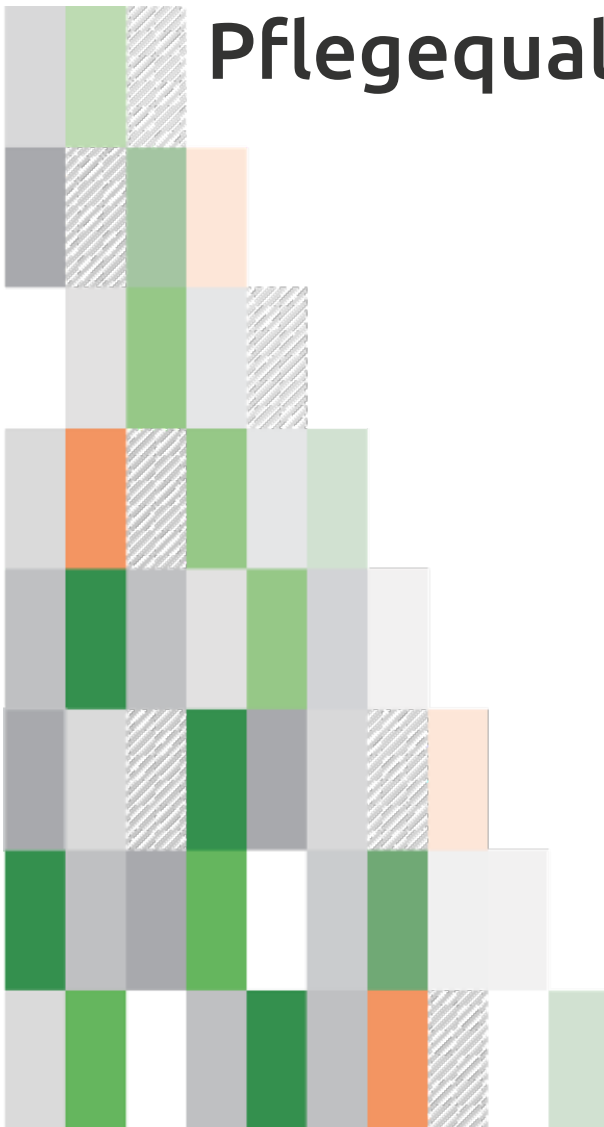




Pflegequalitätserhebung 2.0



12. November 2019

Herausgabe: Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ rer. cur. Christa Lohrmann (DGKS)
Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft
Universitätsplatz 4/3
8010 Graz
Tel.: 0316 385 72083 (Mag.^a Sandra Klein)
eMail: pflagequalitaetserhebung@medunigraz.at
Web: <http://pflgewissenschaft.medunigraz.at/>
<https://at.lpz-um.eu/de>

© 2020 Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Berichtes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie oder einem anderen Verfahren) ohne Genehmigung der Vorständin des Instituts für Pflegewissenschaft reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

DANK

Wir bedanken uns bei den Einrichtungen, Pflegedienstleitungen, KoordinatorInnen und Pflegenden, die an der *Pflegequalitätserhebung 2.0* im Jahr 2019 teilgenommen haben.

Unser besonderer Dank gilt den PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen, die sich bereit erklärt haben, an einer körperlichen Untersuchung sowie an einer umfassenden Befragung teilzunehmen.

*„Wir können nichts verbessern,
bevor wir es nicht messen können,
um zu sehen
ob die Veränderung eine Verbesserung ist.“*

(Elaine Maxwell, 2013)

Projektteam

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

Projektleiterin

Dr.ⁱⁿ Doris Eglseer, MSc BBSc

Universitätsassistentin

Selvedina Osmancevic, MSc BSc

Universitätsassistentin

Dr.ⁱⁿ Silvia Bauer, MSc BSc

Universitätsassistentin

Dr.ⁱⁿ Manuela Hödl, MSc BSc

Universitätsassistentin

Mag.^a phil. Sandra Klein

Organisatorische/Lektorielle Unterstützung

Alfred Häussl, BScN

Lektorielle Unterstützung

Claudia Voithofer, BScN

Lektorielle Unterstützung

Kooperation

Maastricht University (NL), Department of Health Service Research –
“Focusing on Chronic Care and Aging”

Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ)

Projektleiterin: Irma Everink, PhD



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	13
Beschreibung der Pflegeindikatoren	14
Qualitätsindikatoren	18
Ziel und Zweck von Pflegequalitätserhebungen	19
Vorgehen	20
Fragebogen	21
Studienpopulation	22
Verarbeitung der Daten	22
Der Gesamtbericht zur <i>Pflegequalitätserhebung 2.0 2019</i>	23
Stichprobe	25
Einleitung	25
TeilnehmerInnen und Rücklaufquote	25
Gründe für eine Nicht-Teilnahme	25
Demographische Merkmale	26
Krankheitsbilder	27
Fachbereiche	28
PatientInnen am Ende des Lebens	28
Verwirrtheit (Delirium) und Aggression	29
Pflegeabhängigkeit	31
Einleitung	31
Pflegeabhängigkeit im Überblick	31
Dekubitus	35
Einleitung	35
Dekubitusrisiko	36
Dekubitusprävalenz	37
Merkmale der Dekubitus	39
Maßnahmen zur Dekubitusprävention	41
Qualitätsindikatoren Dekubitus	43

Kontinenz	45
Einleitung	45
Prävalenz von Inkontinenz	45
Prävalenz von Inkontinenz-assoziiertes Dermatitis (IAD)	46
Maßnahmen bei Urininkontinenz	48
Qualitätsindikatoren Kontinenz	50
Mangelernährung	51
Einleitung	51
Prävalenz von Mangelernährungsrisiko	51
Ernährungsbezogene Maßnahmen	53
Qualitätsindikatoren Mangelernährung	55
Stürze	57
Einleitung	57
Sturzrisiko und -inzidenz	57
Sturzfolgen	59
Maßnahmen zur Sturzprävention	60
Qualitätsindikatoren Stürze	62
Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen	65
Einleitung	65
Inzidenz von freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen	65
Art der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen	66
Qualitätsindikatoren freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen	69
Schmerzen	71
Einleitung	71
Prävalenz von Schmerzen	71
Merkmale von Schmerzen	72
Maßnahmen bei Schmerzen	73
Qualitätsindikatoren Schmerzen	76

Zusammenfassung	77
Stichprobe und Pflegeabhängigkeit	77
Dekubitus	77
Kontinenz	78
Mangelernährung	78
Stürze	79
Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen	79
Schmerzen	79
Qualitätsindikatoren	80
Limitationen	81
Schlussbemerkung	83
Anhang	85
Glossar/Abkürzungsverzeichnis	87
Literatur	89

Die nächste *Pflegequalitätserhebung 2.0*
findet am **10. November 2020** statt



Medizinische
Universität Graz

Institut für
Pflegerwissenschaft

10. NOVEMBER 2020
PFLEGEQUALITÄT SERHEBUNG 2.0

Dekubitus, Kontinenz, Mangelernährung, Stürze,
Freiheitsein- / beschränkende Maßnahmen, Schmerzen



Für Informationen rund um die *Pflegequalitätserhebung 2.0* sowie auch zur Unterstützung bei der Interpretation Ihrer Daten nutzen Sie bitte unsere

„Sprechstunde zur *Pflegequalitätserhebung 2.0*“.

Jeweils dienstags zwischen 14 und 16 Uhr stehen wir für Ihre Fragen und Anliegen (entweder persönlich, telefonisch oder via Skype) zur Verfügung. Individuelle Terminvereinbarungen sind möglich.

