

Masterarbeit

**ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS BEI ERWACHSENEN
PATIENTEN UND PATIENTINNEN IN
ÖSTERREICHISCHEN KRANKENHÄUSERN**

eingereicht von

Michael Hirscher, BSc

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von

Univ.-Ass.ⁱⁿ Manuela Hödl, BSc MSc

Graz, 13. April 2018

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, 13. April 2018

Michael Hirscher, BSc eh.

Danksagungen

Ich möchte mich an dieser Stelle bei meiner Familie sowie meinen FreundInnen und StudienkollegInnen bedanken, die mich während des gesamten Studiums begleitet und unterstützt haben.

Ein ganz besonderer Dank gilt meiner Freundin Conny für ihre Liebe, Unterstützung und ihre motivierenden Worte.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	II
Danksagungen	III
Inhaltsverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	IX
Zusammenfassung	X
Abstract	XI
1 Einleitung	1
1.1 Begriffsklärung und Definition	2
1.1.1 Begriffsklärung Adipositas	2
1.1.2 Definition von Übergewicht und Adipositas.....	3
1.2 Ursachen und Komorbiditäten.....	3
1.3 Erfassung und Klassifikation von Übergewicht und Adipositas bei erwachsenen PatientInnen	4
1.3.1 Body Mass Index (BMI)	4
1.3.2 Weitere Anthropometrische Methoden	6
1.3.3 Weitere Methoden	7
2 Literaturübersicht	8
2.1 Prozess der Literaturrecherche	8
2.2 Kritische Beurteilung der Studien	11
2.3 Studiencharakteristika	12
2.4 Prävalenz bei KrankenhauspatientInnen.....	14
2.4.1 Alter	15
2.4.2 Geschlecht.....	15
2.4.3 Krankheitsbild und Pflegeabhängigkeit.....	17

2.5	Fazit der Literaturübersicht.....	18
2.6	Forschungsfragen und Ziele.....	21
3	Material und Methoden.....	22
3.1	Design.....	22
3.2	Datensammlung.....	22
3.3	Ethische Aspekte.....	24
3.4	Datenauswertung.....	24
4	Ergebnisse.....	26
4.1	Stichprobencharakteristika.....	27
4.2	Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei erwachsenen KrankenhauspatientInnen.....	28
4.3	Prävalenzen hinsichtlich verschiedener Faktoren.....	28
4.3.1	Geschlecht.....	28
4.3.2	Alter.....	29
4.3.3	Krankheitsbilder.....	30
4.3.4	Pflegeabhängigkeit.....	31
5	Diskussion.....	33
5.1	Prävalenz von Übergewicht/Adipositas.....	34
5.2	Prävalenzen hinsichtlich verschiedener Faktoren.....	35
5.2.1	Geschlecht.....	35
5.2.2	Alter.....	36
5.2.3	Krankheitsbilder.....	37
5.2.4	Pflegeabhängigkeit.....	38
5.3	Vergleiche.....	39
5.4	Stärken und Limitationen.....	40
5.5	Schlussfolgerungen.....	41
5.6	Implikationen für die Pflege.....	41

5.7	Implikationen für weitere Forschung.....	42
6	Literaturverzeichnis	44
Anhang	50

Abkürzungsverzeichnis

AKE	Arbeitsgemeinschaft Klinische Ernährung
Asiat.	AsiatInnen
BMI	Body-Mass-Index
bzw.	beziehungsweise
DAG	Deutsche Adipositas Gesellschaft
DDG	Deutsche Diabetes Gesellschaft
DEG	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
DGEM	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin
ESPEN	European Society of Clinical Nutrition and Metabolism
et al.	et alii (und andere)
GHO	Global Health Observatory Database
GKH	Große Krankenhäuser (< 500 Betten)
Kauk.	KaukasierInnen
kg	Kilogramm
KKH	Kleine Krankenhäuser (> 200 Betten)
m ²	Quadratmeter
MKH	Krankenhäuser mittlerer Größe (200 – 500 Betten)
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
ÖGGG	Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
PAS	Pflegeabhängigkeitsskala
SD	Standardabweichung
usw.	und so weiter
WHO	World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation)
z. B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart der Literaturrecherche.....	10
Abbildung 2: Literaturübersicht: Prävalenz von Übergewicht	14
Abbildung 3: Literaturübersicht: Prävalenz von Adipositas.....	14
Abbildung 4: Literaturübersicht: Prävalenz von Übergewicht bei Männern und Frauen.....	16
Abbildung 5: Literaturübersicht: Prävalenz von Adipositas bei Männern und Frauen	16
Abbildung 6: Rekrutierung der TeilnehmerInnen	26
Abbildung 7: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Männern und Frauen	28
Abbildung 8: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas nach Altersgruppen laut Definition der WHO (1995)	29
Abbildung 9: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas nach Altersgruppen laut Definition der ESPEN (Volkert et al. 2006).....	30
Abbildung 10: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas je Kategorie laut Pflegeabhängigkeitsskala.....	32

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Klassifikation von Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen (WHO 1995)	5
Tabelle 2: ESPEN Klassifikation von Übergewicht und Adipositas bei Personen ab 65 Jahren (Volkert et al. 2006)	6
Tabelle 3: Schlüsselbegriffe für die Suche in den Datenbanken	8
Tabelle 4: Studiencharakteristika	12
Tabelle 5: Verwendete Definitionen von Übergewicht und Adipositas.....	13
Tabelle 6: Häufigste Krankheitsbilder der Übergewichtigen	31
Tabelle 7: Häufigste Krankheitsbilder der Adipösen	31

Zusammenfassung

Die Datenlage hinsichtlich Übergewicht- und Adiposithäufigkeit bei erwachsenen KrankenhauspatientInnen ist international und speziell für Österreich sehr gering. Ziel dieser Arbeit ist es, die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei erwachsenen PatientInnen in österreichischen Krankenhäusern zu beschreiben und mögliche Unterschiede bezüglich der Faktoren Geschlecht, Alter, Krankheitsbild und Pflegeabhängigkeit herauszufinden.

Im Rahmen dieser Arbeit wurden Daten der europäischen Pflegequalitätserhebung zu pflegerelevanten Problemen in Österreich, welcher ein deskriptives Querschnittsdesign zugrunde liegt, ausgewertet. Die Daten wurden am 8. April 2014, mittels eines standardisierten Fragebogens, erfasst.

4141 PatientInnen in 64 Allgemeinen Krankenhäusern in Österreich wurden untersucht. 36,1 % davon waren übergewichtig und 22,4 % waren adipös. Eine signifikant höhere Prävalenz für Übergewicht wurde bei Männern gegenüber Frauen beobachtet. Im Gegensatz dazu zeigte sich bei Frauen eine signifikant höhere Prävalenz für Adipositas. Legt man die Definition der WHO zugrunde, so zeigte sich die höchste Prävalenz für Übergewicht in der Altersklasse der 65jährigen und älter, während bei Verwendung der Definition laut ESPEN die höchste Prävalenz in der Altersklasse der 50-64jährigen festgestellt werden konnte. In dieser Altersklasse wurde auch die höchste Adipositasprävalenz beobachtet. Die meisten übergewichtigen und adipösen PatientInnen litten an Herz- und Gefäßerkrankungen sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Mehr als zwei Drittel der Adipösen und mehr als zwei Drittel der Übergewichtigen waren völlig unabhängig von pflegerischer Unterstützung.

Die ermittelten österreichischen Prävalenzwerte für Übergewicht und Adipositas waren höher als jene in internationalen Studien. Vergleiche mit internationalen Studien sind aufgrund unterschiedlicher Methoden, Populationen und Definitionen von Übergewicht und Adipositas nur sehr eingeschränkt möglich.

Regelmäßige Auswertungen der jährlichen Pflegequalitätserhebung hinsichtlich Übergewicht und Adipositas bei erwachsenen KrankenhauspatientInnen erscheinen sinnvoll, um Trends beobachten zu können.

Abstract

Evidence on overweight and obesity frequency in adult hospital patients is rather low internationally and in particular for Austria. The aim of this thesis is to describe the prevalence of overweight and obesity in adult patients within Austrian hospitals as well as to discover possible differences regarding sex, age, diagnosis and care dependency.

In this thesis, data was evaluated from the European care-quality-survey on care-related problems in Austria, which are based on a descriptive cross-sectional design. This data was collected on April 8th in 2014, using a standardized questionnaire.

4,141 patients in 64 Austrian general hospitals have been examined. 36.1 % were classified as overweight and 22.4 % were classified as obese. Males showed a significant higher prevalence for being overweight than females. By contrast, prevalence of obesity in females was significantly higher than in males. Based on the definition of the WHO, the highest prevalence of overweight was found in the age group of 65 or more. Alternatively, using the definition of ESPEN has shown that the highest prevalence of overweight was found in the age group of 50–64, where also the highest prevalence of obesity was found. Most overweight and obese patients have been suffering from heart and vascular diseases as well as diseases of the musculoskeletal system and connective tissue. More than two third of the obese patients as well as more than two third of the overweight patients were completely independent from nursing support.

The determined Austrian prevalent values for overweight and obesity were higher than those in international studies. Comparisons to international studies are only possible to a very limited extend due to different methods, population and definitions of overweight and obesity.

Regular evaluations of the annual quality-of-care survey on overweight and obese adult patients seem meaningful in order to observe trends.

1 Einleitung

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) waren im Jahr 2016 weltweit mehr als 1,9 Milliarden Erwachsene von Übergewicht betroffen. Mehr als 650 Millionen davon waren adipös. Seit 1975 stieg die Adipositasprävalenz um das fast Dreifache an (WHO 2018).

Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) berichtet in ihrem aktuellsten Update zum Thema Adipositas, dass bereits mehr als die Hälfte der Erwachsenen in ihren Mitgliedsstaaten übergewichtig oder adipös sind (OECD 2017).

Adipositas und Übergewicht betreffen Männer und Frauen. Laut der österreichischen Gesundheitsbefragung von 2014, die auf selbstberichteten Daten beruht, waren 39,5 % der Männer und 25,8 % der Frauen ab 15 Jahren übergewichtig sowie 15,7 % der Männer und 13,1 % der Frauen adipös (Statistik Austria 2015).

Ähnliche Zahlen zeigen die Ergebnisse des österreichischen Ernährungsberichtes 2017, bei dem Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren analysiert wurden. Dieser berichtet von einer Prävalenz von 28,9 % (Frauen 20,6 %; Männer 37,2 %) mit Übergewicht und von 12,1 % (Frauen 10,7 %; Männer 13,4 %) mit Adipositas (Rust et al. 2017).

Adipositas und Übergewicht stellen eine der größten Herausforderungen für die Gesundheitspolitik in Europa dar (Branca et al. 2007) und haben einen negativen Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand der Betroffenen. Organe und Organsysteme wie das Herz-Kreislauf-System, Haut, Knochen, Muskeln, das endokrine und metabolische System, der Magen-Darmtrakt, das Nerven- und Sinnessystem, der Urogenitaltrakt und die Atmungsorgane werden beeinträchtigt. Zudem ist das Risiko an Diabetes Mellitus Typ II, Hypertonie, Dyslipidämie, Kurzatmigkeit, Schlafapnoe und Gallenblasenerkrankungen zu erkranken für von Adipositas Betroffene um das Drei- oder Mehrfache erhöht (Dorner 2016).

Aufgrund ihrer Begleiterkrankungen verursachen Übergewicht und Adipositas zusätzlich hohe Krankheitskosten.

Dazu zählen direkt mit der Erkrankung in Zusammenhang stehende Kosten (Verbrauch von Gesundheitsleistungen und -gütern wie z. B. Hospitalisierungen oder Medikamente; Verbrauch von Ressourcen im privaten Sektor wie z. B. Fahrten zu Gesundheitseinrichtungen oder eigenfinanzierte Therapien), indirekte Kosten (Ressourcenverlust durch Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Frühpension, vorzeitiger Tod) und intangible Kosten (Kosten verursacht durch psychosoziale Auswirkungen wie Schmerz oder verminderte Lebensqualität) (Lauterbach et al. 1998).

Legt man internationale Daten auf Österreich um, so betragen die direkten Kosten im Zusammenhang mit Adipositas zwischen 227,7 Millionen und 1,1385 Milliarden Euro pro Jahr. Dies entspricht 0,1 – 0,5 % des österreichischen BIP (Kiefer et al. 2006).

1.1 Begriffsklärung und Definition

In diesem Abschnitt erfolgt eine einführende Begriffsbestimmung zur Adipositas. Außerdem werden Definitionen zu Übergewicht und Adipositas dargelegt.

1.1.1 Begriffsklärung Adipositas

Im deutschsprachigen Raum wird in der Literatur zumeist der Begriff Adipositas (Englisch: „adiposity“) verwendet. Dieser leitet sich vom lateinischen Begriff für Fett (adeps) ab. Im Gegensatz dazu findet man in der angelsächsischen Literatur hauptsächlich den Begriff „obesity“ (Deutsch: „Obesität“). „Adiposity“ wird nur selten verwendet. Das deutsche Wort Obesität, welches sich aus den lateinischen Wörtern „ob“ (wegen) und „edere“ (essen) ableitet und frei übersetzt „gegessen haben“ bedeutet, findet im deutschen Sprachraum kaum Anwendung (Schorb 2015). Zudem werden im deutschen Sprachraum die Wörter Fettleibigkeit und Fettsucht benutzt. Der Begriff Fettleibigkeit ist medizinisch jedoch nicht korrekt und diskriminierend und sollte daher nicht verwendet werden (Hauner 2013).

1.1.2 Definition von Übergewicht und Adipositas

Als Übergewicht wird eine über den Normwert hinausgehende Erhöhung des Körpergewichts bezeichnet (Dorner 2016).

Laut Hauner (2013, S. 2) kann Übergewicht/Adipositas *„als eine Vermehrung des Körperfetts, die über das Normalmaß hinausgeht und mit einer Gesundheitsgefährdung bzw. mit einem erhöhten Risiko für Folgeerkrankungen einhergeht“*, definiert werden.

Im Rahmen dieser Masterarbeit gilt die Definition der WHO. Sie definiert Adipositas und Übergewicht als eine abnormale oder übermäßige Fettansammlung, welche die Gesundheit beeinträchtigen kann (WHO 2018, Übersetzung des Verfassers).

1.2 Ursachen und Komorbiditäten

Folgende Faktoren können zu Übergewicht und Adipositas führen (DAG et al. 2014):

- familiäre Disposition, genetische Ursachen
- Lebensstil (z. B. Bewegungsmangel, Fehlernährung)
- ständige Verfügbarkeit von Nahrung
- Schlafmangel
- Stress
- depressive Erkrankungen
- niedriger Sozialstatus
- Essstörungen (z. B. Binge-Eating-Disorder, Night-Eating-Disorder)
- endokrine Erkrankungen (z. B. Hypothyreose, Cushing-Syndrom)
- Medikamente (z. B. Antidepressiva, Neuroleptika, Phasenprophylaktika, Antiepileptika, Antidiabetika, Glukokortikoide, einige Kontrazeptiva, Betablocker)
- andere Ursachen (z. B. Immobilisierung, Schwangerschaft, Nikotinverzicht).

Als anerkannte Komorbiditäten von Übergewicht und Adipositas gelten Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels, Dyslipoproteinämie, Hyperurikämie/Gicht, Störungen der Hämostase, Chronische Inflammation, Kardiovaskuläre Erkrankungen, Demenz, Erkrankungen des Urogenitaltraktes, Hormonelle Störungen bei Männern und Frauen, Pulmonale Komplikationen, Gastrointestinale Erkrankungen, Karzinome, ein erhöhtes Operations- und Narkoserisiko, ein erhöhtes Unfallrisiko und Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (verminderte Lebensqualität). Übergewicht bzw. Adipositas sind zudem die wichtigsten Promotoren des metabolischen Syndroms (DAG et al. 2014).

1.3 Erfassung und Klassifikation von Übergewicht und Adipositas bei erwachsenen PatientInnen

Es gibt eine Vielzahl von Möglichkeiten zur Bestimmung des Körperfetts und zur Klassifizierung von Übergewicht und Adipositas. Jede dieser Methoden hat Vor- und Nachteile. Dieser Abschnitt der Arbeit gibt einen Überblick über einige der wichtigsten Methoden.

