

**Masterarbeit**

**Wissen über inkontinenz-assoziiertes Dermatitis  
von Pflegepersonen  
in Krankenhäusern der D-A-CH-Region  
Eine Querschnitterhebung**

eingereicht von

**Matthias Johann Stark, BSc**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science  
(MSc)**

**Pflegewissenschaft**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt am

**Institut für Pflegewissenschaft**

unter der Anleitung von

Univ.-Ass.in Dr.in rer.cur. Silvia Bauer, BSc MSc

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

Graz, 05.02.2025

## **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.*

*Des Weiteren erkläre ich hiermit, dass, sofern bei der Erstellung dieser Arbeit Künstliche Intelligenz (KI) Werkzeuge zur Generierung und/oder Korrektur bestimmter Textpassagen verwendet wurden, dieser Einsatz unter Einhaltung ethischer Grundsätze, akademischer Integrität und den Vorgaben meiner Universität erfolgte, sowie in Folge dies transparent gemacht und in angemessener Weise gekennzeichnet wurde.“*

Graz, am 05.02.2025

Matthias Johann Stark, BSc eh.

## **Danksagung**

Ich danke Frau Dr.in Silvia Bauer (BSc MSc) und Frau Univ.-Prof.in Dr.in Christa Lohrmann vom Institut für Pflegewissenschaft an der Medizinischen Universität Graz für die Anleitung und Unterstützung im Entstehungsprozess dieser Masterarbeit. Ihre Anregungen, Ratschläge und konstruktive Kritik haben diese Masterarbeit bereichert.

Ebenso möchte ich mich bei allen Teilnehmer\*innen der Datenerhebung sowie Pflegeeinrichtungen und Personen, die die Datenerhebung in der Pflegepraxis verbreitet haben, bedanken. Ohne Sie wäre das Erstellen dieser Masterarbeit nicht möglich gewesen.

Ebenfalls möchte ich meinem Arbeitgeber danken, der mir mit einer individuellen Arbeitszeitgestaltung Ressourcen für das Masterstudium geschaffen hat.

Ein weiterer Dank gilt meiner Familie und Freund\*innen, die mich immer unterstützt und bekräftigt haben.

Ein besonderer Dank gilt meiner Partnerin Sophie. Sie stand immer an meiner Seite, hatte stets ein offenes Ohr für meine Sorgen und Anliegen und fand immer die richtigen Worte, um mich zu unterstützen.

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** IAD, Inkontinenz-assoziierte Dermatitis, ist eine Gewebeschädigung im perigenitalen und analen Bereich und kann die Lebensqualität der Betroffenen einschränken. Sie ist jedoch durch das Setzen von evidenzbasierten Maßnahmen vermeidbar. International scheint das Wissen von Pflegepersonen bezüglich IAD niedrig zu sein. Wissen kann die Versorgung von IAD positiv beeinflussen. Für die D-A-CH-Region gibt es bis jetzt noch keine Studien, die sich mit dem Wissen von Pflegepersonen über IAD befasst haben. Ziel dieser Arbeit ist daher einen ersten Einblick in das Wissen von Pflegepersonen über IAD in der D-A-CH-Region zu geben und mögliche Unterschiede darzustellen.

**Methode:** Mittels Convenience Sampling wurden 437 Teilnehmer\*innen in die Studie eingeschlossen. Diese füllten einen Online-Fragebogen aus, der aus Fragen zu soziodemografischen Daten sowie dem deutschen KNOW-IAD-Fragebogen bestand. Die Ergebnisse wurden mittels deskriptiver Statistik dargestellt. Um Unterschiede festzustellen wurden der Mann-Whitney-U-Test, Kruskal-Wallis-Test, Chi-Quadrat-Test und Fischer-Exakt-Test angewendet.

**Ergebnisse:** Durchschnittlich wurden 66,7 % der 18 Fragen von den Teilnehmer\*innen richtig beantwortet. Die Teilnehmer\*innen beantworteten am meisten Fragen in der Domäne Ätiologie und Risiko (71,4 %) und am wenigsten Fragen in der Domäne Klassifikation und Diagnostik (60,0 %) richtig. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich für die einzelnen D-A-CH-Länder. Hinsichtlich der demografischen Variablen wiesen Personen mit einer oder mehr Fortbildungen statistisch signifikant mehr Wissen auf ( $p < 0,001$ ) als Personen ohne Fortbildung. Dies galt ebenfalls für Personen, die das GLOBIAD-Instrument kannten ( $p < 0,001$ ).

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse dieser Arbeit legen nahe, dass das Wissen über IAD von Pflegepersonen in der D-A-CH-Region mit unter 70 % unzureichend ist. Mögliche Maßnahmen zur Verbesserung sind das Anbieten von Fortbildungen sowie das Implementieren eines evidenzbasierten Assessmenttools zur Erkennung einer IAD, wie zum Beispiel GLOBIAD.

**Schlüsselwörter:** Inkontinenz-assoziierte Dermatitis, Wissen, KNOW-IAD, Österreich, Deutschland, Schweiz

## Abstract

**Background:** IAD, incontinence-associated dermatitis, is a tissue damage in the perigenital and anal area and can affect the quality of life. However, it is preventable through evidence based interventions. Internationally, the knowledge of nurses regarding IAD seems to be insufficient. Knowledge can have a positive impact on the care of IAD. For the D-A-CH region, there have been no studies so far that have addressed the knowledge of nurses about IAD. Therefore the aim of this study is to provide an initial insight into the knowledge of nurses about IAD in the D-A-CH region and to describe possible differences.

**Method:** A total of 437 participants were included in this study using convenience sampling. They completed an online questionnaire consisting of questions about sociodemographic data, as well as the German KNOW-IAD questionnaire. The results were presented using descriptive statistics. To identify differences, the Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis test, Chi-square test and Fisher's exact test were applied.

**Results:** On average, 66,7% of the 18 questions were answered correctly by the participants. Participants answered most questions correctly in the domain of aetiology and risk (71,4%) and the fewest questions correctly in the domain of classification and diagnostics (60,0%). Similar results were also observed for the individual D-A-CH countries. Regarding demographic variables, individuals with one or more continuing education sessions showed statistically significantly more knowledge ( $p < 0,001$ ) than individuals without continuing education sessions. This also applied to individuals who were familiar with the GLOBIAD instrument ( $p < 0,001$ ).

**Conclusion:** The results of this study suggest that the knowledge of nursing staff about IAD in the D-A-CH region with below 70 % is unsatisfactory. Possible measures for improvement include offering continuing education and implementing an evidence-based assessment tool for the recognition of IAD, for example GLOBIAD.

**Keywords:** Incontinence-Associated Dermatitis, Knowledge, KNOW-IAD, Austria, Germany, Switzerland

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	VIII
Abbildungsverzeichnis .....	IX
Tabellenverzeichnis .....	X
1. Einleitung.....	1
1.1. Inkontinenz .....	1
1.2. Inkontinenz-assoziierte Dermatitis .....	2
1.2.1. Feuchtigkeits-assoziierte Hautschäden .....	2
1.2.2. Definition der inkontinenz-assoziierten Dermatitis .....	3
1.2.3. Risikofaktoren für eine inkontinenz-assoziierte Dermatitis .....	3
1.2.4. Beurteilung einer inkontinenz-assoziierten Dermatitis .....	4
1.2.5. Prävalenz der inkontinenz-assoziierten Dermatitis .....	5
1.2.6. Konsequenzen einer inkontinenz-assoziierten Dermatitis .....	6
1.3. Die Rolle der Pflege bei inkontinenz-assoziiierter Dermatitis .....	7
1.3.1. Maßnahmen zur Prävention und Therapie von IAD .....	7
1.3.2. Gesetzliche Rahmenbedingungen für die Pflege in der D-A-CH-Region .....	8
1.4. Wissen über inkontinenz-assoziierte Dermatitis .....	10
1.5. Fazit und Forschungsziel.....	11
2. Methode.....	12
2.1. Forschungsdesign .....	12
2.2. Population, Setting und Stichprobenziehung .....	12
2.3. Datenerhebung .....	13
2.4. Das deutsche KNOW-IAD-Wissensinstrument.....	13
2.5. Ethische Aspekte.....	14
2.6. Datenanalyse und Darstellung .....	14
3. Ergebnisse.....	15
3.1. Charakteristika der Stichprobe.....	16
3.1.1. Charakteristika des gesamten Sample .....	16
3.1.2. Charakteristika der einzelnen D-A-CH-Länder.....	18
3.2. Wissen über inkontinenz-assoziierte Dermatitis .....	20
3.3. Wissen über IAD in den D-A-CH-Ländern.....	23
3.3.1. Österreich .....	23
3.3.2. Deutschland.....	24
3.3.3. Schweiz.....	25
3.4. Wissen über IAD bedingt durch demografische Charakteristika .....	26
3.4.1. Geschlecht.....	26

3.4.2.	Berufliche Qualifikation .....	27
3.4.3.	Berufserfahrung.....	28
3.4.4.	Fachbereich .....	30
3.4.5.	Fortbildungen .....	32
3.4.6.	Zusatzqualifikation .....	34
3.4.7.	Kenntnisse über GLOBIAD.....	35
4.	Diskussion .....	37
4.1.	Grundcharakteristika der Teilnehmer*innen .....	38
4.2.	Wissen über inkontinenz-assoziierte Dermatitis .....	39
4.2.1.	Gesamtwissen .....	40
4.2.2.	Wissen in den verschiedenen Domänen .....	41
4.3.	Stärken und Limitationen.....	44
4.4.	Empfehlungen für Forschung und Praxis.....	45
4.4.1.	Forschungsempfehlungen .....	45
4.4.2.	Praxisempfehlungen .....	46
5.	Schlussfolgerung.....	47
6.	Literaturverzeichnis .....	48
7.	Anhang.....	53

## Abkürzungsverzeichnis

bzw. ....	beziehungsweise
COPD .....	Chronic Obstructive Pulmonary Disease, auf Deutsch: Chronisch Obstruktive Lungenerkrankung
D-A-CH .....	Deutschland, Österreich und Schweiz
et al. ....	et alii, auf Deutsch: und andere
GLOBIAD.....	Ghent Global IAD Categorization Tool
IBM Corp.....	Internationale Business Machines Corporation
IAD.....	Inkontinenz-assoziierte Dermatitis
idF. ....	in der Fassung
IQB .....	Interquartilsbereich
MASD .....	Moisture-Associated Skin Damage, auf Deutsch: Feuchtigkeitsassoziierte Hautschädigung
n.d. ....	no date, auf Deutsch: kein Datum
Nr. ....	Nummer
PQE .....	Pflegequalitätserhebung
sog. ....	sogenannt
SPSS .....	Statistical Package for the Social Sciences
vgl. ....	vergleiche
z. B. ....	zum Beispiel

# Abbildungsverzeichnis

## Abbildungen

Abbildung 1. Darstellung der GLOBIAD-Kategorien. © 2018 Dimitri Beeckman: All Rights Reserved .....	5
Abbildung 2. Teilnehmer*innen und Gründe des Ausschlusses aus der Studie....	15
Abbildung 3. Boxplot des Gesamtwissens bedingt durch das Geschlecht .....	27
Abbildung 4. Boxplot des Gesamtwissens bedingt durch die Berufsqualifikation .	28
Abbildung 5. Boxplot des Gesamtwissens bedingt durch die Berufserfahrung ....	30
Abbildung 6. Boxplot des Gesamtwissens bedingt durch den Fachbereich .....	32
Abbildung 7. Boxplot des Gesamtwissens bedingt durch die Fortbildungsanzahl	33
Abbildung 8. Boxplot des Gesamtwissens bedingt durch die Zusatzqualifikation.	35
Abbildung 9. Boxplot des Gesamtwissens bedingt durch die GLOBIAD-Kenntnis	36

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Sample Charakteristika (n = 437).....	17
Tabelle 2. Sample Charakteristika für Österreich, Deutschland und die Schweiz.	19
Tabelle 3. KNOW-IAD-Ergebnisse in Prozent für das gesamte Sample (n = 437)	20
Tabelle 4. Verteilung der Antworten für die einzelnen KNOW-IAD-Fragen des gesamten Sample (n = 437) .....	22
Tabelle 5. KNOW-IAD Ergebnisse für Österreich (n = 333).....	23
Tabelle 6. KNOW-IAD Ergebnisse für Deutschland (n = 72) .....	24
Tabelle 7. KNOW-IAD-Ergebnisse für die Schweiz (n = 32) .....	25
Tabelle 8. KNOW-IAD-Wissen je Domäne bedingt durch das Geschlecht .....	26
Tabelle 9. KNOW-IAD-Wissen je Domäne bedingt durch die Berufsqualifikation .	28
Tabelle 10. KNOW-IAD-Wissen je Domäne bedingt durch die Berufsqualifikation	29
Tabelle 11. KNOW-IAD-Wissen je Domäne bedingt durch den Fachbereich.....	31
Tabelle 12. KNOW-IAD-Wissen je Domäne bedingt durch die Fortbildungsanzahl .....	33
Tabelle 13. KNOW-IAD-Wissen je Domäne bedingt durch die Zusatzqualifikation	34
Tabelle 14. KNOW-IAD-Wissen je Domäne bedingt durch die GLOBIAD-Kenntnis .....	36
Tabelle 15. Deutscher KNOW-IAD Fragebogen .....	55

# 1. Einleitung

Die globale Bevölkerung wird stetig älter. International steigt der Anteil an Personen über 60 Jahren von 12 auf 22 % (World Health Organization, 2022a). Dieser Trend zeichnet sich auch in Österreich ab. Mit dem zunehmenden Alter nimmt gleichzeitig die Häufigkeit von chronischen Erkrankungen zu, z. B. chronische Rückenschmerzen, Arthrose, Diabetes, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Griebler et al., 2023). Auch Inkontinenz ist ein chronischer Zustand (Cardozo et al., 2023), und tritt mit zunehmendem Alter häufiger auf (Lohrmann, 2023).

## 1.1. Inkontinenz

Inkontinenz ist das Unvermögen, seine Exkremamente kontrolliert zurückhalten zu können. Von einer Harninkontinenz wird gesprochen, wenn der unkontrollierte Verlust ausschließlich Urin betrifft. Der unfreiwillige Abgang von Stuhl wird als Stuhlinkontinenz bezeichnet. Eine Doppelinkontinenz liegt vor, wenn sowohl Harn- als auch Stuhlinkontinenz auftreten (Abrams et al., 2017; Cardozo et al., 2023). Ursache für eine Harninkontinenz können strukturelle, mechanische oder neuromuskuläre Defizite des Urogenitaltraktes sein (Falah-Hassani et al., 2021). Stuhlinkontinenz wird durch Verletzungen am Sphinkter, Verminderung der Sensorik und Abnahme des Sphinkter-Drucks verursacht (Margalit-Yehuda et al., 2024). Risikofaktoren für eine Inkontinenz sind Übergewicht, wenig körperliche Aktivität, neurologische Erkrankungen, Diabetes, chirurgische Eingriffe, Rauchen und Harnwegsinfektionen. Ebenfalls begünstigt das Vorliegen einer Form von Inkontinenz das Auftreten der anderen Form (Bordeianou et al., 2023; Cardozo et al., 2023).

Die Prävalenz von Inkontinenz differiert weltweit. In der Arbeit von Cardozo et al. (2023) variiert die Prävalenz der Harninkontinenz global in der allgemeinen erwachsenen Bevölkerung zwischen 5 % bis 69 %. Die Prävalenz von Stuhlinkontinenz lag im systematischen Review von Sharma et al. (2016) zwischen 1,4 % bis 19,5 %; auch hier wurde die internationale allgemeine erwachsene Bevölkerung betrachtet. Mack et al. (2024) beschreiben eine globale Prävalenz in ihrer Metastudie von 8 % bei Stuhlinkontinenz in der allgemeinen erwachsenen Bevölkerung. Die retrospektive Arbeit von Kayser et al. (2019) beschreibt eine

Prävalenz von allen Inkontinenzformen (Harn-, Stuhl- und Doppelinkontinenz) von 24 % in Akut-Krankenhäusern, Langzeitpflegeeinrichtungen und Rehabilitationseinrichtungen in den USA und Kanada; wobei die Inkontinenz-Prävalenz in Akut-Krankenhäusern mit 21 % am niedrigsten und in Langzeitpflegeeinrichtungen mit 63 % am höchsten war. Beutel et al. (2005) berichten in ihrer Arbeit von einer Prävalenz von 12,6 % für Harninkontinenz in Deutschland. In der Pflegequalitätserhebung (PQE) 2.0 von Lohrmann (2023) lag die Prävalenz in österreichischen Akut-Krankenhäusern bei 12,7 % für Harninkontinenz, 5,9 % für Stuhlinkontinenz und 4,2 % für Doppelinkontinenz. Von Inkontinenz sind vor allem Frauen und Personen ab dem 60. Lebensjahr betroffen (Lohrmann, 2023; Mack et al., 2024).

Inkontinenz wirkt sich unter anderem auf die Lebensqualität der betroffenen Personen aus. Diese leiden häufiger unter Depressionen und haben Angst vor gesellschaftlichen Vorurteilen, was bis zur Isolation führen kann. Bei diesen Personen liegt ein größeres Risiko vor, in einem Krankenhaus oder einer Langzeitpflegeeinrichtung aufgenommen zu werden. Physische Folgen einer Inkontinenz können aufsteigende Infektionen bis hin zur Sepsis, zum Dekubitus oder zu Hautentzündungen sein (Beutel et al., 2005; Niederstadt und Gaber, 2007). Eine Hautentzündung ausgelöst durch eine Inkontinenz wird auch inkontinenz-assoziierte Dermatitis, kurz IAD, genannt (Gray et al., 2007).

## **1.2. Inkontinenz-assoziierte Dermatitis**

Die IAD ist eine Unterform von „moisture-associated skin damage“, kurz MASD, und bedeutet übersetzt „feuchtigkeits-assoziierte Hautschäden“ (Fletcher et al., 2020).

### **1.2.1. Feuchtigkeits-assoziierte Hautschäden**

Feuchtigkeits-assoziierte Hautschäden entstehen aufgrund von prolongierten Kontakt mit Körperflüssigkeiten. Diese Flüssigkeiten wirken multifaktoriell schädlich auf die Integrität der Haut, die Hautbarriere quillt auf und der pH-Wert wird verschoben. Ebenfalls können die Körperflüssigkeiten Reizstoffe und Mikroorganismen beinhalten, die die Haut zusätzlich strapazieren. Neben diesen Faktoren spielen mechanische Belastungen wie Scherkräfte und Reibung eine Rolle. MASD kann in vier Untergruppen aufgeteilt werden (Fletcher et al., 2020):

1. Mazeration der Wundumgebung,
2. Intertrigo,
3. Peristomale Dermatitis und
4. Inkontinenz-assoziierte Dermatitis.

Sie unterscheiden sich durch die auslösenden Faktoren und ihre Lokalisation. Eine Mazeration der Wundumgebung entsteht durch Wundexudat. Eine Peristomale Dermatitis entsteht in Bereichen von Stomata und wird durch Sekrete verursacht, die aus diesen austreten. Intertrigo entsteht durch Reibung, Feuchtigkeit und verminderter Luftzirkulation im Bereich von Hautfalten. IAD entsteht durch Kontakt der Haut mit Harn und/oder Stuhl (Fletcher et al., 2020). In der ICD-11-Codierung der WHO, World Health Organization, werden noch zwei weitere Formen von MASD beschrieben. Einerseits eine Hautschädigung ausgelöst durch Speichel und andererseits eine Hautschädigung ausgelöst durch chirurgische Produkte wie Prothesen (World Health Organization, 2022b). In den folgenden Absätzen wird näher auf die inkontinenz-assoziierte Dermatitis eingegangen.

### **1.2.2. Definition der inkontinenz-assoziierten Dermatitis**

Unter einer inkontinenz-assoziierten Dermatitis wird eine Entzündung der Haut, ausgelöst durch Exposition der Haut mit Harn und/oder Stuhl, verstanden. Davon betroffen können alle Areale sein, die in direkten Kontakt mit Exkrementen stehen, insbesondere der Bereich um die Genitalien und um das Gesäß (Beeckman et al., 2015; Gray et al., 2012; Gray et al., 2007; Rodríguez-Palma et al., 2021).