Um telefonische Terminvereinbarung wird gebeten!

Tel.: 0316 385 72083

EINLEITUNG

Pflegequalität ist eines der wichtigsten Themen in der heutigen pflegerischen Versorgung¹. Alle Beschäftigten im Gesundheitssystem tragen die Verantwortung für eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung und somit für die Sicherheit von PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen. Diese Sicherheit kann durch fehlende Einschätzung von Bedürfnissen und Risiken, inadäquate Maßnahmen oder fehlende Information und Aufklärung beeinträchtigt werden².

Zu häufig auftretenden Mängeln in der Sicherheit von PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen zählen Dekubitus, Mangelernährung, Inkontinenz oder Sturz³. Diese Mängel oder Pflegeindikatoren stehen einer Genesung entgegen und können die Lebensqualität von Betroffenen erheblich beeinträchtigen. Darüber hinaus führen diese Indikatoren zu unnötigen Schmerzen und Belastungen für die Betroffenen bis hin zur Pflegeabhängigkeit. Hinzu kommen hohe Kosten, welche die einzelnen Einrichtungen sowie das gesamte Gesundheitssystem belasten^{4,5}.

Pflegende können und wollen die Herausforderung annehmen, die genannten Pflegeprobleme zu minimieren und qualitativ hochwertige Pflege anzubieten. Die kritische Reflexion und Evaluation des täglichen Handelns, der kollegiale Dialog sowie die Bereitschaft, Änderungen in der täglichen Pflegepraxis vorzunehmen, stellen entscheidende Weichen auf dem Weg zu einer hohen Pflegequalität. Diese Bestrebungen beginnen mit dem Bewusstsein und der Auseinandersetzung mit durchgeführten, unterlassenen, effektiven oder ineffektiven Präventionen und Interventionen, sowie den dadurch entstandenen (positiven oder negativen) Ergebnissen in der täglichen Pflegepraxis⁶.

Das Modell von Donabedian bietet eine gute Möglichkeit für die Betrachtung von Pflegequalität⁷. Dieses Modell besagt, dass die vorhandenen Strukturen einer Einrichtung (z.B. Nutzung evidenzbasierter Leitlinien) die durchgeführten Prozesse (z.B. regelmäßiges Risikoassessment und darauf aufbauende Maßnahmen) beeinflussen können. Diese wiederum beeinflussen die Ergebnisse der PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen (z.B. Häufigkeit von Dekubitus). Dieses Modell wird international in unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens zur Analyse und zur Verbesserung von Pflegequalität angewendet⁹.

Die *Pflegequalitätserhebung 2.0* orientiert sich ebenfalls an dem Modell von Donabedian. Dabei werden in verschiedenen österreichischen Gesundheitseinrichtungen Daten zu Dekubitus, Kontinenz, Mangelernährung, Sturz, Freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen und Schmerz, auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene erhoben. Durch die Teilnahme an der *Pflegequalitätserhebung 2.0* erhalten Einrichtungen umfassende Informationen zu allen Ebenen der Pflegequalität. Diese Informationen liefern Ansatzpunkte für die Reflexion der täglichen Praxis, um letztendlich qualitativ hochwertige, individuelle und sichere Pflege anbieten zu können. Somit stellt die Teilnahme an der *Pflegequalitätserhebung 2.0* den ersten und damit auch wichtigsten Schritt zur Sicherstellung und Entwicklung der Pflegequalität in Gesundheitseinrichtungen dar^{10,11}.

Beschreibung der Pflegeindikatoren

Im Rahmen der *Pflegequalitätserhebung 2.0* werden Daten zu den Pflegeindikatoren Dekubitus, Kontinenz, Mangelernährung, Stürzen, Freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen sowie Schmerzen erhoben. Nachfolgend werden die einzelnen Themen, beginnend mit Dekubitus, genauer erläutert.

Dekubitus sind Bereiche lokalisierter Schädigungen der Haut und der darunterliegenden Gewebeschichten, die durch Druck, Scherkräfte und Reibung oder einer Kombination dieser Faktoren verursacht werden¹². Das Auftreten von Dekubitus wird als bedeutender Qualitätsindikator in der Versorgung von PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen betrachtet¹³⁻¹⁵. Internationale Studien zeigen in Krankenhäusern Dekubitusprävalenzraten von 2,2 % bis hin zu 24,7 %¹⁶⁻²¹. In den Pflegeheimen werden international Dekubitusprävalenzraten zwischen 3,1 % und 16,9 % beschrieben^{3, 16, 22, 23}. PatientInnen auf Intensivstationen haben ein höheres Dekubitusrisiko als PatientInnen anderer Stationen^{19, 24-27}. Dekubitus stellen schwerwiegende Gesundheitsprobleme dar, die zu einer erhöhten Aufenthaltsdauer²⁸, einem erhöhten Pflegeaufwand und der Reduzierung von Lebensqualität²⁹ und damit auch zu erhöhten Kosten führen können. Die Kosten für die Behandlung eines Dekubitus belaufen sich auf 7 bis 470 Euro pro Tag abhängig von der Einrichtungsart (Krankenhaus, Pflegeheim etc.)³⁰.

Neben Dekubitus kommt auch **Inkontinenz** häufig bei institutionalisierten Personen vor³¹. Dabei wird zwischen Urin- und Stuhlinkontinenz unterschieden. Urininkontinenz bedeutet einen unfreiwilligen Verlust von Urin³² und Stuhlinkontinenz bedeutet einen unfreiwilligen Verlust von Stuhl³². Studien in Krankenhäusern berichten von Prävalenzraten zwischen 5 % und 20 % bei Urininkontinenz³³ und bis zu 30 % bei Stuhlinkontinenz³⁴. Internationale Studien in Pflegeheimen zeigen Raten bei Urininkontinenz zwischen 73 % und 75 %^{3, 35} und bei Stuhlinkontinenz bis zu 70 %^{3, 34}. Die Prävalenz von Urininkontinenz steigt mit dem Alter an³¹⁻³³. Neben psychischen und sozialen Auswirkungen³⁶, sowie erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität³⁶⁻⁴⁰ führt Inkontinenz auch zu beträchtlichen ökonomischen Folgen^{33, 41}. In den Vereinigten Staaten werden durchschnittlich 656 bis 860 US-Dollar jährlich pro PatientIn mit einer überaktiven Blase ausgegeben⁴².