1.3.1 Body Mass Index (BMI)

Der BMI ist die am Häufigsten verwendete Methode um Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen zu klassifizieren (Schorb 2015). Es handelt sich hierbei um einen Index, der das Verhältnis des Körpergewichts in Kilogramm (kg) und des Quadrats der Körpergröße in Metern (m²) ausdrückt (WHO 2018a). Dabei sollten Körpergewicht und Körpergröße unter standardisierten Bedingungen gemessen werden. Die Messung des Gewichts soll morgens, nüchtern, ohne Schuhe, in Unterwäsche und nach der Blasenentleerung durchgeführt werden. Bei der Bestimmung der Körpergröße sollen die Füße geschlossen sein und Waden, Gesäß und Rücken das Stadiometer berühren (Bosy-Westphal & Müller 2013).

Laut Definition der WHO gelten BMI-Werte von <18,5 als Untergewicht, von 18,5 – 24,9 als Normalbereich, von 25,0 – 29,9 als Übergewicht (Präadipositas) und ab 30,0 als Adipositas (WHO 1995) (siehe Tabelle 1). In der Definition der WHO von 2000 wird in der Kategorie Adipositas zusätzlich hinsichtlich des Schweregrades in

Adipositas Grad I (30,0 – 34,9), Adipositas Grad II (35,0 – 39,9) und Adipositas Grad III ($\geq 40,0$) unterschieden (WHO 2000). Diese Grenzwerte gelten laut WHO für Erwachsene und sind geschlechts- und altersunabhängig (WHO 2018a).

Tabelle 1: Klassifikation von Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen (WHO 1995)

Gewichtskategorie	BMI (kg/m²)
Untergewicht	<18,5
Normalgewicht	18,5 – 24,9
Übergewicht	25,0 – 29,9
Adipositas	$\geq 30,0$

Für ältere Erwachsene (≥ 65 Jahre) gibt es derzeit keine evidenz-basierten Leitlinien für eine Klassifikation. Es gibt jedoch vermehrt Studien, die darauf hinweisen, dass die Grenzwerte der WHO für diese Altersgruppen nicht angemessen sind (Queensland Government 2014). Die „Australia & New Zealand Society for Geriatric Medicine“ (2011) empfiehlt folgende Anpassung für Personen ab 65 Jahren: Untergewicht ≤ 23 kg/m², Normalgewicht 24 - 30 kg/m² und Übergewicht > 30 kg/m².

In Österreich wird für die PatientInnengruppe ab 65 Jahren die Klassifikation laut ESPEN (European Society of Parenteral and Enteral Nutrition) (Volkert et al. 2006) empfohlen (Bundesministerium für Gesundheit 2013, AKE 2010). BMI-Werte von 27,0 – 29,9 gelten als Übergewicht und BMI Werte $\geq 30,0$ als Adipositas (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: ESPEN Klassifikation von Übergewicht und Adipositas bei Personen ab 65 Jahren (Volkert et al. 2006)

Gewichtskategorie	BMI (kg/m²)
Schwere Mangelernährung	<18,5
Leichte Mangelernährung	18,5 – 19,9
Risiko für Mangelernährung	20,0 – 21,9
Normalgewicht	22,0 – 26,9
Übergewicht	27,0 – 29,9
Adipositas	≥30,0

1.3.2 Weitere Anthropometrische Methoden

Weitere anthropometrische Methoden, welche Anwendung finden, sind der Taillenumfang, der Taille-Hüft-Quotient und die Hautfaltendicke.

Der Taillenumfang ist eine einfache, kostengünstige und die am häufigsten angewandte Methode zur Messung der abdominalen Adipositas (Hu 2008).

Studien zeigen eine enge Beziehung zur Adipositas-assoziierten Morbidität (Bosy-Westphal & Müller 2013, Hu 2008).

Es fehlt jedoch eine standardisierte Verfahrensweise für die Messung. Verschiedene Referenzpunkte für die Messung sowie unterschiedliche Grenzwerte ergeben unterschiedliche Prävalenzen für Adipositas. Ein Vergleich der Daten ist daher schwierig (Bosy-Westphal & Müller 2013).

Der Taille-Hüft-Quotient ist ebenfalls eine kostengünstige Möglichkeit zur Berechnung der abdominalen Adipositas. Dabei wird der Taillenumfang ins Verhältnis zum Hüftumfang gesetzt. Der Taille-Hüft-Quotient ist jedoch schwieriger zu interpretieren als der Taillenumfang und anfälliger für Messfehler (Hu 2008).

Die Hautfaltenmessung wird mit Hilfe einer Caliperzange durchgeführt. Es wird dabei das subkutane Fettgewebe in mm erfasst (Bosy-Westphal & Müller 2013). Es handelt sich hierbei um eine praktische, sichere und günstige Methode. Sie ist jedoch schwieriger reproduzierbar und weniger genau im Vergleich zu anderen Methoden (Hu 2008).

1.3.3 Weitere Methoden

Methoden wie die Bioelektrische Impedanzanalyse, die Unterwasserwägung (Hydrodensitometrie), Dual Energy X-Ray Absorptiometer (DXA), Magnetresonanztomographie (MRI), Computertomographie (CT) und Ultraschall ermöglichen eine genauere Beschreibung und Analyse der Körperzusammensetzung und des Ernährungszustandes (Kiefer et al. 2006). Ein Nachteil dieser Methoden ist jedoch, dass sie aufwändiger und mit hohen Kosten verbunden sind (Dorner 2016, Hu 2008).

2 Literaturübersicht

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zur Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei KrankenhauspatientInnen. Ausgehend von den Forschungsfragen wurde eine Suchstrategie entwickelt und eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt.

2.1 Prozess der Literaturrecherche

Es wurde in den Datenbanken PubMed, CINAHL (Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature) und ISI Web of Science gesucht. Die Cochrane Database of Systematic Reviews und Embase (Excerpta Medica Database) wurden über das Datenbankportal OvidSP durchsucht. Zusätzlich wurde im Internet nach relevanten Artikeln mit Hilfe der Suchmaschinen „Google Scholar“ und der Metasuchmaschine „MetaCrawler“ recherchiert. Die verwendeten Keywords lauteten:

obesity, overweight, adiposity, prevalence, frequency, hospital, adult.

Diese wurden mit Boolean operators (AND und OR) kombiniert. Wenn sinnvoll wurden Trunkierungen (z. B. frequen*) vorgenommen. Passend zur jeweiligen Datenbank wurde mit MesH Terms (PubMed), Subject Headings (OvidSP) und Subject Terms (CINAHL) gesucht.

Tabelle 3: Schlüsselbegriffe für die Suche in den Datenbanken

obesity OR overweight OR adiposity
AND
prevalence OR frequency
AND
hospital
AND
adult

Um aktuelle Literatur zu erhalten wurde bei der Suche im Januar 2018 der Publikationszeitraum auf die Jahre 2008 bis 2017 begrenzt. Die Suche wurde auf Studien in englischer und deutscher Sprache eingeschränkt.

Ausgeschlossen wurden Studien mit ausschließlich ambulanten PatientInnen und Studien, welche nicht im Setting Krankenhaus durchgeführt wurden. Studien, die spezifischen PatientInnengruppen (z. B. PatientInnen, die an Asthma leiden) untersuchten, wurden ebenso exkludiert.

Das Alter der StudienteilnehmerInnen musste mindestens 18 Jahre betragen.

Um eingeschlossen zu werden, musste es sich um quantitative Studien handeln, welche Prävalenzdaten über Übergewicht/Adipositas im Krankenhaus beschrieben.

Die Suchstrategie in den Datenbanken führte zu 1168 Treffern. Nach Ausschluss der Duplikate (n=29) blieben 1.139 Treffer, welche einem systematischen Screening unterzogen wurden. 57 Studien wurden im Rahmen des Titelscreenings als für die Recherche relevant betrachtet. Von diesen wurden in der nächsten Phase die Abstracts gelesen und bewertet. Dabei wurden sieben aufgrund des falschen Settings, neun wegen des nicht passenden Designs, 16 da sie sich mit einer spezifischen PatientInnengruppe beschäftigten und 15 aus sonstigen Gründen (keine stationären PatientInnen usw.) ausgeschlossen. Schließlich wurden zehn Artikel anhand der Kriterien von Polit & Beck (2012) bewertet.

Als Resultat der kritischen Bewertung wurden schließlich sieben Artikel in die Literaturanalyse eingeschlossen. Eine Handsuche in den ausgewählten Artikeln wurde durchgeführt und dadurch ein weiterer Artikel identifiziert.

Nachfolgend wird mittels Flussdiagramm die Literatursuche näher grafisch dargestellt.

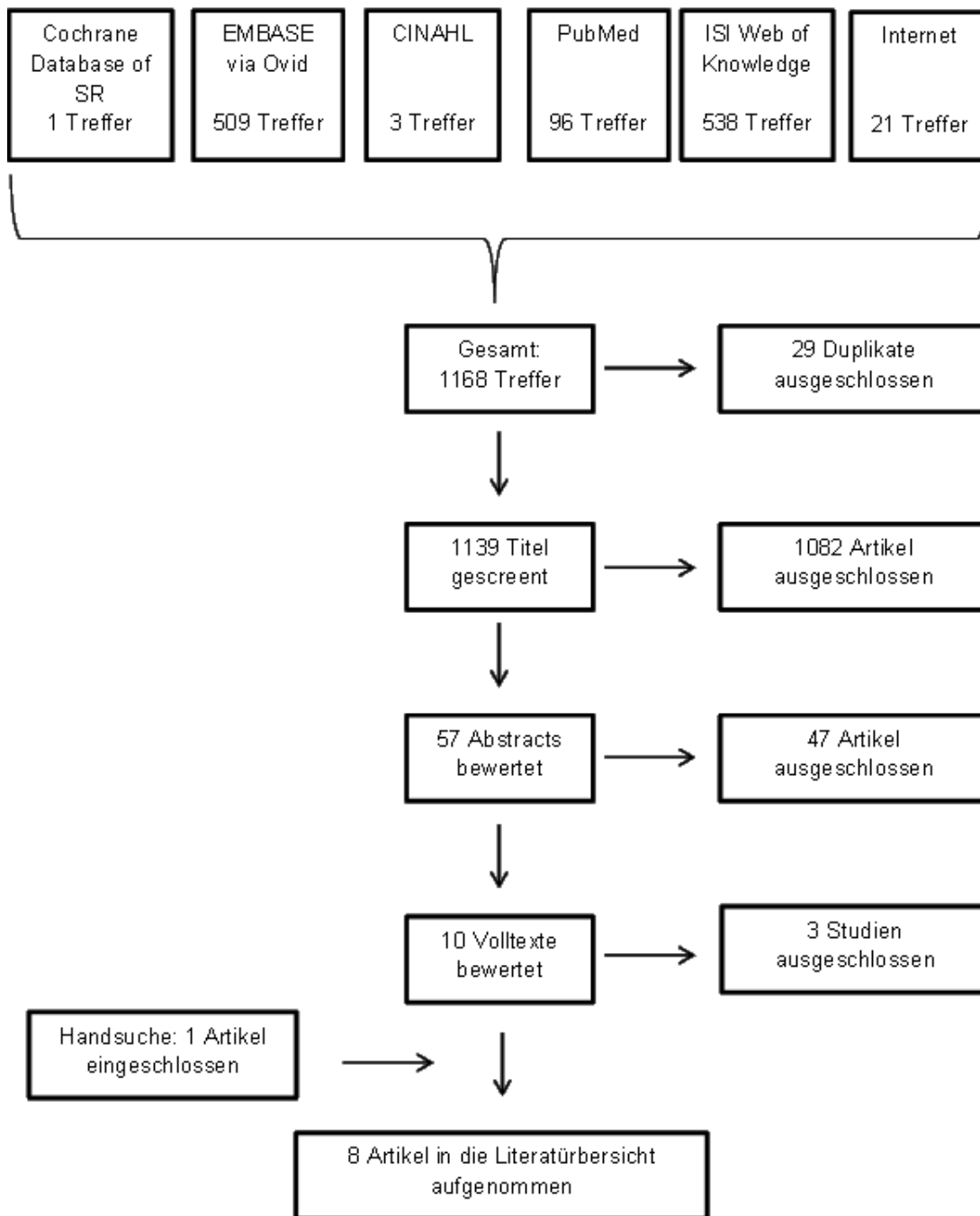


Abbildung 1: Flowchart der Literaturrecherche

2.2 Kritische Beurteilung der Studien

Die Qualitätsbeurteilung der Artikel wurde mit Hilfe der Bewertungskriterien für quantitative Studien von Polit & Beck (2012) durchgeführt.

Folgende Domänen wurden dabei bewertet:

- *Titel*: Prägnanz, Schlüsselvariablen, Studienpopulation
- *Abstract*: Problem, Methode, Ergebnisse, Schlussfolgerungen
- *Einleitung*: Forschungsproblem, Hypothesen oder Forschungsfragen, Literaturübersicht, konzeptueller/theoretischer Bezugsrahmen
- *Methode*: Ethik und Schutz der Menschenrechte, Forschungsdesign, Population und Stichprobe, Datensammlung und -messung, Durchführung
- *Ergebnisse*: Datenanalyse, Resultate
- *Diskussion*: Interpretation der Resultate, Implikationen/Empfehlungen
- *Allgemein*: Präsentation, Glaubwürdigkeit der ForscherInnen, Zusammenfassung (Polit & Beck 2012).

Die einzelnen Fragen wurden folgendermaßen beurteilt:

- Ja (+): Alle angeführten Punkte sind im Artikel angeführt
- Teilweise (~): Die angeführten Punkte sind nur zum Teil angeführt
- Nein (-): Die angeführten Punkte fehlen bzw. sind nicht angeführt

In den anschließenden Kapiteln werden die Ergebnisse der systematischen Literaturrecherche in den Datenbanken dargestellt.

2.3 Studiencharakteristika

Im Rahmen der Literaturrecherche konnte mit der Studie von Følling et al. (2014) lediglich eine einzige Studie identifiziert werden, welche als klares Forschungsziel die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei erwachsenen KrankenhauspatientInnen definiert hatte. Bei den anderen eingeschlossenen Studien lag der Fokus am Thema Prävalenz bzw. Risiko der Mangelernährung. Sie lieferten jedoch auch Prävalenzdaten zum Thema Übergewicht und Adipositas.

Die acht in diese Literaturübersicht eingeschlossenen Studien wurden in den Jahren 2009 bis 2014 publiziert. Vier Studien wurden im europäischen Raum und vier in Asien durchgeführt (siehe Tabelle 4). Die Stichprobengröße variierte zwischen 2142 und 95 erwachsenen Personen.

Tabelle 4: Studiencharakteristika

Autor & Jahr	Land	Design	Stichprobe
Fang et al. 2013	China	Querschnittstudie	n=2142 (1276 m, 866 w),
Følling et al. 2014	Norwegen	Querschnittstudie	n=497 (243 m, 253 w),
Huong et al. 2014	Vietnam	Querschnittstudie	n=423 (m/w keine Angabe)
Khalaf et al. 2011	Saudi Arabien	Querschnittstudie	n=166 (106 m, 60 w)
Lamb et al. 2009	UK	Querschnittstudie	n=328 (143 m, 185 w)
Liang et al. 2009	China	Prospektives, deskriptives Design	n=1500 (841 m, 659 w)
Westergren et al. 2010	Island	Prä-Post Interventionsstudie	n=95 (m/w keine Angabe)
Westergren et al. 2009	Schweden	Querschnittstudie	n=2170 (m/w keine Angabe)

Bei sechs der eingeschlossenen Studien handelt es sich um Querschnittstudien. Liang et al. (2009) bedienten sich eines prospektiven, deskriptiven Designs. Westergren et al. (2010) führten eine Prä-Post Interventionsstudie durch. Von dieser Studie wurden nur die Ergebnisse der Interventionsgruppe berücksichtigt.

Zur Klassifikation wurde in allen Studien der BMI angewandt, jedoch wurden verschiedene Definitionen von Übergewicht und Adipositas verwendet. Khalaf et

al. (2011) führten zwei Auswertungen mit Grenzwerten von verschiedenen Definitionen durch. Tabelle 5 gibt einen Überblick über die in den Studien verwendeten Definitionen.