### **1.2.3. Risikofaktoren für eine inkontinenz-assoziierte Dermatitis**

Es sind multiple Faktoren, die die Entstehung einer IAD begünstigen. Durch den Kontakt mit Stuhl und/oder Harn wird die Hydrationsfunktion der Haut beeinträchtigt und es kommt zu einer Überhydratation dieser. Des Weiteren wird durch den Kontakt mit Exkrementen der pH-Wert der Haut angehoben und in den alkalischen Bereich verschoben. Dadurch verliert die Haut ihre Schutzfunktion und ist anfälliger für exogene Einflüsse. Der erhöhte pH-Wert macht die Haut anfälliger für Mikroorganismen und damit für Infektionen. Die Überhydratation führt zu einem verminderten Schutz der Haut gegenüber mechanischen Reizen wie Reibung und Scherkräften. Es gibt viele Risikofaktoren für eine IAD (Beeckman et al., 2015; Fletcher et al., 2020; Rodríguez-Palma et al., 2021):

- Schwere Erkrankung
- Ernährungszustand
- Medikamente
- Unterstützungsbedarf
- Hautstatus
- Schweregrad der Inkontinenz
- Kognitive Einschränkungen
- Durchblutungsstörung
- Expositionsdauer
- Diabetes

#### **1.2.4. Beurteilung einer inkontinenz-assoziierten Dermatitis**

Der Begriff IAD wurde erstmals in den 2000er Jahren durch Gray et al. (2007) definiert. Folgend darauf wurden mehrere Instrumente zur Risikoeinschätzung und Kategorisierung von IAD entworfen. Diese waren in vielen Fällen unpraktikabel, weil sie für die Praxis zu zeitintensiv oder sprachlich zu komplex waren, oder die Instrumente wurden nicht auf ihre Validität und Reliabilität getestet (Beeckman et al., 2018). Aufgrund der Komplexität der entstandenen Kategorisierungsinstrumente entwarfen Beeckman et al. (2018) ein Kategorisierungsinstrument für IAD, mit dem Ziel ein simples, praktikables und durch Expertenmeinung entworfenes Instrument zu entwickeln und zu validieren. Das sogenannte „Ghent Global IAD Categorization Tool“, kurz GLOBIAD, wurde in 30 Ländern durch 823 Personen aus dem Gesundheitswesen getestet. Dieses Instrument beinhaltet vier Gruppen: 1A, 1B, 2A und 2B; wobei Kategorie 1 ein intaktes Hautbild mit einer persistierenden Röte beschreibt und Kategorie 2 ein Hautbild mit Hautverlust. Kategorie A beschreibt ein Hautbild ohne klinische Infektionszeichen und Kategorie B ein Hautbild mit klinischen Infektionszeichen. Abbildung 1. stellt die vier Kategorien mit dazugehörigen Bildbeispielen dar. Beeckman et al. (2018) stellten mittels psychometrischer Evaluierung fest, dass es sich bei GLOBIAD um ein verlässliches Instrument handelt. Dies gilt insbesondere für die Unterscheidung von Kategorie 1 und 2, mit einer Sensitivität von 90 % und einer Spezifität von 84 %. Die Entscheidung, ob eine klinische Infektion vorliegt oder nicht, fiel den Teilnehmer\*innen jedoch deutlich schwerer. Im Gesamten wird empfohlen, GLOBIAD zur Identifikation von IAD heranzuziehen und um Entscheidungen für weitere diagnostische Maßnahmen treffen zu können (Beeckman et al., 2018; Fletcher et al., 2020).





GLOBIAD Klassifikation	Kategorie 1 <i>Persistierende Hautrötung</i>	Kategorie 2 <i>Hautverlust</i>
<b>Kategorie A</b> <i>Keine klinischen            Infektionszeichen</i>	<b>1A</b> 	<b>2A</b> 
	<b>1B</b> 	<b>2B</b> 

Abbildung 1. Darstellung der GLOBIAD-Kategorien. © 2018 Dimitri Beeckman: All Rights Reserved

### 1.2.5. Prävalenz der inkontinenz-assoziierten Dermatitis

Die Prävalenz von IAD variiert in der Literatur stark. Dies liegt unter anderem daran, dass es zwei Methoden zur Prävalenzberechnung für IAD gibt. Die erste Methode berechnet die IAD-Prävalenz anhand der gesamt beobachteten Population – Personen mit und ohne Inkontinenz. Die zweite Methode berechnet die Prävalenz anhand der beobachteten Personen mit einer Inkontinenz, da ausschließlich Personen mit Inkontinenz eine IAD entwickeln können (Kayser et al., 2019). Ebenfalls gibt es verschiedene Instrumente für die Klassifikation von IAD. Neben dem GLOBIAD-Instrument gibt es zum Beispiel das Inkontinenz-assoziierte Dermatitis Intervention Tool (IADIT-D) (Steininger et al., 2011). In Krankenhäusern lag die Inzidenz von IAD bei 19 % bis 50 %, wobei auf Intensivstationen die Inzidenzrate am höchsten war. Kayser et al. (2019) erfassten in ihrer Sekundärdatenanalyse in den USA und Kanada eine IAD-Prävalenz von 4,1 % in Akutkrankenhäusern, 5,3 % in der Langzeitpflege, 4,5 % im Rehabilitationssetting und gesamt eine Prävalenz von 4,3 %. In der Metaanalyse von Wei et al. (2020)

wurde eine gepoolte Prävalenz von IAD von 1,4 % in China festgestellt. Laut den Autoren handelte es sich jedoch um eine äußerst heterogene Population und der Forest Plot legte die Möglichkeit eines Publikation-Bias nahe. In Deutschland konnte eine Prävalenzstudie von Völzer et al. (2023) in 20 Berliner Langzeitpflegeeinrichtungen eine IAD-Prävalenz von 21 % aufzeigen. In Österreich lag die Prävalenz von IAD in der PQE 2.0 von Lohrmann (2023) in Krankenhäusern bei 2,3 %.

### **1.2.6. Konsequenzen einer inkontinenz-assoziierten Dermatitis**

Die Prävention und Therapie von IAD ist kostenintensiv. Die Kosten der Betreuung von Personen mit IAD ist im Vergleich zu Personen ohne IAD, jedoch mit Inkontinenz, 1,3-mal höher. In absoluten Zahlen betragen die durchschnittlichen Krankenhauskosten von Personen mit IAD im Vergleich zu Personen ohne IAD, jedoch mit Inkontinenz, etwa 22.800 \$ vs. 17.000 \$ (Kayser et al., 2021). Cunich et al. (2022) stellten in ihrem systematischen Review fest, dass in den vorgelegenen Studien nur beschränkt Informationen zu den Kosten von IAD vorlagen. Die meisten Kostenanalysen bezogen sich mehrheitlich auf Materialkosten sowie die Versorgung und nicht auf den gesamten Versorgungsprozess von IAD. Im systematischen Review von Raepsaet et al. (2021) lagen die Kosten für die Prävention von IAD pro Person und Tag zwischen 0,05 \$ und 20,17 \$. Die Kosten für die Behandlung von IAD pro Person und Tag lagen zwischen 0,57 \$ und 1,08 \$. Es ist jedoch zu beachten, dass unter anderem die systemische Antibiotikatherapie gegen Infektionen nicht berücksichtigt wurde.

Doch neben den höheren Kosten für das Gesundheitswesen hat die IAD ebenso weitreichende Konsequenzen für die Patient\*innen. Patient\*innen, die eine IAD entwickelt haben, erfahren Unwohlsein, Brennen, Jucken und Schmerzen an den betroffenen Stellen. In weiterer Folge kann es zu einer übermäßigen Belastung der Pflege, den Verlust der Selbstständigkeit und Unterbrechungen der Aktivitäten und/oder des Schlafs kommen. Diese Faktoren tragen dazu bei, dass die Lebensqualität der betroffenen Personen eingeschränkt ist. Diese Einschränkung verschlechtert sich mit der Häufigkeit und der Menge der Ausscheidung. Sobald eine IAD auftritt, besteht bei den Betroffenen ein höheres Risiko für ein Dekubitus, eine Infektion sowie eine höhere Morbidität. Des Weiteren haben Personen mit einer

IAD ein höheres Risiko an einer sekundären Pilzinfektion zu erkranken (Beeckman et al., 2015).

### **1.3. Die Rolle der Pflege bei inkontinenz-assoziiertes Dermatitis**

Wie im vorangehenden Abschnitt beschrieben, ist IAD eine multifaktorielle Erkrankung der Haut, die im Gesundheitssystem weitere Kosten verursacht und Betroffene beeinträchtigt. Evidenzbasierte präventive Maßnahmen können das Auftreten von IAD und dessen Konsequenzen verhindern (Rodríguez-Palma et al., 2021). Die Berufsgruppe der Pflege beschäftigt sich täglich mit der Beurteilung, Pflege und Versorgung der Haut ihrer Patient\*innen, Bewohner\*innen oder Klient\*innen. Die Hautpflege ist ein maßgeblicher Bestandteil des Pflegeberufs (Barakat-Johnson et al., 2022b). Aus diesem Grund soll dieser Abschnitt Maßnahmen zur Prävention und Therapie von IAD vorstellen, die durch Pflegepersonen erbracht werden, und in einen Zusammenhang mit den rechtlichen Rahmenbedingungen der Pflege bringen. Diese Arbeit soll sich mit dem deutschsprachigen Raum befassen – folgend werden daher die Rahmenbedingungen der D-A-CH-Region, Deutschland, Österreich und Schweiz, dargestellt.

#### **1.3.1. Maßnahmen zur Prävention und Therapie von IAD**

Die Best-Practice-Guideline "Incontinence-associated Dermatitis: moving prevention forward" von Beeckman et al. (2015) definiert drei Kerninterventionen zur Prävention und Therapie von IAD: Reinigung der Haut, Feuchtigkeitserhalt und Hautschutz. Die Reinigung der Haut hat zum Ziel, Verunreinigungen und die Kontamination der Haut mit Mikroorganismen zu beseitigen. Hierbei soll die Verwendung von Seife vermieden werden und auf Seifenersatzprodukte zurückgegriffen werden. Die Haut von Personen mit Inkontinenz sollte nach jeder Inkontinenzepisode, jedoch mindestens einmal täglich, gereinigt werden. Mit dem Feuchtigkeitserhalt soll der physiologische Hydrationsstatus der Haut erhalten werden. Der Hautschutz soll die Schutzfunktion der Haut unterstützen und das Gewebe vor Schadstoffen schützen (Beeckman et al., 2015; Beeckman et al., 2016; Fletcher et al., 2020). Beeckman et al. (2016) stellten fest, dass zur Prävention und Therapie dieselben Produkte zum Einsatz kommen und sich Prävention und Therapie daher ähneln. Eine weitere Intervention stellt die Anwendung von

topischen Antibiotika und Antimykotika dar; diese Anwendung kann als weitere Kernintervention in der Therapie von IAD angesehen werden. Die Evidenz bezüglich der Verwendung von speziellen Hautreinigungs-, Feuchtigkeits- und Hautschutzprodukten ist gering. Die Autor\*innen kommen jedoch zum Schluss, dass die Verwendung von pH-neutralen, hypoallergen, transparenten und/oder leicht entfernbaren Produkten besser für die Integrität der Haut ist als keine Verwendung solcher Produkte (Beeckman et al., 2015; Beeckman et al., 2016).

Von den Kerninterventionen können weitere Maßnahmen zur Prävention und Therapie abgeleitet werden. Eine weitere Maßnahme zur Prävention von IAD ist das Anwenden einer einheitlichen Vorsorgestrategie für IAD laut Guidelines. Sobald eine Form von Inkontinenz vorliegt, unabhängig von weiteren IAD-Risikofaktoren, sollte eine einheitliche Vorsorgestrategie implementiert werden. Diese Strategie sollte folgende Punkte beinhalten: eine tägliche Hautkontrolle bzw. nach jeder Inkontinenzepisode, eine hautschonende Reinigung einmal täglich bzw. nach jeder Inkontinenzepisode, sowie die Anwendung von hautpflegenden Produkten und Hautschutzprodukten (Beeckman et al., 2015). Zur Einschätzung von IAD sollte ein valides Instrument eingesetzt werden, um international die Prävalenz und Inzidenz von IAD besser darstellen zu können (Banharak et al., 2021; Beeckman et al., 2015; Fletcher et al., 2020). Ein solches Instrument ist beispielsweise das zuvor beschriebene GLOBIAD-Instrument (Beeckman et al., 2018).

Idealerweise werden zur Prävention und Therapie evidenzbasierte Leitlinien herangezogen wie die Best-Practice-Guideline von Fletcher et al. (2020). Die Anwendung solcher Leitlinien wird zudem durch Gesetze, wie dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) § 14(2) Punkt 12, vorgegeben.

### **1.3.2. Gesetzliche Rahmenbedingungen für die Pflege in der D-A-CH-Region**

Laut dem Ethikkodex des International Council of Nurses (2021) soll Pflege innerhalb der individuellen Kompetenzen sowie innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen arbeiten. Daher lassen sich pflegerische Maßnahmen sowohl von den Ausbildungsinhalten als auch den gesetzlich geregelten Kompetenzen ableiten.

In der D-A-CH-Region sind die Ausbildungsinhalte für Pflegefachpersonen zu einem großen Maß durch die Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen vereinheitlicht. Das Ziel dieser Richtlinie ist es, einen freien Dienstleistungsverkehr innerhalb der Europäischen Union, kurz EU, gewährleisten zu können. Unterschiede zwischen den Ländern gibt es in der Form der Ausbildung. In Deutschland ist es möglich durch ein Studium oder eine außeruniversitäre Ausbildung Pflegefachperson zu werden (BMFSFJ, 2020). In Österreich ist die außeruniversitäre Ausbildung zum Gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege ein Auslaufmodell und wird in die tertiäre Ausbildungsebene an die Fachhochschulen übergeleitet (Landesrechnungshof Steiermark, 2022). In der Schweiz ist die Ausbildung zur Pflegefachperson ausschließlich auf tertiärer Ebene möglich. Hier kann die Ausbildung an einer Fachhochschule oder Höheren Fachschule absolviert werden (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI, n.d.).

Wie in der Ausbildung gibt es in der D-A-CH-Region ebenfalls Ähnlichkeiten im gesetzlichen Rahmen der Pflegekompetenzen. In allen Ländern dieser Region sind Pflegefachpersonen für den Pflegeprozess verantwortlich. Diesen sollen sie konzeptorientiert umsetzen. Pflegefachpersonen erheben den Pflegebedarf, planen Ziele und geeignete Maßnahmen, setzen diese um und evaluieren den Erfolg des Pflegeprozesses. In allen drei Ländern ist Pflege für die Prävention sowie die Unterstützung bei ärztlich angeordneter Diagnostik und Therapie mitverantwortlich, vgl. Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, BGBl. I Nr. 108/1997 idF. 108/2023; Pflegeberufegesetz vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) idF von 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) und Verordnung über die berufsspezifischen Kompetenzen für Gesundheitsberufe nach GesBG vom 13. Dezember 2019 idF vom 1. Februar 2020. Die im Kapitel 1.3.1 beschriebenen Maßnahmen sind in den vorhandenen Gesetzen der einzelnen Länder der D-A-CH-Region inbegriffen und stellen daher folglich pflegerische Maßnahmen dar.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Kompetenzen bilden die Grundlage für die Pflegepraxis in der D-A-CH-Region. Ein zentraler Aspekt in der Pflegepraxis ist das Wissen von Pflegepersonen über IAD, das entscheidend für die Versorgungsqualität ist.

## 1.4. Wissen über inkontinenz-assoziierte Dermatitis

Es gibt erst wenige Studien zum Thema Wissen über IAD (Barakat-Johnson et al., 2022b; Duarte et al., 2022; Knežević et al., 2023; Liu et al., 2023; Park et al., 2024; Şahin et al., 2019). In den vorhandenen Studien wurde gezeigt, dass das Wissen über IAD von Pflegepersonen unzureichend bis moderat war. In den Arbeiten von Barakat-Johnson et al. (2022b) und Şahin et al. (2019) wurden etwas mehr als 50 % der Fragen richtig beantwortet. In der Arbeit von Barakat-Johnson et al. (2022b) stellte sich heraus, dass Pflegepersonen vermehrt Schwierigkeiten in der Erkennung, Behandlung und Prävention von IAD hatten.

Insbesondere die Erkennung und Differenzierung von IAD scheint ein Problem in der Versorgung von Patient\*innen zu sein (Duarte et al., 2022). In diesem Bereich gibt es Arbeiten, die sich mit der Differenzierung von IAD und Dekubitus beschäftigen (Liu et al., 2023; Park et al., 2024). Sie zeigen, dass es Pflegepersonen schwer fällt, die Hautschädigungen IAD und Dekubitus voneinander zu unterscheiden. Ein Grund hierfür könnte sein, dass diese Gewebeschäden, vor allem in den Anfangsstadien, in der Lokalisation und ihrem Erscheinungsbild ähnlich aussehen können (Beeckman et al., 2015). Ein weiterer Grund könnten fehlende Fortbildungen sein. In der Studie von Liu et al. (2023) wurde festgestellt, dass die Anzahl an Fortbildungen von Pflegepersonen ein Einflussfaktor für die Unterscheidung von IAD und Dekubitus war.

Wissen über IAD von Pflegepersonen scheint einen direkten Einfluss auf die Versorgung von Patient\*innen zu haben, da diese Schwierigkeiten mit der Differenzierung von IAD und Dekubitus haben. Die Behandlung von IAD und Dekubitus unterscheidet sich jedoch, was eine adäquate Therapie verzögern kann (Beeckman et al., 2015; Fletcher et al., 2020).

Eine weitere Herausforderung bezüglich des Wissens von Pflegepersonen über IAD ist, dass es lediglich wenige psychometrisch geprüfte Erhebungsinstrumente gibt. Daher ist es schwer, die Ergebnisse der bereits durchgeführten Studien miteinander zu vergleichen (Barakat-Johnson et al., 2022b; Duarte et al., 2022; Knežević et al., 2023; Liu et al., 2023; Park et al., 2024; Şahin et al., 2019). Es gibt jedoch bereits psychometrisch evaluierte Wissensinstrumente (Barakat-Johnson et al., 2022a; Sokem et al., 2022). Eines der ersten validierten Wissensinstrumente ist das

KNOW-IAD von Barakat-Johnson et al. (2022a). Dieses wurde mit einem internationalen Forschungsteam in Australien erstellt, psychometrisch evaluiert und besteht aus 18 Fragen, die das Wissen von Pflegepersonen in drei Bereichen überprüfen. Durakovic et al. (2024) haben das KNOW-IAD-Wissensinstrument in das Deutsche übersetzt. Das Instrument fand jedoch bis jetzt keine Anwendung im deutschsprachigen Raum, weshalb diese Arbeit sich mit dem Wissen über IAD von Pflegepersonen in der D-A-CH-Region auseinandersetzt.

## **1.5. Fazit und Forschungsziel**

Inkontinenz tritt häufig auf und kann Komplikationen mit sich bringen. Eine dieser Komplikationen ist die IAD. Es ist eine Gewebeschädigung im perigenitalen und analen Bereich und kann die Lebensqualität der Betroffenen einschränken, sie ist jedoch vermeidbar. In Krankenhäusern, insbesondere auf Intensivstationen, ist die Inzidenzrate von IAD besonders hoch. Trotz vorhandener Best-Practice-Guidelines und evidenzbasierten Maßnahmen scheint international das Wissen von Pflegepersonen unzureichend zu sein. Durch die Darstellung des Wissens kann ein erster Einblick in die Situation im deutschsprachigen Raum gegeben werden. Durch diesen kann evaluiert werden, ob es Handlungsbedarf hinsichtlich des Wissens über IAD gibt. Für die D-A-CH-Region gibt es bis jetzt noch keine Studien, die sich mit dem Wissen von Pflegepersonen über IAD befassen haben. Durch den Vergleich der einzelnen Länder sollen mögliche Unterschiede aufgezeigt werden, um im Bereich IAD in den D-A-CH-Region voneinander lernen zu können.

Das Ziel dieser Arbeit ist es daher, einen ersten Einblick in das Wissen von Pflegepersonen über IAD in der D-A-CH-Region zu geben und mögliche Unterschiede darzustellen. Daraus ergeben sich folgende Forschungsfragen, die mit dieser Arbeit beantwortet werden sollen:

1. Wie ist das Wissen von Pflegepersonen in Krankenhäusern zum Thema inkontinenz-assoziiertes Dermatitis in der D-A-CH-Region?
2. Wie ist das Wissen von Pflegepersonen in Krankenhäusern zum Thema inkontinenz-assoziiertes Dermatitis im Vergleich zwischen unterschiedlichen demografischen Charakteristika (Geschlecht, Berufsqualifikation, Berufserfahrung, Fachbereich, Fort- und Weiterbildung, Zusatzqualifikationen, Kenntnis über GLOBIAD)?

## **2. Methode**

Um die Forschungsfragen zu beantworten wurde eine quantitative Methode gewählt. In den folgenden Abschnitten wird das methodische Vorgehen, der verwendete Fragebogen sowie das Vorgehen bei der Datenanalyse beschrieben.

### **2.1. Forschungsdesign**

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde eine deskriptiv vergleichende multizentrische Querschnittsstudie durchgeführt. Das Forschungsdesign der „deskriptiv vergleichenden multizentrischen Querschnittsstudie“ hat zum Ziel, Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen zwei oder mehreren Gruppen herauszuarbeiten (Gray und Grove, 2021). Studien im Querschnittsdesign sollen insbesondere die Ist-Situation widerspiegeln (Polit und Beck, 2021).

### **2.2. Population, Setting und Stichprobenziehung**

Die Zielpopulation der vorliegenden Arbeit stellen Pflegepersonen, unabhängig ihres höchsten Ausbildungsstands in der Pflege, aus der D-A-CH-Region, die in Krankenhäusern tätig sind und die deutsche Sprache mündlich und schriftlich beherrschen, dar.

Die Stichprobe wurde mittels Convenience Sampling (Gelegenheitsstichprobe) gezogen. Hierbei werden Personen zur Teilnahme gebeten, die für die Forschenden leicht zu erreichen sind (Gray und Grove, 2021; Polit und Beck, 2021). In der Literatur wird für diese Form des Sampling eine möglichst große Stichprobengröße empfohlen (Guo und Hussey, 2004). Neben dem herkömmlichen Convenience Sampling wurde eine weitere Form, das sog. Schneeball Sampling, herangezogen – hier sollen Teilnehmer\*Innen weitere geeignete Teilnehmer\*Innen rekrutieren (Polit und Beck, 2021). Zur Rekrutierung der Teilnehmer\*innen wurde der Link zur Online-Umfrage an mehrere Krankenhausverbände in der D-A-CH-Region verschickt, mit der Bitte, die Umfrage an das Pflegepersonal weiterzuleiten. In dieser E-Mail wurden die Teilnehmer\*innen ebenfalls gebeten, die Umfrage mit weiteren geeigneten Personen zu teilen. Ebenfalls wurde der Link zur Online-Umfrage in den Sozialen Medien geteilt, sowie an eine/n Expert\*in aus Deutschland weitergeleitet.