Des Weiteren werden im Rahmen der *Pflegequalitätserhebung 2.0* Daten zu **Mangelernährung** erhoben. Mangelernährung wird definiert als ein Zustand, der auf eine mangelnde Nahrungszufuhr zurückzuführen ist und zu einer veränderten Körperzusammensetzung (verringerte fettfreie Masse) und Körperzellmasse führt, was zu einer verminderten körperlichen und geistigen Funktion und einer Beeinträchtigung des klinischen Krankheitsverlaufs führt⁴³. Mangelernährung tritt vor allem bei älteren Menschen auf⁴⁴⁻⁴⁶. Internationale Prävalenzen von Mangelernährung bei KrankenhauspatientInnen reichen von 21,6 % bis zu 60 %⁴⁶⁻⁴⁹. In Pflegeheimen werden internationale Prävalenzraten von bis zu 66,5 % beschrieben^{3, 49-52}. Zu den Risikofaktoren von Mangelernährung zählen unter anderem ein höheres Alter, Polypharmazie, Multimorbidität und bestimmte Erkrankungen. Aber auch soziale Isolation und psychische Erkrankungen, wie Demenz und Depression, zählen zu den Risikofaktoren^{44, 50, 53, 54}. Eine frühzeitige Erfassung von RisikopatientInnen/-bewohnerInnen ist notwendig, um den Konsequenzen einer Mangelernährung durch gezielte Interventionen vorzubeugen⁵⁵. Die Folgen einer Mangelernährung sind vielfältig und oftmals verbunden mit längeren Liegezeiten, Institutionalisierung und einer höheren Mortalität im Krankenhaus sowie einer Senkung der Lebensqualität^{44, 56-58}. Laut der Studie von Khalatbari-Soltani & Marques-Vidal (2015) liegen die zusätzlichen Kosten von PatientInnen mit einer Mangelernährung im Krankenhaus bei bis zu 5000 Euro und mehr pro Person und Krankenhausaufenthalt⁵⁷. Die Ausgaben in England für Mangelernährung wurden für die Jahre 2011 und 2012 mit rund 19.6 Milliarden

Britischen Pfund geschätzt. Das sind bis zu 10 % der gesamten Ausgaben des Gesundheits- und Sozialbereichs⁵⁷.

Stürze sind ein weiteres relevantes Problem in der täglichen Pflegepraxis⁵⁹⁻⁶¹. Unter einem Sturz sind alle Ereignisse zu verstehen, bei denen die/der PatientIn bzw. PflegeheimbewohnerIn unbeabsichtigt auf den Boden, oder nach unten fällt⁶². Zwischen 1,6 % und 3,6 % der PatientInnen stürzen mindestens einmal während eines Krankenhausaufenthaltes^{63, 64}. Über 65-jährige Personen stürzen öfter als jüngere Personen^{64, 65} und über 50 % der über 80-jährigen Personen stürzen mindestens einmal jährlich⁶⁶. Internationale Studien zeigen, dass ein Drittel der PflegeheimbewohnerInnen mindestens einmal pro Jahr stürzen⁶⁶. Als Risikofaktoren für Stürze werden in der Literatur kognitive und funktionale Einschränkungen, Inkontinenz, Multimorbidität, Umgebungsfaktoren, wie Beleuchtung oder rutschige Böden, sowie Polypharmazie identifiziert^{64, 65, 67-69}. Stürze stellen ein großes Problem in Gesundheitseinrichtungen dar, da sie zu erheblichen Konsequenzen, wie Verletzungen (Hämatomen, Gewebsverletzungen, Platzwunden, Knochenbrüchen), erhöhter Pflegeabhängigkeit oder zu einem frühzeitigen Tod führen können⁷⁰⁻⁷². Im Jahr 2017 wurden in Österreich 856 Todesfälle auf Grund von Stürzen gemeldet⁷³. Alekna et al. (2015) beschreiben durchschnittliche Kosten pro gestürzter PatientIn mit einer Hüftfraktur von 1289 Euro⁷⁰.

Unter **freiheitseinschränkenden/-beschränkenden Maßnahmen** werden Maßnahmen verstanden, welche die Menschenrechte und die Bewegungsfreiheit verletzen, einschließlich jeder Beschränkung der persönlichen Mobilität, wie Beobachtung, Abschottung, manuelle Beschränkung, mechanische Maßnahmen und rascher Einsatz von psychologischen Mitteln^{74, 75}. Internationale Prävalenzraten zu freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen liegen zwischen 0 % und 32 % in Krankenhäusern, wobei auf Intensivstationen die Raten sogar bis zu 90 % reichen^{76, 77}. In Pflegeheimen liegen international die Prävalenzraten bei 2,6 % bis 84,9 %⁷⁸⁻⁸⁰. Häufige Gründe für freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen sind Schutz vor Verletzungen bzw. Stürzen oder Verhaltenskontrolle bei kognitiven Einschränkungen⁸⁰⁻⁸². Die Literatur zeigt, dass freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen in den meisten Fällen negative Folgen hervorrufen und zu Problemen, wie Kontrakturen, Inkontinenz, Stürzen und Pflegeabhängigkeit führen können⁸³. Für die betroffenen Personen bedeutet dies eine Verschlechterung ihres physischen und psychi-

schen Gesundheitszustandes⁸⁴. Auch Pflegende verknüpfen mit freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen negative Empfindungen und Schuldgefühle⁸².

Des Weiteren werden im Zuge der *Pflegequalitätserhebung 2.0* Daten zum Pflegeindikator **Schmerzen** erhoben. Bei Schmerzen wird zwischen zwei Formen unterschieden. Akuter Schmerz „ist ein plötzlich auftretender und auf einen begrenzten Zeitraum andauernder Schmerz, der in einem offensichtlichen Zusammenhang mit einer Gewebe- oder Organschädigung steht“⁸⁵. Chronischer Schmerz wird definiert als ein „Schmerz, der länger als drei oder sechs Monate anhält“⁸⁵. Chronischer Schmerz ist ein häufig und global auftretendes Gesundheitsproblem⁸⁶⁻⁹¹. Im Jahre 2010 waren international 4 von 10 der häufigsten Gründe für langfristige Einschränkungen in der Bevölkerung Schmerzereignisse, wie etwa Rückenschmerzen, Migräne und Nackenschmerzen⁹². Aus der internationalen Literatur geht hervor, dass die Häufigkeit von Schmerzen bei PatientInnen im Krankenhaus bei 63 % bis 83 % liegt^{93, 94}. 35 % der PatientInnen berichten über starke Schmerzen (≥ 7 auf einer Schmerzskala von 0-10)⁹⁴. Die Schmerzhäufigkeit steigt mit dem Alter an⁹⁵. Schmerz führt bei den Betroffenen zu erheblichen Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Leben, vor allem das Berufsleben ist beeinträchtigt⁹⁶. Eine Studie in Deutschland zeigt auf, dass es einen starken Zusammenhang zwischen dem Erkranken an Depression und chronischen Rückenschmerzen gibt⁹⁷. Zudem stellen Schmerzen einen wesentlichen Einflussfaktor auf den Heilungs- und Genesungsprozess dar⁹⁶, was zu einer verlängerten Krankenhausaufenthaltsdauer bei PatientInnen führt⁹⁶. Eine systematische Übersichtsarbeit zeigt, dass die Kosten für PatientInnen mit chronischen Schmerzen zumindest 2,6 Mal höher sind als für PatientInnen ohne chronischen Schmerzen oder nur leichten Schmerzen⁹⁶. Eine effektive Schmerztherapie (Verringerung der Schmerzstärke um mindestens 50 %) kann zu Verbesserungen der Lebensqualität und des Berufslebens führen⁹⁶.

Alle genannten Pflegeindikatoren stehen in engem Zusammenhang mit der Pflegeabhängigkeit von PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen, d.h. sie können die Pflegeabhängigkeit fördern oder verstärken⁹⁸⁻¹⁰⁰. Gerade PflegeheimbewohnerInnen sind mehrheitlich pflegeabhängig sowohl in physischen als auch in psychosozialen Aspekten. Mobilitätsprobleme und funktionelle Einbußen führen zur Pflegeabhängigkeit, welche jedoch bei entsprechender Einschätzung und durch gezielte Interventionen reduziert werden können.