Tabelle 5: Verwendete Definitionen von Übergewicht und Adipositas

Definition von:	BMI Grenzwerte (kg/m²) für Übergewicht	BMI Grenzwerte (kg/m²) für Adipositas	Verwendet von:
WHO Definition für Erwachsene	25 bis <30	≥30	Følling et al. 2014 Huong et al. 2014 Lamb et al. 2009
Chinese Working Group of Obesity	24 bis <28	≥28	Fang et al. 2013 Liang et al. 2009
Westergren et al. (2008)	PatientInnen <70 Jahre: 25 bis <30 PatientInnen ≥70 Jahre: 27 bis <32	PatientInnen <70 Jahre: ≥30 PatientInnen ≥70 Jahre: ≥32	Westergren et al. (2009) Westergren et al. (2010) Khalaf et al. (2011)*
WHO Westpazifikregion mit IASO und IOTF	PatientInnen <70 Jahre: 23 bis <28 PatientInnen ≥70 Jahre: 25 bis <30	PatientInnen <70 Jahre: ≥28 PatientInnen ≥70 Jahre: ≥30	Khalaf et al. (2011)**

* Auswertung mit Grenzwerten für KaukasierInnen; ** Auswertung mit Grenzwerten für AsiatInnen

In der Studie von Lamb et al. (2009) wurden Patienten ab 16 Jahren mit eingeschlossen. Diese Studie wurde trotzdem mit in die Analyse aufgenommen, da sie nicht auf Kinderstationen durchgeführt worden ist. Zudem lieferten Lamb et al. (2009) lediglich Prävalenzraten für Adipositas.

Khalaf et al. (2011) präsentierten nur Ergebnisse zu Übergewicht und Adipositas hinsichtlich des Faktors Geschlecht.

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Literatur zusammengefasst.

2.4 Prävalenz bei KrankenhauspatientInnen

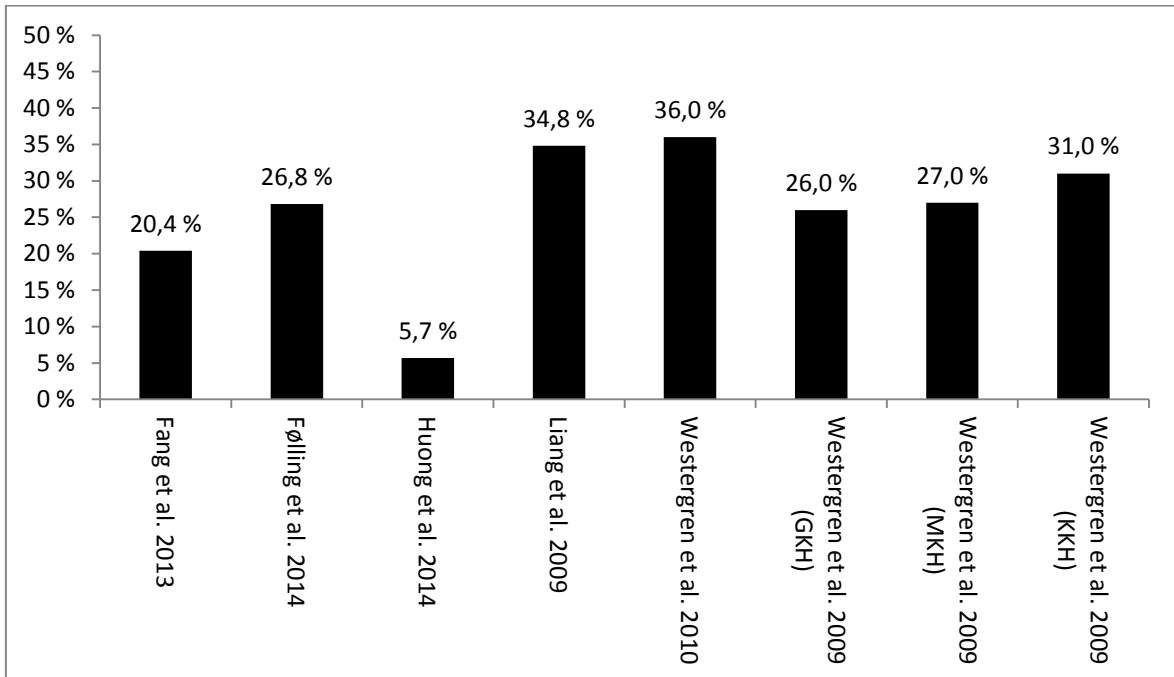


Abbildung 2: Literaturübersicht: Prävalenz von Übergewicht

Die niedrigste Prävalenzrate für Übergewicht wurde in der Studie von Huong et al. (2014) mit 5,7 % festgestellt. Alle anderen in die Literaturübersicht eingeschlossenen Studien berichten Raten zwischen 20,4 % (Fang et al. 2013) und 36,0 % (Westergren et al. 2010). Abbildung 2 gibt eine detaillierte Übersicht.

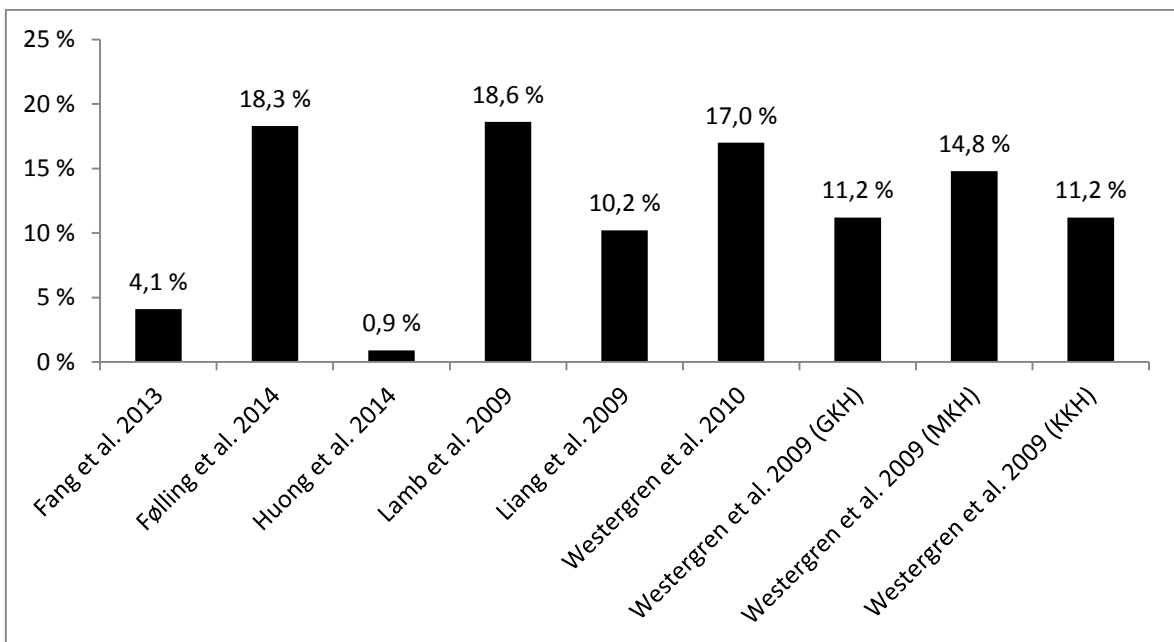


Abbildung 3: Literaturübersicht: Prävalenz von Adipositas

Wie Abbildung 3 demonstriert weisen die Studien von Lamb et al. (2009) mit 18,6 % und Følling et al. (2014) mit 18,3 % die höchsten Prävalenzraten für Adipositas auf. Die geringste Prävalenz wird auch hier von Huong et al. (2014) mit 0,9 % berichtet.

2.4.1 Alter

In einer der eingeschlossenen Studien wurden Auswertungen zur Prävalenz von Adipositas hinsichtlich verschiedener Altersgruppen durchgeführt (Lamb et al. 2009).

Mit 28,1 % wies die Gruppe der PatientInnen von 60 bis 79 Jahren die höchste Adipositasprävalenz auf. Bei den unter 60jährigen wurde eine Prävalenz von 22,2 % und bei der Altersgruppe ≥ 80 Jahre von 8 % festgestellt (Lamb et al. 2009).

Bei einer gesonderten Analyse der internen PatientInnen wurde die höchste Adipositasprävalenz mit 25,8 % für die Gruppe der unter 60jährigen errechnet. Hingegen zeigte sich unter den chirurgischen und orthopädischen PatientInnen mit 38,9 %, sowie bei den IntensivpatientInnen mit 42,9 %, die höchste Adipositasprävalenz in der Altersklasse von 60 – 79 Jahren.

2.4.2 Geschlecht

In zwei Studien wurden Prävalenzzahlen zu Übergewicht in Bezug auf das Geschlecht angegeben. In der Studie von Fang et al. (2013) waren 20,7 % der Frauen und 20,4 % der Männer übergewichtig. Khalaf et al. (2011) berichten von einer Prävalenz in der Höhe von 35 % (Grenzwerte für KaukasierInnen) bzw. 28 % (Grenzwerte für AsiatInnen) bei Männern und 20 % (Grenzwerte für KaukasierInnen) bzw. 22 % (Grenzwerte für AsiatInnen) bei Frauen (siehe Abbildung 4). In keiner der Studien konnte ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der Prävalenz von Übergewicht festgestellt werden.

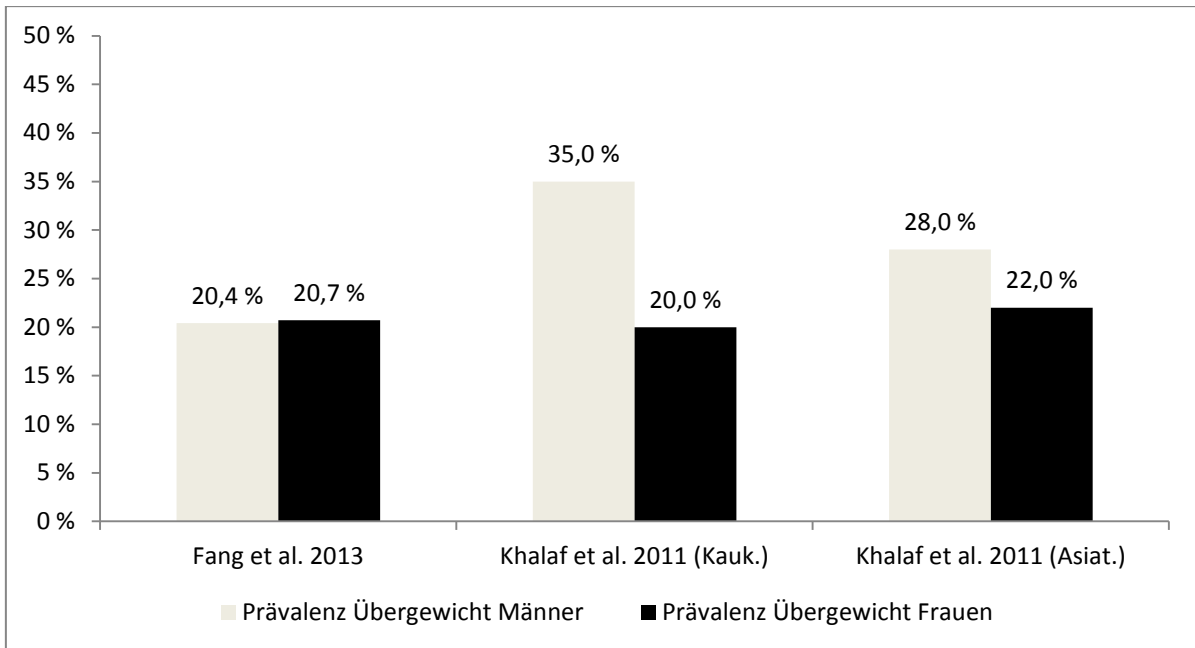


Abbildung 4: Literaturübersicht: Prävalenz von Übergewicht bei Männern und Frauen; Kauk. = Grenzwerte für KaukasierInnen; Asiat. = Grenzwerte für AsiatInnen

Die Adipositasprävalenzen bei Männern und Frauen variieren sehr stark (siehe Abbildung 5). Der geringste Wert, sowohl für Männer (4,7 %) als auch für Frauen (3,1 %) wurde in der Studie von Fang et al. (2013) präsentiert. Der Höchstwert bei den Frauen zeigte sich bei Khalaf et al. (2011) unter Anwendung der Grenzwerte für AsiatInnen mit 40 %. Dieser Wert ist nahezu doppelt so hoch wie der Höchstwert der Männer mit 23,1 % (Lamb et al. 2009).

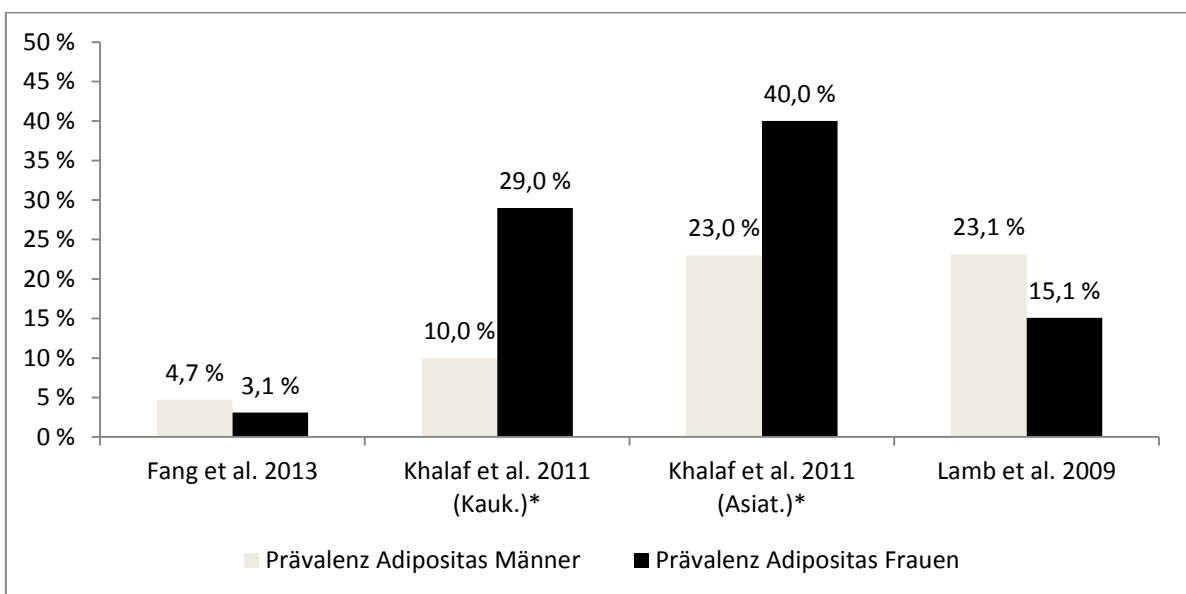


Abbildung 5: Literaturübersicht: Prävalenz von Adipositas bei Männern und Frauen; * $p \leq 0,05$; Kauk. = Grenzwerte für KaukasierInnen; Asiat. = Grenzwerte für AsiatInnen

Einzig Khalaf et al. (2011) konnten in ihrer Studie einen statistisch signifikanten Unterschied hinsichtlich der Adipositasprävalenz von Männern und Frauen nachweisen. Bei der Anwendung der Grenzwerte für KaukasierInnen war die Adipositasprävalenz der Frauen (29 %) signifikant höher als die der Männer (10 %). Ebenso war unter der Verwendung der Grenzwerte für AsiatInnen die Prävalenz der adipösen Frauen (40 %) signifikant höher als die der adipösen Männer.

Laut Følling et al. (2014) waren fast die Hälfte der Männer (47,3 %) sowie 42,9 % der Frauen entweder übergewichtig oder adipös. Hinsichtlich der Prävalenzraten von Übergewicht und Adipositas zeigte sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang mit dem Faktor Geschlecht.

2.4.3 Krankheitsbild und Pflegeabhängigkeit

Vier der inkludierten Studien analysierten Übergewicht und Adipositas hinsichtlich der Krankheitsbilder oder nach medizinischen Disziplinen.

Liang et al. (2009) führten eine getrennte Auswertung von internen PatientInnen und chirurgischen PatientInnen durch. Dabei ergab sich bei den internen PatientInnen eine Prävalenz für Übergewicht von 34,8 % und für Adipositas von 10,8 %. Bei den chirurgischen PatientInnen betrug die Prävalenz für Übergewicht 34,7 % und für Adipositas 9,2 %.

