantitative, multizentrische Querschnittstudie mit deskriptivem Design. Eine Querschnittstudie sammelt Daten an einem einzigen Stichtag und ermöglicht so eine „Momentaufnahme“ über das Bestehen eines Pflegeproblems oder Krankheitszustandes innerhalb einer Population. Multizentrisch bedeutet, dass Daten in mehreren Gesundheitseinrichtungen erhoben werden. Durch das deskriptive Design ist es möglich Häufigkeiten und Verteilungen des interessierenden Pflegephänomens zu beschreiben (Polit & Beck 2012).

8.2. Stichprobe

Die Rekrutierung der TeilnerhmerInnen erfolgt anhand einer Gelegenheitsstichprobe, welche auch als „willkürliche TeilnehmerInnen- Auswahl“ bezeichnet wird. Diese fand in allen Einrichtungen (Krankenhäusern, Pflegeheimen und Rehabilitationseinrichtungen) in Österreich statt. Die Population besteht aus allen PatientInnen und BewohnerInnen, die an Untersuchungszeitpunkt dieser Erhebung auf Stationen oder in Wohnbereichen anwesend waren (Polit & Beck 2012).

8.3. Messinstrument

Die Europäische Pflegequalitätserhebung wurde mit einem Fragebogen (siehe Anhang) durchgeführt, der von der Universität Maastrich aufbauend auf wissenschaftlicher Literatur und mithilfe unterschiedlicher ExpertInnen entwickelt wurde. In Österreich wird die deutsche Version verwendet, die den hierzulande gebräuchlichen Begrifflichkeiten angepasst wurde.
Der Fragebogen umfasst für jedes Pflegeproblem ein Modul für Dekubitus, Intertrigo, Mangelernährung, Sturz, freiheitsentziehende Maßnahmen und Inkontinenz, welches sich aus folgenden drei Ebenen gliedert:
Ebene 1: Angaben zu der Art der Einrichtung und dessen Qualitätsindikatoren
Ebene 2: Fragen zur Art der Abteilung/Wohnbereich und deren Qualitätsindikatoren
Ebene 3: PatientInnenbezogene Daten: demographische Merkmale der PatientInnen,
Informationen zu den spezifischen Pflegeproblemen und die dazu gesetzten Maßnahmen werden erhoben (siehe Anhang).
Der Abschnitt 3a der Erhebung beschäftigt sich mit dem Pflegeproblem Dekubitus und beinhaltet die Einschätzung des Dekubitusrisikos mit Hilfe der Bradenskala, Fragen zur Nutzung unterschiedlicher Präventionsmaßnahmen, Beurteilung des Vorliegens eines oder mehrerer Dekubituswunden nach dem Klassifikationsystem nach EPUAP und Untersuchung der Charakteristiken der Dekubituswunden.
Die Einschätzung des Dekubitusrisikos wurde mit Hilfe der Bradenskala durchgeführt. Diese besteht aus folgenden sechs Subskalen, die jeweils eingeschätzt werden und zu einem Punktewert (Bradenscore) summiert werden: „sensorisches Empfindungsvermögen“, „Aktivität“, „Mobilität“, „Feuchtigkeit“, „Ernährung“ sowie „Reibung und Scherkräfte“. PatientInnen werden anhand dieser sechs Faktoren beurteilt. Fünf dieser Faktoren können auf einer Skala zwischen eins (am wenigsten positiv) bis vier (am positivsten) beurteilt werden. Das Item „Reibung und Scherkräfte“ wird zwischen eins und drei eingestuft. Nachdem alle Items beurteilt sind, wird eine Gesamtpunkteanzahl ermittelt. Je höher die Anzahl, desto geringer das Risiko für die untersuchte Person an einem Dekubitus zu erkranken. Die höchste Gesamtpunkteanzahl, die erreicht werden kann, ist 23, und die niedrigste ist sechs. Der Grenzwert für die Gefährdung eines Dekubitus, der Cutt- off- Punkt, wurde bei Gesamtpunkteanzahl von ≤ 20 gesetzt. Demzufolge gilt der Anteil derer PatientInnen, welche einen Gesamtwert von ≤ 20 Punkten bei der Bradenskala erreichen, als dekubitusgefährdet gelten (Lohrmann 2013).

Die Einteilung der Dekubitus- Schweregrades erfolgte mit Hilfe des Klassifikationssystems nach EPUAP und NPUAP 2009. Dieses besteht aus vier Kategorien, von eins bis vier, je schwerer die Ausprägung, desto höher ist die Kategorie. Definiert werden die vier Kategorien folgendermaßen:

Kategorie 1: nicht wegdrückbare Rötung

Kategorie 2: Teilverlust der Haut

Kategorie 3: Hautverlust (Fett sichtbar) und

Kategorie 4: Vollständiger Haut-/ Gewebeverlust (EPUAP/ NPUAP 2009)

Eine genauere Beschreibung einzelner Kategorien sind in der Tabelle 1 angeführt und bei der Einschätzung der Schweregradausprägung von Dekubituswunden nach EPUAP/ NPUAP ersichtlich (EPUAP/ NPUAP 2009).

Zusätzlich wurde die Pflegeabhängigkeit der PatientInnen im Rahmen der Erhebung mittels der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) ermittelt. Diese besteht aus 15 Items, die verschiedene physische und psychosoziale Aspekte ermittelt. Jedes Item wurde mittels der fünf- stufigen Skala (völlig abhängig bis völlig unabhängig) eingeschätzt und durch die Summe der jeweiligen Punkte, die Pflegeabhängigkeit der PatientInnen bewertet. Je kleiner der Wert desto abhängiger ist der/die PatientIn von der Pflege. Gesamtskalenwerte von 15 bis 75 können erzielt werden, so wäre ein/e PatientIn mit einen Gesamtskalenwert von 75 Punkten als völlig unabhängig von der Pflege, und mit 15 Gesamtpunkten als völlig abhängig von der Pflege eingeschätzt (Lohrmann 2013).

Jedes Erhebungsteam bekam eine Einschulung zur Anwendung des Fragebogens und ein Anleitungsbogen wurde zusätzlich ausgehändigt. Das Erhebungsteam bestand aus einer unabhängigen diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson, die nicht auf der teilnehmenden Abteilung arbeitet und einer zweiten, die dort tätig war.

8.4. Datenerhebungen

Für die Prävalenzerhebung 2014 wurden alle Krankenhäuser, Pflegeheime und Rehabilitationseinrichtungen in Österreich vom Institut für Pflegewissenschaft schriftlich per Post zur Teilnahme an der Erhebung eingeladen. Die Teilnahme war für alle freiwillig und anonym.

Die Erhebung fand am 8. April 2014 statt. Bereits vor der Erhebung wurden KoordinatorInnen im Haus ernannt, die über die wichtigsten Schritte bei der Erhebung

informiert wurden und Schulungsmaterial erhielten. Sie waren die AnsprechpartnerInnen für die LPZ und das Institut Pflegewissenschaften in Graz. Diese planten die Schulungen der Pflegenden und haben die Erhebung dann durchgeführt. Die Auswahl der teilnehmenden Stationen/Wohnbereiche trafen auch die KoordinatorInnen und waren für den gesamten Ablauf verantwortlich.
Nach der Erhebung wurden die Daten von den KoordinatorInnen über deren Vollständigkeit und Korrektheit überprüft und anschließend in ein passwortgeschütztes Software- Programm eingegeben.

8.5. Ethische Aspekte

Die Landesweite Prävalenzerhebung wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz bewilligt. Die Teilnahme war freiwillig. Die PatientInnen bzw. deren Angehörigen (bei kognitiv- eingeschränkten PatientInnen) wurden in Vorhinein über Sinn und Zweck der Erhebung informiert. Es nahmen nur PatientInnen an der Erhebung teil, von denen eine informierte Zustimmung vorlag. Bei kognitiv- eingeschränkten PatientInnen erfolgte die Einverständniserklärung durch die Unterschrift der gesetzlichen Vertreter. Die erhobenen Daten werden anonym behandelt und daher können keine Rückschlüsse auf teilnehmende PatientInnen oder Einrichtungen und deren Abteilungen gezogen werden.

8.6. Datenanalyse

Die Datenauswertung wurde mit dem Programm SPSS (Statistic Package for the Social Science) in der Version 22.0 auf Deutsch durchgeführt. Bei der Auswertung der Daten wurde die deskriptive (beschreibende) Statistik angewendet. Dabei werden Häufigkeiten, Prozente, Mittelwert und die Standardabweichung berechnet.

9. Ergebnisse der Datenanalyse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Datenanalyse der europäischen Prävalenzerhebung vom 8. April 2014 zum Thema Dekubitus in österreichischen Krankenhäusern dargestellt. Zunächst werden allgemeine Angaben zu den teilnehmenden Institutionen und der Stichprobe abgebildet.
Im Weiteren werden die Prävalenzraten von Dekubitus bezogen auf alle PatientInnen und in der Risikogruppe separat angeführt, sowie die Merkmale der Betroffenen und Charakteristiken der Dekubituswunden in Form von Tabellen und Diagrammen abgebildet.

9.1. Angaben zu den teilnehmenden Krankenhäusern und Studienpopulation

An der europäischen Prävalenzerhebung nahmen 64 Krankenhäuser teil. Insgesamt waren 8029 PatientInnen an den Tag der Erhebung in stationärer Behandlung. In der nachfolgenden Tabelle sind Anzahl der Krankenhäuser, die Rücklaufquote und die Anzahl der teilnehmenden PatientInnen dargestellt.

Tabelle 3: TeilnehmerInnen und Rücklaufquote

Anzahl der teilnehmenden Krankenhäuser	Rücklaufquote (%)	Anzahl der TeilnehmerInnen
64	75,6%	6067

Von insgesamt 8029 anwesenden PatientInnen nahmen 6067 PatientInnen an der Studie teil. Die Rücklaufquote betrug daher 75,6%. PatientInnen, die nicht an der Erhebung teilnehmen wollten, wurden über den Grund befragt.
Die folgende Tabelle gibt Auskunft über die Gründe der Nicht- Teilnahme.

Tabelle 4: Gründe für die Nicht- Teilnahme

	Prozent
Abgelehnt	10,9
Nicht erreichbar	4,2
Komatös	0,5
Terminal	0,5
Kognitiver Zustand zu schlecht	3,6
Andere	4,7
Nicht teilgenommen	24,4
Gesamt N	1962

9.2. Demographische Merkmale der Stichprobe

Zu den erhobenen demographischen Merkmalen gehören das Geschlecht und das Alter.

Tabelle 5: Geschlecht und Alter der TeilnehmerInnen

		Alter		
		Durchschnittsalter	Gesamt N	Prozent
Geschlecht	Männer	64	2767	45,6
	Frauen	65	3300	54,4

In österreichischen Krankenhäusern war der Frauenanteil unter den TeilnehmerInnen mit 54,5% höher. Das durchschnittliche Alter bei den Frauen war 65 Jahre und 64 Jahre bei den Männern.

9.3.Stichprobe nach Altersgruppen (in %)

Die folgenden Abbildungen zeigen die Häufigkeitsverteilung der Altersgruppen und die Verteilung des Geschlechts nach Altersgruppen der teilnehmenden PatientInnen.

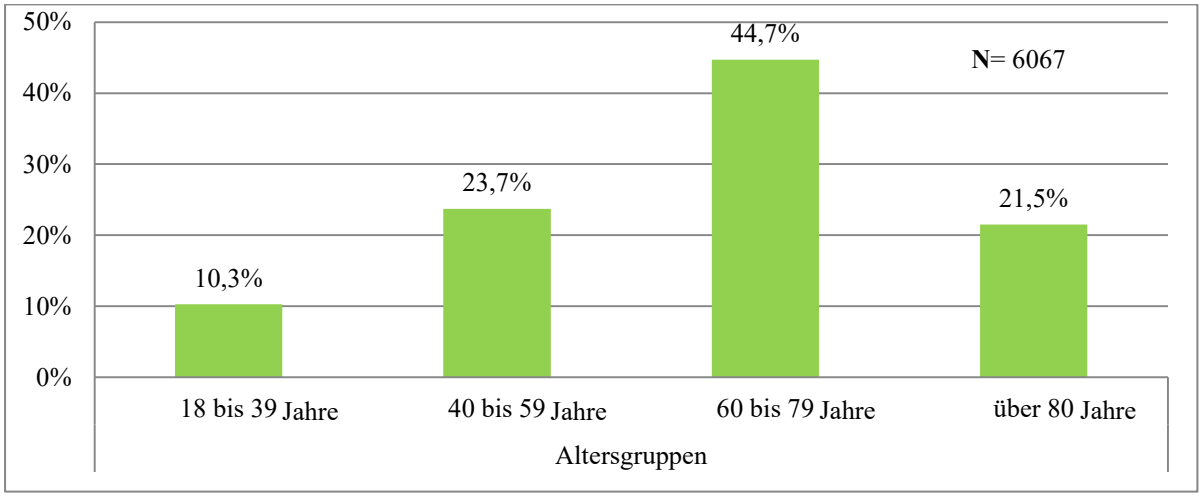

Abbildung 2: Altersgruppen (in %)

Die meisten Teilnehmenden (44,7%) waren zwischen 60 und 79 Jahre alt. 23,7% waren zwischen 40 und 59 und 21,5% über 80 Jahre alt.

9.4. Altersgruppen nach Geschlecht (in %)

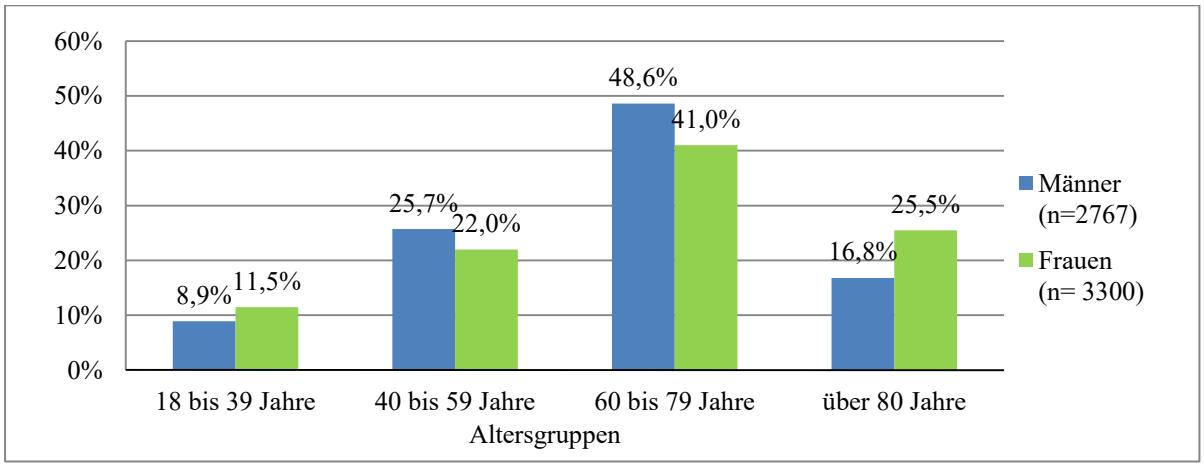

Abbildung 3: Altersgruppen nach Geschlecht

Die Mehrheit der PatientInnen aus der Stichprobe war zwischen 60 und 79 Jahre alt. Der Männeranteil überwog in der Gruppe der 40 und 59 jährigen (25,7%), sowie in der Gruppe der 60 bis 79 Jährigen (48,6%). Die Mehrheit der Frauen war über 80 Jahre alt.

9.5. Diagnosen und Hilfebedarf der Stichprobe

In den folgenden Tabellen sind die verschiedenen Krankheitsbilder und der Hilfebedarf bei den täglichen Lebensaktivitäten prozentuell dargestellt.