Die Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) basiert auf den Grundbedürfnissen nach Virginia Henderson und wird von Pflegenden zur Einschätzung der Pflegeabhängigkeit von PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen genutzt^{101,102}. Die psychometrischen Eigenschaften der PAS wurden umfassend in unterschiedlichen Settings überprüft, wobei die PAS als ein gültiges und zuverlässiges Instrument bestätigt werden konnte¹⁰². Die PAS besteht aus 15 Aspekten, die verschiedene physische und psychosoziale Aspekte umfassen (z.B. Essen und Trinken, Mobilität, Alltagsaktivitäten, Kommunikation). Zu jedem Item gibt es eine fünfstufige Bewertungsskala (Likertskala), die von völlig unabhängig bis völlig abhängig reicht. So kann abgebildet werden in welchen Bereichen eine Selbstständigkeit vorliegt, wo die/der jeweilige PatientIn bzw. PflegeheimbewohnerIn einen Bedarf an Unterstützung aufweist bzw. in welchen Bereichen eine Übernahme durch die Pflegepersonen notwendig ist¹⁰³. Das Hauptziel dieses Instrumentes ist es, den Pflegenden eine Unterstützung zur systematischen Einschätzung der Grundbedürfnisse von PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen sowie zur Planung des Pflegeprozesses anzubieten¹⁰¹. Dadurch bildet die PAS die Basis für die Durchführung individueller Pflegeinterventionen^{102, 104}.

Qualitätsindikatoren

Wie im Rahmen dieser einführenden Auseinandersetzung mit den Pflegeindikatoren deutlich wird, treten Dekubitus, Inkontinenz, Stürze etc. häufiger auf als viele Pflegenden und Pflegedienstleitungen annehmen. Bei diesen Pflegeindikatoren handelt es sich jedoch nicht um Pflegeindikatoren, mit denen grundsätzlich gerechnet werden muss, sondern sie sind häufig vermeidbar bzw. reduzierbar. Mit der Anwendung von wissenschaftlichen Leitlinien oder Risikoassessmentinstrumenten kann die Versorgung von PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen optimiert werden. Solche Leitlinien oder Assessmentinstrumente stellen sogenannte Qualitätsindikatoren dar und können dabei helfen, die eigene berufliche Praxis zu reflektieren und Initiativen zur Verbesserung der Qualität in der Einrichtung zu initiieren. Die Auseinandersetzung mit Qualitätsindikatoren ermöglicht eine fundierte Diskussion und Förderung der Qualität der Pflege¹⁰⁵. Qualitätsindikatoren sind in der österreichischen Praxis jedoch noch unzureichend vorhanden^{16, 22, 106-108}.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, sowie Stürze, freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen und Schmerzen bei PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen zu massiven Einschränkungen, Folgeproblemen und verminderter Lebensqualität führen können. Bei Pflegenden führt das Vorhandensein dieser Pflegeindikatoren nicht selten zu Unzufriedenheit und Enttäuschungen in ihrer täglichen Praxis. Darüber hinaus erfordern sie erhebliche pflegerische und medizinische Ressourcen und verursachen enorme Kosten für die Gesundheitssysteme.

Ziel und Zweck von Pflegequalitätserhebungen

In vielen Fällen können die oben genannten Indikatoren vermieden und somit in ihrer Häufigkeit reduziert werden. Voraussetzung dafür sind präzise und detaillierte Informationen über das Auftreten der genannten Pflegeindikatoren (Ergebnisebene), diesbezüglich durchgeführte Maßnahmen zur Prävention und Behandlung (Prozessebene) sowie Informationen über verschiedene Qualitätsindikatoren (Strukturebene) in den einzelnen österreichischen Gesundheitseinrichtungen. Diese Informationen bilden die Basis, um die bisher gängige Praxis zu reflektieren und gegebenenfalls Veränderungen zu initiieren. Solche Informationen (Daten) müssen objektiv, standardisiert und auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse erhoben werden. Dazu können Prävalenzstudien genutzt werden, welche sich sehr gut eignen, landesweit einheitliche Daten zur Häufigkeit einer Krankheit/eines Problems in einer Population zu erheben^{109, 110}. Sie ermöglichen einen Einblick in die derzeitige Pflegepraxis und geben Anregungen für Verbesserungen¹¹¹. Bei regelmäßiger Teilnahme der Einrichtungen an Prävalenzstudien können initiierte Verbesserungen erkannt und die so erzielten Erfolge sichtbar gemacht werden. Seit 2009 gibt es für Österreich umfassende und standardisiert erhobene Daten zu den vorgestellten Pflegeindikatoren.

Ziel dieser jährlich stattfindenden *Pflegequalitätserhebung 2.0* ist es, Daten zur Häufigkeit, Prävention und Behandlung von Dekubitus, (In)kontinenz, Mangelernährung, Stürzen und Schmerzen sowie zur Häufigkeit, Art und Begründung freiheitsein-/beschränkender Maßnahmen in Gesundheitseinrichtungen zu erheben. Die gewonnenen Daten sollen den Einrichtungen die Möglichkeit bieten, zielgerichtete Maßnahmen zu initiieren wie z.B. die Einführung eines Assessmentinstruments. Darüber hinaus können diese Daten im Sinne von Benchmarking zum Vergleich mit anderen Einrichtungen

genutzt werden. Zudem geben die Daten einen guten Einblick in die Pflegequalität der österreichischen Einrichtungen. Die Daten dienen ferner auch als Grundlage für die Planung und Durchführung weiterer (internationaler) Forschungsprojekte.

Seit 2009 wird diese Erhebung in Österreich vom Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz in Kooperation mit der Projektgruppe Landesweite Prävalenzerhebung pflegebezogener Daten¹ der Universität Maastricht, Niederlande, durchgeführt. In der Schweiz wird diese Erhebung seit 2011 in Krankenhäusern zu den Themen Dekubitus und Sturz durchgeführt. Seit 2015 nehmen auch Pflegeeinrichtungen aus England und der Türkei teil.

Eine regelmäßige Teilnahme (jährlich) der österreichischen Einrichtungen mit allen Stationen/Wohnbereichen wird empfohlen, um einen Vergleich über die Jahre (Längsschnittvergleich) zu ermöglichen und um ein umfassendes Bild der jeweiligen Einrichtung zu erhalten. Dadurch kann festgestellt werden, ob eingeleitete pflegerische Maßnahmen zur Senkung der jeweiligen Prävalenzrate(n) beigetragen haben^{112, 113}.

Vorgehen

Alle österreichischen Gesundheitseinrichtungen, Krankenhäuser, Pflegeheime und Rehabilitationseinrichtungen in Österreich können an der Pflegequalitätserhebung teilnehmen. Die Teilnahme an der Studie ist für alle Einrichtungen freiwillig. Ein positives Votum für die Durchführung der Studie wurde von der zuständigen Ethikkommission (Medizinische Universität Graz) ausgestellt. Es werden nur Daten von PatientInnen erhoben für die eine informierte Zustimmung vorliegt. Die teilnehmenden Einrichtungen erhalten im Vorfeld eine Schulung sowie Informations- und Erhebungsmaterialien, welche für die Datenerhebung in den jeweiligen Einrichtungen notwendig sind. Die Daten werden von einem Erhebungsteam bestehend aus zwei Personen (i.d.R. diplomierte Pflegeperson) erhoben. Dieses Team besteht aus einer unabhängigen (externen) Pflegeperson (von einer anderen Station/einem anderen Wohnbereich) sowie einer zweiten (internen) Pflegeperson, die auf der Station/dem Wohnbereich tätig ist. Beim Ausfüllen des Fragebogens soll Übereinstimmung erzielt werden. Gelingt dies nicht, entscheidet die unabhängige Pflegeperson.