Laut der norwegischen Studie von Følling et al. (2014) waren die Prävalenzraten für Übergewicht oder Adipositas (die Prävalenzraten für Übergewicht und Adipositas wurden nicht getrennt analysiert) von PatientInnen in den psychiatrischen und somatischen Abteilungen ähnlich. In den psychiatrischen Abteilungen (n=141) betrug die Prävalenz 43,3 % und in den somatischen Abteilungen (n=356) 45,8 %. Diese Raten sind jedoch nicht statistisch signifikant.

Bei Fang et al. (2013) war die Prävalenz für Übergewicht am Höchsten in der Abteilung für Thoraxchirurgie (26,0 %). Die geringste Prävalenz von Übergewicht wurde in der Abteilung für Pulmologie mit 15,5 % festgestellt. Bei einer

geschlechterspezifischen Analyse in sechs verschiedenen Abteilungen zeigte sich ein Höchstwert bei Männern in der Thoraxchirurgie (28,6 %) und bei Frauen in der Neurologie (23,2 %). Die geringsten Werte wurden sowohl bei Männern (14,4 %) als auch bei den Frauen (17,7 %) in der Pulmologie festgestellt. Statistisch signifikante Unterschiede in der Prävalenz der Übergewichtigen zwischen Männern und Frauen in den einzelnen Abteilungen wurden keine präsentiert.

Bei der Prävalenz von Adipositas schwanken die Raten von 7,5 % in der Nephrologie bis zu lediglich 2,2 % in der Neurologie. Die Abteilung für Pulmologie zeigte die geringste Adipositasprävalenz bei den Männern, aber die höchste bei den Frauen. Die geringste Rate bei den Frauen ist jene in der Allgemein Chirurgie, die höchste Rate der Männer in der Nephrologie. Ein signifikanter Unterschied bei den Prävalenzraten zwischen Männern und Frauen konnte nur bei den adipösen PatientInnen in den Abteilungen für Nephrologie, Allgemein Chirurgie und Pulmologie festgestellt werden. Dabei waren in der Abteilung für Nephrologie die Werte bei den Männern mit 11,8 % und in der Allgemein Chirurgie mit 5,0 % signifikant höher als bei den Frauen (Nephrologie 3,2 %; Allgemein Chirurgie 0,4 %). In der Abteilung für Pulmologie waren die Werte der Frauen mit 6,9 % signifikant höher als bei den Männern mit 1,5 % (Fang et al. 2013).

Bei Lamb et al. (2009) zeigte sich die höchste Adipositasprävalenz bei PatientInnen der Intensivstation mit 30,8 %. In den anderen beiden analysierten Abteilungen (Chirurgie/Orthopädie und Medizin) lag die Prävalenz bei 22,6 % bzw. 16,2 %.

Die Pflegeabhängigkeit der übergewichtigen und adipösen PatientInnen wurde in keiner der für den Review ausgewählten Studien untersucht.

2.5 Fazit der Literaturübersicht

Die Prävalenzdaten, sowohl für Übergewicht als auch für Adipositas, variieren stark. Die Werte für Übergewicht schwanken zwischen 5,7 % (Huong et al. 2014) und 36,0 % (Westergren et al. 2010). Für Adipositas zwischen 0,9 % (Huong et al. 2014) und 18,6 % (Lamb et al. 2009).

Prävalenzdaten für Übergewicht hinsichtlich des Faktors Alter wurden in keiner Studie angegeben. Prävalenzen zu Adipositas in den verschiedenen Altersklassen präsentierte lediglich eine Studie. Die höchste Prävalenz wurde dabei mit 28,1 % in der Gruppe der PatientInnen von 60 - 79 Jahren festgestellt. Diese Altersgruppe wies auch die höchste Adipositasprävalenz bei einer gesonderten Auswertung von IntensivpatientInnen (42,9 %) sowie bei chirurgischen und orthopädischen PatientInnen (38,9 %) auf. Bei der Analyse der medizinischen PatientInnen wiesen hingegen die unter 60jährigen mit 25,8 % den Höchstwert auf (Lamb et al. 2009).

Die geschlechterspezifischen Auswertungen zeigten sehr unterschiedliche Ergebnisse. Während in der Studie von Khalaf et al. (2011), sowohl bei der Auswertung mit den Grenzwerten für KaukasierInnen als auch für die Auswertung mit den Grenzwerten für AsiatInnen, der Prävalenzwert für Übergewicht bei den Männern höher war, zeigte sich in der Studie von Fang et al. (2013) ebenso ein geringfügig höherer Wert bei den Männern. Bei keiner der drei Auswertungen konnte jedoch ein statistisch signifikanter Unterschied nachgewiesen werden.

Auch die Auswertungen hinsichtlich der Adipositasprävalenz brachten sehr widersprüchliche Ergebnisse. Zwei Studien (Fang et al. 2013, Lamb et al. 2009) berichten eine höhere Prävalenz bei Männern. Bei beiden hatten die Unterschiede zwischen den Geschlechtern, jedoch keine statistische Signifikanz. Einzig Khalaf et al. (2011) konnten signifikante Unterschiede zwischen den Adipositasprävalenzen für Frauen und Männer nachweisen. Im Gegensatz zu den beiden anderen Studien zeigten ihre Ergebnisse sowohl bei der Auswertung mit den Grenzwerten für KaukasierInnen (29,0 % vs. 10,0 %) als auch bei der Anwendung der Grenzwerte für AsiatInnen (40,0 % vs. 23,0 %) eine deutlich höhere Prävalenz bei Frauen als bei Männern.

Hinsichtlich des Faktors Krankheitsbild konnte die höchste Prävalenz für Übergewicht mit 34,8 % bei medizinischen PatientInnen in der Studie von Liang et al. (2009) festgestellt werden. Mit 15,5 % lag der geringste Wert bei PatientInnen der Pulmologie (Fang et al. 2013). Die Werte bei der Adipositasprävalenz variieren

zwischen 30,8 % bei IntensivpatientInnen (Lamb et al. 2009) und 2,2 % bei PatientInnen der Neurologie (Fang et al. 2013).

Ein Vergleich unter Gruppen mit dem gleichen Krankheitsbild ist lediglich zwischen zwei Studien (Liang et al. 2009, Lamb et al. 2009) für die Adipositasprävalenz von medizinischen PatientInnen möglich. Die anderen Studien analysierten jeweils verschiedene PatientInnengruppen. Der Vergleich bei den medizinischen PatientInnen zeigt eine höhere Adipositasprävalenz mit 16,2 % in der Studie von Lamb et al. (2009) gegenüber 10,8 % bei Liang et al. (2009).

Signifikante Unterschiede hinsichtlich des Faktors Krankheitsbild konnten zwischen Männern und Frauen bei adipösen PatientInnen in der Nephrologie, Allgemein Chirurgie und Pulmologie festgestellt werden. In der Nephrologie und Allgemein Chirurgie waren die Werte signifikant höher bei Männern, in der Pulmologie bei Frauen (Fang et al. 2013).

Zusammenfassend zeigt die Ergebnisdarstellung der Literaturrecherche sehr unterschiedliche Prävalenzen zu Übergewicht und Adipositas bei KrankenhauspatientInnen. Auch die Prävalenzdaten hinsichtlich des Faktors Geschlecht sind sehr widersprüchlich. Die Datenlage zu den Faktoren Alter und Krankheitsbild ist gering und lässt somit nur wenige Vergleiche zu. Der Faktor Pflegeabhängigkeit wird in keiner der eingeschlossenen Studien untersucht.

Die Literaturübersicht zeigt, dass Prävalenzen zu Übergewicht und Adipositas bei KrankenhauspatientInnen bislang hauptsächlich in Nordeuropa und Asien untersucht wurden. Zudem hatte mit der Studie von Følling et al. (2014) eine einzige Studie den Hauptfokus auf dieser Fragestellung. Für Österreich und den deutschsprachigen Raum konnte überhaupt keine Studie identifiziert werden, welche Prävalenzdaten zu Übergewicht/Adipositas bei erwachsenen KrankenhauspatientInnen liefert. Durch die hier vorliegende Masterarbeit kann ein erster Beitrag dazu geleistet werden diese Lücke zu schließen.

2.6 Forschungsfragen und Ziele

Ziel dieser Arbeit ist es, die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei erwachsenen PatientInnen im Krankenhaus zu beschreiben und mögliche Unterschiede bezüglich der Faktoren Geschlecht, Alter, Krankheitsbild und Pflegeabhängigkeit herauszufinden.

Von diesen Zielen abgeleitet ergeben sich folgende Forschungsfragen:

Wie hoch ist die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei erwachsenen PatientInnen im Krankenhaus?

Welche Unterschiede hinsichtlich der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei erwachsenen PatientInnen im Krankenhaus gibt es bezüglich der Faktoren Geschlecht, Alter, Krankheitsbild und Pflegeabhängigkeit?

3 Material und Methoden

Die Datenbasis für diese Arbeit liefert die jährliche Europäische Pflegequalitätserhebung zu pflegerrelevanten Problemen in Österreich im Jahr 2014. Diese umfassende und standardisierte Erhebung zu den Pflegeproblemen Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Intertrigo sowie Stürze und freiheits-/beschränkende Maßnahmen in Gesundheitseinrichtungen wird in Österreich seit 2009 vom Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz in Kooperation mit der Projektgruppe Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten (Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ)) der Universität Maastricht durchgeführt.

3.1 Design

Die Europäische Pflegequalitätserhebung ist eine quantitative, multizentrische Querschnittstudie. Ihr liegt ein deskriptives Design zugrunde, welches die Prävalenz der oben angeführten Pflegeprobleme zu einem bestimmten Zeitpunkt abbildet.

Prävalenzstudien eignen sich sehr gut, um in einer Population einheitliche Daten zur Häufigkeit eines Krankheitsbildes oder eines Problems zu erheben (Polit & Beck 2012).

3.2 Datensammlung

Die Pflegequalitätserhebung wurde am 8. April 2014 durchgeführt. Im November 2013 wurden alle Gesundheitseinrichtungen in Österreich ab einer Größe von 50 Betten zur Teilnahme an der Erhebung eingeladen. Die Einrichtungen, welche einer Teilnahme zustimmten, erhielten im Vorfeld Informations- und Erhebungsmaterialien und eine Schulung.

Die Datenerhebung wurde jeweils von einem Erhebungsteam, bestehend aus einer unabhängigen (externen) Pflegekraft und einer (internen) Pflegeperson, die auf der Station/dem Wohnbereich tätig war, durchgeführt. Konnte zwischen den beiden Teammitgliedern keine Übereinstimmung beim Ausfüllen des Fragebogens

erlangt werden, entschied der/die unabhängige Pflegeperson (Halfens et al. 2013, van Nie-Visser et al. 2013).

Als Instrument zur Erhebung der Daten wurde ein von der Universität Maastricht entwickelter Fragebogen verwendet. Dieser wird von einer internationalen Forschungsgruppe regelmäßig überarbeitet und aktualisiert. Mit diesem Fragebogen konnte die Erhebung auf drei Ebenen durchgeführt werden (van Nie-Visser et al. 2013):

- Ebene 1: Fragen zur Art der Einrichtung
- Ebene 2: Fragen zur Art der Station
- Ebene 3: Fragen zur Erhebung allgemeiner patientenbezogener Daten und Fragen zu den Merkmalen des Pflegeproblems.

Die Krankheitsbilder der PatientInnen wurden durch Zuordnung zu verschiedenen Krankheitsgruppen (z. B. Erkrankungen der Atmungsorgane; Krankheiten des Kreislaufsystems) erfasst. Dabei war auch die Zuordnung der PatientInnen zu mehreren Gruppen möglich. Das Alter der PatientInnen zum Zeitpunkt der Erhebung konnte durch die Erfassung des Geburtsdatums bestimmt werden (van Nie-Visser et al. 2013).

Um mögliche Unterschiede hinsichtlich des Faktors Alter zu bestimmen wurden sie in vier Altersgruppen eingeteilt:

- 18 – 34 Jahre
- 35 – 49 Jahre
- 50 – 64 Jahre
- 65 Jahre und älter

Zur Messung der Pflegeabhängigkeit wurde im Fragebogen die Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) (Dijkstra, Buist & Dassen 1996) verwendet. Diese wurde in unterschiedlichen Settings auf ihre psychometrischen Eigenschaften hin geprüft und als gültiges und zuverlässiges Instrument bestätigt (Lohrmann 2003).

Die Pflegeabhängigkeit wird anhand von 15 Items gemessen, für die es jeweils fünf mögliche Antworten gibt:

- völlig abhängig (1 Punkt)
- überwiegend abhängig (2 Punkte)
- teilweise abhängig (3 Punkte)
- überwiegend unabhängig (4 Punkte)
- völlig unabhängig (5 Punkte)

Auf der Skala kann somit ein Wert im Bereich von 15 – 75 Punkten erreicht werden. Je höher der Punktwert, desto geringer ist die Pflegeabhängigkeit.

3.3 Ethische Aspekte

Der Antrag für die Durchführung der Prävalenzerhebung wurde bei der Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz eingereicht und bewilligt. Zudem haben alle TeilnehmerInnen oder gegebenenfalls Ihr/e gesetzliche/r VertreterIn eine schriftliche Einwilligungserklärung unterschrieben (van Nie-Visser et al. 2013). Zur Wahrung der Anonymität wurde jedem/r TeilnehmerIn ein Zahlencode zugeordnet.

3.4 Datenauswertung

Für die Datenauswertung und Analyse wurde die Statistiksoftware IBM® SPSS® Statistics 23.0 und das Tabellenkalkulationsprogramm Microsoft Excel 2010 verwendet.

Zur Beschreibung der Stichprobe wurden deskriptive Analysen durchgeführt. Es wurden Häufigkeiten berechnet und mittels Balkendiagrammen und Tabellen dargestellt.

Für die Berechnung von statistischen Unterschieden wurde der Qui-Quadrat-Test verwendet.

Das Signifikanzniveau wurde mit $\alpha = 0,05$ festgelegt.

Bei allen Auswertungen wurde die Definition von Übergewicht und Adipositas der WHO (1995) zugrunde gelegt. Zusätzlich wurde beim Faktor Alter eine weitere Auswertung unter Verwendung der Definition der ESPEN (Volkert et al. 2006) durchgeführt.

4 Ergebnisse

Die Pflegequalitätserhebung 2014 wurde in insgesamt 74 österreichischen Gesundheitseinrichtungen durchgeführt. Für diese Arbeit wurden die Daten der PatientInnen aus 64 Allgemeinen Krankenhäusern herangezogen.