Tabelle 6: Diagnosen der Stichprobe (in %), der Häufigkeit nach geordnet

Krankheitsbilder	Häufigkeit	Prozent
Herz- und Gefäßerkrankungen	2162	35,6
Krankheiten des Muskel- Skelett-Systems/Bindegewebes	1690	27,9
Krankheiten des Verdauungstraktes	1205	19,9
Krankheiten der Atemwege, inklusive Nase und Rachen	1021	16,8
Krankheiten des Urogenitalsystems	929	15,3
Diabetes Mellitus	879	14,5
Endokrine, Ernährungs- oder Stoffwechselerkrankungen	817	13,5
Erkrankungen des Nervensystems, ohne Verletzungen des Rückenmarks)	626	10,3
Psychische Störungen	604	10
Krebs	551	9,1
Krankheiten der Haut/ Bindegewebes	397	6,5
Krankheiten des Blutes und oder blutbildender Organe	391	6,4
Erkrankungen des Auges	308	5,1
Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Umstände	298	4,9
Infektionskrankheiten	241	4,0
Demenz	182	3
Schlaganfall/ Hemiparese	174	2,9
Überdosierung, Substanzmissbrauch und Abhängigkeit	135	2,2

Krankheitsbilder	Häufigkeit	Prozent
Keine genauere Diagnose möglich	126	2,1
Erkrankungen der Ohren	107	1,8
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	85	1,4
Äußere Ursachen von Morbidität	83	1,4
Verletzungen des Rückenmarks, Paraplegie	29	0,5
Kongenitale Erkrankungen	24	0,4
Gesamt N	6067	

Am häufigsten diagnostiziert wurden Herz- und Kreislauferkrankungen (35,6 %) sowie Krankheiten des Muskel- Skelett- Systems/Bindegewebes (27,9%).

Tabelle 7: Hilfebedarf in täglichen Leben (in %)

Hilfebedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens	Hilfebedarf bei täglichen Aktivitäten im Haushalt	Gesamt N
38,9 %	27%	6067

Mehr als ein Drittel der PatientInnen war auf Hilfe bei den täglichen Lebensaktivitäten angewiesen. 27% der PatientInnen benötigen auch Unterstützung bei täglichen Aktivitäten im Haushalt.

9.6. Pflegeabhängigkeit der Stichprobe

Die Pflegeabhängigkeit wurde im Rahmen der Erhebung mittels der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) ermittelt.

Die Teilnehmenden wurden je nach Item der PAS, die unterschiedliche physische und psychosoziale Merkmale erfassen, von „völlig abhängig“ bis „völlig unabhängig“ eingestuft.

Im Folgenden wird die Häufigkeit der Stichprobe über deren Ab- oder Unabhängig von der Pflege nach Items erläutert.

Tabelle 8: Pflegeabhängigkeit der einzelnen Items der PAS (in %)

	Völlig abhängig	Überwiegend abhängig	Teilweise abhängig	Überwiegend unabhängig	Völlig unabhängig
Kontinenz	7,5	3,9	8,0	6,6	74,0
Körperpflege	7,3	6,9	15,5	8,4	61,9
Mobilität	6,4	7,1	13,1	11,1	62,3
An- und Auskleiden	6,1	5,7	12,8	9,5	65,9
Alltagsaktivitäten	5,8	5,9	11,1	10,0	67,2
Vermeiden von Gefahren	5,4	4,2	7,8	10,1	72,5
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung	4,3	3,5	6,4	7,5	78,3
Körperhaltung	3,8	5,0	8,	8,4	74,6
Essen und Trinken	3,4	4,0	8,4	7,9	76,3

	Völlig abhängig	Überwiegend abhängig	Teilweise abhängig	Überwiegend unabhängig	Völlig unabhängig
Lernfähigkeit	3,2	2,5	4,6	6,5	83,2
Tages- und Nachtrythmus	3,0	2,7	6,4	8,8	79,1
Körpertemperatur	2,7	1,7	2,9	4,2	88,5
Sinn für Regeln und Werte	2,7	1,5	3,2	4,8	87,8
Kontakte mit Anderen	2,6	2,0	3,6	5,6	86,2
Kommunikation	1,9	1,6	3,2	4,9	88,4
Gesamt N	166	339	566	1024	3972

Von insgesamt 6067 teilnehmenden PatientInenn waren 17,6% entweder völlig, überwiegend oder teilweise von der Pflege abhängig.

166 der Teilnehmenden waren völlig abhängig von pflegerischen Interverntionen 7,4% (n= 6067)wurden am häufigsten im Item „Kontinenz“ von der Pflege als völlig abhängig eingestuft. Das Item „Kommunikation“ (1,9%) wurde am seltesten genannt. eingestuft worden. Am häufigsten waren die PatientInnen in Items „Kontinenz“(7,5%), „Körperpflege“ (7,4%) und „Mobilität“ (6,4%) völlig von der Pflege abhängig.

In den nächsten beiden Tabellen wird die Pflegeabhängigkeit der Stichprobe nach Gesamtpunkten und nach Altersgruppen eingeteilt.

Tabelle 9: Pflegeabhängigkeit nach Gesamtpunkteanzahl

	Häufigkeit	Prozent
Völlig abhängig [15-24]	166	2,7
Überwiegend abhängig [25-44]	339	5,6
Teilweise abhängig [45-59]	566	9,3
Überwiegend unabhängig [60-69]	1024	16,9
Völlig unabhängig [70-75]	3972	65,5
Gesamt N	6067	

Die Ergebnisse zeigen, dass 17,6% der teilnehmenden PatientInnen entweder völlig, überwiegend oder teilweise von der Pflege abhängig waren.

Tabelle 10: Pflegeabhängigkeit (Gesamtpunkteanzahl) nach Altersgruppe (in %)

	Altersgruppen			
	18 bis 39	40 bis 59	60 bis 79	> 80
Völlig abhängig [15-24]	0,5	1,6	2,4	5,7
Überwiegend abhängig [25-44]	1,0	1,9	4,5	14,1
Teilweise abhängig [45-59]	2,1	4,2	8,8	19,6
Überwiegend unabhängig [60-69]	9,8	10,4	18,9	23,3
Völlig unabhängig [70-75]	86,7	81,8	65,4	37,4
Gesamt N	625	1437	2698	1307

Es konnte gezeigt werden, dass 39,3% der über 80 jährigen PatientInnen (n= 1307) völlig, überwiegend oder teilweise von der Pflege abhängig waren. Die Mehrheit der Stichprobe (44,5%) war zwischen 60 und 79 Jahre alt, wobei 15,7% der PatientInnen in dieser Altersgruppe pflegeabhängig war. Zusammenfassend wurde festgestellt, dass mit zunehmendem Alter auch die Pflegeabhängigkeit zunahm.

9.7.Dekubitusprävalenz

In den folgenden zwei Tabellen werden zunächst die Gesamtprävalenzen der Betroffenen mit und ohne Kategorie 1 dargestellt. Die Gesamtprävalenz zeigt den Anteil an PatientInnen mit mindestens einem Dekubitus gemessen an allen teilnehmenden PatientInnen auf.

Tabelle 11: Gesamtprävalenz von Dekubitus (in %)

PatientInnen mit Dekubitus (alle Kategorien)	PatientInnen mit Dekubitus (ohne Kategorie 1)	Gesamt N	Erhebung abgelehnt
179 (3%)	114 (1,9%)	6044	23

Es nahmen 6044 PatientInnen an der Erhebung der Prävalenz von Dekubitus teil.
23 der teilnehmenden PatientInnen an dieser Studie wollten keine Angaben zum Thema Dekubitus machen. Die Prävalenz von Dekubitus betrug 3% (alle Kategorien) und 1,9% (ohne Kategorie 1).

9.8. Dekubitusrisiko

In der folgenden Tabelle wird die Dekubitusprävalenz ausschließlich in der Gruppe der PatientInnen, bei der eine Gefahr besteht an einem Dekubitus zu erkranken bzw. PatientInnen mit Dekubitusrisiko, dargestellt.
Es zeigt sich, dass 30,4% (n=6044) der PatientInnen in österreichischen Krankenhäusern ein Dekubitusrisiko gemäß der Bradenskala hatten.

Tabelle 12: Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe (in %)

RisikopatientInnen mit Dekubitus (alle Kategorien)	RisikopatientInnen mit Dekubitus (ohne Kategorie 1)	Gesamt N
167 (9,1)	109 (5,9)	1833

Von insgesamt 1833 RisikopatientInnen litten 9,1% an zumindest einem Dekubitus (alle Kategorien) und 5,9 % ohne Kategorie 1 laut Bradenskala in österreichischen Krankenhäusern.

9.9. Charakteristiken der Betroffenen

Im Folgenden werden genauere Merkmale der Betroffenen d.h. das Alter, Geschlecht, medizinische Diagnosen und die Pflegeabhängigkeit näher beschrieben.

9.9.1. Das Alter und Geschlecht

Es werden nun das durchschnittliche Alter und das Geschlecht der Gesamtprävalenz (in %), der Betroffenen dargestellt.

Tabelle 13: Durchschnittsalter und Geschlecht (Gesamtprävalenz)

Durchschnittsalter der Betroffenen	Geschlecht der Betroffenen (in %)		Gesamt N
Männer/ Frauen	Männer	Frauen	
74	45,3	54,7	179

Insgesamt waren 179 Betroffene mit zumindest einem Dekubitus stationär. Das durchschnittliche Alter war 74 Jahre und 54,7% der Betroffenen waren weiblich.

9.9.2. Altersgruppen

Die folgenden Abbildung zeigt Häufigkeit (in %) von Dekubituswunden nach Altersgruppen.

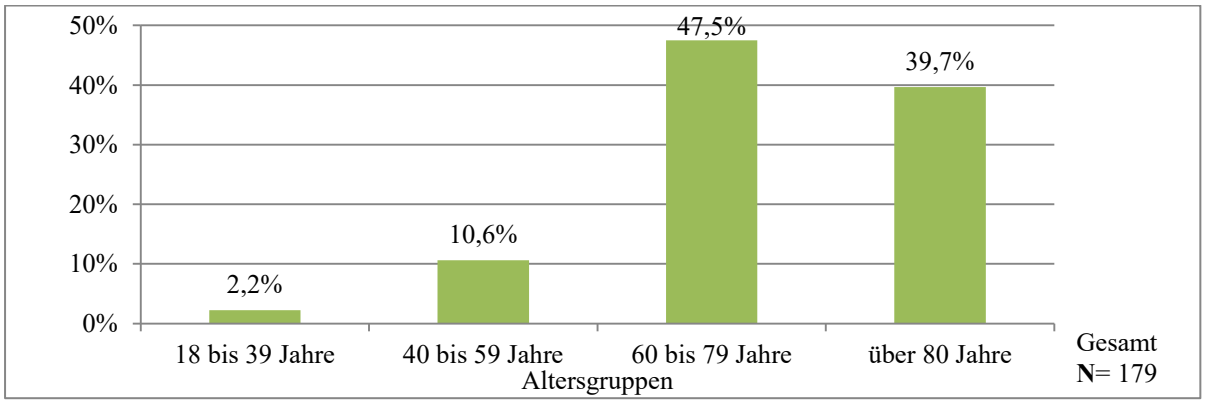

Abbildung 4: Dekubitus Häufigkeiten nach Altersgruppen

Von Insgesamt 179 Betroffenen waren 47,5% zwischen 60 und 79 Jahren und 39,7% über 80 Jahre alt. 10,6% der Betroffenen waren zwischen 40 bis 59 Jahre alt.

9.9.3. Verteilung Geschlecht nach Alter

In der Abbildung wird die Häufigkeit des Geschlechts nach Alter der Betroffenen dargestellt.

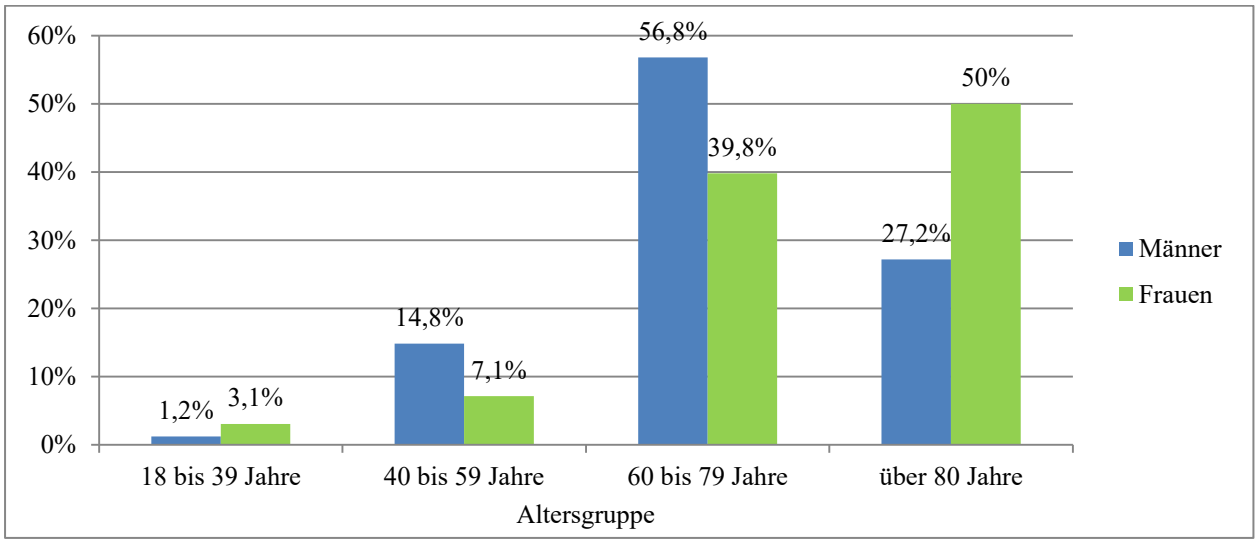

Abbildung 5: Verteilung Geschlecht nach Alter

Die Ergebnisse zeigen, dass mehr Frauen (50%) im Alter über 80 Jahre und die meisten Männer (39,8%) im Alter zwischen 60 und 79 Jahren an einem Dekubitus litten.

9.9.4. Diagnosen

Die nächste Abbildung zeigt die Häufigkeiten der Diagnosen bei Betroffenen (in %).

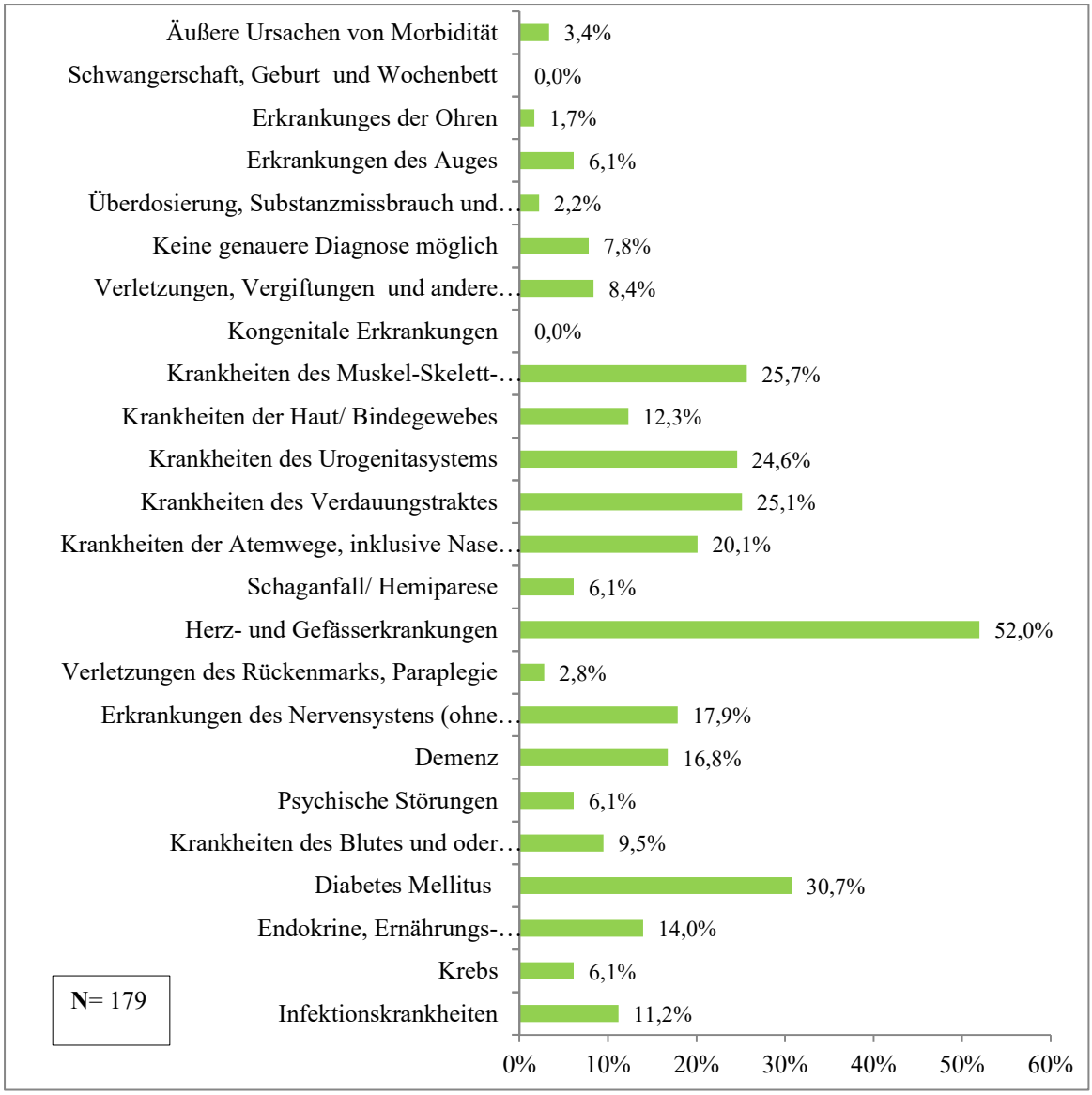

Abbildung 6: Diagnosen der Betroffenen

Von insgesamt 179 PatientInnen mit Dekubitus waren 52% am häufigsten von Herz- und Gefäßerkrankungen betroffen. Als zweithäufigste Erkrankung war Diabetes Mellitus (30,7%) und als dritthäufigste „Krankheiten des Muskel- Skelett- Systems“ (25,7%) bei den Betroffenen diagnostiziert. Am seltensten waren sie von Erkrankungen der Ohren (1,7%) betroffen. PatientInnen mit Dekubitus hatten keine kognitiven Erkrankungen und es wurde keine Schwangerschaft diagnostiziert.