Fragebogen

Der im Rahmen der *Pflegequalitätserhebung 2.0* verwendete originale Fragebogen wurde innerhalb der internationalen Forschungsgruppe entwickelt. Die Fragen wurden anhand der internationalen wissenschaftlichen Literatur und von ExpertInnen auf dem Gebiet der jeweiligen Pflegeindikatoren zusammengestellt und werden regelmäßig nach neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen aktualisiert. Bei der Zusammenstellung des Fragebogens wurde auf vorhandene wissenschaftlich getestete (psychometrisch geprüfte) Messinstrumente, wie die Braden-Skala¹¹⁴ oder die Pflegeabhängigkeitsskala^{101, 102} zurückgegriffen.

Generell enthält der Fragebogen Fragen auf 3 Ebenen:

- (1) Fragen zum Profil der Einrichtung (Art der Einrichtung) und zu vorhandenen Qualitätsindikatoren,
- (2) Fragen zum Profil der Station bzw. des Wohnbereichs (Art der Station bzw. des Wohnbereichs) und zu vorhandenen Qualitätsindikatoren,
- (3) Fragen zu den TeilnehmerInnen. Ein allgemeiner Teil erfasst demographische Merkmale (wie Alter und Geschlecht) und ein spezifischer Abschnitt erhebt Daten und Merkmale zu den Pflegeindikatoren sowie zur Prävention und den gesetzten Interventionen.

Qualitätsindikatoren auf Einrichtungsebene

Standards/Leitlinien: Schriftliche, wissenschaftlich-basierte und anerkannte Standards/Leitlinien zur Prävention und/oder Behandlung, welche auf einer (inter-)nationalen Leitlinie basieren und für die gesamte Einrichtung verbindlich und für alle Pflegenden zugänglich sind.

Multidisziplinäres ExpertInnenteam: Multidisziplinäre Arbeitsgruppe, die sich speziell mit einem Pflegeindikator (z.B. Dekubitus, Mangelernährung) befasst.

Qualitätsindikatoren auf Stationsebene

Überprüfung der Einhaltung des Standards/der Leitlinie: Regelmäßige Überprüfung (mündlich oder schriftlich) des Standards/der Leitlinie.

Multidisziplinäre Beratung: Besprechung von RisikopatientInnen/-bewohnerInnen (z.B. Mangelernährung) im multidisziplinären Team.

Aufzeichnung der Risikobeurteilung in der Krankenakte: Aufzeichnung in der Krankenakte, inwieweit beispielsweise ein Dekubitusrisiko besteht.

Fortbildung: Es haben in etwa 80 % der Pflegepersonen auf der Station an einer Fortbildung in den letzten 2 Jahren teilgenommen. Hier gelten sowohl hausinterne als auch externe Fortbildungen.

Standardisierte Informationsweitergabe: Informationsweitergabe bei Verlegung und/oder Entlassung, die sicherstellt, dass Informationen über individuelle Risikofaktoren oder vorhandene Probleme (z.B. Dekubitus oder Sturz) weitergegeben werden.

Da eine Risikoerfassung bei den Themen Kontinenz, freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen und Schmerzen nicht zielführend ist, werden folgende Fragen für diese Indikatoren nicht erhoben: Multidisziplinäre Beratung von RisikopatientInnen, Aufzeichnung der Risikobeurteilung in der Krankenakte sowie die standardisierte Informationsweitergabe bezüglich individueller Risikofaktoren.

Es kann bei allen Pflegeindikatoren zu Unterschieden zwischen der Gesamtanzahl aller teilnehmenden Stationen und den ausgewerteten Stationen kommen. Dies ergibt sich durch unschlüssige Angaben, z.B.: auf Einrichtungsebene ist kein Standard/Leitlinie vorhanden, aber auf Stationsebene, gibt es eine Expertin zur Aktualisierung des Standards/der Leitlinie.

Studienpopulation

Die *Pflegequalitätserhebung 2.0* fand an einem vorab festgelegten Stichtag (**12. November 2019**) statt. Zur Population der Studie zählten alle PatientInnen, die sich am Tag der Erhebung auf den teilnehmenden Stationen befanden.

Verarbeitung der Daten

Zahlreiche Einrichtungen führen die Datenerhebung direkt am Laptop durch. Einrichtungen, die mittels schriftlicher Fragebögen die Daten erhoben haben,

konnten innerhalb eines Zeitraums von 6 Wochen nach Ablauf der Erhebung (i.d.R. von den KoordinatorInnen der Einrichtungen) die Daten in ein spezifisches passwortgeschütztes Computerprogramm eingegeben.

Die Ergebnisse werden den KoordinatorInnen der teilnehmenden Einrichtungen auf der LPZ-Website (<https://at.lpz-um.eu/de>) in einem passwortgeschützten Bereich in einem Dashboard präsentiert. Das ist eine online Ergebnispräsentation, in der die Ergebnisse übersichtlich in Form von Grafiken dargestellt werden.

Bitte beachten Sie, dass aufgrund un schlüssiger und/oder fehlender Daten, sowohl auf PatientInnenebene als auch auf Stationsebene die Bezugsgrößen (N) variieren können.

Der Gesamtbericht zur *Pflegequalitätserhebung 2.0 2019*

Der vorliegende Bericht ermöglicht es den Einrichtungen, die eigenen Ergebnisse mit dem landesweiten Durchschnitt zu vergleichen. Der Bericht ist so gestaltet, dass keine Rückschlüsse auf einzelne Einrichtungen gezogen werden können. Die Ergebnisse der Allgemeinen Krankenhäuser, Universitätskrankenhäuser und Geriatrischen Krankenhäuser wurden zusammengefasst. Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse der *Pflegequalitätserhebung 2.0 2019* dargestellt.

STICHPROBE

Einleitung

Im November 2019 beteiligten sich in Österreich 31 Einrichtungen mit 175 Stationen an der Pflegequalitätserhebung. Insgesamt wurden 3797 PatientInnen am Tag der Erhebung in den teilnehmenden Einrichtungen betreut.

TeilnehmerInnen und Rücklaufquote

Die Rücklaufquote betrug im Durchschnitt 70,8 %. Das bedeutet, dass von 3797 anwesenden PatientInnen bei 2690 eine informierte Zustimmung vorlag.

Gründe für eine Nicht-Teilnahme

Bei PatientInnen, die nicht an der Erhebung teilnehmen wollten/konnten, wurden die Gründe erfragt (Tabelle 1.1.).

Tabelle 1.1 Gründe für Nicht-Teilnahme

	Nicht-TeilnehmerInnen (N=1107)
Teilnahme verweigert	42,5 %
Kognitiver Zustand zu schlecht	20,4 %
Versteht oder spricht die Sprache nicht	11,7 %
Nicht erreichbar	9,4 %
Sonstiges	7,7 %
Terminal	6,3 %
Komatös	2,1 %

Von 1107 PatientInnen die nicht an der Studie teilnahmen, lehnten 42,5 % der PatientInnen die Teilnahme an der Datenerhebung ab. Weitere 20,4 % der PatientInnen konnten nicht teilnehmen, weil deren kognitiver Zustand eine Teilnahme nicht ermöglichte.

Demographische Merkmale

Zu den erhobenen demographischen Merkmalen gehörten Geschlecht und Alter (Tabelle 1.2).