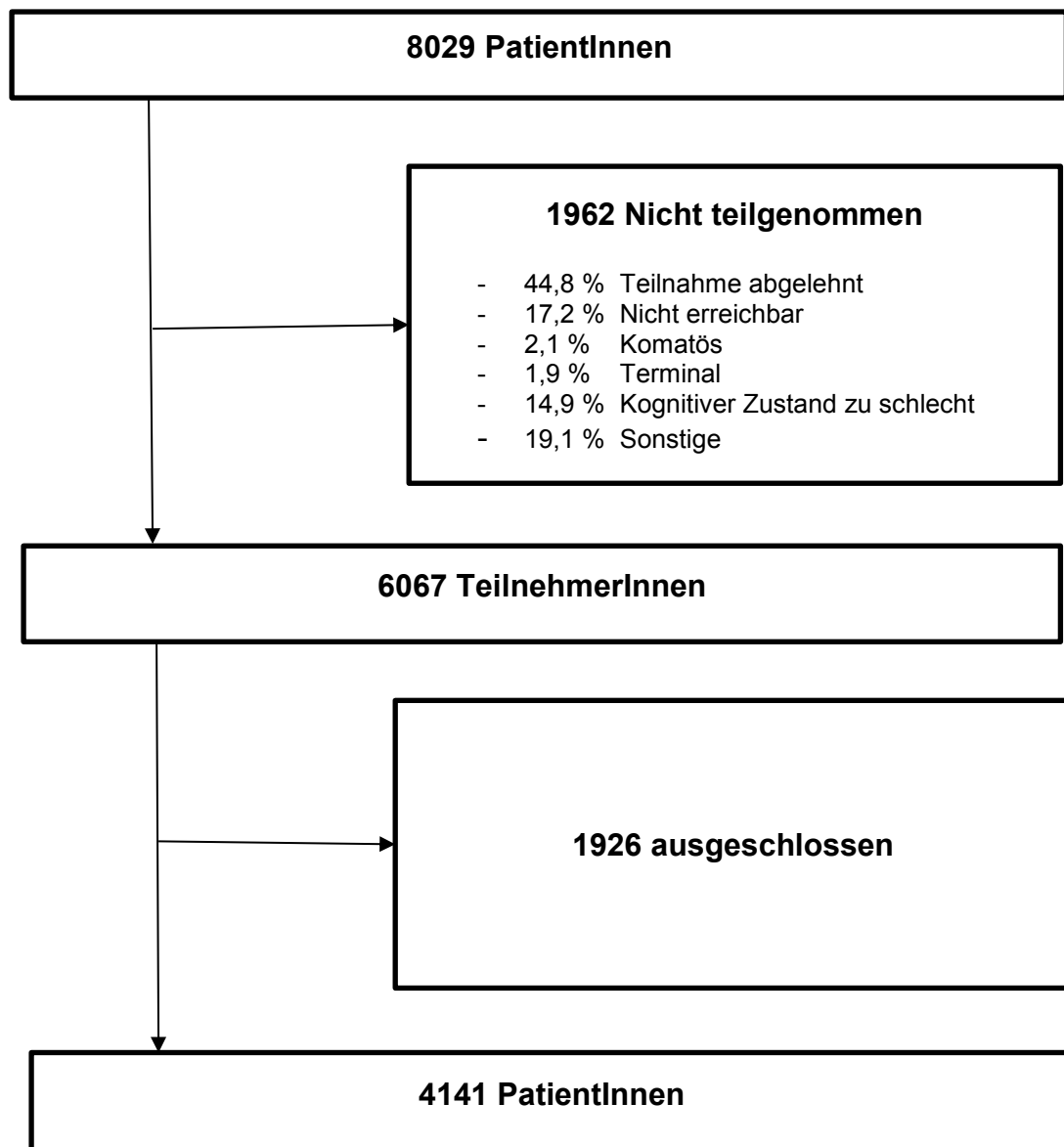


Abbildung 6: Rekrutierung der TeilnehmerInnen

Insgesamt 8029 PatientInnen der teilnehmenden Krankenhäuser wurden am Erhebungstag befragt, ob sie an der Studie teilnehmen möchten. Von diesen gaben 6067 (75,6 %) ihre informierte Zustimmung. Weitere 1925 PatientInnen wurden aufgrund von Störungen des Flüssigkeitshaushaltes (z. B. Ödeme) oder da sie nicht bzw. das letzte Mal vor über 30 Tagen gewogen worden waren aus dieser Analyse ausgeschlossen. Ein/e PatientIn wurde aufgrund eines unplausiblen BMI (≥ 60) ausgeschlossen. Daten von 4141 PatientInnen konnten im Rahmen dieser Arbeit analysiert werden.

4.1 Stichprobencharakteristika

Von den 4141 PatientInnen war die Mehrheit (53,9 %) weiblich. Das Durchschnittsalter betrug 63,5 Jahre bei einer Standardabweichung (SD) von 17,5 Jahren. Mehr als die Hälfte der TeilnehmerInnen (55,1 %) waren 65 Jahre oder älter. Lediglich 8,2 % waren jünger als 35 Jahre.

Die häufigsten Krankheitsbilder waren Herz- und Gefäßerkrankungen (33,83 %), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (29,05 %) sowie Krankheiten des Verdauungssystems (19,75 %). Knapp die Hälfte der PatientInnen (47,5 %) litten an einer einzigen Krankheit. Bei 24,4 % wurden genau zwei Diagnosen gestellt. 25,6 % litten an drei, vier oder fünf Krankheiten und die restlichen an sechs oder mehr.

Der PAS-Mittelwert der analysierten KrankenhauspatientInnen betrug 69,47 (SD 10,33). Mit 71,7 % war die Mehrheit der PatientInnen völlig unabhängig von pflegerischer Unterstützung. 16,2 % der PatientInnen waren überwiegend unabhängig, 7,7 % teilweise unabhängig, 3,4 % überwiegend abhängig und nur 1 % völlig abhängig.

4.2 Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei erwachsenen KrankenhauspatientInnen

Die Definition von Übergewicht und Adipositas laut WHO (1995) werden diesen Berechnungen zugrunde gelegt. Die Prävalenz von Übergewicht in dieser Arbeit liegt bei 36,1 % und die Prävalenz von Adipositas bei 22,4 %.

4.3 Prävalenzen hinsichtlich verschiedener Faktoren

Nachfolgend wird die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in Bezug auf Geschlecht, Alter und Pflegeabhängigkeit analysiert. Für die Berechnungen zu Geschlecht und Pflegeabhängigkeit wurde die Definition laut WHO verwendet. Bei den Berechnungen hinsichtlich Alter wurde zusätzlich die Definition der ESPEN verwendet.

4.3.1 Geschlecht

Unter den Frauen waren 32,1 % übergewichtig und 23,0 % adipös. 40,7 % der Männer waren übergewichtig und 21,6 % adipös (siehe Abbildung 7). Es gibt einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas.

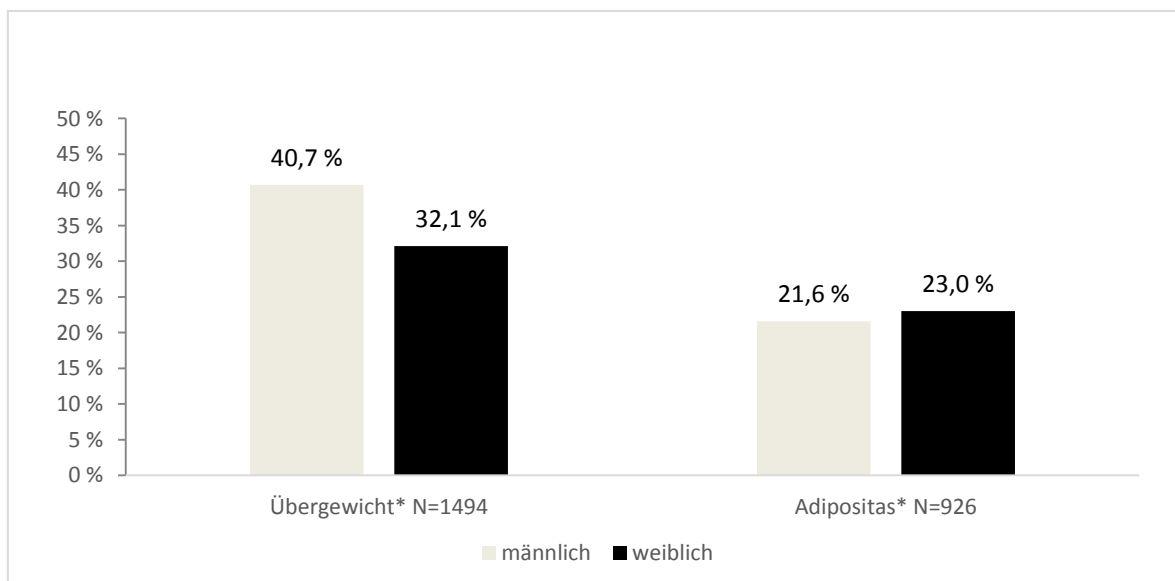


Abbildung 7: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei Männern und Frauen; * $p \leq 0,05$

4.3.2 Alter

Um mögliche Unterschiede hinsichtlich des Faktors Alter zu untersuchen, wurden Auswertungen mit den BMI-Grenzwerten für Übergewicht und Adipositas der WHO (1995) und der ESPEN (Volkert et al. 2006) durchgeführt.

Prävalenz laut Definition der WHO

Die höchste Prävalenz der Übergewichtigen wurde mit 37,9 % in der Altersklasse der 65jährigen und älter festgestellt. In der Altersklasse der 50-64jährigen betrug die Prävalenz von Übergewicht 36,0 %, bei den 35-49jährigen 35,4 % (siehe Abbildung 8).

In der Kategorie der 50-64jährigen wurde die höchste Prävalenz der Adipositas festgestellt (28,9 %). In der Altersklasse 35-49 Jahre betrug die Prävalenz 23,8 % gefolgt von der Altersklasse 65 Jahre und älter mit 20,9 %. Die geringste Adipositasprävalenz zeigte sich mit 11,1 % in der Altersklasse 18-34 Jahre. Es gibt einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Altersgruppen hinsichtlich der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas.

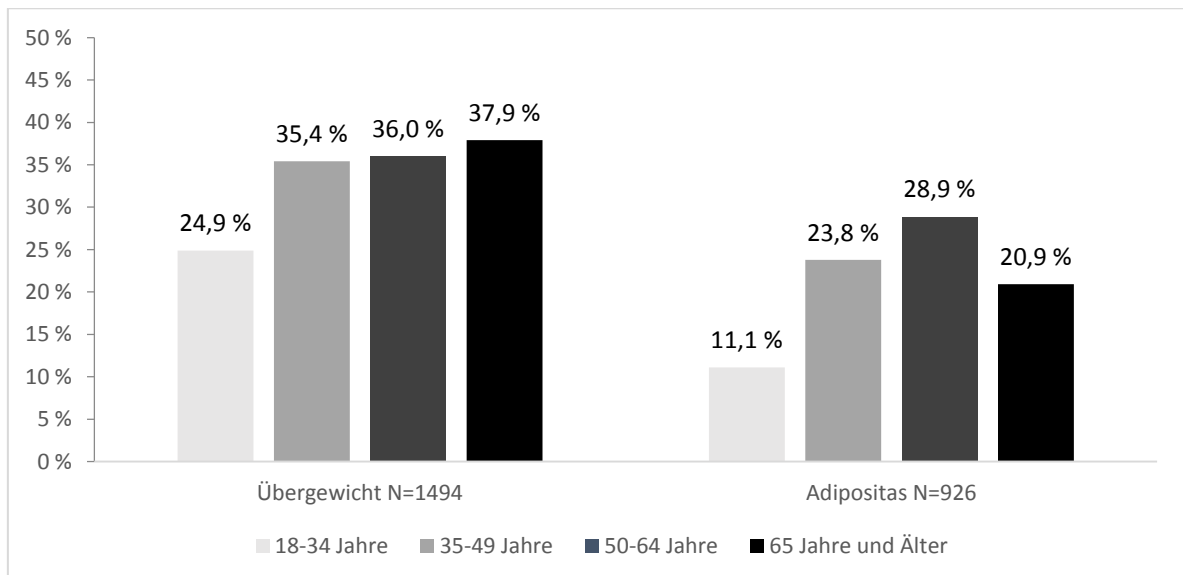


Abbildung 8: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas nach Altersgruppen laut Definition der WHO (1995), * $p \leq 0,05$

Prävalenz laut Definition der ESPEN

Legt man bei der Auswertung die Definition von ESPEN (Volkert et al. 2006) zu Grunde ist die höchste Prävalenz für Übergewicht mit 22,6 % in der Kategorie der 50-64jährigen zu finden. In der Kategorie 65 Jahre und älter liegt die Prävalenz für Übergewicht bei 20,7 %. Die Unterschiede zwischen den Altersklassen sind statistisch signifikant. Die Adipositasprävalenzen unterscheiden sich nicht von der Auswertung anhand der WHO Definition da die Grenzwerte der ESPEN ident sind.

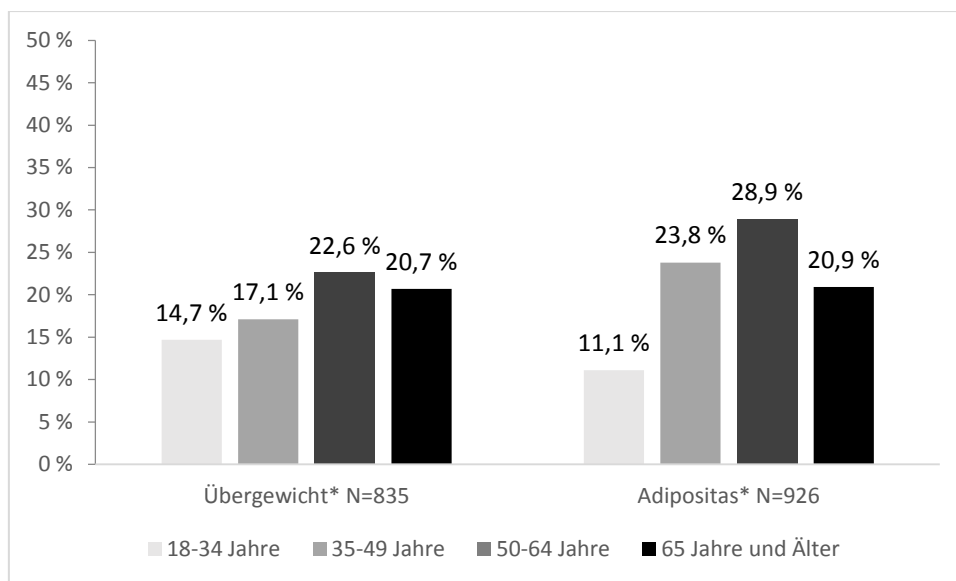


Abbildung 9: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas nach Altersgruppen laut Definition der ESPEN (Volkert et al. 2006), * $p \leq 0,05$

4.3.3 Krankheitsbilder

47,6 % der Übergewichtigen und 43,1 % der Adipösen hatten eine Diagnose. 24,5 % der Übergewichtigen und 25,3 % der Adipösen zwei Diagnosen. Bei 24,9 % der Übergewichtigen und 29,3 % der Adipösen wurden entweder drei, vier oder fünf Krankheiten diagnostiziert. Für die Anzahl der Diagnosen zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich der Prävalenzen für Übergewicht und Adipositas.

Die folgende Übersicht (Tabelle 6) zeigt die fünf häufigsten Krankheitsbilder der übergewichtigen PatientInnen. Daraus geht hervor, dass die beiden häufigsten Krankheitsbilder Herz- und Gefäßerkrankungen (34,3 %) sowie Krankheiten des

Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (32,9 %) sind. Auch Krankheiten des Verdauungssystems, des Urogenitalsystems sowie Diabetes Mellitus waren häufig vertreten.

Tabelle 6: Häufigste Krankheitsbilder der Übergewichtigen N=1494 (Mehrfachantworten möglich)

Krankheitsbild	Anzahl	Prozent
Herz- und Gefäßerkrankungen (ohne Schlaganfall)	513	34,3 %
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	491	32,9 %
Krankheiten des Verdauungssystems	275	18,4 %
Krankheiten des Urogenitalsystems	212	14,2 %
Diabetes Mellitus	201	13,5 %

Bei den Adipösen waren Herz- und Gefäßerkrankungen (38,9 %), des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (30,6 %) und Diabetes Mellitus (21,9 %) die häufigsten Diagnosen (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Häufigste Krankheitsbilder der Adipösen N=926 (Mehrfachantworten möglich)

Krankheitsbild	Anzahl	Prozent
Herz- und Gefäßerkrankungen (ohne Schlaganfall)	360	38,9 %
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	283	30,6 %
Diabetes Mellitus	203	21,9 %
Krankheiten des Verdauungssystems	164	17,7 %
Endokrine, Ernährungs- oder Stoffwechselerkrankungen	147	15,9 %

4.3.4 Pflegeabhängigkeit

72,8 % der übergewichtigen PatientInnen und 71,5 % der adipösen PatientInnen waren völlig unabhängig von pflegerischer Unterstützung. Völlig abhängig von pflegerischer Unterstützung waren lediglich 1,1 % der Übergewichtigen und 0,9 % der Adipösen. Abbildung 10 zeigt die prozentuale Verteilung der PatientInnen über die fünf Kategorien der Pflegeabhängigkeitsskala.