9.9.5. Anzahl aller Diagnosen nach Betroffenen

Die folgende Abbildung zeigt wie viele medizinische Diagnosen (eine bis maximal zehn Diagnosen) PatientInnen mit Dekubitus hatten.

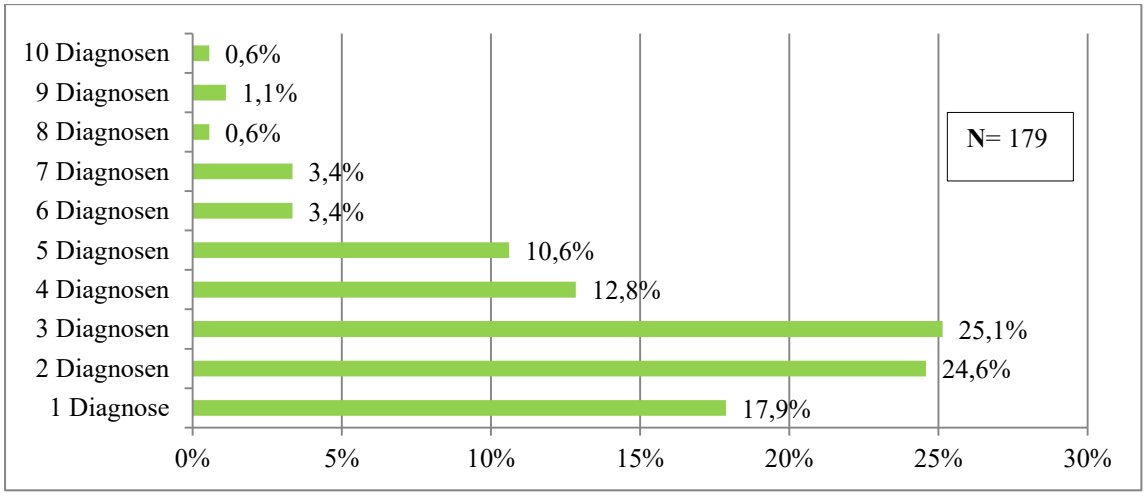

Abbildung 7: Menge an Diagnosen nach Betroffenen

Die Mehrheit der insgesamt 179 PatientInenn mit Dekubitus litten an drei (25,1%) oder an zwei Krankheiten (24,6%). Bei 0,6% der Betroffenen waren sogar zehn Erkrankungen diagnostiziert. Insgesamt 10,6% hatten fünf Diagnosen und 12,8% vier Diagnosen gleichzeitig.

9.9.6. Pflegeabhängigkeit

In der folgenden Tabelle werden die Häufigkeit und prozentuelle Verteilung der Betroffenen über die fünf Kategorien der Pflegeabhängigkeit (von „völlig abhängig“ bis „völlig unabhängig) nach Gesamtpunkten ersichtlich, sowie der Durchschnittswert (Median) der PAS dargestellt.

Tabelle 14: Pflegeabhängigkeit der Betroffenen nach Gesamtpunkten

	Häufigkeit	Prozent
Völlig abhängig [15-24]	37	20,7
Überwiegend abhängig [25-44]	51	28,5
Teilweise abhängig [45-59]	47	26,3
Überwiegend unabhängig [60-69]	24	13,4
Völlig unabhängig [70-75]	20	11,2
Insgesamt	179	100,0
PAS Median	45	

Bei näherer Betrachtung zeigt sich, dass 75,5% der Betroffenen völlig, überwiegend oder teilweise von der Pflege abhängig waren. Der PAS Medianwert aller Betroffen (n=179) betrug 45.

9.10. Charakteristiken der Dekubituswunden

Zu den Merkmalen von Dekubituswunden gehören der Zeitpunkt des Entstehens, die Kategorien, die Dauer des Bestehens und die Lokalisation an Körperregionen. Im Folgenden werden die Häufigkeiten und die prozentuelle Verteilung der Wundcharakteristika beschrieben und in Form von Tabellen und Abbildungen dargestellt.

9.10.1. Zeitpunkt des Entstehens

In der folgenden Tabelle wird gezeigt, ob Dekubitus während des Aufenthaltes oder bereits vor einer Einweisung in das Krankenhaus entstanden ist. Bei Betroffenen mit mehreren Dekubituswunden wurde jeweils die mit der höchsten Kategorie in Betracht gezogen.

Tabelle 15: Zeitpunkt des Entstehens

	Vor der Einweisung in das Krankenhaus	Nach der Einweisung in das Krankenhaus	Gesamt N
Anzahl	113	66	179
Prozent	63,1	36,9	100

Die meisten Dekubituswunden (63,1%) sind vor der Einweisung in das Krankenhaus entstanden.

9.10.2. Kategorien

In der folgenden Tabelle wird der Dekubitus bei Betroffenen mit der höchsten Kategorie dargestellt.

Tabelle 16: Dekubitus nach Kategorien

	Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3	Kategorie 4	Gesamt N
Anzahl	65	77	25	12	179
Prozent	36,3	43,0	14,0	6,7	100

Von insgesamt 179 Dekubituswunden war die Kategorie 2 mit 43% am häufigsten in österreichischen Krankenhäusern klassifiziert worden. 36,3% der Dekubituswunden entsprachen, nach NPUAP Klassifikationssystem der Kategorie 1.

9.10.3. Dauer des Bestehens von Dekubituswunden (in%)

In der folgenden Tabelle wird die Dauer des Bestehens von Dekubitus, in Kategorien von „unter zwei Wochen“ bis „über 12 Monate“ in Prozent dargestellt. Bei Betroffenen mit mehreren Dekubituswunden wurde jeweils der mit der höchsten Kategorie dargestellt.

Tabelle 17: Dauer des Bestehens der Dekubituswunden (in %)

	≤ 2 Wochen	> 2 Wochen ≤3 Monate	> 3 Monate ≤ 6 Monate	>6 Monate ≤ 12 Monate	> 12 Monate	Gesamt N
Prozent	39,7%	43%	9,5%	4,5%	6,7%	179

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass der Großteil der Betroffenen an zumindest einem Dekubitus mit der höchsten Kategorie von zwei Wochen bis 3 Monaten (43%) litt. Unter zwei Wochen waren 39,7% und 6,7% der Dekubituswunden waren auch nach über einem Jahr präsent.

9.10.4. Lokalisationen an Körperregionen

Insgesamt wiesen die 179 Betroffenen 265 Dekubituswunden auf. In der folgenden Abbildung wird die Verteilung aller 265 Dekubituswunden über die Körperregionen in Prozent dargestellt.

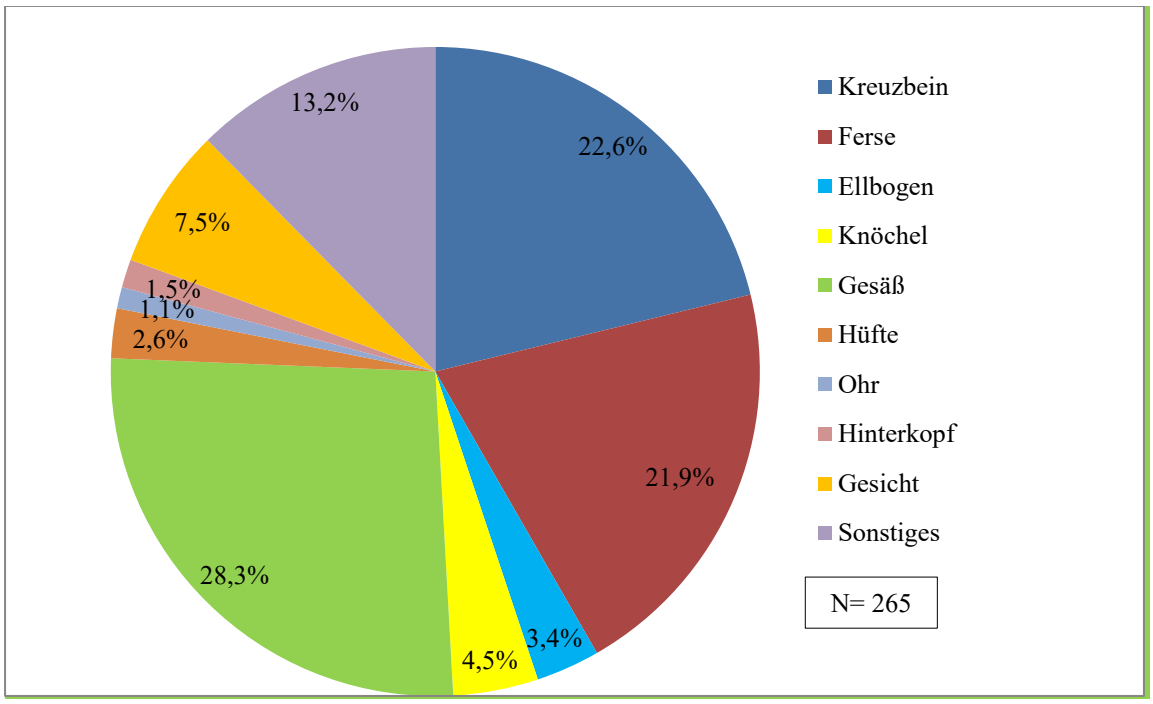

Abbildung 8: Lokalisationen der Dekubituswunden

In österreichischen Krankenhäusern waren die PatientInnen am häufigsten von einem Dekubitus am Gesäß (28,3%), dem Kreuzbein (22,6%) und an den Fersen (21,9%) betroffen.

10. Diskussion

Ziel dieser Masterarbeit ist die Prävalenzerhebung von Dekubitus, die Beschreibung von Charakteristiken der Betroffenen und der Dekubituswunden in österreichischen Krankenhäusern. Die Ergebnisse sollen in erster Linie zur Sensibilisierung aller im Gesundheitswesen tätigen Personen in österreichischen Krankenhäusern beitragen und die Möglichkeit Vergleiche mit anderen Einrichtungen bieten.
Mit dieser Masterarbeit sind erstmals wissenschaftlich- fundierte Ergebnisse zu den genaueren Beschreibungen der Betroffenen und der Dekubituswunden in österreichischen Krankenhäusern erhoben worden.

Im ersten Abschnitt dieser Masterarbeit macht die Literaturrecherche zwar eine unüberschaubare Anzahl an Prävalenzstudien zu Dekubitus im internationalen Vergleich sichtbar, zeigt aber auch den derzeitigen Mangel in Österreich auf. Eine genauere charakteristische Beschreibung der Betroffenen und der Dekubituswunden sind allerdings bis heute international noch kaum erforscht.

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst und näher diskutiert, sowie mit der aktuellen Literatur verglichen.

10.1. Gesamtprävalenz und Prävalenz in der Risikogruppe

Insgesamt, im Vergleich der internationalen Prävalenzstudien zeigte sich, dass die Erkrankungsrate von Dekubitus in österreichischen Krankenhäusern im Verhältnis tiefer war. Die Prävalenz betrug 3% (alle Kategorien) und 1,9% (ohne Kategorie 1) und ist auch tiefer als in den früheren veröffentlichten Studien aus Österreich (Lohrmann 2011, Lohrmann 2013). Ein Vergleich mit der Literatur zeigt, dass Prävalenzstudien, die in Kooperation mit den LPZ durchgeführt wurden aufgrund der standardisierten methodischen Vorgehensweise und ähnlicher Studienpopulation einen Vergleich der Ergebnisse möglich machen. So kann durch den Vergleich der Länder, NL und CH eine höhere Dekubituserkrankungsrate als in Ö gezeigt werden (Halfens et al. 2013). Unter anderem, der Vergleich Österreich mit Deutschland zeigte höhere Dekubitusprävalenzen. In den Jahren 2006 bis 2008 lag die Dekubituserkrankungsrate in deutschen Krankenhäusern zwischen 6,7% und 11,8% (alle

Kategorien) und zwischen 3,8% und 6,1% (ohne Kategorie 1) (Kottner et al. 2009, Lahmann, Halfens & Dassen 2006, Lahmann, Dassen & Kottner 2012).

Andere Studien, die nicht in Kooperation mit dem LPZ erfolgten, waren sehr unterschiedlich in der Methodik, Untersuchungsgegenstand und Studienpopulation, was einen Vergleich nur schwer möglich machte. Daher wurde eine Unterteilung der Ergebnisse der Prävalenz in der Risikogruppe und der Gesamtprävalenz angestellt.

Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse eine Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe von 9,1% (alle Kategorien) und 5,9% (ohne Kategorie 1) bei einem Bradenscore von ≤20. Die Gefahr an Dekubitus zu erkranken, besteht bei 30,4% der PatientInnen in österreichischen Krankenhäusern.

Im internationalen Vergleich zeigen sich höhere Prävalenzraten als in Österreich. In Schweden hatten zwischen 16,5% (ohne Kategorie 1) und 19,9% (alle Kategorien) der PatientInnen ein Risiko an Dekubitus zu erkranken (Gunningberg et al 2013). In Brasilien waren 60 %, somit fast doppelt so viele PatientInnen als risikogefährdet eingestuft worden (Bradenscore von ≤20) (De Silva Cardoso et al. 2010).

Zusammenfassend erkennt man ähnliche Ergebnisse der Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe. So zeigt der Drei-Länder Vergleich aus Erhebungen, die in Kooperation mit LPZ standen, ähnliche Prävalenzen im Vergleich mit Österreich. So waren in der Schweiz 4% (n= 10.098, ohne Kategorie 1) und in den Niederlanden 6,5% (n=6622, ohne Kategorie 1) unter Risiko für Entstehung von Dekubitus (Halfens et al. 2013). In Deutschland waren 11% (alle Kategorien) und 5,5% (ohne Kategorie 1) im Jahr 2007 (n= 1286) und 11,8% (alle Kategorien) und 6,1% (ohne Kategorie 1) im darauffolgendem Jahr (n= 973) der PatientInnen gefährdet an Dekubitus zu erkranken (Lahmann, Dassen & Kottner 2012).

Der Vergleich mit DL, Ö, CH und den NL zeigt, dass die PatientInnen aus den Niederlanden am häufigsten ein Dekubitusrisiko hatten (Halfens et al. 2013, Tannen, Dassen & Halfens 2008, Kottner 2008).

10.2. Charakteristiken der Betroffenen

10.2.1. Alter und Geschlecht

Aus der Erhebung zeigt sich, dass die PatientInnen mit Dekubitus (alle Kategorien) in österreichischen Krankenhäusern im Durchschnitt 74 Jahre alt waren. Die Mehrheit (47,5%, n= 179) der Betroffenen war zwischen 60 und 79 Jahre alt. Mehr als die Hälfte der Betroffenen waren Frauen (54,7%).