## **2.3. Datenerhebung**

Die Datenerhebung fand im Zeitraum vom 25. April 2024 bis zum 5. Juni 2024 statt und wurde online über die Plattform LimeSurvey (2024) durchgeführt. Die Teilnehmer\*innen erhielten hierfür einen Link durch ihren Krankenhausverband oder von Kolleg\*innen zugesandt, über den sie an der Erhebung teilnehmen konnten. Im Rahmen der Erhebung wurden folgende Hintergrundinformationen erhoben: Geschlecht, Erhebungsland, Geburtsjahr, höchster Abschluss in der Pflege, Arbeitsjahre in der Pflege, Fachbereich, Zusatzqualifikationen, Fortbildungen und Kenntnisse sowie Verwendung von GLOBIAD. Ebenfalls wurde das in das Deutsche übersetzte KNOW-IAD-Wissensinstrument von den Teilnehmer\*innen ausgefüllt.

## **2.4. Das deutsche KNOW-IAD-Wissensinstrument**

Die englische Originalversion des KNOW-IAD wurde von Barakat-Johnson et al. (2022a) in Australien entwickelt und psychometrisch evaluiert. Die englische Version hat gute psychometrische Eigenschaften mit einer guten inneren Konsistenz, gemessen anhand der Composite Reliabilität, und einer guten Inhaltsvalidität, gemessen anhand der Relevanz und Verständlichkeit der Fragen des Fragebogens. Der deutsche KNOW-IAD wurde von Durakovic et al. (2024) in das Deutsche übersetzt und kulturell adaptiert. Hierzu wurde das englische Instrument zuerst von zwei Personen in das Deutsche übersetzt, diese Übersetzung wurde anschließend von zwei weiteren Personen rückübersetzt. Anschließend wurde in einem Panel ein Konsens über eine erste Version getroffen. Diese Version wurde im Anschluss von 15 Pflegepersonen auf Verständlichkeit überprüft, das Feedback dieser Personen wurde im Panel diskutiert und in den fertigen Fragebogen integriert. Das deutsche KNOW-IAD-Wissensinstrument besteht aus 18 Fragen, die drei Domänen zugeordnet werden können: „Ätiologie und Risiko“ (sieben Fragen), „Klassifikation und Diagnostik“ (fünf Fragen) und „Prävention und Management“ (sechs Fragen). Diese können mit „Richtig“, „Falsch“ oder „Weiß nicht“ beantwortet werden. Maximal können 18 Punkte erreicht werden. Barakat-Johnson et al. (2022b) definierten in ihrer Arbeit ein Ergebnis mit mehr als 70 % richtig beantworteter Fragen als zufriedenstellend. Es müssen daher 13 oder mehr Fragen für ein zufriedenstellendes Ergebnis richtig beantwortet werden. Dieser Cut-Off-Wert wird in dieser Studie ebenfalls zur Ergebnisinterpretation herangezogen.

Der deutsche Fragebogen KNOW-IAD sowie die weiteren Fragen, die in dieser Umfrage gestellt wurden, sind im Anhang beigefügt.

## **2.5. Ethische Aspekte**

Ein positives Ethikvotum (EK-Nr.: 36-243 ex 23/24) wurde durch die Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz am 23. April 2024 erteilt. Teilnehmer\*innen wurden zu Beginn über den Zweck der Erhebung sowie die Anonymisierung der Daten informiert. Mit der Beantwortung der ersten Frage des Online-Fragebogens „Möchten Sie an der Erhebung teilnehmen?“ wurde durch die Teilnehmer\*innen eine informierte Zustimmung gegeben.

## **2.6. Datenanalyse und Darstellung**

Die Datenerhebung wurde mit dem Programm LimeSurvey (2024) durchgeführt. Die erhobenen Daten wurden anschließend mit dem Programm SPSS Statistics 29 von IBM Corp (2023) analysiert. Im ersten Schritt wurden die Daten auf Vollständigkeit überprüft und bereinigt. Anschließend wurden Variablen umcodiert, zusammengefasst und neue Variablen erstellt. Im zweiten Schritt wurde eine deskriptive Datenanalyse durchgeführt mit Häufigkeiten, prozentuellen Bestandteilen, sowie Median und Interquartilsbereichen (IQB). Zur Darstellung des Durchschnitts wurden der Median und IQB gewählt, da die analysierten Daten nicht normalverteilt waren. Aus diesem Grund wurden metrische Parameter mit Hilfe des Mann-Whitney-U-Test – bei zwei unabhängigen Stichproben – und dem Kruskal-Wallis-Test – bei mehr als zwei unabhängigen Stichproben – auf signifikante Unterschiede getestet. Für nominale Parameter mit mehr als zwei unabhängigen Stichproben wurde der Chi-Quadrat-Test zur Signifikanztestung eingesetzt. Lagen mehr als 20 % der erwartete Häufigkeiten unter 5, wurde der Fischer-Exakt-Test angewendet. Das Niveau für statistisch signifikante Unterschiede wurde auf  $p < 0,05$  festgelegt (du Prel et al., 2010). Zur Darstellung der insgesamt richtig beantworteten Fragen des KNOW-IAD-Fragebogens in Prozent bedingt durch demografische Charakteristika wurden neben Median und IQB ebenso Boxplots zur grafischen Veranschaulichung gewählt.

### 3. Ergebnisse

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der durchgeführten Datenerhebung dargestellt: beginnend mit den Charakteristika der Studienteilnehmer\*innen und anschließend die Ergebnisse bezüglich des Wissens über das Thema IAD, aufgeteilt auf den gesamten deutschsprachigen Raum, die einzelnen D-A-CH-Länder sowie die demografischen Charakteristika.

Insgesamt haben 828 (100 %) Personen an der Datenerhebung teilgenommen. Von diesen wurden 77 (9,3 %) Personen von der Analyse ausgeschlossen, da sie keine Frage beantwortet haben. 57 (6,9 %) Personen wollten nicht an der Analyse teilnehmen. Von 173 (20,9 %) Personen gab es keine vollständigen demografischen Daten und 84 (10,1 %) weitere Personen beantworteten nicht alle Fragen des KNOW-IAD-Fragebogens. Insgesamt wurden daher 437 (52,8 %) Personen in die Datenanalyse aufgenommen, vgl. hierzu Abbildung 2.

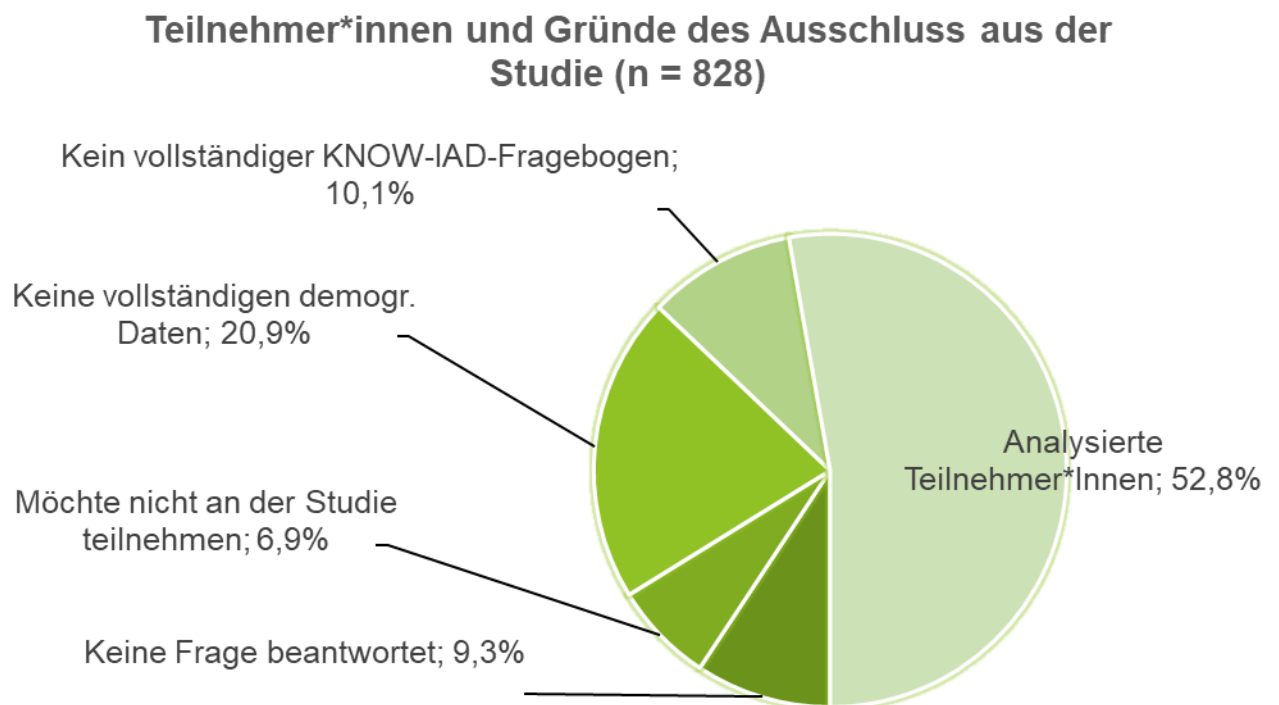


Abbildung 2. Teilnehmer\*innen und Gründe des Ausschlusses aus der Studie

### **3.1. Charakteristika der Stichprobe**

In den folgenden zwei Abschnitten werden die Charakteristika des gesamten Sample als auch des Samples aufgeteilt auf die D-A-CH-Länder dargestellt.

#### **3.1.1. Charakteristika des gesamten Sample**

Die Teilnehmer\*innen waren durchschnittlich 40 (31 - 50) Jahre alt. Zwei Personen wurden aus der Altersanalyse ausgeschlossen, da unplausible Werte vorlagen (n = 435). Von den 437 (100 %) Pflegepersonen kamen 333 (76,2 %) aus Österreich, 72 (16,5 %) aus Deutschland und 32 (7,3 %) aus der Schweiz. 359 (82,2 %) Pflegepersonen waren weiblich und 75 (17,2 %) waren männlich.

Von den 437 (100 %) Teilnehmer\*innen waren die Mehrheit (284 Personen; 65,0 %) Pflegefachpersonen ohne akademischen Abschluss (in den folgenden Tabellen als „Pflegefachperson“ bezeichnet). 69 (15,8 %) besaßen einen Bachelorabschluss in der Pflege. Die Mehrheit der Teilnehmer\*innen (286; 65,4 %) konnte mehr als zehn Jahre Berufserfahrung in der Pflege nachweisen. Ebenfalls arbeiteten 302 (69,1 %) Pflegepersonen 31 oder mehr Stunden pro Woche. 101 (23,1 %) Personen arbeiteten auf internistischen Stationen, 89 (20,4 %) auf chirurgischen Stationen und 87 (19,9 %) Personen machten keine Angabe zum Fachbereich.

209 (47,9 %) Pflegepersonen hatten in den letzten zwei Jahren eine oder mehrere IAD relevante Fortbildung(en) (Wundmanagement, Inkontinenz, IAD und/oder Geriatrie) besucht. Eine Person wurde aus der Analyse zur Fortbildung ausgeschlossen, da unplausible Werte vorlagen (n = 436). Von den 437 (100 %) Teilnehmer\*innen besaßen 383 (87,6 %) keine der genannten Zusatzqualifikationen („Wundmanagement“ und/oder „Kontinenz- und Stomaberatung“).

365 (83,5 %) der Pflegepersonen kannten das GLOBIAD-Instrument nicht. Bei 33 (7,6 %) Personen wurde es in der Einrichtung verwendet. 26 (5,9 %) der Teilnehmer\*innen nutzten das GLOBIAD-Instrument in ihrer täglichen pflegerischen Praxis. In Tabelle 1. sind die Charakteristika für das gesamte Sample im Detail dargestellt.

*Tabelle 1. Sample Charakteristika (n = 437)*

Durchschnittliches Alter in Jahren Median (IQB) <sup>1</sup>	40 (31 - 50)
<b>Herkunftsland</b>	<b>n (%)</b>
Österreich	333 (76,2)
Deutschland	72 (16,5)
Schweiz	32 (7,3)
<b>Geschlecht</b>	
weiblich	359 (82,2)
männlich	75 (17,2)
divers	3 (0,7)
<b>Berufsqualifikation</b>	
Pflegerischer Hilfsberuf	33 (7,6)
Pflegefachperson	284 (65,0)
Bachelor in der Pflege	69 (15,8)
Master oder Doktorat in der Pflege	51 (11,7)
<b>Berufserfahrung</b>	
unter 5 Jahre	59 (13,5)
5 - 10 Jahre	92 (21,1)
mehr als 10 Jahre	286 (65,4)
<b>Arbeitszeit</b>	
≤ 10 Stunden/Woche	10 (2,3)
11 - 20 Stunden/Woche	35 (8,0)
21 - 30 Stunden/Woche	90 (20,6)
≥ 31 Stunden/Woche	302 (69,1)
<b>Fachbereich</b>	
Innere Medizin	101 (23,1)
Chirurgie	89 (20,4)
Intensivstation	70 (16,0)
Geriatric	22 (5,0)
Sonstiges	68 (15,6)
Keine Angabe <sup>2</sup>	87 (19,9)
<b>Fortbildung <sup>3</sup></b>	
Keine relevante Fortbildung	227 (52,1)
Eine relevante Fortbildung	120 (27,5)
Zwei oder mehr relevante Fortbildungen	89 (20,4)
<b>Zusatzqualifikation</b>	
Wundmanagement	35 (8,0)
Kontinenz- und Stomaberatung	14 (3,2)
beide Zusatzqualifikationen	5 (1,1)
keine der genannten	383 (87,6)
<b>Kennt GLOBIAD</b>	<b>n (%)</b>
Ja	72 (16,5)
Nein	365 (83,5)

<sup>1</sup> n = 435; <sup>2</sup> Diese Personen haben zu dieser Frage keine Angaben gemacht; <sup>3</sup> n = 436

*Fortsetzung von Tabelle 1. Sample Charakteristika*

Einrichtung verwendet GLOBIAD	n (%)
Ja	33 (7,6)
Nein	201 (46,0)
Ich weiß es nicht	203 (46,5)
Verwendet GLOBIAD in der täglichen pflegerischen Praxis	
Ja	26 (5,9)
Nein	411 (94,1)

<sup>1</sup> n = 435; <sup>2</sup> Diese Personen haben zu dieser Frage keine Angaben gemacht;

<sup>3</sup> n = 436

### **3.1.2. Charakteristika der einzelnen D-A-CH-Länder**

Für das österreichische Sample mussten Personen aus der Analyse aufgrund von unplausiblen Werten ausgeschlossen werden – dies galt für die Charakteristika durchschnittliches Alter (n = 331) und Fortbildung (n = 332).

Es gab statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Ländern in der Verteilung der Berufsqualifikation ( $p < 0,001$ ). Pflegepersonen aus der Schweiz absolvierten häufiger einen Bachelor (40,6 %) bzw. einen Master- oder Doktoratstitel (31,3 %) als in Österreich (Bachelor: 11,4 %; Master oder Doktorat: 9,0 %) oder Deutschland (Bachelor: 25,0 %; Master oder Doktorat: 15,3 %). Personen aus Deutschland kannten das GLOBIAD-Instrument (37,5 %) statistisch signifikant häufiger als Personen aus Österreich (12,3 %) oder der Schweiz (12,5 %) ( $p < 0,001$ ). Ebenfalls gab es statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Ländern in der Verteilung der Zusatzqualifikationen ( $p = 0,003$ ). Pflegepersonen aus der Schweiz besaßen häufiger die Zusatzqualifikation Kontinenz- und Stomaberatung (12,5 %) als in Österreich (3,0 %) oder Deutschland (0,0 %). Gleichzeitig hatten Personen aus Deutschland häufiger die Zusatzqualifikation Wundmanagement (18,1 %) als Personen aus Österreich (6,3 %) oder der Schweiz (3,1 %).

Des Weiteren gab es statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Ländern hinsichtlich der Charakteristika: Fachbereich ( $p = 0,004$ ), ob die Einrichtung das GLOBIAD-Instrument verwendet ( $p < 0,001$ ) und ob das GLOBIAD-Instrument in der täglichen pflegerischen Praxis verwendet wird ( $< 0,001$ ). Die genaue Verteilung der Charakteristika des Sample zwischen den Ländern Österreich, Deutschland und der Schweiz ist in Tabelle 2. dargestellt.

Tabelle 2. Sample Charakteristika für Österreich, Deutschland und die Schweiz

	Österreich (n = 333)	Deutschland (n = 72)	Schweiz (n = 32)
Durchschnittliches Alter in Jahren Median (IQB) (p = 0,680) <sup>1</sup>	40 (32 - 50)	37 (31 - 51)	36 (31 - 46)
<b>Geschlecht (p = 0,461)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
weiblich	275 (82,6)	26 (81,3)	58 (80,6)
männlich	56 (16,8)	5 (15,6)	14 (19,4)
divers	2 (0,6)	1 (3,1)	0 (0,0)
<b>Berufsqualifikation (p &lt; 0,001)</b>			
Pflegerischer Hilfsberuf	29 (8,7)	2 (2,8)	2 (6,3)
Pflegefachperson	236 (70,9)	41 (56,9)	7 (21,9)
Bachelor in der Pflege	38 (11,4)	18 (25,0)	13 (40,6)
Master oder Doktorat in der Pflege	30 (9,0)	11 (15,3)	10 (31,3)
<b>Berufserfahrung (p = 0,555)</b>			
unter 5 Jahre	48 (14,4)	7 (9,7)	4 (12,5)
5 - 10 Jahre	65 (19,5)	20 (27,8)	7 (21,9)
mehr als 10 Jahre	220 (66,1)	45 (62,5)	21 (65,6)
<b>Arbeitszeit (p = 0,111)</b>			
≤ 10 Stunden/Woche	4 (1,2)	3 (4,2)	3 (9,4)
11 - 20 Stunden/Woche	27 (8,1)	6 (8,3)	2 (6,3)
21 - 30 Stunden/Woche	66 (19,8)	17 (23,6)	7 (21,9)
≥ 31 Stunden/Woche	236 (70,9)	46 (63,9)	20 (62,5)
<b>Fachbereich (p = 0,004)</b>			
Innere Medizin	79 (23,7)	9 (12,5)	13 (40,6)
Chirurgie	66 (19,8)	13 (18,1)	10 (31,3)
Intensivstation	52 (15,6)	17 (23,6)	1 (3,1)
Geriatric	21 (6,3)	0 (0,0)	1 (3,1)
Sonstiges	52 (15,6)	12 (16,7)	4 (12,5)
Keine Angabe <sup>2</sup>	63 (18,9)	21 (29,2)	3 (9,4)
<b>Fortbildung (p = 0,050) <sup>3</sup></b>			
Keine relevante Fortbildung	179 (53,9)	29 (40,3)	19 (59,4)
Eine relevante Fortbildung	82 (24,7)	30 (41,7)	8 (25,0)
Zwei oder mehr relevante Fortbildungen	71 (21,4)	13 (18,1)	5 (15,6)
<b>Zusatzqualifikation (p = 0,003)</b>			
Wundmanagement	21 (6,3)	13 (18,1)	1 (3,1)
Kontinenz- und Stomaberatung	10 (3,0)	0 (0,0)	4 (12,5)
beide Zusatzqualifikationen	4 (1,2)	1 (1,4)	0 (0,0)
keine der genannten	298 (89,5)	58 (80,6)	27 (84,4)
<b>Kennt GLOBIAD (p &lt; 0,001)</b>			
Ja	41 (12,3)	27 (37,5)	4 (12,5)
Nein	292 (87,7)	45 (62,5)	28 (87,5)

<sup>1</sup> n für Österreich = 331; <sup>2</sup> Diese Personen haben zu dieser Frage keine Angaben gemacht;

<sup>3</sup> n für Österreich = 332

Fortsetzung von Tabelle 2. Charakteristika für Österreich, Deutschland und die Schweiz

	Österreich (n = 333)	Deutschland (n = 72)	Schweiz (n = 32)
Einrichtung verwendet GLOBIAD (p < 0,001)	n (%)	n (%)	n (%)
Ja	12 (3,6)	20 (27,8)	1 (3,1)
Nein	174 (52,3)	13 (18,1)	14 (43,8)
Ich weiß es nicht	147 (44,1)	39 (54,2)	17 (53,1)
Verwendet GLOBIAD in der täglichen pflegerischen Praxis (p < 0,001)			
Ja	10 (3,0)	16 (22,2)	0 (0,0)
Nein	323 (97,0)	56 (77,8)	32 (100,0)

<sup>1</sup> n für Österreich = 331; <sup>2</sup> Diese Personen haben zu dieser Frage keine Angaben gemacht;

<sup>3</sup> n für Österreich = 332

### 3.2. Wissen über inkontinenz-assoziierte Dermatitis

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse über das Wissen zu IAD von den befragten Pflegepersonen in der gesamte D-A-CH-Region dargestellt. In Tabelle 4 werden die Fragen des KNOW-IAD ausgeschrieben, in den darauffolgenden Tabellen findet eine Abkürzung mit KNOW-IAD-Frage 1 bis 18 statt. Der Fragebogen mit den dazugehörigen Abbildungen befindet sich im Anhang.

Durchschnittlich haben die teilnehmenden Pflegepersonen 66,7 % (55,6 % - 72,2 %) der 18 KNOW-IAD-Fragen richtig beantwortet. In der Domäne Ätiologie und Risiko waren es durchschnittlich 71,4 % (57,1 % - 71,4 %) der sieben Fragen. In der Domäne Klassifikation und Diagnostik wurden durchschnittlich 60 % (40 % - 60 %) der fünf Fragen richtig beantwortet. In der Domäne Prävention und Management waren es durchschnittlich 66,7 % (66,7 % - 83,3 %) der sechs Fragen. Tabelle 3. stellt die durchschnittlich richtig beantworteten Fragen für den gesamten KNOW-IAD und seine drei Domänen in Prozent dar. Wird der Cut-Off-Wert von 70 % zur Interpretation des Wissens herangezogen, konnte dieser lediglich in der Domäne Ätiologie und Risiko überschritten werden. Die anderen Domänen sowie das Gesamtergebnis sind als unzureichend zu bewerten.