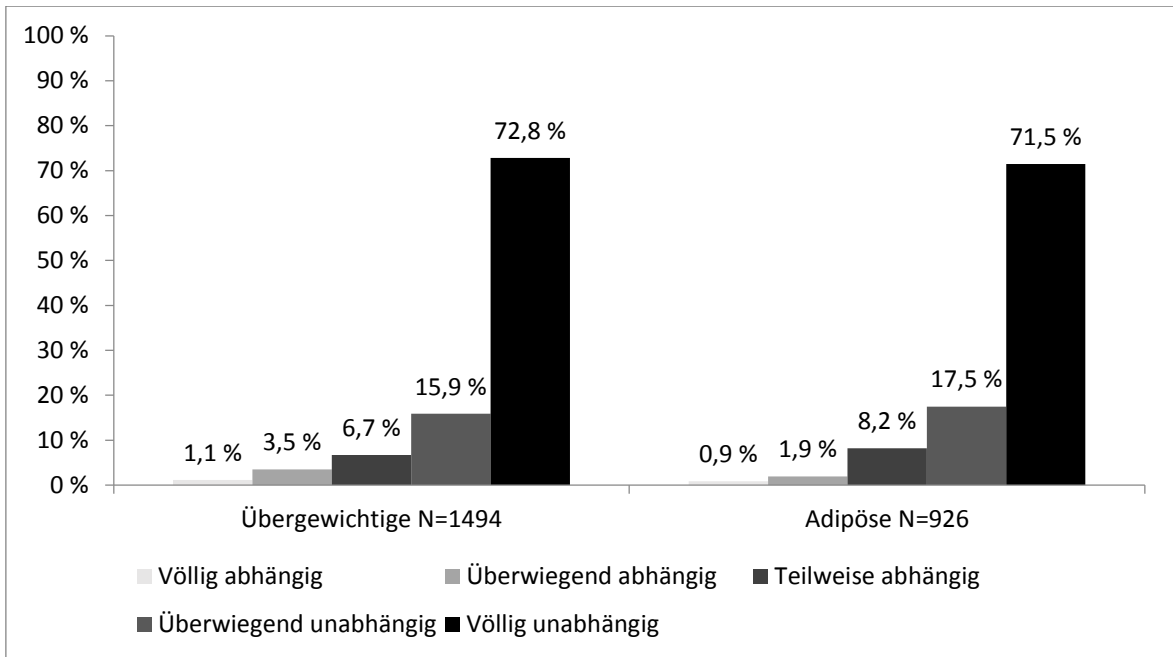


Abbildung 10: Prävalenz von Übergewicht und Adipositas je Kategorie laut Pflegeabhängigkeitsskala

Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen übergewichtigen und adipösen PatientInnen festgestellt werden.

5 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei erwachsenen KrankenhauspatientInnen zu beschreiben und mögliche Unterschiede bezüglich der Faktoren Geschlecht, Alter, Krankheitsbild und Pflegeabhängigkeit darzustellen. In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse kurz zusammengefasst und mit der Literatur und aktuellen Daten verglichen. Anschließend werden die Limitationen dargestellt und Handlungsempfehlungen für zukünftige Forschung und Praxis gegeben.

Mehr als ein Drittel der analysierten PatientInnen war übergewichtig und bei nahezu einem Viertel konnte Adipositas festgestellt werden. Eine signifikant höhere Prävalenz für Übergewicht wurde bei Männern gegenüber Frauen beobachtet. Im Gegensatz dazu zeigte sich bei Frauen eine signifikant höhere Prävalenz für Adipositas.

Legt man die Definition der WHO (1995) zugrunde, so zeigte sich die höchste Prävalenz für Übergewicht in der Altersklasse der 65jährigen und älter, während bei Verwendung der Definition laut ESPEN (Volkert et al. 2006) die höchste Prävalenz in der Altersklasse der 50-64jährigen festgestellt werden konnte. In dieser Altersklasse wurde auch die höchste Adipositasprävalenz beobachtet. Es zeigten sich statistisch signifikante Unterschiede sowohl zwischen den einzelnen Altersklassen für die Prävalenz von Übergewicht als auch für die Prävalenz von Adipositas.

Die meisten übergewichtigen und adipösen PatientInnen litten an Herz- und Gefäßerkrankungen sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Zudem waren mehr als zwei Drittel der Adipösen und mehr als zwei Drittel der Übergewichtigen völlig unabhängig von pflegerischer Unterstützung.

5.1 Prävalenz von Übergewicht/Adipositas

Mehr als die Hälfte der untersuchten KrankenhauspatientInnen waren übergewichtig oder adipös. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass Übergewicht und Adipositas in den österreichischen Krankenhäusern ein Problem darstellt.

Die Prävalenz für Übergewicht von 36,1 % ist im Vergleich mit den für das Review ausgewählten Studien der Höchstwert. Ähnlich hohe Prävalenzwerte für Übergewicht präsentierten Westergren et al. (2010) aus Island (36,0 %) und Liang et al. (2009) aus China (34,8 %). Etwas geringere Prävalenzwerte für Übergewicht zeigten weitere europäischen Studien (Følling et al. 2014, Westergren et al. 2009) und die chinesische Studie von Fang et al. (2013). In diesen Studien variierten die Werte zwischen 20,4 % und 31,0 %. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass in den Studien aus China (Liang et al. 2009; Fang et al. 2013) niedrigere BMI Grenzwerte verwendet wurden und bei den Studien aus Island (Westergren et al. 2010) und Schweden (Westergren et al. 2009) bei PatientInnen über 70 Jahren höhere BMI Grenzwerte für Übergewicht angenommen wurden. Dies führt möglicherweise zu einer Verzerrung des Vergleiches. Eine weitere mögliche Erklärung für die unterschiedlichen Prävalenzwerte könnte auch der unterschiedliche „Case-mix“ (z. B. Altersstruktur, Krankheitsbilder) der PatientInnen in den Stichproben der Untersuchungen sein.

Die Adipositasprävalenz von 22,4 % liegt ebenfalls über den Werten der vergleichenden Literatur. Die Adipositasprävalenzen in den Studien von Følling et al. (2014), Lamb et al. (2009) und Westergren et al. (2010) waren etwas geringer und lagen in einem Bereich von 17,0 – 18,6 %. Bei Westergren et al. (2009) lag die Adipositasprävalenz bei 11,2 % in den kleinen und großen Krankenhäusern. Bei den Krankenhäusern mittlerer Größe kamen die ForscherInnen auf eine Prävalenz von 14,8 %. Auch hier könnten die Unterschiede in den Adipositasprävalenzen in den Studien aufgrund der Verwendung von unterschiedlichen BMI Grenzwerten und unterschiedlicher Patientenstruktur erklärt werden. Die geringe Adipositasprävalenz in den chinesischen Studien von Fang et

al. (2013) mit 5,1 % und Liang et al. (2009) mit 10,2 % lassen sich zusätzlich möglicherweise durch die ebenfalls sehr geringe Adipositasprävalenz, 6,2 % im Jahr 2016 (WHO 2017a) in der Allgemeinbevölkerung Chinas erklären.

Die extrem starke Abweichung der Prävalenzwerte für Übergewicht (5,7 %) und Adipositas (0,9 %) zur vietnamesischen Studie von Huong et al. (2014) könnte daran liegen, dass Vietnam zu den Ländern mit den weltweit geringsten Prävalenzen für Übergewicht und Adipositas in der Allgemeinbevölkerung gehört (WHO 2017). 2016 betrug die Prävalenz unter der erwachsenen Allgemeinbevölkerung in Vietnam 16,2 % für Übergewicht und lediglich 2,1 % für Adipositas (WHO 2017).

5.2 Prävalenzen hinsichtlich verschiedener Faktoren

Nachfolgend werden die Ergebnisse hinsichtlich der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in Bezug auf Geschlecht, Alter und Pflegeabhängigkeit diskutiert.

5.2.1 Geschlecht

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen eine signifikant höhere Prävalenz für Übergewicht bei Männern im Vergleich zu Frauen. Dies deckt sich mit den Auswertungen von Khalaf et al. (2011). Widersprüchliche Ergebnisse präsentierten Fang et al. (2011), welche von einer geringfügig höheren Prävalenz bei Männern berichten. Die Unterschiede zwischen Männern und Frauen waren sowohl bei Khalaf et al. (2011) als auch bei Fang et al. (2013) nicht statistisch signifikant.

Auch Untersuchungen in der österreichischen Allgemeinbevölkerung (Statistik Austria 2015, Rust et al. 2017) zeigen eine höhere Prävalenz bei Männern zu Frauen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Analyse zeigten eine signifikant höhere Adipositasprävalenz bei Frauen. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Auswertungen in der Studie von Khalaf et al. (2011), welche ebenfalls von einer signifikant höheren Adipositasprävalenz bei Frauen berichten. Die höhere

Adipositasprävalenz in der Studie von Khalaf et al. (2011) lässt sich möglicherweise mit dem Bild in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung erklären. Laut der WHO Global Health Observatory Datenbank (GHO) betrug die Adipositasprävalenz in Saudi Arabien im Jahr 2016 42,3 % bei Frauen und 30,8 % bei Männern (WHO 2017). Saudi Arabien gehört zu den Ländern mit den höchsten Adipositasprävalenzen weltweit.

Widersprüchliche Ergebnisse zeigten die Studien von Lamb et al. (2009) und Fang et al. (2013) welche eine höhere Adipositasprävalenz bei männlichen Patienten zeigten. Da diese Unterschiede sowohl bei Lamb et al. (2009) als auch bei Fang et al. (2013) nicht statistisch signifikant waren, könnten die Unterschiede zu den Ergebnissen in dieser Arbeit durch den Zufall erklärt werden.

Auch bei den Ergebnissen zur Adipositasprävalenz in der österreichischen erwachsenen Allgemeinbevölkerung zeigt sich ein anderes Bild als in dieser Studie mit KrankenhauspatientInnen. Sowohl die Resultate der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 (Statistik Austria 2015) als auch der österreichische Ernährungsbericht 2017 (Rust et al. 2017) zeigten höhere Werte bei Männern. Eine mögliche Erklärung der Unterschiede in den Ergebnissen zur österreichischen erwachsenen Allgemeinbevölkerung könnte eine unterschiedliche Verteilung von mit Adipositas assoziierten Krankheitsbildern unter den männlichen und weiblichen KrankenhauspatientInnen in den Stichproben sein.

5.2.2 Alter

Die Ergebnisse zeigten einen signifikanten Unterschied zwischen den Altersgruppen hinsichtlich der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas sowohl bei der Auswertung mit den BMI-Grenzwerten der WHO (1995) als auch mit den BMI-Grenzwerten nach ESPEN (Volkert et al. 2006).

Die Prävalenzwerte für Übergewicht nach Definition der WHO (BMI 25,0 – 29,9) lassen einen positiven Zusammenhang zwischen Alterskategorie und Prävalenz für Übergewicht vermuten. Die höchste Prävalenz für Übergewicht war in der Gruppe der über 65jährigen zu finden (36,0 %). Dem widersprechen die Ergebnisse der Auswertungen nach der Definition von ESPEN (BMI 27,0 – 29,9),

welche zwar ebenfalls den geringsten Wert in der Kategorie der 18-34 jährigen zeigen und ansteigende Werte in den Alterskategorien 35-59 Jahre und 50-64 Jahre, jedoch wieder eine fallende Prävalenzrate in der Kategorie der über 65jährigen zeigt. Die Ergebnisse aus der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 (Statistik Austria 2015), bei der die Auswertung nach den Grenzwerten der WHO Definition für Übergewicht durchgeführt wurde zeigen einen Anstieg der Werte mit dem Alter und einen fallenden Wert in der Kategorie der Ältesten (75 Jahre und älter). Dieses Ergebnis aus der österreichischen erwachsenen Allgemeinbevölkerung stärkt eher das Vertrauen in die Ergebnisse, welche die Auswertung nach ESPEN zeigte. Zudem wird die Angemessenheit der WHO Grenzwerte für Übergewicht in höheren Altersklassen kontrovers diskutiert, da er den Effekt möglicherweise überschätzt (Queensland Government 2014).

Hinsichtlich Adipositas konnte ein Anstieg der Prävalenz von der Altersklasse 18-34 über die Altersklasse 35-49 bis hin zu einem Höchstwert in der höchsten Altersklasse der Kategorie der 50-64jährigen festgestellt werden. Wie bei der Auswertung für Übergewicht (nach ESPEN) zeigte sich auch in der Altersklasse der über 65jährigen eine sinkende Prävalenz für Adipositas. Dies spiegelt auch die Situation in der österreichischen erwachsenen Allgemeinbevölkerung laut Gesundheitsbefragung 2014 wieder (Statistik Austria 2015). Die Resultate von Lamb et al. (2009) berichten in ihrer Studie ebenso von einer sinkenden Adipositasprävalenzrate in der höchsten Alterskategorie (≥ 80 Jahre). Durch die Verwendung verschiedener Alterskategorien (<60 Jahre, 60-79 Jahre, ≥ 80 Jahre) sind diese Werte dennoch nur bedingt vergleichbar.

5.2.3 Krankheitsbilder

Herz- und Gefäßerkrankungen, sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes waren sowohl bei übergewichtigen als auch bei adipösen PatientInnen die häufigsten Diagnosen. Sowohl Herz- und Gefäßerkrankungen als auch die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems gelten als allgemein gültige Konsequenzen von Übergewicht und Adipositas (WHO 2018).

Interessant sind auch die Ergebnisse hinsichtlich Diabetes Mellitus. Unter den Übergewichtigen war Diabetes Mellitus mit einer Prävalenz von 13,5 % nur das fünft häufigste Krankheitsbild, hingegen bei adipösen Patientinnen mit 21,9 % das dritt häufigste. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass das Risiko für Diabetes Mellitus mit höherem BMI steigt. Dies bestätigt auch die WHO (2018), welche einen Zusammenhang von steigendem BMI und dem Risiko für Diabetes Mellitus angibt.

Herz- und Gefäßerkrankungen, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, Krankheiten der Verdauungsorgane und Diabetes Mellitus sind sowohl bei den übergewichtigen als auch bei den adipösen KrankenhauspatientInnen unter den fünf häufigsten Krankheitsbildern zu finden. Diese Ergebnisse deuten auch auf einen negative Einfluss von Übergewicht und Adipositas auf den individuellen Gesundheitszustand der Betroffenen sowie einer Beeinträchtigung von Organen und Organsystemen wie dem Herz-Kreislauf-System, Haut, Knochen, Muskeln, dem endokrinen und metabolischen System, des Magen-Darmtraktes, des Urogenitaltraktes und der Atmungsorgane welchen auch Dorner (2016) anführt.

5.2.4 Pflegeabhängigkeit

88,7 % der übergewichtigen und 89,0 % der adipösen KrankenhauspatientInnen fielen in die Kategorien „völlig unabhängig“ oder „überwiegend unabhängig“ der Pflegeabhängigkeitsskala. Ein Vergleich mit Ergebnissen anderer Studien ist nicht möglich, da im Rahmen der Literaturrecherche keine Studien identifiziert werden konnten, welche die Pflegeabhängigkeit der übergewichtigen und adipösen KrankenhauspatientInnen untersucht haben.

Die Ergebnisse dieser Arbeit könnten auf den ersten Blick zu dem Schluss führen, dass adipöse und übergewichtige KrankenhauspatientInnen wenig bis keine Pflege benötigen. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass bei den Auswertungen im Rahmen dieser Studie nur der Gesamtscore der Pflegeabhängigkeitsskala über alle 15 Aspekte betrachtet wurde. Eine differenzierte Analyse auf Ebene der einzelnen Aspekte (z. B. Mobilität, Körperhaltung, Körperpflege, An- und Auskleiden) wäre hier notwendig.

5.3 Vergleiche

Der Vergleich der vorliegenden Resultate mit internationalen Studien mit KrankenhauspatientInnen ist nur schwer möglich, da sich die Krankenhausstrukturen, die Ethnizitäten der PatientInnen, die fachspezifischen Schwerpunkte der Krankenhäuser, die Altersstrukturen der PatientInnen, die Kultur, der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen (Struktur, Finanzierbarkeit) sowie soziale Bedingungen in den Ländern, in denen die Studien durchgeführt wurden, unterscheiden. Zudem wurde für alle eingeschlossenen Studien der BMI zur Klassifikation von Übergewicht und Adipositas verwendet, jedoch verschiedene Definitionen und Grenzwerte.

Am ehesten lassen sich die Ergebnisse dieser Arbeit mit den europäischen Studien von Følling et al. (2014) und Lamb et al. (2009) vergleichen, da sie die gleiche Definition von Übergewicht und Adipositas verwendet haben. Bei zwei weiteren europäischen Studien wurde die WHO Definition für PatientInnen über 70 Jahren adaptiert (Westergren et al. 2009, Westergren et al. 2010).

Der Vergleich mit den Ergebnissen dieser Studien ist daher nur unter Berücksichtigung der oben angeführten Einschränkungen zu sehen.