Der Vergleich mit der Literaturrecherche zeigt, dass PatientInnen mit Dekubitus in den Krankenhäusern in Nigeria (47 ± 21,2 Mittleres Alter und ohne Kategorie 1) und in Brasilien (57,7 ± 3,2 Mittleres Alter und ohne Kategorie 1) jünger waren als in Österreich. In Gegensatz zu Österreich waren dort vermehrt Männer von Dekubitus betroffen, 54,2%, (n= 39) in Nigeria und (53,3%, n= 43) in Brasilien (Adegoke et al. 2013, De Silva Cardoso et al.2010).

In Deutschland (n= 16.726, Prävalenz: 21,1%) hingegen war das mittlere Alter der Betroffenen mit 74, 4 Jahre ähnlich. In Gegensatz dazu, waren die Betroffenen (n= 228) nach Theissen et al. 2012 in Deutschland ähnlich wie in Österreich im Durchschnitt 83 Jahre alt und mehr als die Hälfte der Betroffenen waren Frauen (Theissen et al. 2012).

Weiter war die Mehrheit der Frauen mit Dekubitus in österreichischen Krankenhäusern über 80 Jahre alt und die meisten Männer (39,8%) im Alter zwischen 60 und 79 Jahren. Ähnliche Ergebnisse wurden in Deutschland gezeigt, sodass mehr Männer im Alter von 65 Jahren von Dekubitus betroffen waren und ab dem Alter von ≥ 65 Jahren war der Frauenanteil höher (Kröger et al. 2009).

10.2.2. Diagnosen

Von insgesamt 179 PatientInnen mit Dekubitus hatten 52% Herz- und Gefäßerkrankungen, Diabetes Mellitus (30,7%), sowie als dritthäufigste Erkrankungen waren „Krankheiten des Muskel- Skelett- Systems“ (25,7%) diagnostiziert. Die Betroffenen hatten keine kognitiven Erkrankungen und es wurde keine Schwangerschaft diagnostiziert. Die Mehrheit der Betroffenen hatte drei (25,1%) oder zwei Krankheitsbilder (24,6%) gleichzeitig. Insgesamt 10,6% hatten fünf Diagnosen und 12,8% vier Diagnosen gleichzeitig. Bei 0,6% der Betroffenen waren sogar zehn Erkrankungen diagnostiziert.

Der Vergleich mit der Literatur zeigt, dass keine Angaben zur Diagnosen der PatientInnen mit Dekubitus gemacht wurden.

10.2.3. Pflegeabhängigkeit

75,5% der Betroffenen (n= 179) in österreichischen Krankenhäusern waren völlig, überwiegend oder teilweise von der Pflege abhängig. Der PAS- Medianwert war 45 Punkte und ist im Vergleich der Erhebungen der letzten Jahre in Österreich rückläufig, was eine höhere Pflegeabhängigkeit bedeutet (Lohrmann 2011, Lohrmann 2013).
In der Literatur wurde die Pflegeabhängigkeit bei den Betroffenen noch nicht erforscht.

10.3. Charakteristiken von Dekubitus

Im folgendem werden die Ergebnisse zum Zeitpunkt des Entstehens, Dauer des Bestehens, Kategorien und Lokalisation von Dekubituswunden diskutiert und zusammengefasst.

10.3.1. Zeitpunkt des Entstehens

Die Ergebnisse der Datenanalyse zeigen, dass von insgesamt 179 Dekubituswunden (nur diejenigen mit der höchsten Kategorie) 63,1% bereits vor der Einweisung in das Krankenhaus bestanden. Demzufolge entstanden 36,9% nach der Einweisung in das KH.
Ergebnisse des letzten Jahres zeigen ebenso, dass mehr Dekubituswunden (71,7%, n= 106) außerhalb von KH entstanden waren (Lohrmann 2013).
Im Ländervergleich zeigt sich, dass nur neun von 25 eingeschlossenen Studien Angaben zum Zeitpunkt des Entstehens von Dekubitus machten. In Norwegen und Schweden waren im Vergleich zu Österreich mehr Dekubituswunden, bereits vor der Einweisung entstanden. Demzufolge waren 85% (n= 359) aller Dekubituswunden in Norwegen und 88,4% (gemessen an allen Betroffener, n= 177) in Schweden bereits vor der Einweisung ins Krankenhaus entstanden (Bredersen et al. 2014, Gunningberg et al. 2011).
In Gegensatz dazu, waren 49,2% (n=185) der Dekubituswunden in den Krankenhäusern in der Schweiz selbst erworben (Scheel- Seiler et al. 2013). Auch in Deutschland nach Theissen

et al. 2012 waren 54,6% (n= 218) der Dekubituswunden bereits beim Eintritt ins KH identifiziert.
Aus den wenigen verfügbaren Ergebnissen zum Zeitpunkt des Entstehens von Dekubitus lässt sich sagen, dass Dekubituswunden häufiger außerhalb des Krankenhauses im internationalen Vergleich entstehen.

10.3.2. Kategorien

Die Ergebnisse zeigen, dass Dekubituswunden am häufigsten mit Kategorie 2 (43%, n= 179) klassifiziert waren. Die Klassifikation der Kategorie 1 betrug36,3%. 14% der Dekubituswunden waren Kategorie 3 und 6,7% Kategorie 4 zugeordnet.
Ergebnisse früherer Erhebungen aus Österreich zeigen auch, dass Dekubituswunden (n= 106) mit der Kategorie 2 (49,1%) und Kategorie 1 (30,2%) am häufigsten klassifiziert waren (Lohrmann 2013).
Der Vergleich mit der Literatur zeigt, dass mehr als die Hälfte der eingeschlossenen Studien die Dekubitusprävalenz mit und ohne Kategorie 1 beschreibt, jedoch keine Unterteilung aller Schweregrade anstellten. So wurde eine Häufigkeitsverteilung aller Kategorien nur bei fünf von 25 der eingeschlossenen Studien beschrieben (Uzun & Tan 2007, Brito et al. 2013, Baath et al. 2014, Lohrmann 2011 und 2013, Alja'afreh & Mosleh 2013). Aus diesen fünf Studien ist ersichtlich, dass Dekubituswunden am häufigsten mit der Kategorie 1 oder 2 klassifiziert waren, genau wie in Österreich. Eine dieser Studien aus Brasilien, von Brito et al. 2013 zeigte, dass von insgesamt 115 der Dekubituswunden 30,3% als Kategorie 1, Kategorie 2 (32,9%), Kategorie 3 (22,8%) und Kategorie 4 (13,9%) klassifiziert waren (Brito et al. 2013).
In Gegensatz dazu machten Barrois et al. (2013) keine Angaben bezüglich Prävalenz mit und ohne Kategorie 1, und machten auch keine Schweregradeinteilung einzelner Kategorien. De Silva Cardoso et al. (2010) gaben nur die Häufigkeit von Dekubitus mit der Kategorie zwei an.
Bei diesen beiden Studien ist es auch nicht ersichtlich und klar beschrieben, warum eine derartige Schweregradunterteilung erfolgte. Warum ausschließlich eine Unterteilung der Kategorie 2 bzw. keine Unterteilung der Kategorien erfolgte. Außerdem konnte festgestellt werden, dass bei einigen der aktuell verfügbaren Prävalenzstudien keine näheren Angaben bezüglich der Vorgehensweise statistischer Berechnungen der Häufigkeiten der Schweregrade von Dekubitus gemacht waren. Ob nun Betroffene mit mehreren

Dekubituswunden nur diejenigen mit der höchsten Kategorie, oder alle Dekubituswunden bei der Berechnung der Häufigkeiten miteinbezogen waren, wurde in diesen besagten Studien nicht klar beschrieben.
Aufgrund Mangel an erforschten Daten und Unterschiede im Untersuchungsgegenstand ist es heute noch schwierig aus den aktuellen Studien aussagekräftige Vergleiche bezüglich der Dekubitushäufigkeit nach Kategorien anzustellen.

10.3.3. Die Dauer des Bestehens von Dekubitus

Die Datenanalyse zeigt, dass 39,7% der Dekubituswunden (n= 179) bis zu zwei Wochen und 43% von zwei Wochen bis zu drei Monaten bestanden. Dabei waren 6,7% der Dekubituswunden auch noch nach 12 Monaten nicht verheilt. Im Jahr 2013 war die Dauer des Bestehens von Dekubituswunden (n= 69) länger als heute. Demzufolge bestanden 29% bis zu zwei Wochen, 49,3% zwei Wochen bis drei Monate. Dabei waren 8,7% nach einem Jahr nicht verheilt (Lohrmann 2013).
In den aktuellen Prävalenzstudien gibt es noch keine Daten über die Dauer des Bestehens von Dekubituswunden in Krankenhäusern.

10.3.4. Lokalisation

In dieser Arbeit sind die häufigsten Lokalisationen der Dekubituswunden am Gesäß (28,3%), dem Kreuzbein (22,6%) und an den Fersen (21,9%). Ähnliche Ergebnisse waren im letzten Jahr gezeigt worden, so war jedoch das Kreuzbein (27,5%) prozentuell am häufigsten, gefolgt von den Fersen (25,4%) und Knöcheln (2,8%) die häufigsten Lokalisationen (Lohrmann 2013).
Der Vergleich mit der Literatur zeigt, dass die drei häufigsten Lokalisationen von Dekubitus am Steißbein, der Ferse und Hüfte waren. Es ist jedoch zu beachten, dass abgesehen von der Unterschiedlichkeit der Methodik und Studienpopulation, auch unterschiedliche Definitionen der Körperregionen verwendet wurden. So wurden unter anderem Körperregionen, wie „das Bein“ oder „Trochantergegend“ als Lokalisation definiert, was dadurch einen aussagekräftigen Vergleich der Häufigkeiten der Lokalisationen von Dekubituswunden erschwert.

Insgesamt zeigt sich, dass ein Vergleich der Ergebnisse dieser Arbeit mit der Literatur nur schwer möglich ist. In erster Linie fällt auf, dass nur neun der insgesamt 26 eingeschlossenen Studien eine Beschreibung der Charakteristiken der Betroffenen durchgeführt haben. Diese wenigen Prävalenzstudien machten fast ausschließlich Angaben zum Alter und Geschlecht der Betroffenen und keine genaueren Angaben zu den Charakteristiken von Dekubituswunden, die aus unterschiedlichem Fokus, je nach Untersuchungsgegenstand resultieren.

10.4. Vergleich der Charakteristiken der Betroffenen mit der Stichprobe

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick zu den Ergebnissen der Charakteristiken der Betroffenen versus die Stichprobe geboten und diskutiert.
Zur Stichprobe der Studie zählen alle teilnehmenden PatientInnen mit und ohne Dekubituswunden, die sich am Tag der Erhebung in stationärer Behandlung befanden (Polit & Beck 2012).
Es zeigte sich, dass in Gegensatz zu der Stichprobe (64 Jahre) die Betroffenen (74 Jahre) im Durchschnitt älter waren, bei einer nahezu gleichen Geschlechterverteilung.
Bei näherer Betrachtung der Altersgruppen, fiel auf, dass der Frauenanteil in der Altersgruppe der über 80 jährigen Betroffenen am höchsten war und in der Gruppe der 60 bis 79 jährigen der Männeranteil überwog, was sich auch in der Stichprobe zeigte. 50% aller betroffenen Frauen waren über 80 Jahre alt, was im Vergleich zur Stichprobe (25,5%) fast doppelt so hoch war.
Sowohl Betroffene (52%) als auch die Stichprobe (35,6%) litten am häufigsten an Herz-Kreislauferkrankungen. Es konnte jedoch festgestellt werden, dass als zweithäufigste Erkrankung bei den Betroffenen „Diabetes Mellitus“ und bei der Stichprobe „Krankheiten des Muskel- Skelett- Systems“ diagnostiziert war. Als dritthäufigste Diagnose „Krankheiten des Muskel- Skelett- Systems“ hatten 25,7% der Betroffenen. Alle teilnehmenden Sowohl PatientInnen mit als auch ohne Dekubitus hatten keine kognitiven Einschränkungen und eine Schwangerschaft war ausgeschlossen worden.

Insgesamt zeigt sich, dass die Betroffenen im Durchschnitt älter und deutlich stärker von der Pflege abhängig waren (74 Jahre, 75,5%) im Vergleich zur Stichprobe (64 Jahre, 17,6%).
Es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen dem Alter der PatientInnen und deren Pflegeabhängigkeit.

11. Limitationen der Studie

Mögliche Einschränkungen dieser Studie könnten sein, dass die Daten aufgrund der freiwilligen Teilnahme der Einrichtungen verzerrt wurden. Denn die Teilnahme der Krankenhäuser könnte eher von solchen wahrgenommen worden sein, die sich bereits im Vorfeld auf dem Gebiet bemüht hatten, jeglichen Erkenntnissen vorzubeugen.
Es könnte der Verdacht aufkommen, dass Institutionen, welche nicht teilnehmen wollten, sich diesbezüglich nicht engagieren und möglicherweise hohe Dekubitusprävalenzen aufweisen würden. Im umgekehrten Sinne würde das bedeuten, dass genau diese sich sehr engagiert hatten, welche kaum Dekubitusprävalenzen aufweisen würden. Aus diesen Gründen könnte es zu einer möglichen Prävalenzunterschätzung oder -überschätzung gekommen sein.
Ein weiterer Bias in der Datenerhebung besteht aufgrund der kostenpflichtigen Teilnahme der Institutionen. Es besteht auch hier die Möglichkeit, dass aufgrund der Kosten besonders diese Krankenhäuser mitmachten, welche mehr Budget zur Verfügung hatten als vielleicht manch andere Institutionen die nicht teilgenommen hatten, jedoch höhere oder niedrigere Erkrankungsraten aufweisen würden.
Es bleibt auch unklar, welche Kriterien der Auswahl der Stationen und Abteilungen zu Grunde liegen, sodass möglicherweise sein kann, dass vermehrt Stationen ausgesucht wurden, welche ein niedriges Dekubitusrisiko aufwiesen, um eine möglichst niedrige Erkrankungsrate zu erzielen.
Aufgrund des schwierigen Einholens der informierten Zustimmung der gesetzlichen Vertreter aus unterschiedlichen Gründen, wie Abwesenheit oder Verspätung, könnten potenzielle TeilnehmerInnen ausgeschlossen worden sein.
Es werden zwar Angaben zu den Gründen der Nicht- Teilnahme angegeben, jedoch keine Angaben bezüglich der Charakteristiken der nichtteilnehmenden PatientInnen, wie unter anderem deren Dekubitusrisiko, was auch zu einer Unterschätzung der Prävalenz geführt haben könnte. Außerdem nahmen viele PatientInnen aufgrund eines schlechten Gesundheitszustandes nicht an der Erhebung teil, wodurch auch möglicherweise potenzielle TeilnehmerInnen ausgeschlossen wurden und insgesamt zu Verzerrung der Prävalenz geführt haben könnte.
Zu beachten ist auch, dass mögliche unvollständig ausgefüllte Fragebögen abgegeben wurden und deswegen nicht berücksichtigt werden konnten.

12. Stärken der Studie

Eine der Hauptstärken dieser Masterarbeit ist, dass es eine der ersten ist, welche Daten zu genaueren Beschreibungen der Charakteristiken der betroffenen PatientInnen und der Dekubituswunden in österreichischen Krankenhäusern liefert. Somit ist es einerseits durch die Merkmale der Betroffenen möglich eine Hochrisikogruppe zu identifizieren. Andererseits bieten die Daten konkrete Aussagen über den „Zeitpunkt", über das „Wie lange", „Wo genau" und „Welcher Art" ein Dekubitus am häufigsten bei den Betroffenen auftritt.

Aus diesen Gründen können Institutionen für das Thema sensibilisiert werden und die Planung präventiver und kurativer Interventionen unterstützt werden.

Aufgrund der standardisierten methodischen Vorgehensweise sind Vergleiche mit anderen Einrichtungen möglich.

Eine Stärke der Querschnittstudie ist auch, dass alle PatientInnen die an dem Tag der Erhebung in stationärer Behandlung waren teilnehmen konnten, sodass eine Erfassung der tatsächlichen Ist- Situation zu Dekubituserkrankungsrate möglich ist.