Tabelle 3. KNOW-IAD-Ergebnisse in Prozent für das gesamte Sample (n = 437)

% richtig beantwortet Domänen	Median (IQB) in %
Ätiologie und Risiko (7 Fragen)	71,4 (57,1 - 71,4)
Klassifikation und Diagnose (5 Fragen)	60,0 (40,0 - 60,0)
Prävention und Management (6 Fragen)	66,7 (66,7 - 83,3)
<b>% richtig beantwortet KNOW-IAD (18 Fragen)</b>	<b>66,7 (55,6 - 72,2)</b>

Fragen, die häufig korrekt beantwortet wurden, waren: „Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD) ist eine Hautschädigung, welche mit Urin und/oder Stuhl in Zusammenhang steht und über den perianalen Bereich hinausreicht.“ (92,9 %), „Eine eingeschränkte Mobilität und Unterstützungsbedarf der Körperpflege sind Risikofaktoren für die Entwicklung einer IAD.“ (88,1 %) und „Inkontinenzhosen („Windeln“) sollten zur Prävention von IAD getragen werden, auch wenn die Inkontinenz unregelmäßig auftritt.“ (84,4 %).

Fragen, die häufig falsch beantwortet wurden, waren: „Personen, die unter Inkontinenz leiden, sollten während eines Krankenhausaufenthaltes alle 48 Stunden einer Hautkontrolle unterzogen werden.“ (51,5 %), „Dieses Bild kann als IAD der Kategorie 1B (anhaltende Rötung mit klinischen Zeichen einer Infektion) nach GLOBIAD klassifiziert werden.“ (48,3 %) und „Das Verwenden von Wasser und Seife mit einem Waschlappen ist effektiv in der Prävention von Hautinfektionen, welche mit IAD in Zusammenhang stehen.“ (40,3 %).

Fragen, die häufig mit „Weiß nicht“ beantwortet wurden, waren: „Eine IAD kann nicht verhindert werden, wenn eine Person an einer plötzlichen schweren Inkontinenz leidet.“ (91,8 %), „Dieses Bild kann als IAD der Kategorie 2A (Hautablösung ohne klinische Zeichen einer Infektion) nach GLOBIAD klassifiziert werden.“ (38,0 %) und „Dieses Bild kann als IAD der Kategorie 1B (anhaltende Rötung mit klinischen Zeichen einer Infektion) nach GLOBIAD klassifiziert werden“ (35,5 %). Tabelle 4. zeigt die Verteilung der Antworten für alle 18 Fragen des KNOW-IAD.

Tabelle 4. Verteilung der Antworten für die einzelnen KNOW-IAD-Fragen des gesamten Sample (n = 437)

KNOW-IAD Fragen	Richtig beantwortet (%)	Falsch beantwortet (%)	Weiß es nicht (%)
1. Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD) ist eine Hautschädigung, welche mit Urin und/oder Stuhl in Zusammenhang steht und über den perianalen Bereich hinausreicht.	406 (92,9)	23 (5,3)	8 (1,8)
2. Eine IAD kann nicht verhindert werden, wenn eine Person an einer plötzlichen schweren Inkontinenz leidet.	18 (4,1)	18 (4,1)	401 (91,8)
3. Das Verwenden von Wasser und handelsüblicher Seife zur Hautreinigung nach Inkontinenzereignis senkt den pH-Wert der Haut und reduziert dadurch das Risiko für die Entwicklung einer IAD.	201 (46,0)	173 (39,6)	63 (14,4)
4. Eine eingeschränkte Mobilität und Unterstützungsbedarf der Körperpflege sind Risikofaktoren für die Entwicklung einer IAD.	385 (88,1)	44 (10,1)	8 (1,8)
5. IAD ist ein Risikofaktor für die Entwicklung eines Dekubitus Kategorie 2 oder höher.	337 (77,1)	65 (14,9)	35 (8,0)
6. Eine dick aufgetragene Zinksalbe in Kombination mit einer absorbierenden Inkontinenzeinlage reduziert das Risiko für eine IAD bei Personen mit Inkontinenz.	311 (71,2)	77 (17,6)	49 (11,2)
7. Weniger als 1% der Personen in geriatrischen Einrichtungen im deutschsprachigen Raum sind von einer IAD betroffen.	319 (73,0)	11 (2,5)	107 (24,5)
8. Personen, die unter Inkontinenz leiden, sollten während eines Krankenhausaufenthaltes alle 48 Stunden einer Hautkontrolle unterzogen werden.	203 (46,5)	225 (51,5)	9 (2,1)
9. Dieses Bild kann als IAD der Kategorie 1B (anhaltende Rötung mit klinischen Zeichen einer Infektion) nach GLOBIAD klassifiziert werden.	71 (16,2)	211 (48,3)	155 (35,5)
10. Candidiasis (Soor) ist eine der häufigsten sekundären Infektionen im Zusammenhang mit IAD.	345 (78,9)	21 (4,8)	71 (16,2)
11. In über 60 % der beobachteten Fälle wird IAD fälschlicherweise als Dekubitus diagnostiziert und umgekehrt.	335 (76,7)	21 (4,8)	81 (18,5)
12. Dieses Bild zeigt einen Dekubitus Kategorie 2 nach EPUAP.	319 (73,0)	60 (13,7)	58 (13,3)
13. Inkontinenzhosen („Windeln“) sollten zur Prävention von IAD getragen werden, auch wenn die Inkontinenz unregelmäßig auftritt.	369 (84,4)	39 (8,9)	29 (6,6)
14. In einigen Fällen ist es nicht möglich, IAD und Dekubitus voneinander zu unterscheiden, bis ein Therapieschema für 3 bis 5 Tage angewendet wurde und die Reaktion auf die Behandlung beobachtet werden konnte.	194 (44,4)	136 (31,1)	107 (24,5)
15. Dieses Bild kann als IAD der Kategorie 2A (Hautablösung ohne klinische Zeichen einer Infektion) nach GLOBIAD klassifiziert werden.	201 (46,0)	70 (16,0)	166 (38,0)
16. Das Verwenden von Wasser und Seife mit einem Waschlappen ist effektiv in der Prävention von Hautinfektionen, welche mit IAD in Zusammenhang stehen.	204 (46,7)	176 (40,3)	57 (13,0)
17. Die Prävention von IAD sollte nur bei Personen, die häufig flüssigem Stuhl haben, durchgeführt werden.	400 (91,5)	25 (5,7)	12 (2,7)
18. Die Behandlung der IAD in diesem Bild sollte folgendes beinhalten: ...	335 (76,7)	43 (9,8)	59 (13,5)

### 3.3. Wissen über IAD in den D-A-CH-Ländern

In den folgenden Absätzen werden die Ergebnisse der D-A-CH-Länder dargestellt.

#### 3.3.1. Österreich

Durchschnittlich haben die Teilnehmer\*innen aus Österreich 66,7 % (55,6 % - 72,2 %) der 18 KNOW-IAD-Fragen richtig beantwortet. In der Domäne Ätiologie und Risiko waren es durchschnittlich 71,4 % (57,1 % - 71,4 %) der sieben Fragen. In der Domäne Klassifikation und Diagnostik wurden durchschnittlich 60,0 % (40,0 % - 60,0 %) der fünf Fragen richtig beantwortet und in der Domäne Prävention und Management waren es durchschnittlich 66,7 % (66,7 % - 83,3 %) der sechs Fragen. Tabelle 5. listet die Verteilung der Antworten für die einzelnen KNOW-IAD-Fragen sowie die prozentual richtig beantworteten Fragen für die drei Domänen und den gesamten KNOW-IAD-Fragebogen auf.

*Tabelle 5. KNOW-IAD Ergebnisse für Österreich (n = 333)*

Know-IAD-Fragen	Richtig beantwortet n (%)	Falsch beantwortet n (%)	Weiß es nicht n (%)
KNOW-IAD Frage 1	309 (92,8)	17 (5,1)	7 (2,1)
KNOW-IAD Frage 2	16 (4,8)	12 (3,6)	305 (91,6)
KNOW-IAD Frage 3	149 (44,7)	132 (39,6)	52 (15,6)
KNOW-IAD Frage 4	290 (87,1)	36 (10,8)	5 (2,1)
KNOW-IAD Frage 5	254 (76,3)	50 (15,0)	29 (8,7)
KNOW-IAD Frage 6	244 (73,3)	55 (16,5)	34 (10,2)
KNOW-IAD Frage 7	242 (72,7)	10 (3,0)	81 (24,3)
KNOW-IAD Frage 8	151 (45,3)	175 (52,6)	7 (2,1)
KNOW-IAD Frage 9	45 (13,5)	165 (49,5)	123 (36,9)
KNOW-IAD Frage 10	265 (79,6)	11 (3,3)	57 (17,1)
KNOW-IAD Frage 11	250 (75,1)	18 (5,4)	65 (19,5)
KNOW-IAD Frage 12	247 (74,2)	44 (13,2)	42 (12,6)
KNOW-IAD Frage 13	289 (86,8)	25 (7,5)	19 (5,7)
KNOW-IAD Frage 14	151 (45,3)	97 (29,1)	85 (25,5)
KNOW-IAD Frage 15	150 (45,3)	97 (29,1)	85 (25,5)
KNOW-IAD Frage 16	149 (44,7)	140 (42,0)	44 (13,2)
KNOW-IAD Frage 17	298 (89,5)	24 (7,2)	11 (3,3)
KNOW-IAD Frage 18	257 (77,2)	30 (9,0)	46 (13,9)
<b>% richtig beantwortet Fragen je Domäne</b>			
		Median (IQB) in %	
Ätiologie und Risiko (7 Fragen)		71,4 (57,1 - 71,4)	
Klassifikation und Diagnose (5 Fragen)		60,0 (40,0 - 60,0)	
Prävention und Management (6 Fragen)		66,7 (66,7 - 83,3)	
<b>% richtig beantwortete KNOW-IAD-Fragen (18 Fragen)</b>		<b>66,7 (55,6 - 72,2)</b>	

### 3.3.2. Deutschland

Durchschnittlich haben die Teilnehmer\*innen aus Deutschland 63,9 % (55,6 % - 72,2 %) der 18 KNOW-IAD-Fragen richtig beantwortet. In der Domäne Ätiologie und Risiko wurden durchschnittlich 71,4 % (57,1 % - 85,7 %) der sieben Fragen richtig beantwortet, in der Domäne Klassifikation und Diagnostik waren es durchschnittlich 60,0 % (40,0 % – 80,0 %) der fünf Fragen. In der Domäne Prävention und Management wurden von den deutschen Pflegepersonen durchschnittlich 66,7 % (50,0 % - 83,3 %) der sechs Fragen richtig beantwortet. Tabelle 6. listet die Verteilung der Antworten für die einzelnen KNOW-IAD-Fragen sowie die prozentual richtig beantworteten Fragen für die drei Domänen und den gesamten KNOW-IAD-Fragebogen auf.

Tabelle 6. KNOW-IAD Ergebnisse für Deutschland (n = 72)

Know-IAD-Fragen	Richtig beantwortet n (%)	Falsch beantwortet n (%)	Weiß es nicht n (%)
KNOW-IAD Frage 1	66 (91,7)	5 (6,9)	1 (1,4)
KNOW-IAD Frage 2	2 (2,8)	4 (5,6)	66 (91,7)
KNOW-IAD Frage 3	34 (47,2)	30 (41,7)	8 (11,1)
KNOW-IAD Frage 4	67 (93,1)	4 (5,6)	1 (1,4)
KNOW-IAD Frage 5	57 (79,2)	10 (13,9)	5 (6,9)
KNOW-IAD Frage 6	48 (66,7)	13 (18,1)	11 (15,3)
KNOW-IAD Frage 7	53 (73,6)	1 (1,4)	18 (25,0)
KNOW-IAD Frage 8	33 (45,8)	37 (51,4)	2 (2,8)
KNOW-IAD Frage 9	21 (29,2)	33 (45,8)	18 (25,0)
KNOW-IAD Frage 10	55 (76,4)	8 (11,1)	9 (12,5)
KNOW-IAD Frage 11	62 (86,1)	2 (2,8)	8 (11,1)
KNOW-IAD Frage 12	51 (70,8)	12 (16,7)	9 (12,5)
KNOW-IAD Frage 13	54 (75,0)	10 (13,9)	8 (11,1)
KNOW-IAD Frage 14	29 (40,3)	29 (40,3)	14 (19,4)
KNOW-IAD Frage 15	38 (52,8)	14 (19,4)	20 (27,8)
KNOW-IAD Frage 16	35 (48,6)	25 (34,7)	12 (16,7)
KNOW-IAD Frage 17	70 (97,2)	1 (1,4)	1 (1,4)
KNOW-IAD Frage 18	56 (77,8)	8 (11,1)	8 (11,1)
<b>% richtig beantwortet Fragen je Domäne</b>			
		Median (IQB) in %	
Ätiologie und Risiko (7 Fragen)		71,4 (57,1 - 85,7)	
Klassifikation und Diagnose (5 Fragen)		60,0 (40,0 - 80,0)	
Prävention und Management (6 Fragen)		66,7 (50,0 - 83,3)	
<b>% richtig beantwortete KNOW-IAD-Fragen (18 Fragen)</b>		<b>63,9 (55,6 - 72,2)</b>	

### 3.3.3. Schweiz

Durchschnittlich haben die Teilnehmer\*innen aus der Schweiz 66,7 % (58,3 % - 66,7 %) der 18 KNOW-IAD-Fragen richtig beantwortet. In der Domäne Ätiologie und Risiko wurden durchschnittlich 71,4 % (57,1 % - 71,4 %) der sieben Fragen richtig beantwortet. In der Domäne Klassifikation und Diagnostik waren es durchschnittlich 40,0 % (40,0 % – 60,0 %) der fünf Fragen und in der Domäne Prävention und Management durchschnittlich 66,7 % (66,7 % - 83,3 %) der sechs Fragen. Tabelle 7. listet die Verteilung der Antworten für die einzelnen KNOW-IAD-Fragen sowie die prozentual richtig beantworteten Fragen für die drei Domänen und den gesamten KNOW-IAD-Fragebogen auf.

*Tabelle 7. KNOW-IAD-Ergebnisse für die Schweiz (n = 32)*

Know-IAD-Fragen	Richtig beantwortet n (%)	Falsch beantwortet n (%)	Weiß es nicht n (%)
KNOW-IAD Frage 1	31 (96,9)	1 (3,1)	0 (0,0)
KNOW-IAD Frage 2	0 (0,0)	2 (6,3)	30 (93,8)
KNOW-IAD Frage 3	18 (56,3)	11 (34,4)	3 (9,4)
KNOW-IAD Frage 4	28 (87,5)	4 (12,5)	0 (0,0)
KNOW-IAD Frage 5	26 (81,3)	5 (15,6)	1 (3,1)
KNOW-IAD Frage 6	19 (59,4)	9 (28,1)	4 (12,5)
KNOW-IAD Frage 7	24 (75,0)	0 (0,0)	8 (25,0)
KNOW-IAD Frage 8	19 (59,4)	13 (40,6)	0 (0,0)
KNOW-IAD Frage 9	5 (15,6)	13 (40,6)	14 (43,8)
KNOW-IAD Frage 10	25 (78,1)	2 (6,3)	5 (15,6)
KNOW-IAD Frage 11	23 (71,9)	1 (3,1)	8 (25,0)
KNOW-IAD Frage 12	21 (65,6)	4 (12,5)	7 (21,9)
KNOW-IAD Frage 13	26 (81,3)	4 (12,5)	2 (6,3)
KNOW-IAD Frage 14	14 (43,8)	10 (31,3)	8 (25,0)
KNOW-IAD Frage 15	13 (40,6)	6 (18,8)	13 (40,6)
KNOW-IAD Frage 16	20 (62,5)	11 (34,4)	1 (3,1)
KNOW-IAD Frage 17	32 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
KNOW-IAD Frage 18	22 (68,8)	5 (15,6)	5 (15,6)
<b>% richtig beantwortet Fragen je Domäne</b>			
		Median (IQB) in %	
Ätiologie und Risiko (7 Fragen)		71,4 (57,1 - 71,4)	
Klassifikation und Diagnose (5 Fragen)		40,0 (40,0 - 60,0)	
Prävention und Management (6 Fragen)		66,7 (66,7 - 83,3)	
<b>% richtig beantwortete KNOW-IAD-Fragen (18 Fragen)</b>		<b>66,7 (58,3 - 66,7)</b>	

### 3.4. Wissen über IAD bedingt durch demografische Charakteristika

In den folgenden Abschnitten wird das Wissen über IAD bedingt durch demografische Variablen dargestellt. Hierzu werden stets die prozentual richtig beantworteten Fragen der jeweiligen Gruppen für die drei KNOW-IAD-Domänen sowie die gesamt richtig beantworteten KNOW-IAD-Fragen dargestellt.

#### 3.4.1. Geschlecht

In der Domäne Prävention und Management beantworteten weibliche Pflegepersonen (n = 359) durchschnittlich 66,7 % (IQB: 55,6 % - 72,2 %) der Fragen richtig. Männliche Pflegepersonen (n = 75) beantworteten durchschnittlich 61,1 % (IQB: 55,6 % - 72,2 %) der Fragen in dieser Domäne richtig. Es gibt einen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern in der Domäne Prävention und Management ( $p < 0,001$ ).

Im gesamten Fragebogen beantworteten weibliche Pflegepersonen (n = 359) 66,7 % (IQB: 55,6 % - 72,2 %) der Fragen richtig, bei den männlichen Pflegepersonen (n = 75) waren es 61,1 % (IQB: 55,6 % - 72,2 %). Keine der Geschlechtergruppen konnte den Cut-Off-Wert von 70 % erreichen. Daher liegt bei keiner Geschlechtergruppe ein ausreichendes Wissen bezüglich IAD vor. Die gesamten Analyseergebnisse können aus Tabelle 8. und Abbildung 3. entnommen werden.

*Tabelle 8. KNOW-IAD-Wissen je Domäne bedingt durch das Geschlecht*

Domäne	Geschlecht	Median (IQB) in %	p-Wert
Ätiologie und Risiko	Weiblich (n = 359)	71,4 (57,1 - 71,4)	0,063
	Männlich (n = 75)	71,4 (57,1 - 85,7)	
	Divers (n = 3)	42,9 (42,9 - 71,4)	
Klassifikation und Diagnostik	Weiblich (n = 359)	60,0 (40,0 - 60,0)	0,791
	Männlich (n = 75)	60,0 (40,0 - 60,0)	
	Divers (n = 3)	60,0 (40,0 - 60,0)	
Prävention und Management *	Weiblich (n = 359)	66,7 (55,6 - 72,2)	< 0,001
	Männlich (n = 75)	61,1 (55,6 - 72,2)	
	Divers (n = 3)	55,6 (50,0 - 61,1)	
Gesamt richtig beantwortete Fragen	Weiblich (n = 359)	66,7 (55,6 - 72,2)	0,174
	Männlich (n = 75)	61,1 (55,6 - 72,2)	
	Divers (n = 3)	55,6 (50,0 - 61,1)	

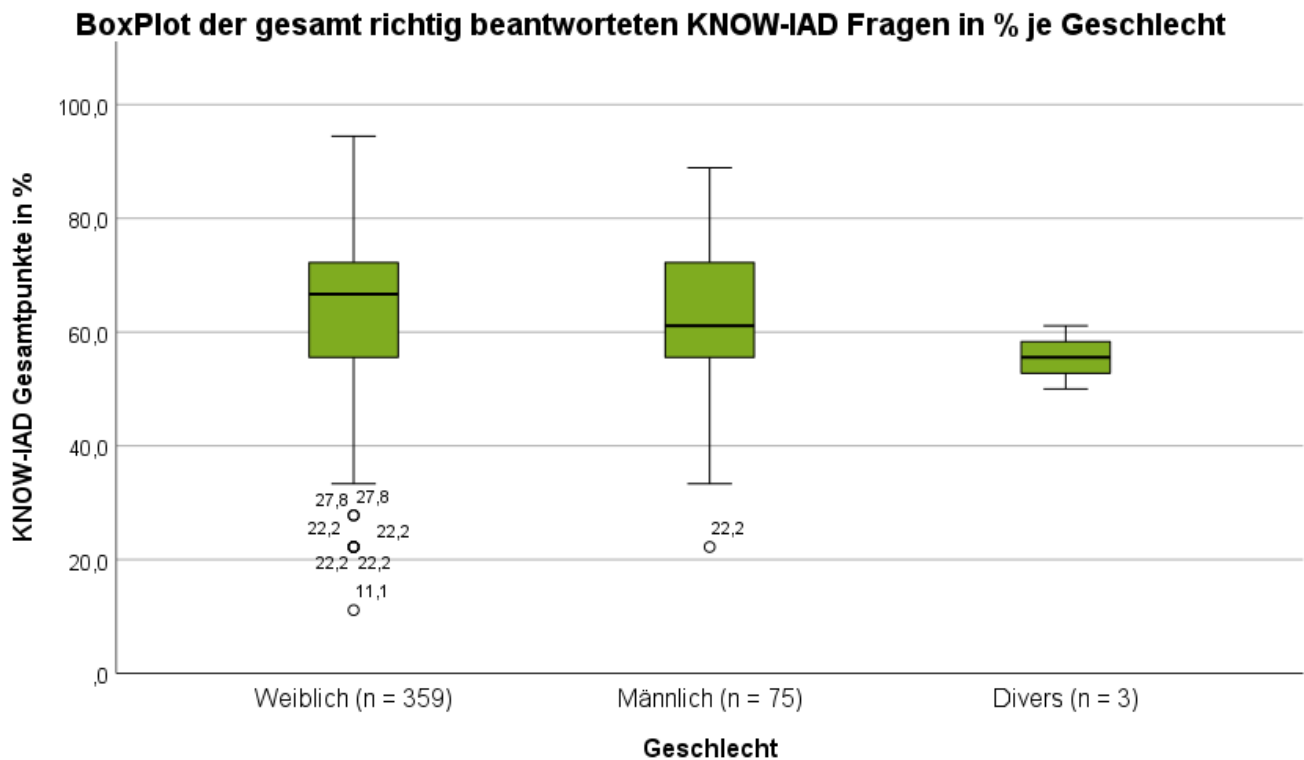


Abbildung 3. Boxplot des Gesamtwissens bedingt durch das Geschlecht

### 3.4.2. Berufliche Qualifikation

Im gesamten Fragebogen beantworteten Pflegefachpersonen (n = 284) durchschnittlich 66,7 % (IQB: 55,6 % - 72,2 %) der gesamten Fragen richtig. Pflegepersonen mit einem Bachelor (n = 69) beantworteten durchschnittlich 61,1 % (IQB: 55,6 % - 66,7 %) aller Fragen richtig. Bei Pflegepersonen mit einem Master oder Dokortitel (n = 51) waren es durchschnittlich 66,7 % (IQB: 55,6 % - 72,2 %). Personen der pflegerischen Hilfsberufe (n = 33) wiederum beantworteten durchschnittlich 61,1 % (IQB: 50,0 % - 66,7 %) der gesamten Fragen richtig. Es gibt keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Berufsgruppen ( $p = 0,125$ ). Gleichzeitig sind in den einzelnen Domänen keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Berufsgruppen zu erkennen. Das Gesamtwissen aller Berufsgruppen ist als unzureichenden zu bewerten, da der Cut-Off-Wert von 70 % nicht erreicht wurde. Die gesamten Analyseergebnisse können aus Tabelle 9. und Abbildung 4. entnommen werden.