5.4 Stärken und Limitationen

Prävalenzstudien eignen sich sehr gut um die Häufigkeit einer Krankheit in einer Population darzustellen (Polit & Beck 2012). Zudem eignet sich das deskriptive Forschungsdesign um Probleme in der gegenwärtigen Pflegepraxis zu identifizieren (Burns & Grove 2005). Für das Ziel dieser Arbeit ist das in der Pflegequalitätserhebung verwendete Querschnittsdesign daher besonders geeignet. Mit der Auswertung der Daten lässt sich somit ein Bild über die Ist-Situation zum Thema Übergewicht und Adipositas bei erwachsen KrankenhauspatientInnen in Österreich gewinnen. Durch den in der Pflegequalitätserhebung verwendeten standardisierten Fragebogen und die jährliche Durchführung der Erhebung wäre es möglich, durch weitere Auswertungen in der Zukunft die Entwicklung und Trends über die Jahre zu analysieren.

Im Rahmen dieser Arbeit wurde die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas anhand des Body-Mass-Index bestimmt. Bei Verwendung anderer anthropometrischer Messmethoden, wie dem Taillenumfang, dem Taille-Hüft-Quotient oder der Hautfaltendicke, könnten die Prävalenzwerte möglicherweise anders aussehen.

Für die Auswertungen im Rahmen dieser Arbeit wurden für die Klassifikation von Übergewicht und Adipositas die Grenzwerte der WHO (1995) herangezogen, welche insbesondere für höhere Altersgruppen kontrovers diskutiert werden. Um diese mögliche Schwäche bei höheren Altersgruppen auszugleichen, wurden im Rahmen dieser Arbeit zusätzlich Auswertungen mit den Grenzwerten nach ESPEN (Volkert et al. 2006) durchgeführt.

5.5 Schlussfolgerungen

Die Prävalenzdaten für Übergewicht und Adipositas in dieser Arbeit geben einen Hinweis darauf, dass Übergewicht und Adipositas eine Herausforderung bei österreichischen erwachsenen KrankenhauspatientInnen darstellen.

Dies könnte zu erheblichen ökonomischen Belastungen für die Krankenhäuser und somit in weiterer Folge für das österreichische Gesundheitssystem führen.

Mögliche Folgen könnten ein erhöhter Pflegeaufwand, ein höherer Verbrauch von Ressourcen (Medikamente, Equipment), längere Krankenhausaufenthaltsdauer und ein erhöhtes Risiko für wiederholte Krankenhausaufenthalte sein.

Sind PatientInnen aufgrund von Übergewicht oder Adipositas bereits im Krankenhaus aufgenommen und ist bereits eine Behandlung indiziert, so sollte grundsätzlich auf eine Kombination aus Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie zurückgegriffen werden (DAG et al. 2014). Ziel der Therapie sollte eine langfristige Gewichtsreduktion verbunden mit einer Verbesserung Adipositas-assoziiertes Risikofaktoren, Reduzierung von Adipositas-assoziierten Krankheiten, Verminderung des Risikos für vorzeitige Sterblichkeit, Arbeitsunfähigkeit und vorzeitiger Berentung sowie Steigerung der Lebensqualität sein (DAG et al. 2014).

Eine Einbeziehung von ExpertInnen wie DiätologInnen (Ansatz bei der Ernährung), PhysiotherapeutInnen (Ansatz bei der Fitness – Bewegungsplan), PsychologInnen und SozialarbeiterInnen, um auf den Lebensstil der Betroffenen einzuwirken, erscheint sinnvoll. Somit könnte das Risiko auf wiederholte Krankenhausaufenthalte möglicherweise gesenkt werden.

5.6 Implikationen für die Pflege

Eine hohe Körpermasse bei PatientInnen kann schon grundlegende Pflegeinterventionen wie z. B. Blutdruckmessung oder das legen eines venösen Zuganges erschweren (Camden 2009). Adipöse PatientInnen stellen zudem besondere Herausforderungen von Seiten der Pflege bei Maßnahmen zur

Pneumonieprophylaxe, Thromboseprophylaxe, Dekubitusprophylaxe, Intertrigo- und Kontrakturreprophylaxe dar (Lohmer 2013).

Von Seiten der Krankenhausbetreiber sollten strukturelle Maßnahmen ergriffen werden welche die Pflege von übergewichtigen und adipösen PatientInnen unterstützen. Durch die Anschaffung von genügend speziellem Equipment wie z. B. bariatrischen Betten oder PatientInnenliftern könnten die körperlichen Belastungen für die Pflegenden reduziert werden und daraus mögliche Krankenstände vermieden werden.

Zudem sollte dem Thema Pflege von übergewichtigen und adipösen PatientInnen in der Pflegeausbildung erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt werden. Anzudenken wäre für Österreich möglicherweise auch die Einführung einer speziellen Weiterbildung, ähnlich der „bariatric nurse“ (Lohmer 2013) wie es sie in den USA bereits gibt.

5.7 Implikationen für weitere Forschung

Durch diese Arbeit konnte die Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei erwachsenen PatientInnen in österreichischen Krankenhäusern beschrieben werden. Um noch detailliertere Aussagen treffen zu können, sollten zukünftige Forschungen zusätzlich alternative Methoden zum BMI wie den Taillenumfang, den Taille-Hüft-Quotient oder die Hautfaltendicke inkludieren.

Zudem wären regelmäßige Auswertungen, der jährlich stattfindenden Pflegequalitätserhebung, hinsichtlich Prävalenz von Übergewicht und Adipositas bei den österreichischen, erwachsenen KrankenhauspatientInnen, sinnvoll, um Trends beobachten zu können.

Insbesondere eine Auswertung der Pflegeabhängigkeit auf Ebene der Aspekte (z. B. Mobilität, Körperhaltung, Körperpflege, An- und Auskleiden) könnte nützlich sein, um einen genauen Einblick in die Pflegeabhängigkeit übergewichtiger und adipöser PatientInnen zu bekommen.

Generell sollte das Thema Pflegeabhängigkeit von Adipösen und Übergewichtigen in Krankenhäusern sowohl in Österreich als auch international noch näher beleuchtet werden, da der Erkenntnisstand noch sehr gering ist.

Weitere zukünftige Studien, wie es Følling et al. (2014) fordern, sollten auf den Zusammenhang zwischen übergewichtigen/adipösen PatientInnen und ökonomischen Aspekten wie der Krankenhausaufenthaltsdauer sowie der Verwendung von Ressourcen (Medikamente, Equipment) und Kosten fokussieren.

6 Literaturverzeichnis

AKE, ÖGGG & Verband der Diätologen Österreichs 2010, *Konsensusstatement Geriatrie. Empfehlungen für die Ernährung des älteren Menschen in der Langzeitpflege*, Wien.

Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine 2011, *Position Statement No 19, Obesity and the older person*. Available from: <http://www.anzsgm.org/documents/ObesityandtheOlderPerson11Sept113.pdf>. [08 March 2018].

Bosy-Westphal, A & Müller, MJ 2013, 'Untersuchungsmethoden - Körperzusammensetzung' in A Wirth & H Hauner, (eds), *Adipositas: Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie*, pp. 6-24, 4th edn, Springer, Berlin.

Branca, F., Nikogosian, H. & Lobstein, T 2007, (eds), *The challenge of obesity in the WHO European region and the strategies for response*. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf. [12 March 2018].

Bundesministerium für Gesundheit (ed) 2013, *Wissenschaftliche Aufbereitung für Empfehlungen „Ernährung im Alter in verschiedenen Lebenssituationen“*, Bundesministerium für Gesundheit, Wien. Available from: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/4/2/3/CH1048/CMS1382972406587/ernaehrungimalter_20131031.pdf. [12 March 2018].

Burns, N & Grove, K 2005, *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization*, 5th edn, Elsevier, St. Louis.

Camden, S 2009, 'Obesity: An Emerging Concern for Patients and Nurses', *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, vol. 14, no.1. Available from: http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol142009/No1Jan09/Obesity-An-Emerging-Concern_1.aspx. [14 February 2018].

DAG, DDG, DGE & DGEM (eds) 2014, *Prävention und Therapie der Adipositas*, 2nd edn. Available from: http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/S3_Adipositas_Praevention_Therapie_2014.pdf. [03 February 2018].

Dijkstra, A, Buist, G & Dassen, T 1996, 'Nursing-care dependency. Development of an assessment scale for demented and mentally handicapped patients', *Scandinavian Journal of Caring Science*, vol. 10, no. 3, pp 137-143.

Dorner, TE 2016, 'Adipositasepidemiologie in Österreich', *Wiener Medizinische Wochenschrift*, vol. 166, pp 79-87.

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

Fang, S, Long, J, Tan, R, Mai, H, Lu, W, Yan, F & Peng, J 2013, 'A multicentre assessment of malnutrition, nutritional risk, and application of nutritional support among hospitalized patients in Guangzhou hospitals', *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, vol. 22, no. 1, pp. 54-59.

Følling, IS, Kulseng, B, & Helvik, A 2014, 'Overweight, obesity, and related conditions: a cross-sectional study of adult inpatients at a Norwegian Hospital', *BMC Research Notes*, vol. 7, no. 115. Available from: <https://bmcresearchnotes.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1756-0500-7-115?site=bmcresearchnotes.biomedcentral.com>. [12 March 2018].

Halfens R, Meesterberends E, van Nie-Visser N, Lohrmann C, Schönherr S, Meijers J, Hahn S, Vangelooven C, Schols J 2013, 'International prevalence measurement of care problems: results', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 69, no. 9, pp. e5-e17.

Hauner, H 2013, 'Definition und Klassifikation der Adipositas' in A Wirth & H Hauner, (eds), *Adipositas: Ätiologie, Folgekrankheiten, Diagnostik, Therapie*, pp. 2-6, 4th edn, Springer, Berlin.

Hu, F (ed) 2008, *Obesity Epidemiology*, Oxford University Press, New York City.

Huong, PTT, Lam, NT, Thu, NN, Quyen, TC, Lien, DTK, Anh, NQ, Henry, EG, Oliver, L, Apovian CM, Ziegler, TR & Lenders, C 2014, 'Prevalence of malnutrition in patients admitted to a major urban tertiary care hospital in Hanoi, Vietnam', *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, vol. 23, no. 3, pp. 437-444.

Khalaf, A, Berggren, V, Al-Hazzaa, H, Bergström, S & Westergren, A 2011, 'Undernutrition Risk, Overweight/Obesity, and Nutritional Care in Relation to Undernutrition Risk among Inpatients in Southwestern Saudi Arabia. A Hospital-Based Point Prevalence Study', *Journal of Nutritional Disorders & Therapy*, vol. 1, no. 2. Available from: <http://www.omicsonline.org/undernutrition-risk-overweight-obesity-and-nutritional-care-in-relation-to-undernutrition-risk-among-inpatients-in-southwestern-saudi-arabia-a-hospital-based-point-prevalence-study-jndt.1000104.pdf>. [12 March 2018].

Kiefer, I, Rieder, A, Rathmanner, T, Meidlinger, B, Baritsch, C, Lawrence, K, Dorner, T & Kunze, M 2006, *Erster österreichischer Adipositasbericht 2006. Grundlage für zukünftige Handlungsfelder: Kinder, Jugendliche, Erwachsene*, Wien.

Lamb, CA, Parr, J, Lamb, EIM & Warren, MD 2009, 'Adult malnutrition screening, prevalence and management in a United Kingdom hospital: cross-sectional study'. *British Journal of Nutrition*, vol. 102, pp. 571-575.

Lauterbach, K, Westenhöfer, J, Wirth A & Hauner H 1998, *Adipositas Leitlinie - Evidenz-basierte Leitlinie zur Behandlung der Adipositas in Deutschland*, Köln. Available from:
http://www.euleev.de/images/Beitraege/Adipositasleitlinie_Expertenversion.pdf. [03 February 2018].

Liang, X, Jiang, Z, Nolan, MT, Wu, X, Zhang, H, Zheng, Y, Liu, H & Kondrup, J 2009, 'Nutritional risk, malnutrition (undernutrition), overweight, obesity, and nutrition support among hospitalized patients in Beijing teaching hospitals'. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, vol. 18, no. 1, pp. 54-62.

Lohmer, E 2013, *Pflege und Betreuung adipöser Patienten*, 1st edn, Kohlhammer, Stuttgart.

Lohrmann, C 2003, *Die Pflegeabhängigkeitsskala: Ein Einschätzungsinstrument für Heime und Kliniken – Eine methodologische Studie*, PhD thesis, Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft.

OECD 2017, *Obesity Update 2017*. Available from:
<https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>. [03 February 2018].

Polit, DF & Beck, CT 2012, *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 9th edn, Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Queensland Government 2014, *Using Body Mass Index*, Queensland Government, Available from:
https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0031/147937/hphe_usingbmi.pdf. [08 March 2018].

Rust, P, Hasenegger, V, König, J (eds) 2017, *Österreichischer Ernährungsbericht 2017*, 1st edn, Wien.

Schorb, F 2015, *Die Adipositasepidemie als politisches Problem. Gesellschaftliche Wahrnehmung und Intervention*, Springer, Wiesbaden.

Statistik Austria (ed) 2015, *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*, Wien. Available from:

https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/6/8/CH1066/CMS1448449619038/gesundheitsbefragung_2014.pdf. [08 March 2018].

van Nie-Visser, NC, Schols, JM, Meesterberends, E, Lohrmann, C, Meijers, JM & Halfens, RJ 2013, 'An International prevalence measurement of care problems: study protocol', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 69, no. 9, pp. e18-e29.

Westergren, A, Wann-Hansson, C, Bergh Börgdal, E, Sjölander, J, Strömlad, R, Klevsgård, R, Axelsson, C, Lindholm, C & Ulander, K 2009, 'Malnutrition prevalence and precision in nutritional care differed in relation to hospital volume – a cross-sectional survey', *Nutrition Journal*, vol. 8, no. 20, Available from: <https://nutritionj.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1475-2891-8-20?site=nutritionj.biomedcentral.com>. [12 March 2018].

Westergren, A, Torfadóttir, Ó, Ulander, K, Axelsson, C & Lindholm, C 2010, 'Malnutrition prevalence and precision in nutritional care: an intervention study in one teaching hospital in Iceland', *Journal of Clinical Nursing*, vol. 19, pp. 1830-1837.

World Health Organization 2018, *Obesity and overweight: Fact sheet No 311*. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. [08 March 2018].

World Health Organization 2018a, *BMI Classification*. Available from: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html. [08 March 2018].

World Health Organization 2017, *Global Health Observatory (GHO) data repository. Overweight and Obesity*. Available from:
http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/overweight/en/. [06 February 2018].

World Health Organization 2000, *Obesity: Preventing and managing the global epidemic: report of the WHO consultation*, World Health Organization, Geneva.

World Health Organization 1995, *WHO Expert Committee on physical status: the use and interpretation of anthropometry: report of a WHO Expert Committee*.
World Health Organization, Geneva.