Anzumerken ist auch, dass die Teilnehmenden von zwei geschulten Pflegepersonen, die voneinander unabhängig waren und nicht auf derselben Station oder Abteilung tätig waren, untersucht wurden, was die Aussagekraft der Daten erhöht. Ebenso erfolgte eine standardisierte und direkte Hautinspektionen durch zwei Pflegepersonen am Tag der Datenerfassung. Durch diese Art der Vorgehensweise ist einerseits eine objektive Erhebung des Zustandes der PatientInnen gewährleistet und andererseits können genauere Angaben zu den Erkrankungsraten erfasst werden.

Durch die Kontinuität der jährlichen Erhebung können nicht nur die nationalen, sondern auch internationalen Institutionen, über die Zeit hinweg somit vergleichbar gemacht werden, sofern ein standardisiertes Verfahren genutzt wurde.

Die Berechnung der Dekubituserkrankungsrate erfolgte sowohl über die Gesamtprävalenz als auch in der Risikogruppe. Durch die Berechnung der Prävalenz in der Risikogruppe werden ausschließlich PatientInnen, die unter Risiko standen einen Dekubitus zu bekommen, miteinbezogen, was eine aussagekräftigere Erfassung der Dekubituserkrankungsrate ermöglicht.

13. Implikationen für die Praxis

In erster Linie können die Daten der Prävalenzerhebung zur Identifikation des Ausmaßes des betreffenden Pflegeproblems in der Praxis genutzt werden. Alle Beteiligten im Gesundheitswesen können auf das Thema sensibilisiert werden, um die Versorgung der PatientInnen zu optimieren.
Die Einrichtungen erhalten die Ergebnisse (Feedback). So haben sie auch die Möglichkeit im Sinne eines Bechmarks Vergleiche mit anderen Institutionen anzustellen, sofern ein standardisiertes methodisches Verfahren bei der Datenerfassung vorgenommen wurde. Durch einen Vergleich mit anderen Einrichtungen können bei Bedarf die geplanten Maßnahmen überdacht oder mit ruhigen Gewissen belassen werden, was eine Optimierung der Versorgung bedeutet.
Durch die jährlich durchgeführte Erhebung können Trendentwicklungen abgelesen werden. So bekommt die Praxis dadurch die Möglichkeit, zuvor gesetzte Maßnahmen und deren Einfluss auf Qualitätsindikatoren im Verlauf der Jahre zu erkennen.
Insbesondere Dekubitus ist ein wichtiger Qualitätsindikator der Pflege. Durch eine genauere Beschreibung der Charakteristiken der Betroffenen und des Dekubitus, kann das Pflegepersonal besonders auf diese PatientInnen- Gruppe aufmerksam werden. Insgesamt können Pflegenden gestärkt und die Qualität gesteigert werden.
Um weiterhin die Qualität zu sichern, sollten Prävalenzerhebungen und genauere Beschreibungen der Betroffenen und der Dekubituswunden auch weiterhin durchgeführt werden.

14. Implikationen für die Forschung

Ein standardisiertes Vorgehen bei der Datenerhebung ermöglicht einen aussagekräftigen Vergleich unterschiedlichen Einrichtungen, sowohl national als auch international. Die Ergebnisse können einen Denkanstoß geben und zum Handeln in der Praxis anregen. Außerdem können diese erhobenen Daten zu weiteren Forschungsvorhaben sowie weiterführenden Analysen genutzt werden (Lahmann, Dassen & Kottner 2012, Kottner et al. 2009; VanGilder et al. 2009).

Literaturverzeichnis

Adegoke, BOA, Odole, AC, Akindele, LO, Akinpelu, AO 2013, 'Pressure ulcer prevalence among hospitalized adults in university hospitals in South - West Nigeria', *Wound Practice and Research*, vol. 21, no. 3, pp. 128 – 134.

Alja'afreh, M, & Mosleh, SM 2013, 'Pressure ulcers in Jordan: a snapshot survey of a tertiary public hospital', *British Journal of Nursing*, vol. 22, no. 20, pp. 10 – 16.
Austrian Pressure Ulcer Prevention Association (APUPA) 2008 - 2015, '*Die internationale Definition und Klassifikation des Dekubitus nach EPUAP/NPUAP 2014',* [21.01.2015], verfügbar unter: http://www.apupa.at/deutsch/dekubitus_4stadien.html.

Baath, C, Idvall, E, Gunningberg, L, Hommel, A 2014, 'Pressure-reducing interventions among persons with pressure ulcers: results from the first three national pressure ulcer prevalence surveys in Sweden', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 20, no. 1, pp. 58 – 65.

Barrois, B, Labalette, C, Rousseau, P, Corbin, A, Colin, D, Francois, A 2008, 'A national prevalence study of pressure ulcers in French hospital inpatients', *Journal of Wound Care*, vol. 17, no. 9, pp. 373 – 379.

Black, J, Baharestani, M, Black, S, Cavazos, J, Conner- Kerr, T, Edsberg, L, Peirce, B, Rivera, E, Schultz, G 2010, 'An Overview of Tissue Types in Pressure Ulcers: A Consensus Panel Recommendation', *Ostomy Wound Management,* vol. 56, no. 4, pp.28 – 44.

Bredesen, IM, Bjoro, K, Gunningberg, L, Hofoss, D 2014, 'The prevalence, prevention and multilevel variance of pressure ulcers in Norwegian hospitals: a cross- sectional study', *International Journal Nursing Study*, vol. 52, no. 1, pp. 149 – 156.

Brito, PA, Generoso, SV, Correia, MI 2013, 'Prevalence of pressure ulcers in hospitals in Brazil and association with nutritional status- A multicenter, cross- sectional study', *Nutrition*, vol. 29, no. 4, pp. 646 – 649.

Cochrane Deutschland, *Zuverlässige Evidenz, Informierte Entscheidungen, Bessere Gesundheit, Cochrane- Glossar 2015*, Zugriff 10.02.2015, http://www.cochrane.de/de/cochrane-glossar.

De Silva Cardoso, JR, Blanes, L, Augusto Calil, J, Ferreira Chacon, JM, Masako Ferreira, L 2010, 'Prevalance of pressure ulcer in a Brazilian hospital: results of a cross- sectional study', *Ostomy Wound Manage*, vol. 56, no. 10, pp. 52 – 57.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2010, Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, in Panfil, E. & Halbig, C. (ed.), Anlage zur Literaturstudie zum *Expertenstandard Pflege vom Menschen mit chronischen Wunden,* Anhang5: Wundklassifikationen*,* 1. Aktualisierung 2015, Osnabrück.

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) and National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) 2009, *Prevention and Treatment of pressure ulcers: Quick Reference Guide,* National Pressure Advisory Panel, Washington DC.

Eberhardt, S, Heinemann, A, Kulp, W, Greiner, W, Leffmann, C, Leutenegger, M, Anders, J, Pröfener, F, Balmaceda, U, Cordes, O, Zimmermann, U, Schulenburg, JM, Graf von der 2005, *Dekubitusprophylaxe und Therapie*, Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (ed.), Köln.

Gerlach, C, Otzen, I, Küttler, R., Heller, R., Lercher, M 2008, 'Inzidenz und Risikoerfassung von Dekubitus, Ergebnisse einer Qualitätsmessung des Verein Outcome in Schweizer Akutspitälern', *Die Pflege*, vol. 21, no. 2, pp. 75 - 84.

Gunningberg, L, Stotts, N, & Idvall, E 2011, 'Hospital- acquired pressure ulcers in two Swedish County Councils: cross- sectional data as the foundation for future Quality improvement', *International Wound Journal*, vol. 8, no. 5, pp. 465 – 473.

Gunningberg, L, Homel, A, Baath, C, Idvall, E 2013, 'The first pressure ulcer prevalence survey in county council and municipality setting in Sweden', *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 19, no. 5, pp. 862 – 867.

Halfens, S, Meesterberends, E, Van Nie- Visser, NC, Lohrmann, C, Schönherr, S, Meijers, JMM, Hahn, S, Vangelooven, C, Schols, JM 2013, 'International prevalence measurement of care problems: results', *Journal of Advanced Nursing,* vol. 69, no. 9, pp. E5 – E17.

Hurd, T, & Posnett, J 2009, 'Point prevalence of wound in a sample of acute hospitals in Canada', *International Wound Journal*, vol. 6, no. 4, pp. 287 – 293.

James, J, Evans, JA, Young, T, Clark, M 2010, 'Pressure ulcer prevalence across Welsh orthopedic units and community hospitals: surveys based on the European Pressure Ulcer Advisory Panel minimal data set', *International Wound Journal*, vol. 7, no. 3, pp. 147 – 152.

Klein, B, Gaugisch, P, Weiss, V, Wolfsteiner, C 2005, *Pflege Ohne Druck, Dekubitus; Ursachen der Entstehung, prophylaktische Maßnahmen und Rahmenbedingungen in der häuslichen und stationären Altenhilfe in Bayern*, Eine Studie im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, Abschlussbericht.

Kohlmann, T 2014, Grundlagen und Entwicklung, Grundlagen der Epidemiologie, in Gostomzyk, JG (ed.), *Angewandte Sozialmedizin, Handbuch für Weiterbildung und Praxis*, 26. Ergänzungslieferung, Ecomed Medizin, Heidelberg.

Kottner, J, Mertens, E, & Dassen, T 2006, 'Dekubitusprävalenz in Deutschland: Neue Daten, neue Erkenntnisse', *Pflegezeitschrift*, vol. 59, no. 1, pp. 30 – 33.

Kottner, J, Willborn, D, Dassen, T, Lahmann, N 2009, 'The trend of pressure ulcer prevalence rates in German hospitals: Results of seven cross- sectional studies', *Journal of Tissue Viability*, vol. 18, no. 2, pp. 36 – 46.

Kröger, K, Niebel, W, Maier, I, Stausberg, J, Gerber, V, Schwarzkopf, A 2009, 'Prevalence of Pressure Ulcers in Hospitalized Patients in Germany in 2005: Data from the Federal Statistic Office', *Gerontology*, vol. 55, no. 3, pp. 281 – 287.

Lahmann, N, Halfens, RJ, & Dassen, T 2006, 'Pressure Ulcers in German Nursing Homes and Acute Care Hospitals: Prevalence, Frequency, and Ulcer Characteristics', *Ostomy/ Wound Management*, vol. 52, no. 2, pp. 20 – 33.

Lahmann, N, Dassen, T, Kottner, J 2012, 'Die Häufigkeit von Dekubitus in deutschen Krankenhäusern, Frequency of Pressure Ulcers in German Hospitals', *Gesundheitswesen*, vol. 74, no. 12, pp. 793 – 797.

Lohrmann, C (ed.) 2013, *Europäische Pflegequalitätserhebung, 09. April 2013*, Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft, Graz.

Lohrmann, C (ed.) 2011, *Europäische Pflegequalitätserhebung, 09. April 2013*, Medizinische Universität Graz, Institut für Pflegewissenschaft, Graz.

Moher, D, Liberati, A, Tetzlaff, J, Altman, DG and Group, P 2009, 'Preffered reporting items for systematic reviews and meta- analyses: the PRISMA statement', *BMJ*, 339:b2535, [17.01.2015], verfügbar unter: http://www.prisma-statement.org/statement.htm.

Nord, D 2006, 'Kosteneffektivität in der Wundbehandlung', *Zentralblatt Chirurgie*, heruntergeladen von: Bibliothek der Medizinischen Universität Graz, vol.131, pp. 185 – 188.

Panfil, EM, Uschok, A, Osterbrink, B 2008, Leben mit einer chronischen Wunde aus Patientenperspektive, in Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (ed.), *Expertenstandard, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden*, Fachhochschule Osnabrück.

PRISMA Statement, Preffered Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses, Zugriff am 05.03. 2015, http://www.prisma-statement.org/.

Polit, D, Beck, C, Hungler, B 2012, *Lehrbuch Pflegeforschung, Methodik, Beurteilung und Anwendung*, 2. Nachdruck, Verlag Hans Huber, Bern.

Scheel- Sailer, A, Wyss, A, Boldt, C, Post, MW, Lay, V 2013, 'Prevalence, location, grade of pressure ulcers and association with specific patient characteristics in adult spinal cord injury patients during the hospital stay: a prospective cohort study', *Spinal Cord*, vol. 51, no. 11, 828 – 833.

Steigele, W 2012, *Bewegung, Mobilisation und Lagerungen in der Pflege, Praxistipps für Bewegungsübungen und Positionswechsel*, Springer Verlag, Wien.

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

Tannen, A, Dassen, T, & Halfens, R, 2008, 'Differences in prevalence of pressure ulcers between the Netherlands and Germany: associations between risk, prevention and occurrence of pressure ulcers in hospitals and nursing homes', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 17, no. 9, pp. 1237 – 1244.

Theisen, S, Drabik, A, & Stock, S 2012, 'Pressure ulcers in older hospitalised patients and its impact on length of stay: a retrospective observational study', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 21, no. 3 – 3, pp. 380 – 387.

Tubaishat, A, & Aljezawi, M 2013, 'The prevalence of pressure ulceration among Jordanian hospitalised patients', *Journal Wound Care*, vol. 22, no. 6, pp. 305 – 306, 308 – 310.

Uzun, O, & Tan, M 2007, 'A prospective, descriptive pressure ulcer risk factor and prevalence study at a university hospital in Turkey', *Ostomy Wound Management*, vol. 53, no. 2, pp. 44 – 56.

VanGilder, C, Amlung, S, Harrison, P, Meyer, S 2009, 'Results of the 2008 – 2009 International Pressure Ulcer Prevalence Survey and a 3- Year, Acute Care, Unit- Specific Analysis', *Ostomy Wound Management*, vol. 55, no. 11, pp. 39 – 45.

Zhao, G, Hiltabidel, E, Liu, Y, Chen, L, Liao, Y 2010, 'A Cross- sectional Descriptive Study of Pressure Ulcer Prevalence in a Teaching Hospital in China', *Ostomy Wound Management*, vol. 56, no. 2, pp. 38 – 42.