Tabelle 9. KNOW-IAD-Wissen je Domäne bedingt durch die Berufsqualifikation

Domäne	Berufsqualifikation	Median (IQB) in %	p-Wert
Ätiologie und Risiko	Pflegerischer Hilfsberuf (n = 33)	57,1 (57,1 - 71,4)	0,135
	Pflegefachperson (n = 284)	71,4 (57,1 - 71,4)	
	Bachelor in der Pflege (n = 69)	71,4 (57,1 - 85,7)	
	Master oder Doktorat in der Pflege (n = 51)	71,4 (57,1 - 71,4)	
Klassifikation und Diagnostik	Pflegerischer Hilfsberuf (n = 33)	40,0 (20,0 - 60,0)	0,188
	Pflegefachperson (n = 284)	60,0 (40,0 - 60,0)	
	Bachelor in der Pflege (n = 69)	40,0 (40,0 - 60,0)	
	Master oder Doktorat in der Pflege (n = 51)	60,0 (40,0 - 80,0)	
Prävention und Management	Pflegerischer Hilfsberuf (n = 33)	66,7 (50,0 - 83,3)	0,679
	Pflegefachperson (n = 284)	66,7 (50,0 - 83,3)	
	Bachelor in der Pflege (n = 69)	66,7 (66,7 - 83,3)	
	Master oder Doktorat in der Pflege (n = 51)	66,7 (66,7 - 83,3)	
Gesamt richtig beantwortete Fragen	Pflegerischer Hilfsberuf (n = 33)	61,1 (50,0 - 66,7)	0,125
	Pflegefachperson (n = 284)	66,7 (55,6 - 72,2)	
	Bachelor in der Pflege (n = 69)	61,1 (55,6 - 66,7)	
	Master oder Doktorat in der Pflege (n = 51)	66,7 (55,6 - 72,2)	

BoxPlot der gesamt richtig beantworteten KNOW-IAD Fragen in % je Berufsgruppe

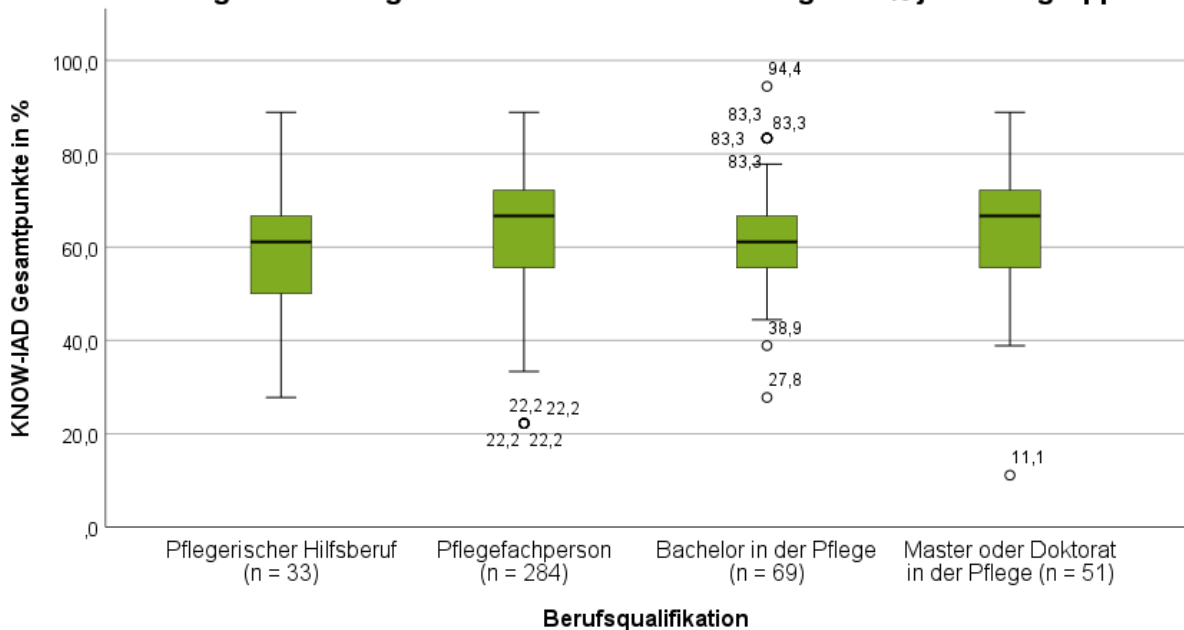


Abbildung 4. Boxplot des Gesamtwissens bedingt durch die Berufsqualifikation

### 3.4.3. Berufserfahrung

In der Domäne Ätiologie und Risiko beantworteten Personen mit unter 5 Jahren Berufserfahrung (n = 59) durchschnittlich 71,4 % (IQB: 57,1 % - 85,7 %) der Fragen richtig. Personen mit 5 bis 10 Jahren Berufserfahrung (n = 92) beantworteten durchschnittlich 57,1 % (IQB: 57,1 % - 71,4 %) der Fragen richtig und bei Personen mit mehr als 10 Jahren Berufserfahrung (n = 286) waren es durchschnittlich 71,4 %

(IQB: 57,1 % - 71,4 %). Es gibt statistisch signifikante Unterschiede in der Domäne Ätiologie und Risiko hinsichtlich der Berufserfahrung ( $p = 0,043$ ).

Im gesamten Fragebogen beantworteten Personen mit unter 5 Jahren Berufserfahrung ( $n = 59$ ) durchschnittlich 61,1 % (IQB: 55,6 % - 72,2 %) der Fragen richtig. Bei Personen mit 5 bis 10 Jahren Berufserfahrung ( $n = 92$ ) wurden durchschnittlich 61,7 % (IQB: 50,0 % - 66,7 %) und bei Personen mit mehr als 10 Jahren Berufserfahrung ( $n = 286$ ) durchschnittlich 66,7 % (IQB: 55,6 % - 72,2 %) der Fragen richtig beantwortet. Es gibt keinen statistisch signifikanten Unterschied in den Gesamtergebnissen zwischen den drei Gruppen mit verschiedenen Berufserfahrungen ( $p = 0,103$ ). In den Gesamtergebnissen erreichte keine der Gruppen den Cut-Off-Wert von 70 %. Das Gesamtwissen ist daher als unzureichend zu bewerten. Die gesamten Analyseergebnisse können aus Tabelle 10. und Abbildung 5. entnommen werden.

*Tabelle 10. KNOW-IAD-Wissen je Domäne bedingt durch die Berufsqualifikation*

Domäne	Berufserfahrung	Median (IQB) in %	p-Wert
Ätiologie und Risiko *	unter 5 Jahre ( $n = 59$ )	71,4 (57,1 - 85,7)	0,043
	5 - 10 Jahre ( $n = 92$ )	57,1 (57,1 - 71,4)	
	mehr als 10 Jahre ( $n = 286$ )	71,4 (57,1 - 71,4)	
Klassifikation und Diagnostik	unter 5 Jahre ( $n = 59$ )	40,0 (40,0 - 60,0)	0,195
	5 - 10 Jahre ( $n = 92$ )	40,0 (20,0 - 60,0)	
	mehr als 10 Jahre ( $n = 286$ )	60,0 (40,0 - 80,0)	
Prävention und Management	unter 5 Jahre ( $n = 59$ )	66,7 (50,0 - 83,3)	0,891
	5 - 10 Jahre ( $n = 92$ )	66,7 (58,3 - 83,3)	
	mehr als 10 Jahre ( $n = 286$ )	66,7 (66,7 - 83,3)	
Gesamt richtig beantwortete Fragen	unter 5 Jahre ( $n = 59$ )	61,1 (55,6 - 72,2)	0,103
	5 - 10 Jahre ( $n = 92$ )	61,1 (50,0 - 66,7)	
	mehr als 10 Jahre ( $n = 286$ )	66,7 (55,6 - 72,2)	

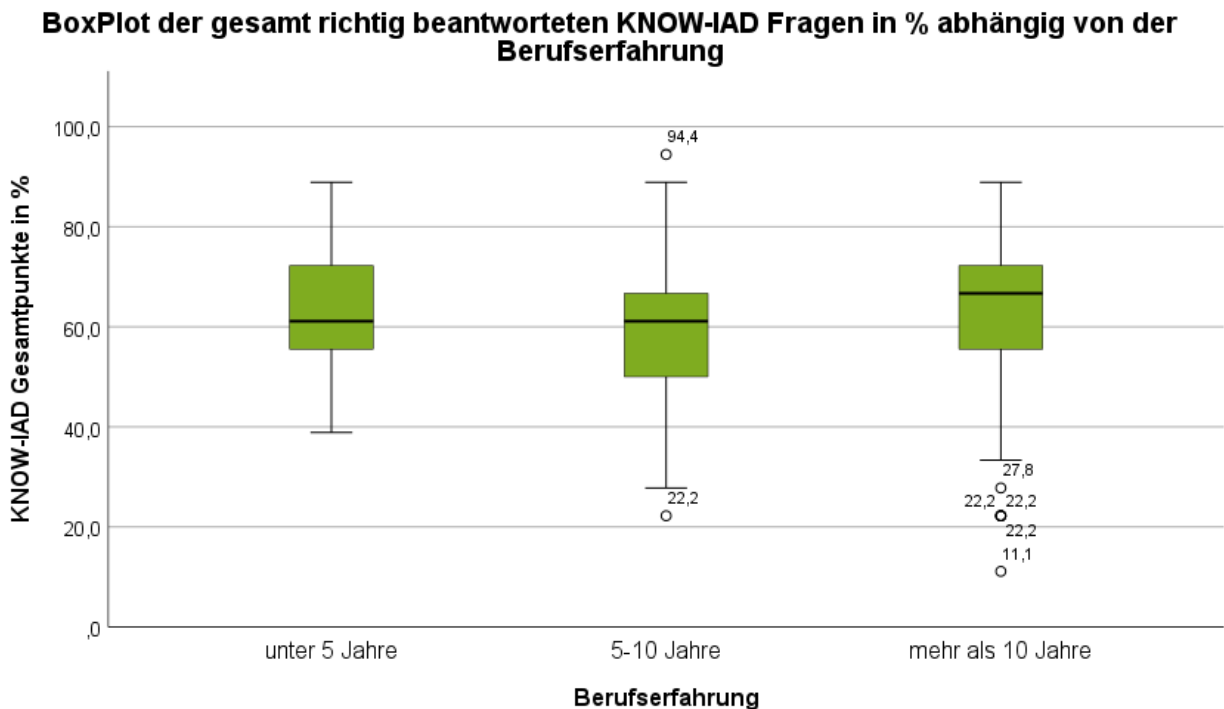


Abbildung 5. Boxplot des Gesamtwissens bedingt durch die Berufserfahrung

### 3.4.4. Fachbereich

In der Domäne Prävention und Management beantworteten Pflegepersonen aus dem Bereich Innere Medizin (n = 101) durchschnittlich 66,7 % (IQB: 66,7 % - 83,3 %) der Fragen richtig. Bei Pflegepersonen aus dem Bereich Chirurgie (n = 89) waren es durchschnittlich 66,7 % (IQB: 66,7 % - 83,3 %) der Fragen, bei Pflegepersonen aus dem Intensivbereich (n = 70) durchschnittlich 66,7 % (IQB: 50,0 % - 83,3 %), bei Pflegepersonen aus dem Geriatrie-Bereich (n = 22) durchschnittlich 66,7 % (IQB: 50,0 % - 83,3 %), bei Pflegepersonen aus sonstigen Bereichen (n = 22) durchschnittlich 66,7 % (IQB: 50,0 % - 83,3 %) und bei Pflegepersonen ohne Angaben zu ihrem Bereich (n = 87) durchschnittlich 66,7 % (IQB: 66,7 % - 83,3 %). Es gibt einen statistisch signifikanten Unterschied im Wissen in der Domäne Prävention und Management zwischen den verschiedenen Fachbereichen (p = 0,043).

Im gesamten Fragebogen beantworteten Pflegepersonen aus dem Bereich Innere Medizin (n = 101) durchschnittlich 61,1 % (IQB: 55,6 % - 72,2 %) der Fragen richtig. Pflegepersonen aus dem Bereich Chirurgie (n = 89) beantworteten durchschnittlich 66,7 % (IQB: 55,6 % - 72,2 %) der Fragen richtig, Pflegepersonen aus dem

Intensivbereich (n = 70) durchschnittlich 61,1 % (IQB: 55,6 % - 66,7 %), Pflegepersonen aus dem Geriatrie-Bereich (n = 22) durchschnittlich 61,1 % (IQB: 55,6 % - 72,2 %), Pflegepersonen aus sonstigen Bereichen (n = 22) durchschnittlich 61,1 % (IQB: 50,0 % - 69,4 %) und Pflegepersonen ohne Angaben zu ihrem Bereich (n = 87) durchschnittlich 66,7 % (IQB: 55,6 % - 72,2 %). Es gibt keinen statistisch signifikanten Unterschied im Gesamtwissen zwischen den verschiedenen Fachbereichen (p = 0,127). In keinem der Fachbereiche konnte der Cut-Off-Wert von 70 % erreicht werden. Das Gesamtwissen ist daher in allen Fachbereichen als unzureichend zu bewerten. Die gesamten Analyseergebnisse können aus Tabelle 11. und Abbildung 6. entnommen werden.

*Tabelle 11. KNOW-IAD-Wissen je Domäne bedingt durch den Fachbereich*

Domäne	Fachbereich	Median (IQB) in %	p-Wert
Ätiologie und Risiko	Innere Medizin (n = 101)	71,4 (57,1 - 71,4)	0,406
	Chirurgie (n = 89)	71,4 (57,1 - 71,4)	
	Intensivstation (n = 70)	71,4 (57,1 - 71,4)	
	Geriatrie (n = 22)	71,4 (42,9 - 85,7)	
	Sonstiges (n = 68)	71,4 (57,1 - 78,6)	
	Keine Angabe (n = 87)	71,4 (57,1 - 71,4)	
Klassifikation und Diagnostik	Innere Medizin (n = 101)	60,0 (20,0 - 60,0)	0,628
	Chirurgie (n = 89)	60,0 (40,0 - 80,0)	
	Intensivstation (n = 70)	60,0 (40,0 - 60,0)	
	Geriatrie (n = 22)	60,0 (40,0 - 60,0)	
	Sonstiges (n = 68)	40,0 (40,0 - 60,0)	
	Keine Angabe (n = 87)	60,0 (40,0 - 80,0)	
Prävention und Management *	Innere Medizin (n = 101)	66,7 (66,7 - 83,3)	0,047
	Chirurgie (n = 89)	66,7 (66,7 - 83,3)	
	Intensivstation (n = 70)	66,7 (50,0 - 83,3)	
	Geriatrie (n = 22)	66,7 (50,0 - 83,3)	
	Sonstiges (n = 68)	66,7 (50,0 - 83,3)	
	Keine Angabe (n = 87)	66,7 (66,7 - 83,3)	
Gesamt richtig beantwortete Fragen	Innere Medizin (n = 101)	61,1 (55,6 - 72,2)	0,127
	Chirurgie (n = 89)	66,7 (55,6 - 72,2)	
	Intensivstation (n = 70)	61,1 (55,6 - 66,7)	
	Geriatrie (n = 22)	61,1 (55,6 - 72,2)	
	Sonstiges (n = 68)	61,1 (50,0 - 69,4)	
	Keine Angabe (n = 87)	66,7 (55,6 - 72,2)	

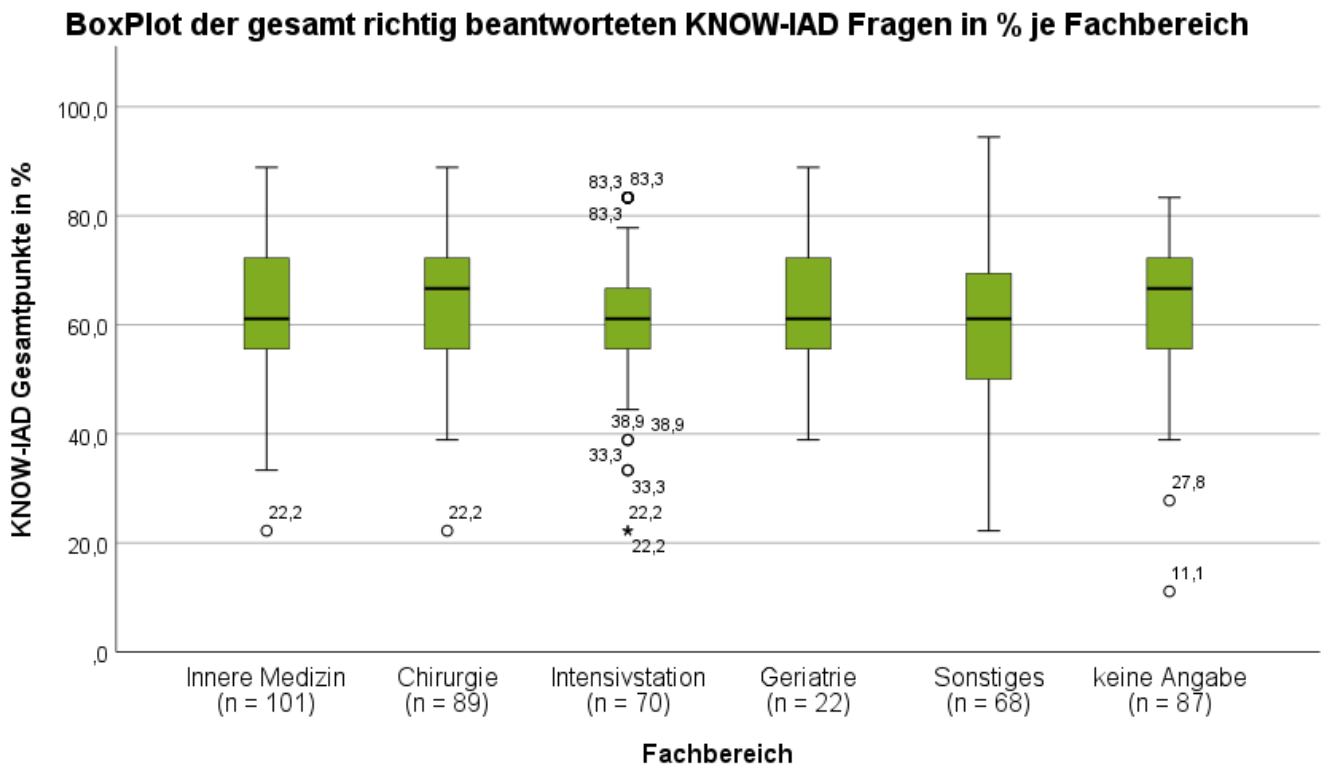


Abbildung 6. Boxplot des Gesamtwissens bedingt durch den Fachbereich

### 3.4.5. Fortbildungen

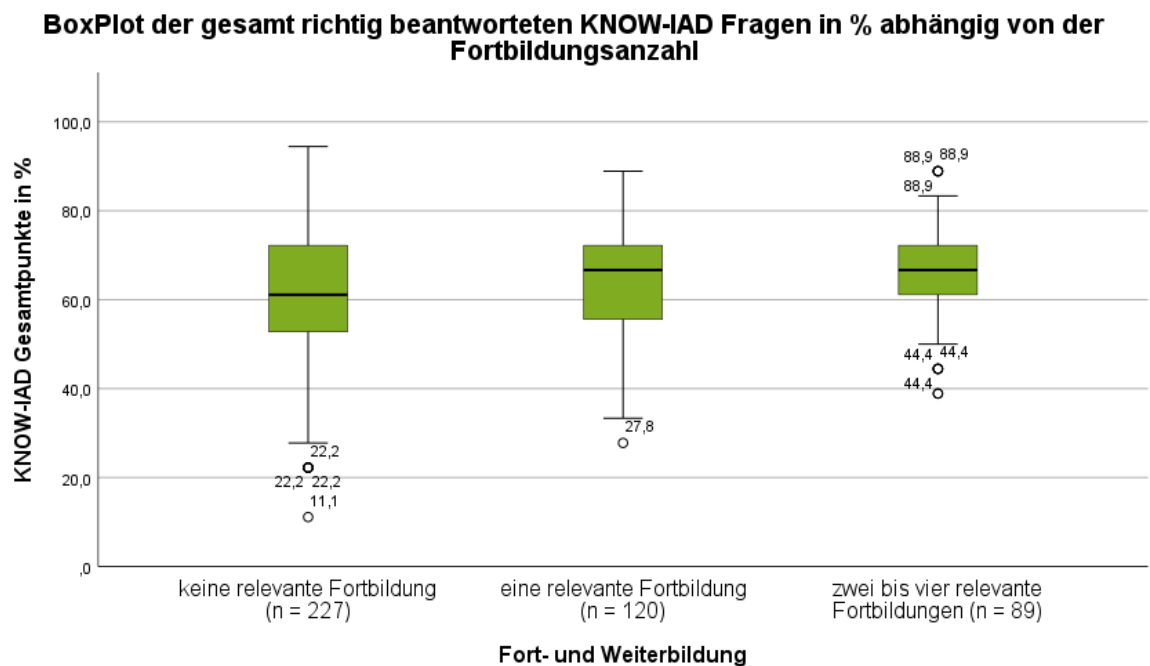
In der Domäne Klassifikation und Diagnostik beantworteten Personen ohne relevante Fortbildung (n = 227) durchschnittlich 40,0 % (IQB: 20,0 % - 60,0 %) der Fragen richtig. Personen mit einer relevanten Fortbildung (n = 120) sowie Personen mit zwei oder mehr relevanten Fortbildungen (n = 89) beantworteten durchschnittlich 60,0 % (IQB: 40,0 % - 80,0 %; IQB: 40,0 % - 70,0 %) der Fragen richtig. Es gibt statistisch signifikante Unterschiede in der Domäne Klassifikation und Diagnostik zwischen den Gruppen mit verschieden vielen Fortbildungen (  $p < 0,001$ ).