Anhang: Fragebogen der europäischen Pflegequalitätserhebung 2014



Code der Einrichtung
□ □ □ □

Pflegequalitätserhebung

Angaben zur Einrichtung

1

Art der Einrichtung

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

Dekubitus

	ja	nein
1 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine multidisziplinäre DekubitusexpertInnengruppe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine ExpertIn, die für die Aktualisierung des Standards/der Leitlinie zu Dekubitus zuständig ist und darauf hinweist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene eine Regelung für die Verwaltung von Dekubitusmaterialien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Dekubitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine ExpertIn, die für die Aktualisierung des Standards/der Leitlinie zu Inkontinenz zuständig ist und darauf hinweist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine multidisziplinäre InkontinenzexpertInnengruppe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Gibt es auf Einrichtungs- oder Stations-/Wohnbereichsebene eine Regelung für die Verwaltung von Inkontinenzmaterialien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Inkontinenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mangelernährung

	ja	nein
15 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine multidisziplinäre Beratungskommission zu Mangelernährung oder ein Ernährungsteam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine ExpertIn, die für die Aktualisierung des Standards/der Leitlinie zu Mangelernährung zuständig ist und darauf hinweist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Mangelernährung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Intertrigo	ja	nein
21 Gibt es in Ihrer Einrichtung einen anerkannten Standard/Leitlinie zur Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo, welcher auf einer (inter)nationalen Leitlinie basiert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine ExpertIn, die für die Aktualisierung des Standards/der Leitlinie zu Intertrigo zuständig ist und darauf hinweist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Gab es in Ihrer Einrichtung in den letzten zwei Jahren eine Fortbildung zur Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo für das Pflegepersonal, welche mindestens zwei Stunden umfasste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Intertrigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Intertrigo eine PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisung zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stürze	ja	nein
26 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine multidisziplinäre SturzexpertInnengruppe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Gibt es in Ihrer Einrichtung einen anerkannten Standard/Leitlinie zur Prävention von Stürzen, welcher auf einer (inter)nationalen Leitlinie basiert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine ExpertIn, die für die Aktualisierung des Standards/der Leitlinie zu Stürzen zuständig ist und darauf hinweist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Werden Sturzereignisse in Ihrer Einrichtung dezentral (auf Stationsebene) erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Gab es in Ihrer Einrichtung in den letzten zwei Jahren eine Fortbildung zu Sturzrisiken sowie Prävention von Stürzen und Verletzungen für das Pflegepersonal, welche mindestens zwei Stunden umfasste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Gab es in Ihrer Einrichtung in den letzten zwei Jahren eine Fortbildung zu Hebe- und Transfertechniken für das Pflegepersonal, welche mindestens zwei Stunden umfasste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Sturzgefahr und Sturzprävention?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Werden in Ihrer Einrichtung standardisiert Informationen (z.B. per Überweisungsbogen) bezüglich Sturzvorfälle einer PatientIn bei Verlegung und/oder Einweisungen zwischen unterschiedlichen Einrichtungen (z.B. vom Krankenhaus ins Pflegeheim) weitergegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freiheitseinschränkende/-beschränkende Maßnahmen	ja	nein
34 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine multidisziplinäre ExpertInnengruppe bezüglich freiheitseinschränkender/-beschränkender Maßnahmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 Gibt es in Ihrer Einrichtung einen anerkannten Standard/Leitlinie zu freiheitseinschränkenden/-beschränkenden Maßnahmen, welcher auf einer (inter)nationalen Leitlinie basiert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine ExpertIn, die für die Aktualisierung des Standards/der Leitlinie zu freiheitseinschränkenden/-beschränkenden Maßnahmen zuständig ist und darauf hinweist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine standardisierte Vorgehensweise in der Prävention von freiheitseinschränkenden/-beschränkenden Maßnahmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 Ist in Ihrer Einrichtung die Nutzung von Gurten verboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 Werden in Ihrer Einrichtung freiheitseinschränkende/-beschränkende Maßnahmen dezentral (auf Stationsebene) erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 Gab es in Ihrer Einrichtung in den letzten zwei Jahren eine Fortbildung zu freiheitseinschränkenden/-beschränkenden Maßnahmen für das Pflegepersonal, welche mindestens zwei Stunden umfasste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 Gibt es in Ihrer Einrichtung eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema freiheitseinschränkenden/-beschränkenden Maßnahmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 Werden in Ihrer Einrichtung 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



Art der Station/Wohnbereich

A Universitätskrankenhaus

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

B Allgemeines Krankenhaus

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

C Psychiatrisches Krankenhaus

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

D Pflegeheim

- Psychogeriatric/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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Werden alle Risiko- und/oder DekubituspatientInnen im Rahmen einer multidisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichsebene erörtert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Wird die Einhaltung des Standards/der Leitlinie zu Dekubitus auf Stations-/Wohnbereichsebene überwacht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Wird das Dekubitusrisiko der einzelnen PatientInnen in der Krankenakte aufgezeichnet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf Prävention und/oder Behandlung von Dekubitus bei RisikopatientInnen erforderlich sind? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Wird das vorgeschriebene Dekubitusmaterial innerhalb von 24 Stunden bei der/dem Betroffenen abgeliefert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Erhalten alle PatientInnen mit erhöhtem Dekubitusrisiko eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Dekubitusprävention? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Inkontinenz	ja	nein
9 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichsebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die auf dem Gebiet Inkontinenz spezialisiert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Werden alle PatientInnen mit Inkontinenzproblemen im Rahmen einer multidisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichsebene erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Wird die Einhaltung des Standards/der Leitlinie zu Inkontinenz auf Stations-/Wohnbereichsebene überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf die Inkontinenzbehandlung bei InkontinenzpatientInnen erforderlich sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Steht das für die Betroffenen vorgeschriebene Inkontinenzmaterial standardmäßig auf der Station/dem Wohnbereich zur Verfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Erhalten alle PatientInnen mit Inkontinenz eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Inkontinenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangelernährung	ja	nein
16 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichsebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die auf dem Gebiet der Mangelernährung spezialisiert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Werden alle RisikopatientInnen und/oder PatientInnen mit Mangelernährung im Rahmen einer multidisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichsebene erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Wird die Einhaltung des Standards/der Leitlinie zu Mangelernährung auf Stations-/Wohnbereichsebene überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Wird das Risiko für Mangelernährung in der Krankenakte der einzelnen PatientInnen aufgezeichnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen bei PatientInnen mit einem Ernährungsrisiko erforderlich sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Werden RisikopatientInnen oder PatientInnen mit Mangelernährung standardmäßig zu einer DiätologIn verwiesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Werden auf der Station/dem Wohnbereich Zwischenmahlzeiten für alle PatientInnen angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Erhalten alle PatientInnen, die an (drohender) Mangelernährung leiden, oder deren Angehörige, eine Informationsbroschüre zum Thema Mangelernährung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Wird bei Aufnahme auf der Station/dem Wohnbereich standardmäßig ein überprüftes Screeninginstrument zur Erfassung von Mangelernährung bzw. des Risikos verwendet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Werden beim Essen auf der Station/dem Wohnbereich die Umgebungsfaktoren berücksichtigt (z.B. ungestörte Mahlzeiten, ein gedeckter Tisch, Menüauswahl)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intertrigo	ja	nein
28 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichsebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die auf dem Gebiet von Intertrigo spezialisiert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Werden alle PatientInnen mit Intertrigo (oder einem Risiko) im Rahmen einer multidisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichsebene erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Wird die Einhaltung des Standards/der Leitlinie zu Intertrigo auf Stations-/Wohnbereichsebene überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche Maßnahmen im Hinblick auf die Prävention und/oder Behandlung von Intertrigo erforderlich sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 Steht das bei Intertrigo vorgeschriebene Material standardmäßig auf der Station/dem Wohnbereich zur Verfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Erhalten alle PatientInnen mit Intertrigo eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Intertrigo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stürze	ja	nein
35 Gibt es auf Stations-/Wohnbereichsebene mindestens eine Person/eine PflegeexpertIn, die auf dem Gebiet der Sturzprävention spezialisiert ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 Wird das Sturzrisiko bei der Einweisung routinemäßig bei jeder PatientIn erfasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 Werden alle PatientInnen mit einem erhöhten Sturzrisiko im Rahmen einer multidisziplinären Beratung auf Stations-/Wohnbereichsebene erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 Wird die Einhaltung des Standards/der Leitlinie zur Prävention von Stürzen auf Stations-/Wohnbereichsebene überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 Werden in der Krankenakte die allgemeinen und speziellen (auf die PatientIn zugeschnittene) Maßnahmen zur Sturzprävention aufgezeichnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 Stehen Materialien zur Sturzprävention standardmäßig auf der Station/dem Wohnbereich zur Verfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 Stehen Materialien/Hilfsmittel zur Verletzungsprävention standardmäßig auf der Station/dem Wohnbereich zur Verfügung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 Erhalten alle PatientInnen mit einem erhöhten Sturzrisiko eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema Sturzgefahr und Sturzprävention?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45 Werden PatientInnen und eine evtl. Verwendung von freiheitseinschränkenden/-beschränkenden Maßnahmen in einem multidisziplinären Team erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 Wird die Verwendung von freiheitseinschränkenden/-beschränkenden Maßnahmen in einem multidisziplinären Team erörtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47 Wird die Einhaltung des Standards/der Leitlinie zu freiheitseinschränkenden/-beschränkenden Maßnahmen auf Stations-/Wohnbereichsebene überwacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48 Wird in der Krankenakte aufgezeichnet, welche freiheitseinschränkenden/-beschränkenden Maßnahmen getroffen wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49 Erhalten alle PatientInnen bei denen freiheitseinschränkende/-beschränkende Maßnahmen getroffen wurden eine Informationsbroschüre für Betroffene und/oder Angehörige zum Thema freiheitseinschränkende/-beschränkende Maßnahmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Erklärungen

Kategorien Dekubitus

- Kategorie 1** Rötung der intakten Haut über einem knöchigen 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 Wohlbefagens zu erzeugen.
- **Überwiegend unabhängig:** Der PatientIn ist selbstständig in der Lage, Temperaturen wie Wärme und Kälte zu unterscheiden. Er ist in hohem Maße in der Lage, selbstständig entsprechende Maßnahmen zu ergreifen und kann seinen Bedarf an Behaglichkeit nahezu vollständig nach eigenem Wunsch decken.
- **Völlig unabhängig:** Der PatientIn ist in der Lage, seine Körpertemperatur völlig selbstständig gegen äußere Einflüsse zu schützen und seinen Bedarf an Behaglichkeit nach eigenem Wunsch zu decken.

Arten von Inkontinenz

- **Belastungsinkontinenz:** Kennzeichen der Belastungsinkontinenz ist ein unfreiwilliger Urinverlust bei einem Druck im oder auf dem Bauch, zum Beispiel beim Lachen, Niesen, Husten, Bücken, Nase putzen, beim Heben schwerer Lasten oder bei schnellen Bewegungen, beispielsweise beim Sport. Ansonsten normaler Harnabgang.
- **Dranginkontinenz:** Bei der Dranginkontinenz handelt es sich um einen nicht aufzuhaltenden 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), herzhaft Snacks (zum Beispiel Käsewürfel, Wurst, Nüsse, Erdnüsse, Frühlingssrollen, Würstchen in Blätterteig), Kekse und Süßigkeiten (zum Beispiel Schokolade, Donuts, Kekse, Müsliriegel, Schokoladenriegel) sowie Getreideprodukte (zum Beispiel Brot, Rosinenbrötchen, Knäckebrot, Sandwiches, Pfannkuchen) zu verstehen.
- **Flüssignahrung (zum Beispiel Nutridrink, Fortimel, Ensin):** 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.

Erklärungen Braden-Skala

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

Modul Allgemeines

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)

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

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

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

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 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 13 Wann ist diese Verletzung durch Feuchtigkeit entstanden?

3b Vor der Einweisung in die derzeitige Einrichtung

Nach der Einweisung in die derzeitige Einrichtung

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

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

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

- 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)

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

Vor 1 Monat? , kg Gewogen
 Geschätzt
 Unbekannt

- 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)

Vor 3 Monaten? , kg Gewogen
 Geschätzt
 Unbekannt

Vor 6 Monaten? , kg Gewogen
 Geschätzt
 Unbekannt

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

,

- 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.



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 Komplette Immobilie
- 2 Stark eingeschränkt
- 3 Gering eingeschränkt
- 4 Mobil

Aktivität

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

Feuchtigkeit

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

Reibe- und Scherkräfte

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

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

- Wechsellagerung 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

4 (Roll-) Stuhlkissen als Präventivmaßnahme

- Gelkissen
- Luft-/Noppenkissen
- Schaumstoffkissen
- Sonstiges
- Kein Antidekubituskissen
- Nicht zutreffend

3 Matratzen und Auflagen als Präventivmaßnahme

- Wechseldruckmatratze
- Luftkissenbett
- Kaltschaummatratzen
- Visco-elastische-Schaumstoffmatratzen
- Sonstiges
- Keine Antidekubitusmatratze/-auflage

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.

Dekubitus Nur bei PatientInnen mit Dekubitus auszufüllen

Kategorie	Kreuzbein	Ferse		Knöchel		Ellenbogen		Gesäß		Hüfte		Ohr		Hinterkopf	Gesicht	Sonstiges	
		L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R				
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekubitus seit wann	Kreuzbein	Ferse		Knöchel		Ellenbogen		Gesäß		Hüfte		Ohr		Hinterkopf	Gesicht	Sonstiges	
≤ 2 Wochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> 2 Wochen & ≤ 3 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> 3 Monate & ≤ 6 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> 6 Monate & ≤ 12 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> 1 Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entstehungsort des Dekubitus	Kreuzbein	Ferse		Knöchel		Ellenbogen		Gesäß		Hüfte		Ohr		Hinterkopf	Gesicht	Sonstiges	
Unbekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diese Station/Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Station/Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Einrichtung																	
Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitationszentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtung für körperlich Behinderte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtung für geistig Behinderte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuungseinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wundauflagen	Kreuzbein	Ferse		Knöchel		Ellenbogen		Gesäß		Hüfte		Ohr		Hinterkopf	Gesicht	Sonstiges	
Keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockener Verband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gazenverband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fetthaltiger Verband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alginate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydrokolloide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydrogel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schaumdressing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibakterielle Salbe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibakterieller Verband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydrofaser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vakuumsysteme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Wundauflagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Am Steißbein: Analfalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Leiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Labia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Scrotum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauer (der schwersten Verletzung)	>1 ≤2 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3-6 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	≥7 Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wann entstanden	Vor der Einweisung in die eigene Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nach der Einweisung in die eigene Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20 Spezielle Hautpflege zur Behandlung inkontinenzbedingter Verletzungen?

- Ja
- Nein

21 Spezielle Hautpflege zur Prävention inkontinenzbedingter Verletzungen?

- Ja
- Nein

Vertraulich

Modul Mangelernährung

Angaben zur PatientIn

Code der PatientIn

3c

1 Generelles klinisches Erscheinungsbild des Ernährungszustandes der PatientIn.

- Adipös, übergewichtig
- Mangelernährt (dünn, abgemagert)
- Normaler Ernährungszustand

6 Wie häufig hat die PatientIn einen trockenen Mund?

- Nie
- Manchmal
- Immer
- Nicht zutreffend

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

7 Wie oft hat die PatientIn Probleme damit trockene Nahrungsmittel, wie beispielsweise Kekse, zu essen?

- Nie
- Manchmal
- Immer
- Nicht zutreffend

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

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

4 Hat die PatientIn Probleme beim Schlucken?

- Ja
- Nein
- Nicht zutreffend

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

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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Wie oft hat die PatientIn Probleme beim Kauen von beispielsweise zähen oder harten Nahrungsmitteln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Wie oft konnte die PatientIn aufgrund von Beschwerden im Mund nicht essen was sie wollte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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 übermäßigem 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.**

Intertrigo ausfüllen für PatientInnen mit Intertrigo

Erscheinungsform	Analfalte	Brustfalte		Leistengegend		Achsel		Bauchfalte	Sonstige	
		L	R	L	R	L	R		L	R
Intertrigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intertrigo mit nässender Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intertrigo mit infizierter Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intertrigo seit wann	Analfalte	Brustfalte		Leistengegend		Achsel		Bauchfalte	Sonstige	
		L	R	L	R	L	R		L	R
≤ 2 Wochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> 2 Wochen & ≤ 3 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> 3 Monate & ≤ 6 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
> 6 Monate & ≤ 12 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
>1 Jahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entstehungsort des Intertrigos	Analfalte	Brustfalte		Leistengegend		Achsel		Bauchfalte	Sonstige	
		L	R	L	R	L	R		L	R
Unbekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diese Station/Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Station/Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Einrichtung										
Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitationszentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtung für körperlich Behinderte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einrichtung für geistig Behinderte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreuungseinrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 oder mehrere zusätzliche präventive Maßnahme(n) (mind. 3 Mal täglich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zinksalbe (Zinköl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cremes zum Schutz der Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Präparat gegen Pilzinfektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschalten einer Expertin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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



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 freiheitseinschränkende/-beschränkende 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 (Siestalieg)
- Gelenkgurte für Arme
- Gelenkgurte für Beine
- Fixieroverall
- Isolation/Separation
- Verhaltensbeeinflussende Medikation
- Individuelle Verabredungen
- Domotika
- Sonstiges

3 Wer initiierte die Anwendung der freiheitseinschränkende/-beschränkende Maßnahmen?

- Die gesetzliche VertreterIn/Angehörige/SachverwalterIn
- Eine ÄrztIn
- Eine Pflegefachperson
- Sonstige
- Die PatientIn

4 Was war der Hauptgrund für die freiheitseinschränkende/-beschränkende Maßnahmen der PatientIn?

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

5 Haben die freiheitseinschränkende/-beschränkende Maßnahmen zu körperlichen Verletzungen geführt?

- Ja
- Nein (*Modul beendet*)

6 Welche körperlichen Verletzungen wurden durch die freiheitseinschränkende/-beschränkende 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)