Anhang: Fragebogen der Pflegequalitätserhebung 2014

LPZ

Code der Einrichtung ☐☐☐☐

Pflegequalitätserhebung

Angaben zur Einrichtung

1

Art der Einrichtung

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

Dekubitus	ja	nein
1 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine multidisziplinäre DekubitusexpertInnengruppe?	☐	☐
2 Gibt es in Ihrer Einrichtung einen anerkannten Standard/Leitlinie zur Prävention und/oder Behandlung von Dekubitus, welcher auf einer (inter)nationalen Leitlinie basiert ist?	☐	☐
3 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine ExpertIn, die für die Aktualisierung des Standards/der Leitlinie zu Dekubitus zuständig ist und darauf hinweist?	☐	☐
4 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene eine Regelung für die Verwaltung von Dekubitusmaterialien?	☐	☐
5 Gab es in Ihrer Einrichtung in den letzten zwei Jahren eine Fortbildung zur Prävention und/oder Behandlung von Dekubitus für das Pflegepersonal, welche mindestens zwei Stunden umfasste?	☐	☐
6 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Dekubitus?	☐	☐
7 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 ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐

Inkontinenz	ja	nein
8 Gibt es in Ihrer Einrichtung einen anerkannten Standard/Leitlinie zur Behandlung von Inkontinenz, welcher auf einer (inter)nationalen Leitlinie basiert ist?	☐	☐
9 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine ExpertIn, die für die Aktualisierung des Standards/der Leitlinie zu Inkontinenz zuständig ist und darauf hinweist?	☐	☐
10 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine multidisziplinäre InkontinenzexpertInnengruppe?	☐	☐
11 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene eine Regelung für die Verwaltung von Inkontinenzmaterialien?	☐	☐
12 Gab es in Ihrer Einrichtung in den letzten zwei Jahren eine Fortbildung zur Behandlung von Inkontinenz für das Pflegepersonal, welche mindestens zwei Stunden umfasste?	☐	☐
13 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Inkontinenz?	☐	☐
14 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Inkontinenz einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisung zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐

Mangelernährung	ja	nein
15 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine multidisziplinäre Beratungskommission zu Mangelernährung oder ein Ernährungsteam?	☐	☐
16 Gibt es in Ihrer Einrichtung einen anerkannten Standard/Leitlinie zur Prävention und/oder Behandlung von Mangelernährung, welcher auf einer (inter)nationalen Leitlinie basiert ist?	☐	☐
17 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine ExpertIn, die für die Aktualisierung des Standards/der Leitlinie zu Mangelernährung zuständig ist und darauf hinweist?	☐	☐
18 Gab es in Ihrer Einrichtung in den letzten zwei Jahren eine Fortbildung zur Prävention und/oder Behandlung von Mangelernährung für das Pflegepersonal, welche mindestens zwei Stunden umfasste?	☐	☐
19 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Mangelernährung?	☐	☐
20 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?	☐	☐

AT2014APR © 2014 Maastricht University

LP
NZ

Code der Einrichtung ☐☐☐☐ Code der Station/Wohnbereich ☐☐☐

Pflegequalitätserhebung

Angaben zur Station/Wohnbereich

Station/Wohnbereich/Team _____

2

Art der Station/Wohnbereich

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

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

C Psychiatrisches Krankenhaus
- ☐ Langzeitunterbringung *(>6 Monate)*
- ☐ Geriatrische Station/Wohnbereich
- ☐ Sonstiges

D Pflegeheim
- ☐ Psychogeriatrie/Demenzstation
- ☐ Wohnbereich
- ☐ Pflegebereich
- ☐ Ambulante Pflege
- ☐ Gemischte Station/Wohnbereich
- ☐ Betreutes Wohnen
- ☐ Sonstiges

E Betreuungseinrichtung
- ☐ Demenzstation/Wohnbereich
- ☐ Pflegebereich
- ☐ Ambulante Pflege
- ☐ Gemischte Station/Wohnbereich
- ☐ Betreutes Wohnen
- ☐ Sonstiges

F Geriatrisches Krankenhaus
- ☐ Innere Abteilung
- ☐ Palliativstation
- ☐ Sonstiges

G Ambulante Pflege
- ☐ Pflegen und Betreuen
- ☐ Familienpflege
- ☐ Pflegen und Betreuen einschließlich Familienpflege
- ☐ Sonstiges

H Einrichtung für Menschen mit einer geistigen Behinderung
- ☐ Pflegebereich (Überwiegend an das Bett/den Rollstuhl gebundene Gruppe)
- ☐ Wohnbereich (Überwiegend mobile Gruppe)
- ☐ Sonstiges

I Einrichtung für Menschen mit einer körperlichen Behinderung
- ☐ Pflegebereich (Überwiegend an das Bett/den Rollstuhl gebundene Gruppe)
- ☐ Wohnbereich (Überwiegend mobile Gruppe)
- ☐ Sonstiges

J Rehabilitationszentrum
- ☐ Abteilung für Querschnittsläsionen
- ☐ Abteilung für Amputationen
- ☐ Abteilung für Schmerzmanagement
- ☐ Abteilung für die Behandlung nach einem Schlaganfall
- ☐ Sonstiges

K Sonstiges
- ☐ Sonstiges

Dekubitus

		ja	nein
1	Gibt es auf Stations-/Wohnbereichsebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn (z.B. eine Pflegefachperson für Dekubitus und/oder chronische Wunden), die auf dem Gebiet Dekubitus spezialisiert ist?	☐	☐
2	Werden alle Risiko- und/oder DekubituspatientInnen im Rahmen einer multidisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichsebene erörtert?	☐	☐
3	Wird die Einhaltung des Standards/der Leitlinie zu Dekubitus auf Stations-/Wohnbereichsebene überwacht?	☐	☐
4	Wird das Dekubitusrisiko der einzelnen PatientInnen in der Krankenakte aufgezeichnet?	☐	☐
5	Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf Prävention und/oder Behandlung von Dekubitus bei RisikopatientInnen erforderlich sind?	☐	☐
6	Wird das vorgeschriebene Dekubitusmaterial innerhalb von 24 Stunden bei der/dem Betroffenen abgeliefert?	☐	☐
7	Erhalten alle PatientInnen mit erhöhtem Dekubitusrisiko eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Dekubitusprävention?	☐	☐
8	Werden auf Stations-/Wohnbereichsebene 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?	☐	☐

AT2014APR © 2014 Maastricht University

Inkontinenz	ja	nein
9 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichsebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die auf dem Gebiet Inkontinenz spezialisiert ist?	☐	☐
10 Werden alle PatientInnen mit Inkontinenzproblemen im Rahmen einer multidisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichsebene erörtert?	☐	☐
11 Wird die Einhaltung des Standards/der Leitlinie zu Inkontinenz auf Stations-/Wohnbereichsebene überwacht?	☐	☐
12 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf die Inkontinenzbehandlung bei InkontinenzpatientInnen erforderlich sind?	☐	☐
13 Steht das für die Betroffenen vorgeschriebene Inkontinenzmaterial standardmäßig auf der Station/dem Wohnbereich zur Verfügung?	☐	☐
14 Erhalten alle PatientInnen mit Inkontinenz eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Inkontinenz?	☐	☐
15 Werden auf Stations-/Wohnbereichsebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich der Inkontinenz einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisung zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐

Mangelernährung	ja	nein
16 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichsebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die auf dem Gebiet der Mangelernährung spezialisiert ist?	☐	☐
17 Werden alle RisikopatientInnen und/oder PatientInnen mit Mangelernährung im Rahmen einer multidisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichsebene erörtert?	☐	☐
18 Wird die Einhaltung des Standards/der Leitlinie zu Mangelernährung auf Stations-/Wohnbereichsebene überwacht?	☐	☐
19 Wird das Risiko für Mangelernährung in der Krankenakte der einzelnen PatientInnen aufgezeichnet?	☐	☐
20 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen bei PatientInnen mit einem Ernährungsrisiko erforderlich sind?	☐	☐
21 Werden RisikopatientInnen oder PatientInnen mit Mangelernährung standardmäßig zu einer DiätologIn verwiesen?	☐	☐
22 Werden auf der Station/dem Wohnbereich Zwischenmahlzeiten für alle PatientInnen angeboten?	☐	☐
23 Erhalten alle PatientInnen, die an (drohender) Mangelernährung leiden, oder deren Angehörige, eine Informationsbroschüre zum Thema Mangelernährung?	☐	☐
24 Werden auf Stations-/Wohnbereichsebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich des Ernährungszustandes einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisung zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐
25 Wird bei Aufnahme auf der Station/dem Wohnbereich standardmäßig ein überprüftes Screeninginstrument zur Erfassung von Mangelernährung bzw. des Risikos verwendet?	☐	☐
26 Werden beim Essen auf der Station/dem Wohnbereich die Umgebungsfaktoren berücksichtigt (z.B. ungestörte Mahlzeiten, ein gedeckter Tisch, Menüauswahl)?	☐	☐
27 Gibt es auf der Station/dem Wohnbereich ein standardmäßiges Vorgehen zur regelmäßigen Erfassung und Überwachung von Gewicht und Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei allen PatientInnen?	☐	☐

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

Stürze	ja	nein
35 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichsebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die auf dem Gebiet der Sturzprävention spezialisiert ist?	☐	☐
36 Wird das Sturzrisiko bei der Einweisung routinemäßig bei jeder PatientIn erfasst?	☐	☐
37 Werden alle PatientInnen mit einem erhöhten Sturzrisiko im Rahmen einer multidisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichsebene erörtert?	☐	☐
38 Wird die Einhaltung des Standards/der Leitlinie zur Prävention von Stürzen auf Stations-/Wohnbereichsebene überwacht?	☐	☐
39 Werden in der Krankenakte die allgemeinen und speziellen (auf die PatientIn zugeschnittene) Maßnahmen zur Sturzprävention aufgezeichnet?	☐	☐
40 Stehen Materialien zur Sturzprävention standardmäßig auf der Station/dem Wohnbereich zur Verfügung?	☐	☐
41 Stehen Materialien/Hilfsmittel zur Verletzungsprävention standardmäßig auf der Station/dem Wohnbereich zur Verfügung?	☐	☐
42 Erhalten alle PatientInnen mit einen erhöhten Sturzrisiko eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Sturzgefahr und Sturzprävention?	☐	☐
43 Werden auf Stations-/Wohnbereichsebene 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?	☐	☐

Freiheitseinschränkende/-beschränkende Maßnahmen	ja	nein
44 Gibt es auf der Station/dem Wohnbereich mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die sich im Bereich freiheitseinschränkender/-beschränkender Maßnahmen spezialisiert hat?	☐	☐
45 Werden PatientInnen und eine evtl. Verwendung von freiheitseinschränkenden/-beschränkenden Maßnahmen in einem multidisziplinären Team erörtert?	☐	☐
46 Wird die Verwendung von freiheitseinschränkenden/-beschränkenden Maßnahmen in einem multidisziplinären Team erörtert?	☐	☐
47 Wird die Einhaltung des Standards/der Leitlinie zu freiheitseinschränkenden/-beschränkenden Maßnahmen auf Stations-/Wohnbereichsebene überwacht?	☐	☐
48 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche freiheitseinschränkenden/-beschränkenden Maßnahmen getroffen wurden?	☐	☐
49 Erhalten alle PatientInnen bei denen freiheitseinschränkende/-beschränkende Maßnahmen getroffen wurden eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema freiheitseinschränkende/-beschränkende Maßnahmen?	☐	☐
50 Werden auf Stations-/Wohnbereichsebene standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich freiheitseinschränkender/-beschränkender Maßnahmen einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisung zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	☐	☐

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

LPZ

Pflegequalitätserhebung

Erklärungen

Kategorien Dekubitus

Kategorie 1	Rötung der intakten Haut über einem knochigen Vorsprung, die auf leichten Druck hin nicht verschwindet. Weitere klinische Merkmale sind eine Färbung der Haut, lokale Überwärmung oder Unterkühlung, 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. Bei Personen mit dunkler Hautfarbe ist die Rötung häufig schwer oder gar nicht zu erkennen.
Kategorie 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. Inkontinenzassoziierte Dermatitis oder Aufweichungen der Haut gehören nicht in diese Kategorie.
Kategorie 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), aber Knochen, Sehnen und Muskeln treten nicht hervor. Die Tiefe des Dekubitus der Kategorie 3 hängt von der anatomischen Lokalisation ab. An Hautarealen mit viel Fettgewebe können Dekubituswunden der Kategorie 3 sehr tief sein.
Kategorie 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). Die Tiefe des Dekubitus der Kategorie 4 hängt von der anatomischen Lokalisation ab. An Hautarealen mit viel Fettgewebe können Dekubituswunden der Kategorie 4 sehr tief gehen.

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 Wohlbehagens zu erzeugen.
- Überwiegend unabhängig: Der PatientIn ist selbstständig in der Lage, Temperaturen wie Wärme und Kälte zu unterscheiden. Er ist in hohem Maße in der Lage, selbstständig entsprechende Maßnahmen zu ergreifen und kann seinen Bedarf an Behaglichkeit nahezu vollständig nach eigenem Wunsch decken.
- Völlig unabhängig: Der PatientIn ist in der Lage, seine Körpertemperatur völlig selbstständig gegen äußere Einflüsse zu schützen und seinen Bedarf an Behaglichkeit nach eigenem Wunsch zu decken.

Arten von Inkontinenz

- Belastungsinkontinenz: Kennzeichen der Belastungsinkontinenz ist ein unfreiwilliger Urinverlust bei einem Druck im oder auf dem Bauch, zum Beispiel beim Lachen, Niesen, Husten, Bücken, Nase putzen, beim Heben schwerer Lasten oder bei schnellen Bewegungen, beispielsweise beim Sport. Ansonsten normaler Harnabgang.
- Dranginkontinenz: Bei der Dranginkontinenz handelt es sich um einen nicht aufzuhaltenden Harndrang. Dem (andauernden) Harndrang geht nur eine sehr kurze Warnung voraus, häufig fehlt diese sogar ganz.
- Mischinkontinenz: Eine Kombination aus Belastungs- und Dranginkontinenz, wobei eine der beiden Formen verstärkt im Vordergrund steht.
- Funktionale Inkontinenz: Ist eine 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 Medikamente, Desorientierung, geistige/körperliche/visuelle Einschränkungen, eine unpraktische Bekleidung, ein zu langer Abstand oder Hindernisse beim Aufsuchen der Toilette.
- Überlaufinkontinenz: Beim unwillkürlichen Verlust kleiner Mengen an Urin aus einer vollen Blase ist von Überlaufinkontinenz die Rede. Überlaufinkontinenz tritt auf, wenn die Blase vergrößert ist und unempfindlich wird. Der Druck auf die Blase wird so groß, dass kleine Mengen an Urin wegtropfen.
- Komplette Inkontinenz: Kennzeichen einer kompletten Inkontinenz ist das kontinuierliche Heraustropfen von Urin aus der Harnröhre, sowohl tagsüber als auch nachts. Eine komplette Inkontinenz tritt auf, wenn der Schließmuskel der Blase nicht mehr richtig funktioniert.

Intertrigo

- Intertrigo ist eine Entzündung, die hauptsächlich zwischen Hautfalten vorkommt.

Maßnahmen Mangelernährung

- Energiereiche Zwischenmahlzeiten: Darunter sind Milchprodukte (zum Beispiel Kakao, Früchtequark, Grießbrei), herzhafte Snacks (zum Beispiel Käsewürfel, Wurst, Nüsse, Erdnüsse, Frühlingsrollen, Würstchen in Blätterteig), Kekse und Süßigkeiten (zum Beispiel Schokolade, Donuts, Kekse, Müsliriegel, Schokoladenriegel) sowie Getreideprodukte (zum Beispiel Brot, Rosinenbrötchen, Knäckebrotsandwiches, 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.
- Sondennahrung: Eine flüssige, ausreichend nährstoffhaltige Nahrung oder Nahrungsergänzung, die auf den PatientIn abgestimmt ist. 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.
- Palliative Maßnahmen: Bewusster Verzicht auf ernährungsbezogene Interventionen.

AT2014APR © 2014 Maastricht University

LP
Z

Pflegequalitätserhebung

Erklärungen Braden-Skala

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

AT2014APR © 2014 Maastricht University

LPZ

Code der Einrichtung ☐☐☐☐ Code der Station/Wohnbereich ☐☐☐

Pflegequalitätserhebung

Modul Allgemeines

Angaben zur PatientIn

Station/Wohnbereich/Team _____

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
- ☐ Kognitiver Zustand zu schlecht
- ☐ 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 8a fortfahren)

7 Wenn ja, (PatientIn wurde operiert), Dauer der Operation: Stunden ☐☐ Minuten ☐☐

8a Welches Krankheitsbild hat die PatientIn? *(Es sind mehrere Antworten möglich)*

- ☐ Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
- ☐ Neubildungen
- ☐ Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
- ☐ Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ohne Diabetes mellitus)
- ☐ Diabetes mellitus
- ☐ Psychische und Verhaltensstörungen (ohne Demenz, ohne Überdosis/psychotropen Substanzmissbrauch/Sucht)
- ☐ Demenz
- ☐ Überdosis/psychotropen Substanzmissbrauch/Sucht
- ☐ Krankheiten des Nervensystems (ohne Verletzungen des Rückenmarks/Querschnittlähmung)
- ☐ Verletzungen des Rückenmarks/Querschnittlähmung
- ☐ Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
- ☐ Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
- ☐ Krankheiten des Kreislaufsystems (ohne CVA/Hemiparesis)
- ☐ CVA/Hemiparesis
- ☐ Krankheiten des Atmungssystems
- ☐ Krankheiten des Verdauungssystems
- ☐ Krankheiten der Haut und der Unterhaut
- ☐ Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
- ☐ Krankheiten des Urogenitalsystems
- ☐ Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
- ☐ Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben *(nur für Kinder unter 1 Jahr)*
- ☐ Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
- ☐ Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
- ☐ Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
- ☐ Äußere Ursachen von Morbidität
- ☐ Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen *(nur für Kinder unter 1 Jahr)*

8b Hat die PatientIn einen Hilfebedarf in Aktivitäten des täglichen Lebens?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, die PatientIn hat einen Hilfebedarf in den Aktivitäten des täglichen Lebens
- ☐ Ja, die PatientIn hat einen Hilfebedarf bei täglichen Aktivitäten im Haushalt

AT2014APR © 2014 Maastricht University

Pflegeabhängigkeitsskala (PAS)

Frage 9 bitte nur für PatientInnen über 18 Jahren ausfüllen.