Im gesamten Fragebogen beantworteten Personen ohne relevante Fortbildung (n = 227) durchschnittlich 61,1 % (IQB: 50,0 % - 72,2 %) der Fragen richtig. Personen mit einer relevanten Fortbildung (n = 120) sowie Personen mit zwei oder mehr relevanten Fortbildungen (n = 89) beantworteten durchschnittlich 66,7 % (IQB: 55,6 % - 72,2 %; IQB: 61,1 % - 72,2 %) der Fragen richtig. Es gibt statistisch signifikante Unterschiede im Gesamtwissen zwischen den Gruppen mit verschieden vielen Fortbildungen (  $p < 0,001$ ). Es konnte jedoch keiner der Gruppen den Cut-

Off-Wert von 70 % erreichen. Das Gesamtwissen ist daher unabhängig von der Anzahl der besuchten Fortbildungen als unzureichend zu bewerten. Die gesamten Analyseergebnisse können aus Tabelle 12. und Abbildung 7. entnommen werden.

*Tabelle 12. KNOW-IAD-Wissen je Domäne bedingt durch die Fortbildungsanzahl*

Domäne	Fortbildungen	Median (IQB) in %	p-Wert
Ätiologie und Risiko	keine relevante Fortbildung (n = 227)	71,4 (57,1 - 71,4)	0,686
	eine relevante Fortbildung (n = 120)	71,4 (57,1 - 71,4)	
	zwei oder mehr relevante Fortbildungen (n = 89)	71,4 (57,1 - 71,4)	
Klassifikation und Diagnostik *	keine relevante Fortbildung (n = 227)	40,0 (20,0 - 60,0)	< 0,001
	eine relevante Fortbildung (n = 120)	60,0 (40,0 - 70,0)	
	zwei oder mehr relevante Fortbildungen (n = 89)	60,0 (40,0 - 80,0)	
Prävention und Management *	keine relevante Fortbildung (n = 227)	66,7 (50,0 - 83,3)	0,041
	eine relevante Fortbildung (n = 120)	66,7 (66,7 - 83,3)	
	zwei oder mehr relevante Fortbildungen (n = 89)	66,7 (66,7 - 83,3)	
Gesamt richtig beantwortete Fragen *	keine relevante Fortbildung (n = 227)	61,1 (50,0 - 72,2)	< 0,001
	eine relevante Fortbildung (n = 120)	66,7 (55,6 - 72,2)	
	zwei oder mehr relevante Fortbildungen (n = 89)	66,7 (61,1 - 72,2)	



*Abbildung 7. Boxplot des Gesamtwissens bedingt durch die Fortbildungsanzahl*

### 3.4.6. Zusatzqualifikation

Im gesamten Fragebogen beantworteten Pflegepersonen mit der Zusatzqualifikation Wundmanagement (n = 35) durchschnittlich 66,7 % (IQB: 61,1 % - 77,8 %) der Fragen richtig. Gleiche Prozentzahl gilt für Pflegepersonen mit der Zusatzqualifikation Kontinenz- und Stomaberatung (n = 14) (IQB: 61,1 % - 77,8 %). Pflegepersonen mit beiden Zusatzqualifikationen (n = 5) beantworteten durchschnittlich 72,2 % (IQB: 66,7 % - 72,2 %) der Fragen richtig, bei den Pflegepersonen ohne eine der genannten Zusatzqualifikationen (n = 383) waren durchschnittlich 61,1 % (IQB: 55,6 % - 72,2 %) der Fragen richtig. Es gibt statistisch signifikante Unterschiede im Gesamtwissen zwischen den verschiedenen Zusatzqualifikationsprofilen (p = 0,010). Pflegepersonen mit beiden Zusatzqualifikationen hatten mit 72,2 % ausreichend Gesamtwissen. Pflegepersonen mit einer oder keiner Zusatzqualifikation konnten den Cut-Off-Wert von 70 % nicht erreichen. Ihr Gesamtwissen ist daher als unzureichend zu bewerten. Die gesamten Analyseergebnisse können aus Tabelle 13. und Abbildung 8. entnommen werden.

*Tabelle 13. KNOW-IAD-Wissen je Domäne bedingt durch die Zusatzqualifikation*

Domäne	Zusatzqualifikation	Median (IQB) in %	p-Wert
Ätiologie und Risiko	Wundmanagement (n = 35)	71,4 (57,1 - 71,4)	0,978
	Kontinenz- und Stomaberatung (n = 14)	71,4 (57,1 - 71,4)	
	Beide Zusatzqualifikationen (n = 5)	71,4 (57,1 - 71,4)	
	keine der genannten (n = 383)	71,4 (57,1 - 71,4)	
Klassifikation und Diagnostik *	Wundmanagement (n = 35)	60,0 (40,0 - 80,0)	0,004
	Kontinenz- und Stomaberatung (n = 14)	60,0 (40,0 - 80,0)	
	Beide Zusatzqualifikationen (n = 5)	60,0 (60,0 - 60,0)	
	keine der genannten (n = 383)	60,0 (40,0 - 60,0)	
Prävention und Management	Wundmanagement (n = 35)	83,3 (66,7 - 100,0)	0,081
	Kontinenz- und Stomaberatung (n = 14)	75,0 (66,7 - 83,3)	
	Beide Zusatzqualifikationen (n = 5)	83,3 (66,7 - 83,3)	
	keine der genannten (n = 383)	66,7 (50,0 - 83,3)	
Gesamt richtig beantwortete Fragen *	Wundmanagement (n = 35)	66,7 (61,1 - 77,8)	0,010
	Kontinenz- und Stomaberatung (n = 14)	66,7 (61,1 - 77,8)	
	Beide Zusatzqualifikationen (n = 5)	72,2 (66,7 - 72,2)	
	keine der genannten (n = 383)	61,1 (55,6 - 72,2)	

**BoxPlot der gesamt richtig beantworteten KNOW-IAD Fragen in % je Zusatzqualifikation**

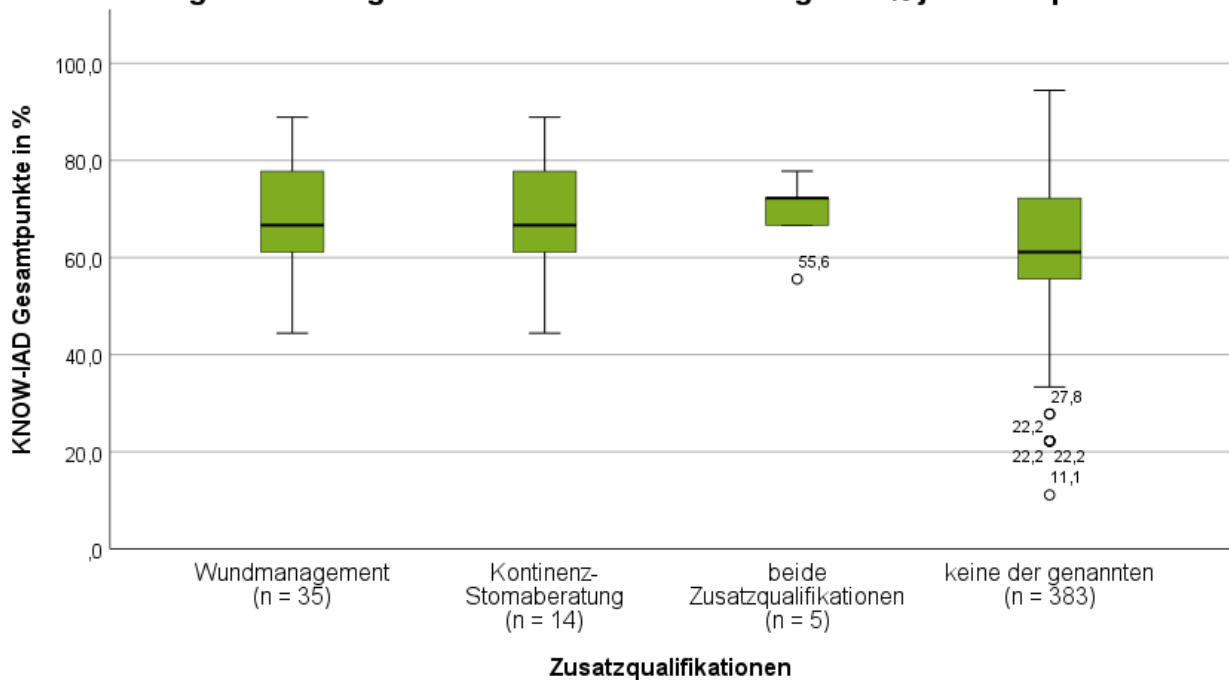


Abbildung 8. Boxplot des Gesamtwissens bedingt durch die Zusatzqualifikation

### 3.4.7. Kenntnisse über GLOBIAD

In der Domäne Klassifikation und Diagnostik beantworteten Pflegepersonen, die das GLOBIAD-Instrument kannten (n = 72), durchschnittlich 60,0 % (IQB: 60,0 % - 80,0 %) der Fragen richtig. Pflegepersonen, die das GLOBIAD-Instrument nicht kannten (n = 365), konnten durchschnittlich 40,0 % (IQB: 40,0 % - 60,0 %) der Fragen richtig beantworten. Es gab zwischen den Gruppen in der Domäne Klassifikation und Diagnostik statistisch signifikante Unterschiede ( $p < 0,001$ ).

In der Domäne Prävention und Management beantworteten Pflegepersonen, die das GLOBIAD-Instrument kannten (n = 72), durchschnittlich 83,3 % (IQB: 66,7 % - 83,3 %) der Fragen richtig. Pflegepersonen die das GLOBIAD-Instrument nicht kannten (n = 365), konnten durchschnittlich 66,7 % (IQB: 50,0 % - 83,3 %) der Fragen richtig beantworten. Es gab zwischen den Gruppen in der Domäne Prävention und Management statistisch signifikante Unterschiede ( $p = 0,007$ ).

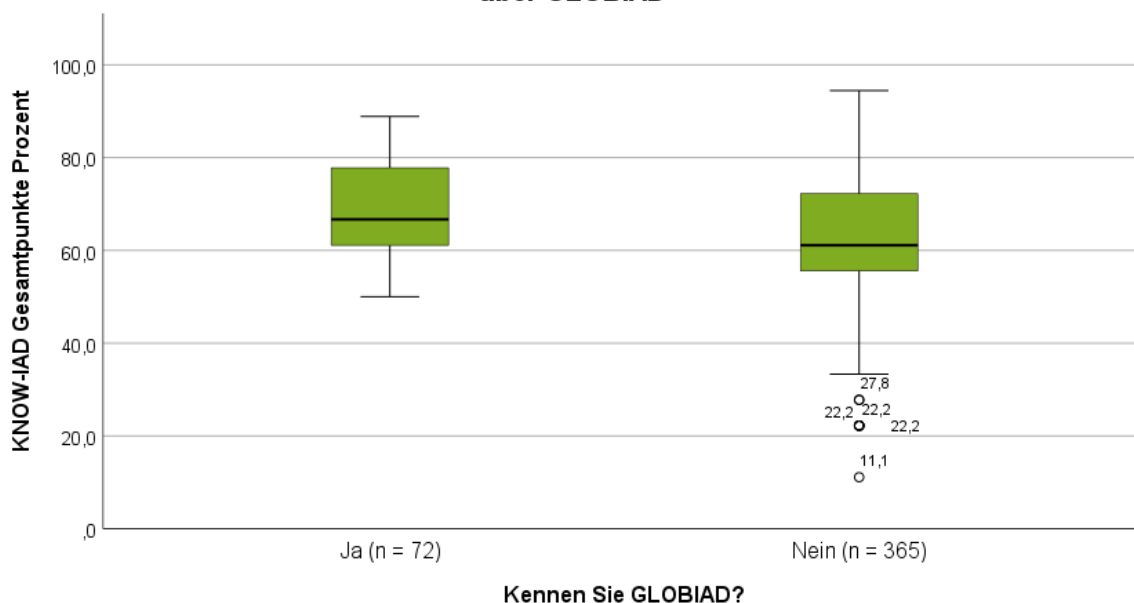
Im gesamten Fragebogen beantworteten Pflegepersonen, die das GLOBIAD-Instrument kannten (n = 72), durchschnittlich 66,7 % (IQB: 61,1 % - 77,8 %) der

Fragen richtig. Bei den Pflegepersonen, die das GLOBIAD-Instrument nicht kannten, (n = 365) waren durchschnittlich 61,1 % (IQB: 55,6 % - 72,2 %) der Fragen richtig. Es konnten zwischen den Gruppen im gesamten Fragebogen statistisch signifikante Unterschiede ( $p < 0,001$ ) identifiziert werden. Der Cut-Off-Wert von 70 % wurde von keiner der beiden Gruppen im gesamten Fragebogen erreicht. Das Gesamtwissen der beiden Gruppen ist daher als unzureichend zu bewerten. Die gesamten Analyseergebnisse können aus Tabelle 14. und Abbildung 9. entnommen werden.

*Tabelle 14. KNOW-IAD-Wissen je Domäne bedingt durch die GLOBIAD-Kenntnis*

Domäne	Kennen sie GLOBIAD?	Median (IQB) in %	p-Wert
Ätiologie und Risiko	Ja (n = 72)	71,4 (57,1 - 85,7)	0,489
	Nein (n = 365)	71,4 (57,1 - 71,4)	
Klassifikation und Diagnostik *	Ja (n = 72)	60,0 (60,0 - 80,0)	< 0,001
	Nein (n = 365)	40,0 (40,0 - 60,0)	
Prävention und Management *	Ja (n = 72)	83,3 (66,7 - 83,3)	0,007
	Nein (n = 365)	66,7 (50,0 - 83,3)	
Gesamt richtig beantwortete Fragen *	Ja (n = 72)	66,7 (61,1 - 77,8)	< 0,001
	Nein (n = 365)	61,1 (55,6 - 72,2)	

**Boxplot der gesamt richtig beantworteten KNOW-IAD Fragen in % abhängig von Kenntnis über GLOBIAD**



*Abbildung 9. Boxplot des Gesamtwissens bedingt durch die GLOBIAD-Kenntnis*

## 4. Diskussion

Diese Querschnitterhebung zum Thema Wissen von Pflegepersonen über inkontinenz-assoziierte Dermatitis war die erste in der D-A-CH-Region. Die Wissenserhebung wurde mithilfe des KNOW-IAD-Fragebogens, der von Durakovic et al. (2024) in das Deutsche übersetzt wurde, durchgeführt. Die Teilnehmer\*innen wurden mittels eines Convenience Samplings rekrutiert – so konnten 437 Personen in die Datenanalyse aufgenommen werden. Mehrheitlich kamen die Teilnehmer\*innen aus Österreich (76,2 %), waren Pflegefachpersonen ohne akademischen Abschluss (65,0 %), waren weiblich (82,2 %), hatten mehr als zehn Jahre Berufserfahrung (65,4 %), hatten keine relevante Fortbildung in den letzten zwei Jahren besucht (51,9 %), besaßen keine relevante Zusatzqualifikation (87,6 %) und kannten das GLOBIAD-Instrument nicht (83,5 %).

Durchschnittlich wurden 66,7 % der 18 KNOW-IAD-Fragen von den Teilnehmer\*innen richtig beantwortet. In der Domäne Ätiologie und Risiko wurden die meisten Fragen von den Teilnehmer\*innen (71,4 %) und in der Domäne Klassifikation und Diagnostik die wenigsten Fragen (60,0 %) richtig beantwortet. Die Frage 1. „Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD) ist eine Hautschädigung, welche mit Urin und/oder Stuhl in Zusammenhang steht und über den perianalen Bereich hinausreicht.“ wurde mit 92,9 % am häufigsten richtig beantwortet. Die Frage 8. „Personen, die unter Inkontinenz leiden, sollten während eines Krankenhausaufenthaltes alle 48 Stunden einer Hautkontrolle unterzogen werden.“ wurde mit 51,5 % am häufigsten falsch beantwortet und Frage 2. „Eine IAD kann nicht verhindert werden, wenn eine Person an einer plötzlichen schweren Inkontinenz leidet.“ wurde mit 91,8 % am häufigsten mit der Antwort „Weiß nicht“ beantwortet. Österreichische und schweizerische Pflegepersonen beantworteten durchschnittlich 66,7 % der Fragen richtig und deutsche Pflegepersonen 63,7 %. Personen, die relevante Fortbildungen in den letzten zwei Jahren besucht haben oder relevante Zusatzqualifikation besaßen, beantworteten statistisch signifikant mehr Fragen richtig. Dies galt ebenfalls für Personen, die das GLOBIAD-Instrument kannten.

In den folgenden Abschnitten sollen die bedeutendsten Ergebnisse diskutiert, interpretiert und mit bestehender Literatur in Zusammenhang gebracht werden.

#### **4.1. Grundcharakteristika der Teilnehmer\*innen**

Im folgenden Abschnitt wird auf Ergebnisse aus der Sample Analyse eingegangen und diese werden mit weiterer Literatur in einen Kontext gesetzt.

Die Frage, welchem Fachbereich die Teilnehmer\*innen angehören, wurde von 87 (19,9 %) Personen übersprungen. Aufgrund des großen Anteils an der Gesamtstichprobe wurden diese Personen dennoch in die Datenanalyse aufgenommen. Es ist jedoch überraschend, dass diese Frage häufig ausgelassen wurde, da es die Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ in der Datenerhebung gab. Weshalb sich diese Teilnehmer\*innen nicht durch die Antwortmöglichkeiten repräsentiert gefühlt haben, ist retrospektiv nicht nachvollziehbar.

Hinsichtlich der Anzahl an besuchten relevanten Fortbildungen (Wundmanagement, Inkontinenz, IAD und/oder Geriatrie) in den letzten zwei Jahren ist auffällig, dass mehr als die Hälfte der Teilnehmer\*innen keine relevante Fortbildung in den letzten zwei Jahren besucht hat. Dieses Ergebnis ist unerwartet, da der Gesetzgeber in der Europäischen Union eine Fortbildungspflicht in der Pflege vorsieht. In Richtlinie 2005/36/EG L255/26 (39) steht hierzu folgendes:

*„(39) Angesichts der raschen Weiterentwicklung von Wissenschaft und Technik ist das lebenslange Lernen in einer Vielzahl von Berufen äußerst wichtig. Vor diesem Hintergrund ist es Aufgabe der Mitgliedstaaten, die Regelungen einer angemessenen Fortbildung im Einzelnen festzulegen, die die Berufsangehörigen auf dem neuesten Stand von Wissenschaft und Technik hält.“*

Der § 63 des österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes, kurz GuKG, nennt konkret eine Fortbildungspflicht im Ausmaß von 60 Stunden in einem Zeitraum von fünf Jahren. Gründe, weshalb die Teilnehmer\*innen häufig die Angabe gemacht haben, keine Fortbildungen besucht zu haben, könnten sein, dass einerseits die Teilnehmer\*innen andere Fortbildungen besucht haben als die vier in der Datenerhebung genannten, obwohl die Themen Geriatrie, Wundmanagement, Inkontinenz und IAD relevant in der heutigen Gesundheitslandschaft sind (Beutel et al., 2005; Griebler et al., 2023; Lohrmann, 2023; Niederstadt und Gaber, 2007;

World Health Organization, 2022a). Ein weiterer Grund, um keine Fortbildungen zu besuchen, könnte der global vorliegende Personalmangel in der Pflege sein (World Health Organization, 2024). Pflegepersonen können teilweise aufgrund des Personalmangels nicht an Fortbildungen teilnehmen. Gleichzeitig scheint die Bereitschaft von Seiten des Personals, Fortbildungen zu absolvieren, in einigen Fällen zu fehlen (Glaser und Seubert, 2018). Ebenso ist anzunehmen, dass ältere Pflegepersonen Fortbildungen kritischer gegenüber stehen als jüngere (Oestermann und Parsi, 2011). Fehlendes Interesse an den genannten Fortbildungen könnten daher ebenfalls ein Grund für den hohen Anteil an Personen ohne Fortbildungen sein.