Tabelle 1.2 Geschlecht und Durchschnittsalter

	PatientInnen (N=2690)
Männer	48,1 %
Frauen	51,9 %
Durchschnittsalter Gesamt (in Jahren)	67

Mehr als die Hälfte der teilnehmenden PatientInnen waren Frauen (51,9 %). Im Durchschnitt waren die PatientInnen 67 Jahre alt.

In Abbildung 1.1 wird das Geschlecht im Vergleich zwischen den Altersgruppen dargestellt.

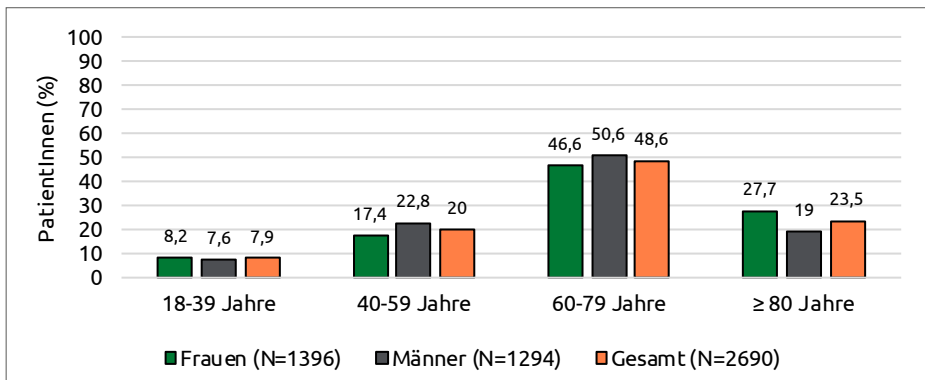


Abbildung 1.1 Geschlecht und Altersgruppen

Von allen PatientInnen, sowohl Männern als auch Frauen, waren die meisten in der Altersgruppe zwischen 60 und 79 Jahren. 27,7 % der Frauen und 19,0 % der Männer waren 80 Jahre oder älter.

Krankheitsbilder

In Tabelle 1.3 sind die verschiedenen Krankheitsbilder angeführt.

Tabelle 1.3 Krankheitsbilder (Mehrfachantworten möglich)

	PatientInnen (N=2690)
Krankheiten des Kreislaufsystems (ohne Schlaganfall)	48,7 %
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	29,2 %
Krankheiten des Urogenitalsystems	23,4 %
Krankheiten des Atmungssystems	22,6 %
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ohne Diabetes mellitus)	22,2 %
Krankheiten des Verdauungssystems	22,1 %
Bösartige Neubildungen	21,0 %
Diabetes Mellitus	19,1 %
Krankheiten des Nervensystems (ohne Verletzungen des Rückenmarks/ Querschnittlähmung)	13,3 %
Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen (z.B. Depression) (ohne Demenz, Störungen durch psychotrope Substanzen, Sucht)	12,3 %
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	9,6 %
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	8,8 %
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	8,7 %
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	8,4 %
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	7,7 %
Schlaganfall	7,6 %
Demenz	5,4 %
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (ohne Überdosis)	3,9 %
Psychotroper Substanzmissbrauch/Sucht	3,2 %
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	3,1 %
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	2,1 %
Sonstiges	2,4 %

Die drei häufigsten Erkrankungen waren Krankheiten des Kreislaufsystems, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie Krankheiten des Urogenitalsystems.

Fachbereiche

In der Tabelle 1.4 sind die verschiedenen Fachbereiche dargestellt.

Tabelle 1.4 PatientInnen differenziert nach Fachbereichen

	PatientInnen (N=2690)
Nicht-operativ (konservativ)	48,4 %
Operativ	31,3 %
Geriatric	13,0 %
Psychiatrie	2,7 %
Intensivstation	2,1 %
Gynäkologie/Obstetrik	1,0 %
Sonstiges	0,7 %
Palliativ	0,6 %

48,4 % der PatientInnen wurden auf konservativen und 31,3 % auf operativen Fachbereichen betreut. 13,0 % der PatientInnen wurden auf geriatricen Fachbereichen betreut.

PatientInnen am Ende des Lebens

Bei 6,6 % der PatientInnen wurde ein Pflege- und Behandlungspfad für PatientInnen am Ende des Lebens befolgt. Dies traf häufiger auf Frauen (7,7 %) als auf Männer (5,3 %) zu.

In der Tabelle 1.5 wird die Anzahl der PatientInnen, bei denen ein Pflege- und Behandlungspfad für PatientInnen am Ende des Lebens befolgt wird, in den unterschiedlichen Altersgruppen, dargestellt.

Tabelle 1.5 Pflege- und Behandlungspfad für PatientInnen am Ende des Lebens

	18-39 Jahre (N=213)	40-59 Jahre (N=538)	60-79 Jahre (N=1306)	≥ 80 Jahre (N=633)	Gesamt (N=2690)
Pflege- und Behandlungspfad für PatientInnen am Ende des Lebens	2,8 %	4,6 %	6,3 %	10,1 %	6,6 %

Bei PatientInnen über 80 Jahren wird am häufigsten (10,1 %) ein Pflege- und Behandlungspfad für Personen am Ende des Lebens befolgt.

Verwirrtheit (Delirium) und Aggression

Verwirrtheit (Delirium) wurde mit der Frage „Ist die PatientIn Ihrer Meinung nach mehr verwirrt als sonst?“ erhoben ¹¹⁵. Die Einschätzung erfolgte dabei von einer Pflegeperson, die den/die PatientIn kannte.

Bei 2,2 % der PatientInnen gaben die betreuenden Pflegepersonen an, dass die PatientInnen verwirrter wirkten als sonst, was auf ein bestehendes Delirium hindeutet. Es gab es keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich Verwirrtheit (Delirium).

In Tabelle 1.6 wird die Häufigkeit von Verwirrtheit (Delirium) zwischen verschiedenen Altersgruppen dargestellt.

Tabelle 1.6 Verwirrtheit (Delirium) nach Altersgruppen

	18-39 Jahre (N=213)	40-59 Jahre (N=538)	60-79 Jahre (N=1306)	≥ 80 Jahre (N=633)	Gesamt (N=2690)
Verwirrtheit (Delirium)	0,5 %	1,1 %	2,1 %	4,1 %	2,2 %

Verwirrtheit und damit ein Hinweis auf Delirium war bei PatientInnen über 80 Jahren am häufigsten zu beobachten.

In Bezug auf das Thema Aggression wurde erhoben, ob die PatientIn in den letzten 7 Tagen in der Einrichtung irgendeine Form von aggressivem Verhalten zeigte¹¹⁶.

Dies war bei 2,5 % der PatientInnen der Fall, wobei Männer häufiger aggressives Verhalten (2,9 %) als Frauen (2,0 %) aufwiesen.

In Tabelle 1.7 wird die Häufigkeit von aggressivem Verhalten zwischen den Altersgruppen dargestellt.

Tabelle 1.8 Aggression nach Altersgruppen

	18-39 Jahre (N=213)	40-59 Jahre (N=538)	60-79 Jahre (N=1306)	≥ 80 Jahre (N=633)	Gesamt (N=2690)
Aggression	3,3 %	1,7 %	1,9 %	3,9 %	2,5 %

Die Häufigkeit von Aggressionen war bei PatientInnen über 80 Jahren (3,9 %) gefolgt von PatientInnen zwischen 18 und 39 Jahren (3,3 %) am höchsten.