9 Kreuzen Sie bitte für jede Aktivität an, in welchem Ausmaß der Bedürftige auf die Pflege durch Andere angewiesen ist. *(ab 18 Jahren auszufüllen)*

	Völlig abhängig	Überwiegend abhängig	Teilweise abhängig	Überwiegend unabhängig	Völlig unabhängig	
Essen und Trinken	☐	☐	☐	☐	☐	
Kontinenz	☐	☐	☐	☐	☐	
Körperhaltung	☐	☐	☐	☐	☐	
Mobilität	☐	☐	☐	☐	☐	
Tages- und Nachtrhythmus	☐	☐	☐	☐	☐	
An- und Auskleiden	☐	☐	☐	☐	☐	
Körpertemperatur	☐	☐	☐	☐	☐	
Körperpflege	☐	☐	☐	☐	☐	
Vermeiden von Gefahren	☐	☐	☐	☐	☐	
Kommunikation	☐	☐	☐	☐	☐	
Kontakte mit Anderen	☐	☐	☐	☐	☐	
Sinn für Regeln und Werte	☐	☐	☐	☐	☐	
Alltagsaktivitäten	☐	☐	☐	☐	☐	
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung	☐	☐	☐	☐	☐	
Lernfähigkeit	☐	☐	☐	☐	☐	

3a **10 Ist bei der PatientIn Dekubitus festgestellt worden?** *(Bei mehreren Dekubituswunden beurteilen Sie bitte die Wunde mit der höchsten Kategorie. Sind mehrere Wunden mit derselben Kategorie vorhanden, beurteilen Sie bitte diese, welche in ihrer Einrichtung entstanden ist)*

Ja, höchste Kategorie:
☐ Kategorie 1 ☐ Kategorie 2 ☐ Kategorie 3 ☐ Kategorie 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 3b **12 Wurde bei der PatientIn eine Verletzung durch Feuchtigkeit festgestellt?**

☐ Nein *(Bitte mit Frage 14 fortfahren)*

Unbekannt, Grund:
- ☐ Die PatientIn möchte nicht auf Verletzungen durch Feuchtigkeit untersucht werden *(Bitte mit Frage 14 fortfahren)*
- ☐ Aus anderen Gründen unbekannt *(Bitte mit Frage 14 fortfahren)*

Ja, Ursache: (Es sind mehrere Antworten möglich)
☐ Urin ☐ Fäkalien ☐ Transpiration ☐ Exsudat

3a 3b **13 Wann ist diese Verletzung durch Feuchtigkeit entstanden?**
- ☐ Vor der Einweisung in die derzeitige Einrichtung
- ☐ Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung

3a 3d **14 Ist bei der PatientIn ein Intertrigo festgestellt worden?**

☐ Nein *(Bitte mit Frage 16 fortfahren)*

Unbekannt, Grund:
- ☐ Die PatientIn möchte nicht auf Intertrigo untersucht werden *(Bitte mit Frage 16 fortfahren)*
- ☐ Aus anderen Gründen unbekannt *(Bitte mit Frage 16 fortfahren)*

☐ Ja

15 Wann ist dieser Intertrigo entstanden?
- ☐ Vor der Einweisung in die derzeitige Einrichtung
- ☐ Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung

3b **16 Ist die PatientIn urininkontinent?**
- ☐ Nein
- ☐ Nein, die PatientIn hat aber kurzfristig/aus anderen Gründen einen Katheter
- ☐ Ja, die PatientIn ist urininkontinent
- ☐ Ja, die PatientIn ist urininkontinent und hat deshalb einen Katheter
- ☐ Ja, die PatientIn ist urininkontinent und hat kurzfristig einen Katheter

3b **17 Ist die PatientIn stuhlinkontinent?**
- ☐ Nein
- ☐ Ja

3c **18 Hat die PatientIn Probleme bei den Aktivitäten des täglichen Lebens oder Haushalt aufgrund von Kraftlosigkeit in den Händen?**
- ☐ Ja
- ☐ Nein

3c **19 Hat die PatientIn Probleme bei den Aktivitäten des täglichen Lebens oder Haushalt aufgrund von Gehschwierigkeiten?**
- ☐ Ja
- ☐ Nein

3c **20 Hat die PatientIn Ödeme, Aszites, Dehydratation oder andere Störungen des Flüssigkeitshaushaltes?**
- ☐ Ja *(Bitte mit Frage 26 fortfahren)*
- ☐ Nein

3c **21 Wann wurde die PatientIn zum letzten Mal gewogen?**
- ☐ Nicht gewogen *(Bitte mit Frage 26 fortfahren)*
- ☐ Gestern/heute
- ☐ Innerhalb der letzten 7 Tage
- ☐ Innerhalb der letzten 30 Tage
- ☐ Vor mehr als 30 Tagen *(Bitte mit Frage 26 fortfahren)*

3c **22 Derzeitiges Gewicht der PatientIn in kg**

☐☐☐,☐☐

3c **23 Hat die PatientIn in den letzten Monaten ungewollt Gewicht verloren?**
- ☐ Ja
- ☐ Nein *(Bitte mit Frage 25 fortfahren)*

3c **24 Wenn die PatientIn in den letzten Monaten ungewollt an Gewicht verloren hat und das Gewicht in Frage 22 eingetragen wurde, welches Gewicht hatte die PatientIn?** *(Wenn das Gewicht bekannt ist, bitte tragen Sie unbedingt das Gewicht an allen drei Zeitpunkten ein)*

Vor 1 Monat?	☐☐☐,☐☐ kg	☐ Gewogen ☐ Geschätzt ☐ Unbekannt
Vor 3 Monaten?	☐☐☐,☐☐ kg	☐ Gewogen ☐ Geschätzt ☐ Unbekannt
Vor 6 Monaten?	☐☐☐,☐☐ kg	☐ Gewogen ☐ Geschätzt ☐ Unbekannt

3c **25 Derzeitige Körpergröße der PatientIn in cm**

☐☐☐

3e **26 Ist die PatientIn in den vergangenen 30 Tagen gestürzt?**
- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Unbekannt

3f **27 Wurden bei der PatientIn in den vergangenen 30 Tagen in dieser Einrichtung freiheitseinschränkende/-beschränkende Maßnahmen ergriffen?**
- ☐ Ja
- ☐ Nein *(Modul beendet)*
- ☐ Unbekannt *(Modul beendet)*

Überprüfen Sie bitte, ob alle Fragen vollständig ausgefüllt sind.

LPZ

Code der Einrichtung ☐☐☐☐ Code der Station/Wohnbereich ☐☐☐

Pflegequalitätserhebung

Modul Dekubitus

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn ☐

3a

1 Risikoskala *(Ab 18 Jahre auszufüllen; für weitere Hinweise zur Bradenskala siehe Karte im Anhang)*

Sensorisches Empfindungsvermögen
- ☐ 1 Fehlt
- ☐ 2 Stark eingeschränkt
- ☐ 3 Leicht eingeschränkt
- ☐ 4 Vorhanden

Ernährung
- ☐ 1 Sehr schlechte Ernährung
- ☐ 2 Mäßige Ernährung
- ☐ 3 Ausreichende 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 nach einem Zeitschema im Stuhl
- ☐ Wechsellagerung nach einem Zeitschema im Bett
- ☐ 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-Schaumstoffmatratzen
- ☐ Sonstiges
- ☐ Keine Antidekubitusmatratze/-auflage

4 (Roll-) Stuhlkissen als Präventivmaßnahme
- ☐ Gelkissen
- ☐ Luft-/Noppenkissen
- ☐ Schaumstoffkissen
- ☐ Sonstiges
- ☐ Kein Antidekubituskissen
- ☐ Nicht zutreffend

5 Sonstige Hilfsmittel *(Bitte alle Maßnahmen ankreuzen, die zur Anwendung kommen)*
- ☐ Ellenbogenschutz
- ☐ Fersenschutz
- ☐ natürliches Schafsfell
- ☐ synthetisches Schafsfell
- ☐ Sonstiges
- ☐ Keine

Wenn die PatientIn keinen Dekubitus hat, ist das Modul hier beendet.
Frage 6 und 7 sollen nur für PatientInnen mit Dekubitus ausgefüllt werden.

6 Hat die PatientIn Schmerzen aufgrund des Dekubitus?
- ☐ 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 Bitte mit der Tabelle auf der nächsten Seite dieses Fragebogens fortfahren.

AT2014APR © 2014 Maastricht University

Dekubitus *Nur bei PatientInnen mit Dekubitus auszufüllen*

Kategorie	Kreuzbein	Ferse L	Ferse R	Knöchel L	Knöchel R	Ellenbogen L	Ellenbogen R	Gesäß L	Gesäß R	Hüfte L	Hüfte R	Ohr L	Ohr R	Hinterkopf	Gesicht	Sonstiges L	Sonstiges R
1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Dekubitus seit wann	Kreuzbein	Ferse L	Ferse R	Knöchel L	Knöchel R	Ellenbogen L	Ellenbogen R	Gesäß L	Gesäß R	Hüfte L	Hüfte R	Ohr L	Ohr R	Hinterkopf	Gesicht	Sonstiges L	Sonstiges R
≤ 2 Wochen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
> 2 Wochen & ≤ 3 Monate	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
> 3 Monate & ≤ 6 Monate	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
> 6 Monate & ≤ 12 Monate	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
> 1 Jahr	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Entstehungsort des Dekubitus	Kreuzbein	Ferse L	Ferse R	Knöchel L	Knöchel R	Ellenbogen L	Ellenbogen R	Gesäß L	Gesäß R	Hüfte L	Hüfte R	Ohr L	Ohr R	Hinterkopf	Gesicht	Sonstiges L	Sonstiges R
Unbekannt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diese Station/Bereich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Station/Bereich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Einrichtung																	
Krankenhaus	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegeheim	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rehabilitationszentrum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Einrichtung für körperlich Behinderte	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Einrichtung für geistig Behinderte	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psychiatrie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zu Hause	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Betreuungseinrichtung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wundauflagen	Kreuzbein	Ferse L	Ferse R	Knöchel L	Knöchel R	Ellenbogen L	Ellenbogen R	Gesäß L	Gesäß R	Hüfte L	Hüfte R	Ohr L	Ohr R	Hinterkopf	Gesicht	Sonstiges L	Sonstiges R
Keine	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trockener Verband	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gazenverband	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fetthaltiger Verband	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Alginate	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Folie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hydrokolloide	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hydrogel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schaumdressing	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Antibakterielle Salbe	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Antibakterieller Verband	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hydrofaser	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vakuumsysteme	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige Wundauflagen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

LP
Z

Code der Einrichtung ☐☐☐☐ Code der Station/Wohnbereich ☐☐☐

Pflegequalitätserhebung

Modul Inkontinenz

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn ☐

3b

1 Ist die PatientIn urininkontinent?
- ☐ Nein *(Bitte mit Frage 10 fortfahren)*
- ☐ Nein, PatientIn hat aber kurzfristig/aus anderen Gründen einen Katheter *(Bitte mit Frage 10 fortfahren)*
- ☐ Ja, PatientIn ist urininkontinent
- ☐ Ja, PatientIn ist urininkontinent und hat deshalb einen Katheter
- ☐ Ja, PatientIn ist urininkontinent und hat kurzfristig einen Katheter

2 Wann ist die Urininkontinenz entstanden?
- ☐ Vor der Einweisung in die derzeitige Einrichtung
- ☐ Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung

3 Wie lange ist die PatientIn urininkontinent?
- ☐ Kürzer als 3 Monate
- ☐ 3 bis 12 Monate
- ☐ Länger als 1 Jahr
- ☐ Unbekannt

4 Wie häufig war die PatientIn im letzten Monat urininkontinent?
- ☐ Drei- oder viermal im Monat
- ☐ Einige Male in der Woche
- ☐ Täglich
- ☐ Unbekannt

5 Wann tritt die Urininkontinenz auf?
- ☐ Tagsüber
- ☐ Nachts
- ☐ Tagsüber und nachts

6 Welche Menge an Urin verliert die PatientIn?
- ☐ Wenige Tropfen
- ☐ Einige ml
- ☐ Kompletter Harnabgang

7 Wurde eine Urininkontinenz diagnostiziert?
- ☐ Nein, nicht diagnostiziert *(Bitte mit Frage 9 fortfahren)*

Ja, es wurde folgende Inkontinenz diagnostiziert
- ☐ Belastungsinkontinenz
- ☐ Dranginkontinenz
- ☐ Mischinkontinenz – insbesondere Belastungsinkontinenz
- ☐ Mischinkontinenz – insbesondere Dranginkontinenz
- ☐ Funktionale Inkontinenz
- ☐ Überlaufinkontinenz
- ☐ Komplette Inkontinenz
- ☐ Nicht näher spezifiziert

8 Wer hat die Urininkontinenz diagnostiziert?
- ☐ HausärztIn
- ☐ UrologIn
- ☐ GynäkologIn
- ☐ InkontinenzexpertIn
- ☐ Diplomiertes Pflegepersonal
- ☐ Unbekannt

9 Welche pflegerische(n) Urininkontinenzmaßnahme(n) wurden ergriffen? *(Es sind mehrere Optionen möglich)*
- ☐ Anpassung der Umgebung
- ☐ Angepasste/leichte Bekleidung
- ☐ Medikation
- ☐ Auswertung der Medikation
- ☐ Blasentraining
- ☐ Training der Beckenbodenmuskulatur
- ☐ Regelmäßiger Toilettengang zu festen Zeiten auf individueller Grundlage
- ☐ Regelmäßiger Toilettengang zu festen Zeiten auf der Station
- ☐ Wegwerf Inkontinenzeinlagen/Waschbare Inkontinenzeinlagen
- ☐ Wegwerf Inkontinenzslips
- ☐ Wegwerf Pants
- ☐ Wegwerf Inkontinenzbetteinlagen/Waschbare Betteinlagen
- ☐ Sonstige
- ☐ Keine Maßnahmen *(zum Beispiel bei einem Katheter)*

10 Ist die PatientIn stuhlinkontinent?
- ☐ Nein *(Bitte mit Frage 18 fortfahren)*
- ☐ Ja, PatientIn ist stuhlinkontinent
  - ☐ Mucusinkontinenz (Schleim)
  - ☐ Flüssiger Stuhl
  - ☐ Fester Stuhl

11 Empfindet die PatientIn ein Dranggefühl vor dem unfreiwilligen Stuhlverlust?
- ☐ Ja
- ☐ Nein

12 Wann ist die Stuhlinkontinenz entstanden?
- ☐ Vor der Einweisung in die derzeitige Einrichtung
- ☐ Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung

13 Wie lange ist die PatientIn stuhlinkontinent?
- ☐ Kürzer als 3 Monate
- ☐ 3 bis 12 Monate
- ☐ Länger als 1 Jahr
- ☐ Unbekannt

14 Wie häufig war die PatientIn im letzten Monat stuhlinkontinent?
- ☐ Drei- oder viermal im Monat
- ☐ Einige Male in der Woche
- ☐ Täglich
- ☐ Unbekannt

15 Wann tritt die Stuhlinkontinenz auf?
- ☐ Tagsüber
- ☐ Nachts
- ☐ Tagsüber und nachts

16 Welche Menge an Stuhl verliert die PatientIn?
- ☐ Einige ml oder gr
- ☐ Kompletter Stuhlabgang

AT2014APR © 2014 Maastricht University

17 Welche pflegerische(n) Stuhlinkontinenzmaßnahme(n) wurden ergriffen? *(Es sind mehrere Optionen möglich)*

- ☐ Anpassung der Umgebung
- ☐ Angepasste/leichte Bekleidung
- ☐ Medikation
- ☐ Auswertung der Medikation
- ☐ Regelmäßiger Toilettengang zu festen Zeiten auf individueller Grundlage
- ☐ Regelmäßiger Toilettengang zu festen Zeiten auf der Station
- ☐ Wegwerf Inkontinenzeinlagen/Waschbare Inkontinenzeinlagen
- ☐ Wegwerf Inkontinenzslips
- ☐ Wegwerf Pants
- ☐ Wegwerf Inkontinenzbetteinlagen/Waschbare Betteinlagen
- ☐ Sonstige
- ☐ Keine Maßnahmen

18 Leidet die PatientIn an inkontinenzbedingten Verletzungen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein *(Bitte mit Frage 21 fortfahren)*