Mehr als 80 % der Teilnehmer\*innen kannten das GLOBIAD-Instrument nicht. Gründe für dieses Ergebnis könnten die tendenziell niedrige Beteiligung an relevanten Fortbildungen durch die Teilnehmer\*innen sein sowie das Alter des GLOBIAD-Instruments, das 2018 von Beeckman et al. (2018) veröffentlicht und bis jetzt in zwei veröffentlichten Primärstudien verwendet wurde (Acton et al., 2020; Barakat-Johnson et al., 2024). Das GLOBIAD-Instrument ist daher möglicherweise auf internationaler Ebene eher unbekannt.

In Deutschland kannten die Pflegepersonen das Instrument statistisch signifikant häufiger (37,5 %) als in Österreich und der Schweiz; hier kannten jeweils etwa 12 % der Personen das GLOBIAD-Instrument. Dieser Unterschied ist vermutlich der Sampling-Strategie zuzuschreiben, da in Deutschland unter anderem mithilfe eines/r Expert\*in Teilnehmer\*innen rekrutiert wurden.

## **4.2. Wissen über inkontinenz-assoziierte Dermatitis**

In den folgenden Abschnitten wird auf die Ergebnisse des KNOW-IAD-Fragebogens der Teilnehmer\*innen eingegangen. Hierzu zählen die Ergebnisse für den gesamten Fragebogen sowie die Ergebnisse für die drei Domänen Ätiologie und Risiko, Klassifikation und Diagnostik sowie Prävention und Management. Zur Einordnung des durchschnittlichen Wissens wurde in dieser Arbeit der Cut-Off Wert von  $\geq 70$  % aus der Arbeit von Barakat-Johnson et al. (2022b) als akzeptables Ergebnis definiert. Mit diesem Wert ist eine evidenzbasierte Einordnung der Ergebnisse möglich.

### 4.2.1. Gesamtwissen

Durchschnittlich haben die Teilnehmer\*innen zwei Drittel der 18 KNOW-IAD-Fragen richtig beantwortet. Werden die Teilnehmer\*innen auf die Länder aufgeteilt, so haben ebenso die Teilnehmer\*innen aus Österreich und der Schweiz zwei Drittel der KNOW-IAD-Fragen richtig beantwortet. Personen aus Deutschland haben durchschnittlich etwas weniger als zwei Drittel der Fragen richtig beantwortet. Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Barakat-Johnson et al. (2022b) in ihrer Arbeit – in dieser haben Pflegepersonen aus Australien im Durchschnitt umgerechnet 65,6 % der gesamten KNOW-IAD-Fragen richtig beantwortet. Nach dem von den Autoren definierten Cut-Off-Wert von  $\geq 70$  % wäre das Wissen jedoch nicht ausreichend. Weitere Arbeiten, die jedoch mit anderen Erhebungsinstrumente gearbeitet haben, kamen ebenfalls zu der Schlussfolgerung, dass das Wissen von Pflegepersonen bezüglich IAD unzureichend ist (Duarte et al., 2022; Şahin et al., 2019).

Des Weiteren konnte in dieser Arbeit aufgezeigt werden, dass Teilnehmer\*innen, die eine oder mehrere Fortbildungen besucht haben, statistisch signifikant mehr Fragen des KNOW-IAD-Fragebogens richtig beantwortet haben. Diese Erkenntnis deckt sich mit der Arbeit von Knežević et al. (2023), die die Auswirkung eines geplanten Schulungsprogramms auf das Wissen über IAD bei Pflegepersonen untersuchte. Sie stellten in ihrer Arbeit fest, dass das Wissen von Pflegepersonen nach einer 60-minütigen Fortbildung höher war als davor. Die Wissenserhebungen fanden direkt vor und nach der Fortbildung statt. Aus diesem Grund wurde hier auch in andere Themenfelder der Pflege geblickt. Bauer et al. (2023) konnten in ihrer Arbeit – die sich mit Wissen über Mangelernährung von Pflegepersonen in Europa beschäftigte – anhand eines Linearen-Regressionsmodells einen signifikanten Zusammenhang zwischen Wissen über Mangelernährung und Fortbildung darstellen. Personen mit einer Fortbildung wiesen mehr Wissen zum Thema Mangelernährung auf als jene ohne. Daher fordern Bauer et al. (2023) in ihrer Arbeit unter anderem den Ausbau des Fortbildungsangebotes. Ein größeres Fortbildungsangebot wird ebenfalls beim Thema IAD von mehreren Arbeiten gefordert (Duarte et al., 2022; Knežević et al., 2023; Liu et al., 2023; Park et al., 2024; Şahin et al., 2019).

Ein ähnliches Bild zeichnet sich bei Teilnehmer\*innen ab, die das GLOBIAD-Instrument kannten. Diese Personen haben statistisch signifikant mehr KNOW-IAD-Fragen richtig beantwortet als Personen, die das Instrument nicht kannten. Dies könnte möglicherweise daran liegen, dass sich Personen, die das GLOBIAD-Instrument kennen, mit dem Thema IAD auseinandergesetzt haben und so ihr Wissen in diesem Bereich vertiefen konnten.

Weiters ist es überraschend, dass es keine statistisch signifikanten Unterschiede in den gesamt richtig beantworteten KNOW-IAD-Fragen zwischen den verschiedenen Berufsqualifikationen gibt, da in anderen Arbeiten Unterschiede zwischen den Ausbildungsniveaus dargestellt wurden. Bauer et al. (2023) zeigten in ihrer Arbeit zum Thema Wissen über Mangelernährung von Pflegepersonen, dass Pflegepersonen mit einem Bachelor oder Masterabschluss signifikant mehr Wissen aufwiesen als Pflegepersonen ohne akademischen Abschluss. Auch systematische Literaturarbeiten kamen zum Schluss, dass Pflegepersonen mit höheren Qualifikationen einen positiven Einfluss auf die Mortalität in Akutkrankenhäusern haben (Audet et al., 2018; Bourgon Labelle et al., 2019). Ein möglicher Grund, dass das Ergebnis dieser Arbeit von anderen wissenschaftlichen Arbeiten abweicht, könnte sein, dass in dieser Arbeit die Stichprobe auf vier Berufsqualifikationen aufgeteilt wurde und Pflegefachperson ohne akademischen Abschluss mit einem Anteil von 65 % in der Stichprobe gegebenenfalls überrepräsentiert waren. Möglicherweise gibt es auch einen Unterschied hinsichtlich der Berufsqualifikation in einem der untersuchten D-A-CH-Länder. Es wurde jedoch von einer Analyse der einzelnen Länder Abstand genommen, da die Stichprobengröße zu unterschiedlich war, um aussagekräftige Schlussfolgerungen ziehen zu können.

#### **4.2.2. Wissen in den verschiedenen Domänen**

Durchschnittlich haben die Teilnehmer\*innen etwas mehr als 70 % der sieben Fragen aus der Domäne Ätiologie und Risiko richtig beantwortet. Werden die Teilnehmer\*innen auf die Länder aufgeteilt, so haben auch die Teilnehmer\*innen aus Österreich, Deutschland und der Schweiz etwas mehr als 70 % der sieben Fragen aus dieser Domäne richtig beantwortet. Barakat-Johnson et al. (2022b) gelangten zu ähnlichen Ergebnissen – die Pflegepersonen in ihrer Arbeit beantworteten jedoch durchschnittlich etwas unter 80 % der sieben Fragen in der

Domäne Ätiologie und Risiko richtig. Nach dem in ihrer Arbeit definierten Cut-Off-Wert sind die durchschnittlichen Ergebnisse der Pflegepersonen aus der D-A-CH-Region als akzeptabel einzuschätzen.

Wird das Wissen von Pflegepersonen über IAD bedingt durch die Berufserfahrung betrachtet, wurde in dieser Arbeit festgestellt, dass Pflegepersonen, die weniger als fünf Jahre Berufserfahrung haben, statistisch signifikant mehr Wissen in der Domäne Ätiologie und Risiko aufweisen als Personen, die länger im Beruf tätig waren. In der Arbeit von Barakat-Johnson et al. (2022b) wurde ein anderes Ergebnis dargestellt, hier war das Wissen bedingt durch die Berufserfahrung gleich, bzw. tendenziell mit steigender Berufserfahrung besser. Eine mögliche Erklärung für die Ergebnisse dieser Arbeit könnte in der Vergessenskurve nach Ebbinghaus liegen. Diese besagt, dass erlerntes Wissen ohne Wiederholungen oder Anwendungen mit der Zeit verloren geht (Murre und Dros, 2015). In den Pflegeausbildungen ist Pathophysiologie fester Bestandteil des Lehrplans (Richtlinie 2005/36/EG). Die Vergessenskurve nach Ebbinghaus legt nahe, dass bei Pflegepersonen, deren Ausbildung noch nicht lange zurück liegt, das Wissen zu IAD noch präsenter im Gedächtnis ist als bei Pflegepersonen, deren Ausbildung bereits länger zurück liegt. Ein Grund, warum sich dies einzig in der Domäne Ätiologie und Risiko widerspiegelt, könnte sein, dass die Inhalte der Domänen Klassifikation und Diagnostik sowie Prävention und Management in der Praxis Anwendung finden und daher bei allen Teilnehmer\*innen ein ähnliches Wissen vorhanden ist.

Durchschnittlich haben die Teilnehmer\*innen 60 % der fünf Fragen in der Domäne Klassifikation und Diagnostik richtig beantwortet. Werden die Teilnehmer\*innen auf die Länder aufgeteilt, so haben die Teilnehmer\*innen aus Österreich und Deutschland durchschnittlich 60 % der fünf Fragen in der Domäne Klassifikation und Diagnostik richtig beantwortet und die Schweizer etwas weniger mit durchschnittlich 40 %. Im Vergleich schneiden die Teilnehmer\*innen aus der D-A-CH-Region etwas besser ab als die australischen Teilnehmer\*innen aus der Arbeit von Barakat-Johnson et al. (2022b), die durchschnittlich 50 % der fünf Fragen richtig beantwortet haben. Dennoch liegen beide Ergebnisse weit unter dem definierten Cut-Off-Wert von 70 % und sind daher als unzureichend anzusehen. Şahin et al. (2019) erhoben das Wissen über IAD bei Intensivpflegepersonen mit einem anderen Instrument. Sie

kamen ebenfalls zum Schluss, dass das Wissen bezüglich Klassifikation und Diagnostik unzureichend war.

In dieser Arbeit konnte ebenfalls aufgezeigt werden, dass Pflegepersonen, die eine bis vier Fortbildungen zum Thema IAD besucht haben, statistisch signifikant mehr Wissen in der Domäne Klassifikation und Diagnostik aufweisen als Personen, die keine Fortbildung besucht haben. Auch Personen, die das GLOBIAD-Instrument kannten, wiesen statistisch signifikant mehr Wissen auf. Dennoch kamen auch diese Personen, die mehr Wissen aufwiesen, im Durchschnitt nicht über den von Barakat-Johnson et al. (2022b) definierten Cut-Off-Wert von 70 %. Die Erkennung einer IAD scheint – wie auch international – eine Herausforderung für Pflegepersonen in der D-A-CH-Region zu sein. International wird insbesondere beschrieben, dass Pflegepersonen Schwierigkeiten haben, eine IAD von einem Dekubitus zu unterscheiden. Als ein Grund wird hier insbesondere die Ähnlichkeit der Anfangsstadien der beiden genannt (Kis Dadara et al., 2011; Liu et al., 2023; Park et al., 2024; Şahin et al., 2019).

Durchschnittlich haben die Teilnehmer\*innen etwas mehr als 65 % der sechs Fragen aus der Domäne Prävention und Management richtig beantwortet. Werden auch hier die Teilnehmer\*innen auf die Länder aufgeteilt, so zeigt sich, dass die Teilnehmer\*innen aus Österreich, Deutschland und der Schweiz ebenfalls jeweils etwas mehr als 65 % der sechs Fragen aus der Domäne Prävention und Management richtig beantwortet haben. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangen Barakat-Johnson et al. (2022b), die auch mit dem KNOW-IAD-Fragebogen gearbeitet haben. Die Ergebnisse liegen hier gleichermaßen unter dem definierten Cut-Off-Wert von 70 %. Şahin et al. (2019) erhoben das Wissen über IAD bei Intensivpflegepersonen mit einem anderen Instrument, kamen jedoch ebenfalls zum Schluss, dass das Wissen bezüglich Prävention und Management unzureichend war.

Statistisch signifikant mehr Wissen besaßen Personen, die das GLOBIAD-Instrument kannten. Diese beantworteten durchschnittlich 83,3 % der sechs Fragen in der Domäne Prävention und Management richtig und zeigen damit ein ausreichendes Wissen in diesem Bereich.

Nachfolgend werden die Stärken und Limitationen dieser Arbeit aufgezeigt.

### **4.3. Stärken und Limitationen**

Auf diese Arbeit wirkt sich die Verwendung des deutschen KNOW-IAD-Fragebogens limitierend aus. Dieser wurde im deutschsprachigen Raum noch nicht ausreichend auf seine Validität und Reliabilität überprüft. Seine Aussagekraft ist daher noch nicht vollständig eindeutig.

Auch die Sampling-Strategie in Form des Convenience Sampling wirkte sich limitierend auf diese Arbeit aus. Durch diese Form des Samplings wurde im Vergleich zur Zielpopulation lediglich eine äußerst kleine Stichprobe gezogen. Dies ist unter anderem auf den Erhebungszeitraum zurückzuführen. Es gab Rückmeldungen, dass die Wissenserhebung erst durch die Einrichtungsleitungen überprüft und bewilligt werden musste. Für zukünftige Erhebungen sollten die Einrichtungen daher frühzeitig über die Wissenserhebung informiert und mit einbezogen werden. Gleichzeitig sollte der Erhebungszeitraum länger angesetzt werden. Weiters wurde die Stichprobengröße durch die große Drop-Out-Rate von 47,2 % reduziert.

Durch die Sampling-Strategie kam es zudem zu einem Ungleichgewicht in der Verteilung der Teilnehmer\*innen zwischen den Ländern Österreich, Deutschland und der Schweiz. Ein Ländervergleich war daher nicht möglich. Auch dürfte sich das Wissen zum Thema IAD unterscheiden haben, insbesondere Personen aus Deutschland dürften sich mehr mit dem Thema IAD auseinandergesetzt haben, da hier unter anderem über eine/n Expert\*in auf dem Gebiet IAD Teilnehmer\*innen rekrutiert wurden.

Es kann darüber hinaus nicht ausgeschlossen werden, dass die vorliegenden Ergebnisse verzerrt sind, da die Teilnahme an der Studie freiwillig und die Weitergabe der Umfrage durch die Einrichtungsleitung nicht verpflichtend war. Im gesamten ist daher die Generalisierbarkeit und die Repräsentativität dieser Arbeit eingeschränkt.

Diese Arbeit zeichnet aus, dass sie die erste Untersuchung zum Wissen über IAD von Pflegepersonen in der D-A-CH-Region ist. Sie gibt daher erste Einblicke in

dieses Themenfeld und kann somit als Forschungsgrundlage für weitere Studien herangezogen werden. Diese Arbeit zeichnet ebenfalls die Verwendung des KNOW-IAD-Instruments aus. Es handelt sich hier um ein Instrument, das evidenzgestützt entwickelt wurde. Studien, die mit evidenzbasierten Instrumenten arbeiten, gibt es selten.

Eine Stärke dieser Arbeit ist die Untersuchung der gesamten D-A-CH-Region, so konnte ein umfassender Einblick für diese Region gegeben werden. Diese Stärke wurde durch das multizentrische Design weiter erhöht. Die Teilnahme an dieser Studie war einer Vielzahl an Einrichtungen möglich. So konnte ein vielfältiger Einblick für die D-A-CH-Region gegeben werden.

Eine weitere Stärke dieser Arbeit, neben der gesamten Darstellung des Wissens für die D-A-CH-Region, ist die separate Darstellung des Wissens über IAD von Pflegepersonen für Österreich, Deutschland und die Schweiz. Diese Arbeit stellt daher eine Grundlage für die nationale Forschung in diesen Ländern dar.

#### **4.4. Empfehlungen für Forschung und Praxis**

In den folgenden Abschnitten werden Empfehlungen für Forschung und Praxis gegeben, um an die Ergebnisse dieser Arbeit anzuknüpfen, beziehungsweise um die Ergebnisse für die Pflegepraxis nutzbar zu machen.

##### **4.4.1. Forschungsempfehlungen**

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine erste Ist-Erhebung zum Wissen über IAD bei Pflegepersonen in der D-A-CH-Region. Das von Durakovic et al. (2024) in das Deutsche übersetzte KNOW-IAD-Instrument wurde in dieser Erhebung das erste Mal angewendet. Die Übersetzung wurde bis jetzt noch nicht ausreichend psychometrisch evaluiert. Daher ist es notwendig, den übersetzten KNOW-IAD-Fragebogen weiter psychometrisch auf seine Validität und Reliabilität zu testen, wie zum Beispiel die Interkulturelle Validität sowie die Intrarater-Reliabilität, und bei Bedarf anzupassen. Des Weiteren benötigt es Forschung in diesem Bereich mittels rigorosen Forschungsmethoden wie die Probability-Sampling-Strategien. Durch diese kann die Repräsentativität und Generalisierbarkeit der Ergebnisse verbessert werden. Ebenfalls betrachtete diese Arbeit ausschließlich Pflegepersonen in Krankenhäusern. Das Wissen über IAD von

Pflegepersonen in anderen Settings, wie der Rehabilitation, Langzeitpflege oder dem extramuralen Bereich, ist im deutschsprachigen Raum noch nicht beforscht worden. Da IAD nicht einzig im Krankenhaus ein Problem darstellt, sondern gleichfalls in anderen Settings, gibt es im gesamten deutschsprachigen Raum noch Forschungslücken, die es zu schließen gilt.

#### **4.4.2. Praxisempfehlungen**

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass es einen Aufholbedarf hinsichtlich Fortbildungen gibt. Insbesondere aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingungen sollten Fortbildungen für das Pflegepersonal gefördert werden. Es sollte evaluiert werden, weshalb Pflegepersonen wenig Fortbildungen besuchen. Pflegepersonen sollten den Besuch von Fortbildungen einfordern und Organisationen sollten mehr Fortbildungen anbieten.

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass insbesondere das Wissen hinsichtlich Klassifikation und Diagnostik sowie Prävention und Management niedrig ist. Fortbildungen zum Thema IAD sollten sich daher inhaltlich besonders auf diese genannten Bereiche fokussieren. Da nur wenige Pflegepersonen das GLOBIAD-Instrument kannten und dieses bei noch weniger Personen einer Einrichtung eingesetzt wurde, sollten sich Einrichtungen darauf fokussieren, evidenzbasierte Assessmenttools wie das GLOBIAD-Instrument einzuführen, um die Klassifikation und Terminologie zu vereinheitlichen. Insbesondere handelt es sich bei GLOBIAD laut der internationalen Best-Practice-Guideline „Prävention und Management von feuchtigkeitss-assozierten Hautschädigungen (MASD)“ von Fletcher et al. (2020) um das Klassifikationstool der Wahl. GLOBIAD soll Konsistenz in die Klassifikation und Terminologie innerhalb des Themas IAD bringen (Beeckman et al., 2018; Fletcher et al., 2020). Da das GLOBIAD-Instrument in 14 Sprachen übersetzt wurde und gute psychometrische Eigenschaften besitzt (Beeckman et al., 2018), sollte die Implementierung des Instruments in Forschung und Praxis weiter forciert werden.

Diese Maßnahmen könnten das Wissen der Pflegepersonen verbessern. Dies kann die Pflegequalität hinsichtlich der Prävention und Therapie von Personen mit IAD verbessern.

## 5. Schlussfolgerung

In dieser Masterarbeit wurde erstmals das Wissen über IAD von Pflegepersonen in der D-A-CH-Region untersucht. Die Ergebnisse legen nahe, dass das Gesamtwissen über IAD von Pflegepersonen mit 66,7 % mäßig ausgeprägt ist. Das Wissen von Pflegepersonen aus Österreich, Deutschland und der Schweiz scheint ähnlich zu sein. Mangelndes Wissen lag insbesondere in den Domänen Klassifikation und Diagnostik sowie Prävention und Management vor. Diese Arbeit zeigte zudem, welche Faktoren das Wissen bezüglich IAD positiv beeinflussen. Hier ist insbesondere der Faktor Fortbildung hervorzuheben. Die Hälfte der Teilnehmer\*innen besuchte in den letzten zwei Jahren keine relevante Fortbildung zum Thema IAD. Personen, die eine bis vier relevante Fortbildungen besuchten, wiesen jedoch signifikant mehr Wissen über IAD auf. In Fortbildungen könnte daher der Schlüssel für ein verbessertes Wissen über IAD und daraus folgend eine qualitativ hochwertigere Patientenversorgung liegen. Ebenfalls legt diese Arbeit nahe, dass das evidenzbasierte Assessmentinstrument GLOBIAD noch nicht in der Pflegepraxis angekommen ist. Insgesamt gibt diese Arbeit einen ersten Einblick in das Themenfeld Wissen über IAD von Pflegepersonen in der D-A-CH-Region – es bedarf jedoch weiterer Forschung mit größeren Stichproben, um dieses Thema umfassend zu verstehen.