PFLEGEABHÄNGIGKEIT

Einleitung

Die Pflegeabhängigkeit wurde im Rahmen der Erhebung mit der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) eingeschätzt^{101, 102}. Diese besteht aus 15 Items, wie z.B. Essen und Trinken, Mobilität, Alltagsaktivitäten oder Kommunikation. Jedem Item wird ein entsprechender Wert (1-5) zugeordnet. Es können bei der Einschätzung Gesamtskalenwerte zwischen 15 und 75 Punkten erzielt werden. Je kleiner der Wert, desto abhängiger ist die/der PatientIn von Pflege. Ein/e PatientIn, die den Gesamtskalenwert 15 aufweist, wäre demnach völlig pflegeabhängig und ein/e PatientIn mit einem Gesamtskalenwert von 75 wäre völlig pflegeunabhängig¹⁰².

In diesem Kapitel wird zu Beginn die Pflegeabhängigkeit im Überblick sowie zwischen Männer und Frauen und verschiedenen Altersgruppen im Vergleich dargestellt.

Pflegeabhängigkeit im Überblick

In Tabelle 2.1 wird sowohl der Durchschnittswert (Mittelwert) als auch die prozentuelle Verteilung der PatientInnen über die 5 Kategorien der Pflegeabhängigkeit (von „völlig abhängig“ bis „völlig unabhängig“) aufgezeigt.

Tabelle 2.1 Verteilung der Pflegeabhängigkeit in den einzelnen Kategorien

	PatientInnen (N=2690)
Völlig abhängig [15-24 Punkte]	4,8 %
Überwiegend abhängig [25-44 Punkte]	8,6 %
Teilweise abhängig [45-59 Punkte]	12,8 %
Überwiegend unabhängig [60-69 Punkte]	17,7 %
Völlig unabhängig [70-75 Punkte]	56,2 %

Betrachtet man die einzelnen Kategorien genauer, wird deutlich, dass 56,2 % der PatientInnen völlig unabhängig von pflegerischer Unterstützung waren. Völlig pflegeabhängig waren 4,8 % der PatientInnen.

In den Tabellen 2.2 und 2.3 wird der durchschnittliche Gesamtskalenwert der Pflegeabhängigkeit getrennt nach Geschlecht und Altersgruppen dargestellt.

Tabelle 2.2 Durchschnittlicher Gesamtskalenwert nach Geschlecht

	Durchschnittlicher Gesamtskalenwert
Frauen (N=1396)	63,7 Punkte
Männer (N=1294)	64,1 Punkte
Gesamt (N=2690)	63,9 Punkte

Der durchschnittliche Gesamtskalenwert lag bei 63,9 Punkten, was bedeutet, dass die TeilnehmerInnen im Durchschnitt überwiegend unabhängig waren. Im Gesamtskalenwert gab es kaum Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

Tabelle 2.3 Durchschnittlicher Gesamtskalenwert nach Altersgruppen

	Durchschnittlicher Gesamtskalenwert
18-39 Jahre (N=213)	70,4 Punkte
40-59 Jahre (N=538)	68,0 Punkte
60-79 Jahre (N=1306)	64,6 Punkte
≥ 80 Jahre (N=633)	56,7 Punkte

Der durchschnittliche Gesamtskalenwert ist bei PatientInnen über 80 Jahren am höchsten.

Darstellung der einzelnen Items der PAS

Nachfolgend wird der Anteil der PatientInnen je Item und je Pflegeabhängigkeitskategorie dargestellt (Tabelle 2.4).

Tabelle 2.4 Anteil an PatientInnen pro Item und Kategorie der Pflegeabhängigkeitsskala (N=2690)

	Völlig abhängig	Überwiegend abhängig	Teilweise abhängig	Überwiegend unabhängig	Völlig unabhängig
Essen und Trinken	5,3 %	4,6 %	12,8 %	16,0 %	61,3 %
Kontinenz	9,5 %	5,6 %	11,9 %	11,0 %	62,0 %
Körperhaltung	5,7 %	8,0 %	11,7 %	14,5 %	60,2 %
Mobilität	9,0 %	8,2 %	14,2 %	16,9 %	51,7 %
Tages- und Nachtrhythmus	3,3 %	3,8 %	10,2 %	11,7 %	71,0 %
An- und Auskleiden	8,4 %	7,9 %	15,5 %	15,2 %	53,0 %
Körpertemperatur	5,1 %	3,3 %	6,2 %	9,3 %	76,2 %
Körperpflege	8,5 %	9,9 %	17,2 %	15,4 %	49,1 %
Vermeiden von Gefahren	6,9 %	5,9 %	10,7 %	14,9 %	61,6 %
Kommunikation	3,0 %	2,8 %	5,8 %	8,8 %	79,6 %
Kontakte mit Anderen	3,6 %	3,6 %	6,2 %	8,5 %	78,1 %
Sinn für Regeln und Werte	4,8 %	3,2 %	5,2 %	9,0 %	77,8 %
Alltagsaktivitäten	7,6 %	5,8 %	9,6 %	13,1 %	63,9 %
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung	6,1 %	4,8 %	8,7 %	10,6 %	69,7 %
Lernfähigkeit	6,4 %	4,9 %	8,0 %	12,3 %	68,4 %

PatientInnen waren in allen Items größtenteils pflegeunabhängig. Der Anteil an völlig oder überwiegend pflegeabhängigen PatientInnen war bei der Körperpflege (8,5 % + 9,9 %), Mobilität (9,0 % + 8,2 %), Kontinenz (9,5 % + 5,6 %), und beim An- und Auskleiden (8,4 % + 7,9 %) am höchsten.

DEKUBITUS

Einleitung

Dieses Kapitel enthält Angaben über das Dekubitusrisiko der untersuchten PatientInnen, erhoben mittels der Bradenskala und klinischem Blick^{114, 117}. Es werden außerdem die Dekubitushäufigkeit (Prävalenz), Merkmale der festgestellten Dekubitus und die anatomischen Lokalisationen beschrieben. Die Einschätzung der Dekubitus erfolgte anhand der Dekubitusklassifikation des National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel und Pan Pacific Pressure Injury Alliance¹² (siehe Tabelle 3.1). Es folgen Angaben über die Häufigkeit durchgeführter Präventionsmaßnahmen sowie Angaben zum Einsatz von Hilfsmitteln. Die Prävalenz von Dekubitus wird getrennt nach Geschlecht und Altersgruppen dargestellt.

Tabelle 3.1 Dekubitusklassifikation nach NPUAP, EPUAP & PPPIA (2019)¹²

Kategorie	Beschreibung
Kategorie 1	Intakte Haut mit nicht wegdrückbarer Rötung eines lokalen Bereichs gewöhnlich über einem knöchernen Vorsprung. Der Bereich kann schmerzhaft, härter, weicher, wärmer oder kälter im Vergleich zu dem umgebenden Gewebe sein.
Kategorie 2	Teilzerstörung der Haut (bis in die Dermis/Lederhaut), die als flaches, offenes Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/ruptierte, serumgefüllte Blase darstellen.
Kategorie 3	Vollständiger Gewebeverlust. Subkutanes Fett kann sichtbar sein, aber Knochen, Sehne oder Muskel liegen nicht offen. Beläge können vorhanden sein, die aber nicht die Tiefe des Gewebeverlustes verdecken. Es können Taschenbildungen oder Unterminierungen vorliegen.
Kategorie 4	Vollständiger Gewebeverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Beläge oder Schorf können an einigen Teilen des Wundbettes vorhanden sein. Es können Taschenbildungen oder Unterminierungen vorliegen.
Dekubitus nicht kategorisierbar – Tiefe unbekannt	Ein vollständiger Gewebeverlust, bei dem die Basis des Ulcus von Belägen (gelb, hellbraun, grau, grün oder braun) und/oder Schorf im Wundbett bedeckt ist. Bis genügend Beläge und/oder Schorf entfernt ist, um den Grund der Wunde offenzulegen, kann die wirkliche Tiefe – und daher die Kategorie/das Stadium – nicht festgestellt werden.
Verdacht auf Schädigung tiefer Gewebeschichten – Tiefe unbekannt	Livid oder rötlich-brauner, lokalisierter Bereich von verfärbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunterliegenden Weichgewebes durch Druck und/oder Scherkräfte. Diesem Bereich vorausgehen kann Gewebe, das schmerzhaft, fest, breiig, matschig, im Vergleich zu dem umliegenden Gewebe wärmer oder kälter ist.