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

		Urin	*Fäkalien*
Stelle	Rechts und/oder links der Analfalte	☐	☐
	Am Steißbein: Analfalte	☐	☐
	Leiste	☐	☐
	Labia	☐	☐
	Scrotum	☐	☐
	Sonstiges	☐	☐
Dauer (der schwersten Verletzung)	>1 ≤2 Tage	☐	☐
	3-6 Tage	☐	☐
	≥7 Tage	☐	☐
Wann entstanden	Vor der Einweisung in die eigene Einrichtung	☐	☐
	Nach der Einweisung in die eigene Einrichtung	☐	☐

20 Spezielle Hautpflege zur Behandlung inkontinenzbedingter Verletzungen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

21 Spezielle Hautpflege zur Prävention inkontinenzbedingter Verletzungen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

LPZ

Code der Einrichtung ☐☐☐☐ Code der Station/Wohnbereich ☐☐☐

Pflegequalitätserhebung

Modul Mangelernährung 3c

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn _____

1 Generelles klinisches Erscheinungsbild des Ernährungszustandes der PatientIn.
- ☐ Adipös, übergewichtig
- ☐ Mangelernährt (dünn, abgemagert)
- ☐ Normaler Ernährungszustand

2 Hat die PatientIn in den letzten Tagen weniger als normal, kaum oder gar nichts gegessen?
- ☐ Nein *(Bitte mit Frage 4 fortfahren)*
- ☐ Ja, seit 1-3 Tagen
- ☐ Ja, seit 4-7 Tagen
- ☐ Ja, seit über einer Woche

3 Aus welchem Grund/Gründen hat die PatientIn weniger gegessen als normal? *(Es sind mehrere Antworten möglich)*
- ☐ Reduzierter Appetit
- ☐ Übelkeit
- ☐ Probleme beim Kauen
- ☐ Probleme beim Schlucken
- ☐ Akute Erkrankung, Unwohlsein oder Schwäche
- ☐ Schmerzen
- ☐ Sonstige Gründe

4 Hat die PatientIn Probleme beim Schlucken?
- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Nicht zutreffend

5 Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten 3 Monate:

		Nie	Manchmal	Immer	Nicht zutreffend
A.	Wie oft hat die PatientIn aufgrund von Problemen mit den Zähnen oder der Zahnprothese nicht oder weniger gegessen?	☐	☐	☐	☐
B.	Wie oft hat die PatientIn Probleme beim Kauen von beispielsweise zähen oder harten Nahrungsmitteln?	☐	☐	☐	☐
C.	Wie oft konnte die PatientIn aufgrund von Beschwerden im Mund nicht essen was sie wollte?	☐	☐	☐	☐

6 Wie häufig hat die PatientIn einen trockenen Mund?
- ☐ Nie
- ☐ Manchmal
- ☐ Immer
- ☐ Nicht zutreffend

7 Wie oft hat die PatientIn Probleme damit trockene Nahrungsmittel, wie beispielsweise Kekse, zu essen?
- ☐ Nie
- ☐ Manchmal
- ☐ Immer
- ☐ Nicht zutreffend

8 Wurde der Ernährungszustand der PatientIn bei der Aufnahme in die Einrichtung von Pflegenden erfasst?
- ☐ Ja
- ☐ Nein *(Bitte mit Frage 11 fortfahren)*
- ☐ Nicht zutreffend, da die PatientIn vor über 12 Monaten in die Einrichtung aufgenommen wurde

9 Welche(r) Aspekt(e) wurde(n) bei der Erfassung des Ernährungszustands untersucht? *(Es sind mehrere Antworten möglich)*
- ☐ Klinischer Blick
- ☐ Gewicht
- ☐ Gewichtsverlauf
- ☐ Body Mass Index (BMI)
- ☐ Messung der Kalorienzufuhr (z.B. Esstagebuch)
- ☐ Erfassung auf Mangelernährung mithilfe eines Screeninginstrumentes (z.B. MUST, MNA)
- ☐ Biochemische Parameter (z.B. Albumin)
- ☐ Funktionelle Parameter (z.B. Muskelkraft oder kognitive Funktionen)
- ☐ Anthropometrische Parameter (z.B. Oberarmumfang)
- ☐ Sonstige
- ☐ Unbekannt

10 Was war das Resultat der Erfassung des Ernährungszustands?
- ☐ Übergewichtig
- ☐ Nicht mangelernährt
- ☐ Risiko für Mangelernährung
- ☐ Mangelernährt
- ☐ Unbekannt

11 Wie häufig wird die PatientIn gewogen?
- ☐ Wöchentlich
- ☐ Monatlich
- ☐ Alle 2 bis 3 Monate
- ☐ Wenn sich der Zustand der PatientIn verändert
- ☐ Sonstiges
- ☐ Nicht

AT2014APR © 2014 Maastricht University

12 Wie häufig wird die Nahrungsaufnahme dokumentiert?

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

13 Benötigt die PatientIn bei der Nahrungsaufnahme Hilfe von Anderen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

MALNUTRITION UNIVERSAL SCREENING TOOL

(BITTE UNBEDINGT ALLE FRAGEN AUSFÜLLEN!)

Falls die Frage 20 im Modul Allgemeines mit "Ja" beantwortet wurde (d.h. die PatientIn leidet an Ödemen, Aszites, Dehydration oder an anderen Störungen des Wasserhaushaltes) ist das MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) nicht zuverlässig. Daher müssen in diesem Fall die Fragen 14 bis 16 nicht beantwortet werden.

14 Wurde Körpergröße und Gewicht im allgemeinen Fragebogen (Modul 3, Fragen 22 und 25) bereits eingetragen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein *(Bitte Frage 22 und 25 im allgemeinen Fragebogen ausfüllen oder mit Frage 17 fortfahren)*

15 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

16 Wurden die Fragen zum ungewollten Gewichtsverlust im allgemeinen Fragebogen (Modul 3, Fragen 23 und 24) bereits eingetragen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein *(Bitte Frage 23 und 24 im allgemeinen Fragebogen ausfüllen oder mit Frage 17 fortfahren)*

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

- ☐ DiätologIn eingeschaltet
- ☐ Energiereiche (proteinreiche) Diät (hochkalorische Nahrungsmittel)
- ☐ Energiereiche Zwischenmahlzeiten (z.B. Milchprodukte, Kekse)
- ☐ Orale Nahrungsergänzung (Flüssignahrung und Nahrungsergänzungsmittel)
- ☐ Sondennahrung (z.B. PEG-Sonde)
- ☐ Parenterale Ernährung (über Infusion)
- ☐ Angepasste Nahrungskonsistenz (passiert, eingedickt)
- ☐ Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme
- ☐ Informieren der PatientIn und der Angehörigen über den Ernährungszustand und die eingeleiteten Maßnahmen
- ☐ Anpassung der Umgebung/Ambiente bei den Mahlzeiten
- ☐ Sonstige Maßnahmen
- ☐ Keine Maßnahmen wegen palliativen Zustandes *(Ende des Moduls)*
- ☐ Keine Maßnahmen *(Ende des Moduls)*

18 Wurde die Effektivität der eingeleiteten Maßnahmen innerhalb einer Woche nach deren Verordnung evaluiert?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

LP
NZ

Code der Einrichtung ☐☐☐☐ Code der Station/Wohnbereich ☐☐☐

Pflegequalitätserhebung

Modul Intertrigo

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn _____ **3d**

1 Welche pflegerische(n) Maßnahme(n) zur Prävention von Intertrigo wurde(n) ergriffen? *(Es sind mehrere Antworten möglich)*

- ☐ Informieren von PatientIn/Angehörige
- ☐ Tragen unterstützender/absorbierender Kleidung/ Baumwollkleidung
- ☐ Tägliche Beobachtung der Haut und Hautfalten
- ☐ Hautfalten täglich waschen und gründlich trocken tupfen
- ☐ Waschen ohne Seife oder mit pH-neutraler Seife
- ☐ Benutzen von Baumwollbettwäsche
- ☐ Vorbeugen von übermäßigen Schwitzen
- ☐ Auflegen von schützenden Materialien zwischen den Hautfalten
- ☐ Auftragen von Zinksalbe, lokal wirkenden Präparaten gegen Pilzinfektionen, Hautschutzsprays oder Hautschutzcreme
- ☐ Einschalten einer ExpertIn
- ☐ Sonstiges
- ☐ Keine

2 Die Tabelle auf der Rückseite dieser Fragenbogen soll nur für PatientInnen mit Intertrigo ausgefüllt werden. Wenn die PatientIn keinen Intertrigo hat, ist das Modul hier beendet.

AT2014APR © 2014 Maastricht University

Intertrigo *ausfüllen für PatientInnen mit Intertrigo*

Erscheinungsform	Analfalte	Brustfalte		Leistengegend		Achsel		Bauchfalte	Sonstige	
		L	R	L	R	L	R		L	R
Intertrigo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Intertrigo mit nässender Haut	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Intertrigo mit infizierter Haut	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Intertrigo seit wann	Analfalte	Brustfalte		Leistengegend		Achsel		Bauchfalte	Sonstige	
		L	R	L	R	L	R		L	R
≤ 2 Wochen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
> 2 Wochen & ≤ 3 Monate	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
> 3 Monate & ≤ 6 Monate	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
> 6 Monate & ≤ 12 Monate	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
> 1 Jahr	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Entstehungsort des Intertrigos	Analfalte	Brustfalte		Leistengegend		Achsel		Bauchfalte	Sonstige	
		L	R	L	R	L	R		L	R
Unbekannt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Diese Station/Bereich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Station/ Bereich	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Andere Einrichtung										
Krankenhaus	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pflegeheim	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rehabilitations-zentrum	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Einrichtung für körperlich Behinderte	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Einrichtung für geistig Behinderte	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Psychiatrie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zu Hause	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Betreuungseinrichtung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Maßnahmen	Analfalte	Brustfalte		Leistengegend		Achsel		Bauchfalte	Sonstige	
		L	R	L	R	L	R		L	R
1 oder mehrere zusätzliche präventive Maßnahme(n) (mind. 2 Mal täglich)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
1 oder mehrere zusätzliche präventive Maßnahme(n) (mind. 3 Mal täglich)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zinksalbe (Zinköl)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cremes zum Schutz der Haut	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Präparat gegen Pilzinfektionen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Einschalten einer Expertin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Keine	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

LP
Z

Code der Einrichtung ☐☐☐☐ Code der Station/Wohnbereich ☐☐☐

Pflegequalitätserhebung

Modul Stürze

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn _____ **3e**

1 Wie oft ist die PatientIn in den vergangenen 30 Tagen gestürzt?
(Bitte die höchste bekannte Anzahl ankreuzen)
- ☐ Unbekannt *(Bitte mit Frage 9 fortfahren)*
- ☐ Nicht gestürzt *(Bitte mit Frage 9 fortfahren)*
- ☐ 1x
- ☐ 2x
- ☐ 3x
- ☐ >3x

2 Wann ist die PatientIn zum letzten Mal gestürzt?
- ☐ Vor der Einweisung in die derzeitige Einrichtung *(Bitte mit Frage 7 fortfahren)*
- ☐ Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung

3 Zeitpunkt des Sturzes
- ☐ Unbekannt
- ☐ 07.01 – 14.00 Uhr
- ☐ 14.01 - 22.00 Uhr
- ☐ 22.01 - 07.00 Uhr

4 Sturzort
- ☐ Unbekannt
- ☐ Schlaf-/PatientInnenzimmer
- ☐ Badezimmer/Toilette
- ☐ Flur
- ☐ Küche
- ☐ Wohn-/Esszimmer
- ☐ Treppe
- ☐ Draußen
- ☐ Sonstiges

5 Welche Aktivität führte die PatientIn gerade aus, als sich der Sturz ereignete?
- ☐ Unbekannt
- ☐ Gehen oder Stehen ohne Hilfsmittel
- ☐ Gehen oder Stehen mit Hilfsmittel
- ☐ Liegen/Sitzen im Bett
- ☐ Sitzen
- ☐ Sonstiges

6 Was war die Hauptursache des Sturzes?
- ☐ Unbekannt
- ☐ Körperliche Gesundheitsprobleme
- ☐ Psychische Gesundheitsprobleme
- ☐ Externe Faktoren

7 Hat der Sturz bei der PatientIn körperliche Verletzungen verursacht?
- ☐ Ja
- ☐ Nein *(Bitte mit Frage 9 fortfahren)*
- ☐ Unbekannt *(Bitte mit Frage 9 fortfahren)*

8 Welche körperlichen 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 (Kopfverletzungen, Arm- oder Beinfraktur exklusive Hüftfraktur,)
- ☐ Hüftfraktur

9 Hat die PatientIn Angst zu stürzen?
- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Nicht zutreffend (z.B. ICU, komatös, usw.)

10 Vermeidet die PatientIn körperliche Aktivitäten?
- ☐ Ja
- ☐ Nein
- ☐ Nicht zutreffend (z.B. ICU, komatös, usw.)

11 Welche Maßnahmen zur Sturzprävention wurden bei der PatientIn ergriffen? *(Es sind mehrere Antworten möglich)*
- ☐ Auswertung der Medikation
- ☐ Übungstherapie
- ☐ Begleitung beim Gehen
- ☐ Auswertung der Hilfsmittel
- ☐ Alarmierung (Sensormatte, Alarmsensor, zusätzliche Alarmklingel)
- ☐ Untersuchung des Visus
- ☐ Auswertung des Schuhwerks
- ☐ Auswertung des Tagesprogramms
- ☐ Beaufsichtigung
- ☐ Informieren der PatientIn
- ☐ Absprachen (mit der PatientIn, Angehörigen, MitarbeiterInnen)
- ☐ Anpassung der Umgebung
- ☐ Andere freiheitseinschränkende/-beschränkende Maßnahmen
- ☐ Sonstiges
- ☐ Keine

12 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

AT2014APR © 2014 Maastricht University

LPZ

Code der Einrichtung ☐☐☐☐ Code der Station/Wohnbereich ☐☐☐

Pflegequalitätserhebung

Modul Freiheitseinschränkende/-beschränkende Maßnahmen

3f

Angaben zur PatientIn *Code der PatientIn* ☐

1 Wurden bei der PatientIn in den vergangenen 30 Tagen in dieser Einrichtung freiheitseinschränkende/-beschränkende Maßnahmen ergriffen?
- ☐ Ja
- ☐ Nein *(Modul beendet)*
- ☐ Unbekannt *(Modul beendet)*

2 Welche freiheitseinschränkenden/-beschränkenden Maßnahmen wurden bei der PatientIn in den vergangenen 30 Tagen in dieser Einrichtung ergriffen?
- ☐ Bettgitter/Seitenteile
- ☐ PatientInnenschutzdecke
- ☐ Bettgurt
- ☐ Stuhlgurt
- ☐ (Roll-)stuhl mit Tisch
- ☐ Nach hintengekippter Stuhl (Siestaliege)
- ☐ Gelenksgurte für Arme
- ☐ Gelenksgurte für Beine
- ☐ Fixieroverall
- ☐ Isolation/Separation
- ☐ Verhaltensbeeinflussende Medikation
- ☐ Individuelle Verabredungen
- ☐ Domotika
- ☐ Sonstiges

3 Wer initiierte die Anwendung der freiheitseinschränkenden/-beschränkenden Maßnahmen?
- ☐ Die gesetzliche VertreterIn/Angehörige/SachverwalterIn
- ☐ Eine ÄrztIn
- ☐ Eine Pflegefachperson
- ☐ Sonstige
- ☐ Die PatientIn

4 Was war der Hauptgrund für die freiheitseinschränkenden/-beschränkenden Maßnahmen der PatientIn?
- ☐ Unbekannt
- ☐ Sturzprävention
- ☐ Ermöglichung der medizinischen Behandlung
- ☐ Umherirren der PatientIn
- ☐ Aggressives Verhalten
- ☐ Nachtruhe
- ☐ Sonstiges

5 Haben die freiheitseinschränkenden/-beschränkenden Maßnahmen zu körperlichen Verletzungen geführt?
- ☐ Ja
- ☐ Nein *(Modul beendet)*

6 Welche körperlichen Verletzungen wurden durch die freiheitseinschränkenden/-beschränkenden Maßnahmen bei der PatientIn verursacht?
- ☐ 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 (Kopfverletzungen, Frakturen)

AT2014APR © 2014 Maastricht University