## 6. Literaturverzeichnis

- ABRAMS, P., CARDOZO, L., WAGG, A. & WEIN, A. (2017). *Incontinence. 6th Edition*, International Consultation on Urological Diseases-European Association of Urology.
- ACTON, C., IVINS, N., BAINBRIDGE, P. & BROWNING, P. (2020). Management of incontinence-associated dermatitis patients using a skin protectant in acute care: a case series. *J Wound Care*, 29, 18-26.
- AUDET, L. A., BOURGAULT, P. & ROCHEFORT, C. M. (2018). Associations between nurse education and experience and the risk of mortality and adverse events in acute care hospitals: A systematic review of observational studies. *Int J Nurs Stud*, 80, 128-146.
- BANHARAK, S., PANPANIT, L., SUBINDEE, S., NARONGSANOI, P., SANUN-AUR, P., KULWONG, W., SONGTIN, P. & KHEMPHIMAI, W. (2021). Prevention and Care for Incontinence-Associated Dermatitis Among Older Adults: A Systematic Review. *J Multidiscip Healthc*, 14, 2983-3004.
- BARAKAT-JOHNSON, M., BEECKMAN, D., CAMPBELL, J., DUNK, A. M., LAI, M., STEPHENSON, J. & COYER, F. (2022a). Development and Psychometric Testing of a Knowledge Instrument on Incontinence-Associated Dermatitis for Clinicians: The Know-IAD. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 49, 70-77.
- BARAKAT-JOHNSON, M., STEPHENSON, J., BASJARAHL, S., CAMPBELL, J., CUNICH, M., DISHER, G., GEERING, S., KO, N., LAI, M., LEAHY, C., LEONG, T., MCCLURE, E., O'GRADY, M., WALSH, J., WHITE, K. & COYER, F. (2022b). Clinician Knowledge of Incontinence-Associated Dermatitis: A Multisite Survey of Healthcare Professionals in Acute and Subacute Settings. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 49, 159-167.
- BARAKAT-JOHNSON, M., STEPHENSON, J., LAI, M., BASJARAHL, S., CAMPBELL, J., CUNICH, M., DISHER, G., GEERING, S., KO, N., LEAHY, C., LEONG, T., MCCLURE, E., O'GRADY, M., WALSH, J., WHITE, K. & COYER, F. (2024). Impact of an evidence-based bundle on incontinence-associated dermatitis prevalence in hospital patients: A quasi-experimental translational study. *Int Wound J*, 21, e14936.
- BAUER, S., POSPICHAL, J., HUPPERTZ, V., BLANAR, V., SAKA, B. & EGLSEER, D. (2023). Malnutrition knowledge among nursing staff in four European countries: A cross-sectional study. *Nurse Educ Today*, 128, 105887.
- BEECKMAN, D., CAMPBELL, J., CAMPBELL, K., CHIMENTÃO, D., COYER, F., DOMANSKY, R., GRAY, M., ... & WANG, L. (2015). Incontinence-associated Dermatitis: Moving Prevention Forward. Addressing evidence gaps for best practice. *Wounds International*.
- BEECKMAN, D., VAN DAMME, N., SCHOONHOVEN, L., VAN LANCKER, A., KOTTNER, J., BEELE, H., GRAY, M., ... & VAN DEN BUSSCHE, K. (2016). Interventions for preventing and treating incontinence-associated dermatitis in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- BEECKMAN, D., VAN DEN BUSSCHE, K., ALVES, P., ARNOLD LONG, M. C., BEELE, H., CIPRANDI, G., COYER, F., ... & KOTTNER, J. (2018). Towards an international language for incontinence-associated dermatitis (IAD): design and evaluation of psychometric properties of the Ghent Global IAD Categorization Tool (GLOBIAD) in 30 countries. *Br J Dermatol*, 178, 1331-1340.

- BEUTEL, M. E., HESSEL, A., SCHWARZ, R. & BRÄHLER, E. (2005). Prävalenz der Urininkontinenz in der deutschen Bevölkerung. Komorbidität, Lebensqualität, Einflussgrößen. *Urologe A*, 44, 232-8.
- BMFSFJ. (2020). *Neue Pflegeausbildung* [Online]. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Available: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/berufsfeld-pflege/neue-pflegeausbildungen/neue-pflegeausbildungen-77264> [Accessed 22.05.2024].
- BORDEIANOU, L. G., THORSEN, A. J., KELLER, D. S., HAWKINS, A. T., MESSICK, C., OLIVEIRA, L., FEINGOLD, D. L., ... & PAQUETTE, I. M. (2023). The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Management of Fecal Incontinence. *Diseases of the Colon & Rectum*, 66, 647-661.
- BOURGON LABELLE, J., AUDET, L. A., FARAND, P. & ROCHEFORT, C. M. (2019). Are hospital nurse staffing practices associated with postoperative cardiac events and death? A systematic review. *PLoS One*, 14, e0223979.
- CARDOZO, L., ROVNER, E., WAGG, A., WEIN, A. & ABRAMS, P. (2023). *Incontinence 7th Edition 2023*.
- CUNICH, M., BARAKAT-JOHNSON, M., LAI, M., ARORA, S., CHURCH, J., BASJARAHL, S., CAMPBELL, J. L., ... & COYER, F. (2022). The costs, health outcomes and cost-effectiveness of interventions for the prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: A systematic review. *Int J Nurs Stud*, 129, 104216.
- DU PREL, J. B., ROHRIG, B., HOMMEL, G. & BLETTNER, M. (2010). Choosing statistical tests: part 12 of a series on evaluation of scientific publications. *Dtsch Arztebl Int*, 107, 343-8.
- DUARTE, G. M., MEDEIROS, A. M. B., VASCONCELOS, C. D. A., SILVA, G. & ANDRADE, E. (2022). Nursing knowledge about incontinence-associated dermatitis in a teaching hospital. *Rev Gaucha Enferm*, 43, e20210326.
- DURAKOVIC, H., GAUGL, P., KLUG, L. & STARK, M. (2024). Deutsche Übersetzung des KNOW-IAD-Instrumentes. *ProCare*, 6-7.
- FALAH-HASSANI, K., REEVES, J., SHIRI, R., HICKLING, D. & MCLEAN, L. (2021). The pathophysiology of stress urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*, 32, 501-552.
- FLETCHER, J., BEECKMAN, D., BOYLES, A., FUMAROLA, S., KOTTNER, J., MCNICHOL, L., MOORE, Z., ... & VOEGELI, D. (2020). Prävention und Management von feuchtigkeits-assoziierten Hautschäden (MASD). *Wounds International*.
- GLASER, J. & SEUBERT, C. (2018). Arbeitswissenschaftliche Analyse und Bewertung pflegerischer Humandienstleistungstätigkeiten in der stationären Langzeitpflege als Basis für eine leistungsgerechte Personalbemessung. Universität Innsbruck, Institut für Psychologie.
- GRAY, J. R. & GROVE, S. K. (2021). *Burns and Grove's. The Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*, Missouri, Elsevier.
- GRAY, M., BEECKMAN, D., BLISS, D. Z., FADER, M., LOGAN, S., JUNKIN, J., SELEKOF, J., ... & KURZ, P. (2012). Incontinence-associated dermatitis: a comprehensive review and update. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 39, 61-74.

- GRAY, M., BLISS, D. Z., DOUGHTY, D. B., ERMER-SELTUN, J., KENNEDY-EVANS, K. L. & PALMER, M. H. (2007). Incontinence-associated dermatitis: a consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 34, 45-54; quiz 55-6.
- GRIEBLER, R., WINKLER, P., DELCOUR, J., ANTOSIK, J., LEUPRECHT, E., NOWOTNY, M., SCHMUTTERER, I., ... & KUCERA, S. (2023). *Österreichischer Gesundheitsbericht 2022*, Wien, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (,,).
- GUO, S. & HUSSEY, D. L. (2004). Nonprobability Sampling in Social Work Research. *Journal of Social Service Research*, 30, 1-18.
- IBM CORP (2023). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 29. Armonk, NY: IBM Corp.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2021). *Der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen. Überarbeitet 2021*, Schweiz.
- KAYSER, S. A., KOLOMS, K., MURRAY, A., KHAWAR, W. & GRAY, M. (2021). Incontinence and Incontinence-Associated Dermatitis in Acute Care: A Retrospective Analysis of Total Cost of Care and Patient Outcomes From the Premier Healthcare Database. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 48, 545-552.
- KAYSER, S. A., PHIPPS, L., VANGILDER, C. A. & LACHENBRUCH, C. (2019). Examining Prevalence and Risk Factors of Incontinence-Associated Dermatitis Using the International Pressure Ulcer Prevalence Survey. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 46, 285-290.
- KIS DADARA, Z., FOHSL-GRANDE, B., MÜLLER, G., DUFT, M., STEININGER, A., JUKIC-PUNTIGAM, M. & BINDER, E. (2011). Dekubitusprävention - die internationale Leitlinie als Basis. Den Horizont auf die gesamte Versorgungskette erweitern. *ProCare*, 03/2011.
- KNEŽEVIĆ, D., JOVIĆ, D., EGELJIĆ-MIHAILOVIĆ, N., DOBROVOLJSKI, D. & PETKOVIĆ, M. (2023). Nurses' knowledge of incontinence-associated dermatitis: the influence of a planned educational programme. *Kontakt*, 25, 71-76.
- LANDESRECHNUNGSHOF STEIERMARK (2022). *Prüfbericht. Pflege- und Betreuungsberufe in der Steiermark*, Graz, Landtag Steiermark - Landesrechnungshof.
- LIMESURVEY. (2024). *LimeSurvey: An Open Source survey tool* [Online]. Hamburg, Germany: LimeSurvey GmbH. Available: <http://www.limesurvey.org> [Accessed].
- LIU, H., DU, A., TIAN, Y., GAO, M., JI, S., MI, J., SHAO, X., HUANG, D. & CAO, X. (2023). The ability of critical care nurses to identify pressure injury and incontinence-associated dermatitis: A multicentre cross-sectional survey. *Nurs Open*, 10, 1556-1564.
- LOHRMANN, C. (2023). *Pflegequalitätserhebung 2.0. 09. - 11. November 2022*, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz.
- MACK, I., HAHN, H., GÖDEL, C., ENCK, P. & BHARUCHA, A. E. (2024). Global Prevalence of Fecal Incontinence in Community-Dwelling Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 22, 712-731.e8.
- MARGALIT-YEHUDA, R., MARADEY-ROMERO, C., DAVIDOV, Y., RAM, E. & CARTER, D. (2024). Comparison of etiological and physiological characteristics of fecal incontinence in men and women. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*, 326, G274-g278.

- MURRE, J. M. & DROS, J. (2015). Replication and Analysis of Ebbinghaus' Forgetting Curve. *PLoS One*, 10, e0120644.
- NIEDERSTADT, C. & GABER, E. (2007). *Harninkontinenz*, Robert Koch-Institut.
- OESTERMANN, T. & PARSI, P. R. (2011). *Fortbildungsverhalten und -bereitschaft von Pflegekräften in Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe. Eine empirische Untersuchung*, GRIN.
- PARK, S., KIM, E. J., LEE, S. J., KIM, E. J., LEE, J. Y. & HONG, J. E. (2024). Knowledge and Visual Differentiation Ability of the Pressure Injury Classification System and Incontinence-Associated Dermatitis among Hospital Nurses: A Descriptive Study. *Healthcare (Basel)*, 12.
- POLIT, D. F. & BECK, C. T. (2021). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo, Wolters Kluwer.
- RAEPSAET, C., FOURIE, A., VAN HECKE, A., VERHAEGHE, S. & BEECKMAN, D. (2021). Management of incontinence-associated dermatitis: A systematic review of monetary data. *Int Wound J*, 18, 79-94.
- RODRÍGUEZ-PALMA, M., VERDÚ-SORIANO, J., SOLDEVILLA-AGREDA, J. J., PANCORBO-HIDALGO, P. L. & GARCÍA-FERNÁNDEZ, F. P. (2021). Conceptual Framework for Incontinence-Associated Dermatitis Based on Scoping Review and Expert Consensus Process. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 48, 239-250.
- ŞAHİN, F., KARADAĞ, A. & AVŞAR, P. (2019). A Survey of Turkish Nurses' Knowledge of Incontinence-Associated Dermatitis. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 46, 434-440.
- SCHWEIZER BERUFSVERBAND DER PFLEGEFACHFRAUEN UND PFLEGEFACHMÄNNER SBK-ASI. (n.d.). *Pflegeausbildung* [Online]. Available: <https://sbk-asi.ch/de/pflege-und-arbeit/bildung/> [Accessed 22.05.2024].
- SHARMA, A., YUAN, L., MARSHALL, R. J., MERRIE, A. E. & BISSETT, I. P. (2016). Systematic review of the prevalence of faecal incontinence. *Br J Surg*, 103, 1589-1597.
- SOKEM, J., FERREIRA, A. M., BERGAMASCHI, F. P. R., COELHO, M. D. M. F., RIGOTTI, M. A. & CARNEIRO, L. M. (2022). Construção e validação de um instrumento para avaliação do conhecimento sobre dermatite associada à incontinência. *Enfermería Global*, 21, 25-70.
- STEININGER, A., JUKIC-PUNTIGAM, M., URBAN, W. & MÜLLER, G. (2011). Eine Delphi-Studie zur Inhaltsvaliditätsprüfung des deutschen Inkontinenzassoziierten Dermatitis Interventions Tools (IADIT-D). *Pflegewissenschaft*, 12, 85-92.
- VÖLZER, B., EL GENEDY-KALYONCU, M., FASTNER, A., TOMOVA-SIMITCHIEVA, T., NEUMANN, K., SILL, J., BALZER, K. & KOTTNER, J. (2023). Prevalence and associations of xerosis cutis, incontinence-associated dermatitis, skin tears, pressure ulcers, and intertrigo in aged nursing home residents: A representative prevalence study. *Int J Nurs Stud*, 141, 104472.
- WEI, M., YANG, D., WU, L., CHEN, W., CHEN, Y. & FU, Q. (2020). The Prevalence of Incontinence-Associated Dermatitis in Hospitalized Patients in China: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Adv Skin Wound Care*, 33, 1-7.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2022a). *Ageing and Health* [Online]. World Health Organization. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> [Accessed 22.05.2024].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2022b). *International Classification of Diseases Eleventh Revision (ICD-11)* [Online]. Geneva Available: <https://icd.who.int/en> [Accessed 2024].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2024). *Nursing and midwifery* [Online]. World Health Organization. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery> [Accessed 05.08.2024].

## 7. Anhang

### Fragebogen Wissen zu Inkontinenz-Assoziierter Dermatitis

#### Teilnahme

Möchten Sie an der Studie teilnehmen?

- Ja
- Nein

#### Demografische Informationen

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an

- Männlich
- Weiblich
- Divers

Land der Erhebung

- Österreich
- Deutschland
- Schweiz

In welchem Jahr wurden sie geboren?

Was ist Ihre höchste abgeschlossene Krankenpflegeausbildung?

- Pflegeassistentz
- Pflegefachassistentz
- Fachsozialbetreuung
- Diplom für den Gehobenen Dienst (DGKP)
- Bachelor oder Bachelor (FH)
- Master
- Doktorat

Wie viele Jahre waren Sie bisher in der Pflege tätig?

- <5 Jahre
- 5-10 Jahre
- >10 Jahre

Wo arbeiten Sie derzeit hauptberuflich in der Pflege?

- Krankenhaus: Chirurgie
- Krankenhaus: Innere Medizin
- Krankenhaus: Intensiv-/Überwachungsstation
- Krankenhaus: Geriatrie
- Krankenhaus: Sonstiges
- Sonstiges

Wie viele Stunden arbeiten Sie hauptberuflich in der Pflege?

- Maximal 10 Stunden/Woche
- 11-20 Stunden/Woche
- 21-30 Stunden/Woche
- 31 oder mehr Stunden/Woche

Bitte geben Sie an inwieweit Sie eine der beiden nachfolgenden Zusatzqualifikationen in den letzten 2 Jahren abgeschlossen haben?

- Wundmanagement
- Kontinenz-Stomaberatung
- Habe keine der genannten Zusatzqualifikationen abgeschlossen.

Bitte geben Sie an inwieweit Sie an einer der genannten Fort- und Weiterbildungen in den letzten 2 Jahren teilgenommen haben?

- Wundversorgung
- Inkontinenz
- Inkontinenz-assoziierte Dermatitis
- Geriatrie
- Habe an keiner der genannten Fort- und Weiterbildungen teilgenommen.

Kennen Sie das GLOBIAD Instrument? *Link zu deutschem Instrument*

[https://images.skintghent.be/2018111216251173\\_globiad-german-final2.pdf](https://images.skintghent.be/2018111216251173_globiad-german-final2.pdf)

- Ja
- Nein

Wird in Ihrer Einrichtung das GLOBIAD Instrument verwendet?

- Ja
- Nein
- Ich weiß es nicht

Nutzen Sie das GLOBIAD Instrument in Ihrer täglichen pflegerischen Praxis?

- Ja
- Nein

### **Wissen zu Inkontinenz-Assoziierter Dermatitis (Know-IAD)**

Bitte lesen Sie alle Aussagen sorgfältig durch und kreuzen Sie für jede Aussage eine der Antwortmöglichkeiten “Richtig”, “Falsch” oder “Weiß ich nicht” an. Bitte lesen Sie jede Aussage sorgfältig durch und beantworten Sie alle Fragen. Bitte verwenden Sie keine anderen Ressourcen oder Hilfsmittel (wie das Internet oder Bücher) und vergleichen Sie Ihre Antworten nicht mit denen Ihrer Kolleg\*innen. Diese Umfrage dauert etwa 15 Minuten.


*Legende:*

- \* = korrekte Antwort
- ER = Domäne Ätiologie und Risiko
- CD = Domäne Klassifikation und Diagnostik
- PM = Domäne Prävention und Management



*Tabelle 15. Deutscher KNOW-IAD Fragebogen*

	Aussage	Richtig	Falsch	Weiß ich nicht
1	Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD) ist eine Hautschädigung, welche mit Urin und/oder Stuhl in Zusammenhang steht und über den perianalen Bereich hinausreicht.	* ER		


Fortsetzung von Tabelle 17. Deutscher KNOW-IAD Fragebogen

2	Eine IAD kann nicht verhindert werden, wenn eine Person an einer plötzlichen schweren Inkontinenz leidet.		<b>* ER</b>	
3	Das Verwenden von Wasser und handelsüblicher Seife zur Hautreinigung nach Inkontinenzereignis senkt den pH-Wert der Haut und reduziert dadurch das Risiko für die Entwicklung einer IAD.		<b>* ER</b>	
4	Eine eingeschränkte Mobilität und Unterstützungsbedarf der Körperpflege sind Risikofaktoren für die Entwicklung einer IAD.	<b>* ER</b>		
5	IAD ist ein Risikofaktor für die Entwicklung eines Dekubitus Kategorie 2 oder höher.	<b>* ER</b>		
6	Eine dick aufgetragene Zinksalbe in Kombination mit einer absorbierenden Inkontinenzeinlage reduziert das Risiko für eine IAD bei Personen mit Inkontinenz.		<b>* PM</b>	
7	Weniger als 1% der Personen in geriatrischen Einrichtungen im deutschsprachigen Raum sind von einer IAD betroffen.		<b>* ER</b>	
8	Personen, die unter Inkontinenz leiden, sollten während eines Krankenhausaufenthaltes alle 48 Stunden einer Hautkontrolle unterzogen werden.		<b>* PM</b>	
9	Dieses Bild kann als IAD der Kategorie 1B (anhaltende Rötung mit klinischen Zeichen einer Infektion) nach GLOBIAD klassifiziert werden. 		<b>* CD</b>	
10	Candidiasis (Soor) ist eine der häufigsten sekundären Infektionen im Zusammenhang mit IAD.	<b>* ER</b>		
11	In über 60% der beobachteten Fälle wird IAD fälschlicherweise als Dekubitus diagnostiziert und umgekehrt.	<b>* CD</b>		

Fortsetzung von Tabelle 17. Deutscher KNOW-IAD Fragebogen

12	<p>Dieses Bild zeigt einen Dekubitus Kategorie 2 nach EPUAP.</p> 		<b>* CD</b>	
13	<p>Inkontinenzhosen („Windeln“) sollten zur Prävention von IAD getragen werden, auch wenn die Inkontinenz unregelmäßig auftritt.</p>		<b>* PM</b>	
14	<p>In einigen Fällen ist es nicht möglich, IAD und Dekubitus voneinander zu unterscheiden, bis ein Therapieschema für 3 bis 5 Tage angewendet wurde und die Reaktion auf die Behandlung beobachtet werden konnte.</p>	<b>*CD</b>		
15	<p>Dieses Bild kann als IAD der Kategorie 2A (Hautablösung ohne klinische Zeichen einer Infektion) nach GLOBIAD klassifiziert werden.</p> 	<b>* CD</b>		
16	<p>Das Verwenden von Wasser und Seife mit einem Waschlappen ist effektiv in der Prävention von Hautinfektionen, welche mit IAD in Zusammenhang stehen.</p>		<b>* PM</b>	
17	<p>Die Prävention von IAD sollte nur bei Personen, die häufig flüssigem Stuhl haben, durchgeführt werden.</p>		<b>* PM</b>	

Fortsetzung von Tabelle 17. Deutscher KNOW-IAD Fragebogen

18	<p>Die Behandlung der IAD in diesem Bild sollte folgendes beinhalten:</p>  <ul style="list-style-type: none"><li>• Hautreinigungsprodukte</li><li>• Feuchtigkeitscreme die Urea und gegebenenfalls Glycerol enthalten</li><li>• Hautschutz / Hautbarriereprodukte</li><li>• In Fällen wie Candidiasis (Soor) ist eine mikrobiologische Probe abzunehmen, um sich für eine geeignete Therapie zu entscheiden</li></ul>	<b>* PM</b>		
----	--	-------------	--	--

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**