Dekubitusrisiko

Jede/r PatientIn wurde in einem standardisierten Verfahren mit Hilfe der Bradenskala als auch mittels klinischem Blick hinsichtlich des individuellen Dekubitusrisikos eingeschätzt. 28,0 % der PatientInnen wiesen ein Dekubitusrisiko laut Bradenskala auf, das heißt sie erreichten einen Wert ≤ 18 . Anhand des klinischen Blicks der Pflegepersonen wurden 18,6 % der PatientInnen als dekubitusgefährdet eingestuft.

Dekubitusprävalenz

Hinweis: 44 Personen konnten nicht in die nachfolgenden Analysen eingeschlossen werden, weil diese Personen eine Hautinspektion ablehnten.

Insgesamt lag der Anteil an PatientInnen mit mindestens einem Dekubitus bei 3,7 % (alle Kategorien) bzw. 2,7 % (ohne Kategorie 1).

In den Abbildung 3.1 und 3.2. werden die Dekubitusprävalenzen getrennt nach Geschlecht und Altersgruppen dargestellt.

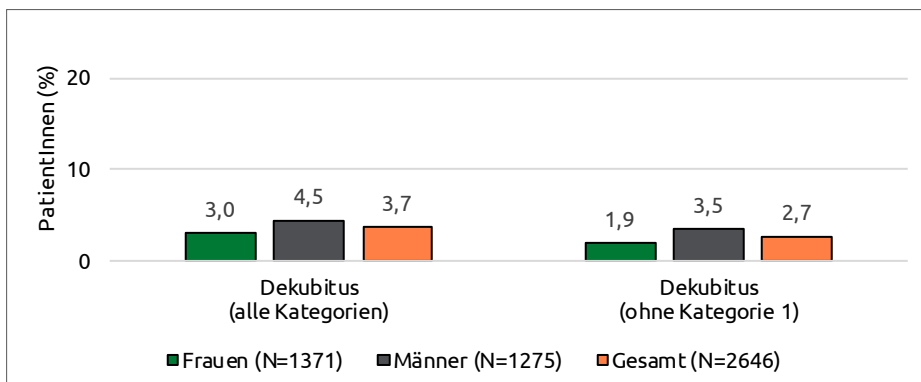


Abbildung 3.1 Dekubitusprävalenz nach Geschlecht

Die Dekubitusprävalenz war bei Männern („alle Kategorien“ 4,5 % und „ohne Kategorie 1“ 3,5 %) höher als bei Frauen.

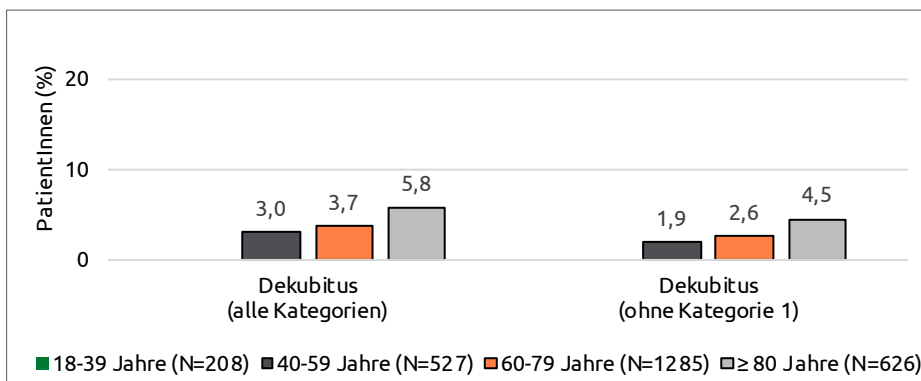


Abbildung 3.2 Dekubitusprävalenz nach Altersgruppen

PatientInnen, die 80 Jahre oder älter waren, hatten mit 8,8 % am häufigsten einen oder mehrere Dekubitus (Alle Kategorien). Bei 18-39-jährigen PatientInnen ist kein Dekubitus aufgetreten.

In Tabelle 3.2 wird die Dekubitusprävalenz ausschließlich für die Gruppe der PatientInnen mit bestehendem Dekubitusrisiko (Bradenwert ≤ 18) dargestellt.

Hinweis: 4 Personen konnten nicht in die nachfolgenden Analysen eingeschlossen werden, weil diese Personen eine Hautinspektion ablehnten.

Tabelle 3.2 Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe (Bradenwert ≤ 18)

PatientInnen mit Dekubitusrisiko (N=750)	
Dekubitusprävalenz (alle Kategorien)	10,9 %
Dekubitusprävalenz (ohne Kategorie 1)	8,1 %

Von allen Personen, die ein Risiko aufwiesen (N=750) hatten 10,9 % einen Dekubitus (alle Kategorien) laut EPUAP, NPUAP & PPIIA.

Die Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe wurde auch nach Geschlecht und Altersgruppen getrennt ausgewertet (Abbildungen 3.3 und 3.4.)

Hinweis: 4 Personen konnten nicht in die nachfolgenden Analysen eingeschlossen werden, weil diese Personen eine Hautinspektion ablehnten.

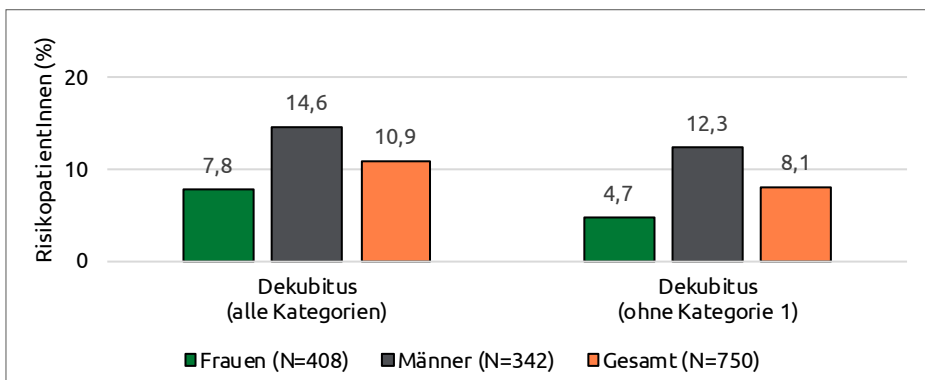


Abbildung 3.3 Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe nach Geschlecht

Männer mit einem Risiko für Dekubitus laut Bradenskala hatten mit 14,6 % (alle Kategorien) und 12,3 % (ohne Kategorie 1) häufiger einen Dekubitus als Frauen mit einem Dekubitusrisiko lt. Bradenskala (7,8 % bzw. 4,7 %).

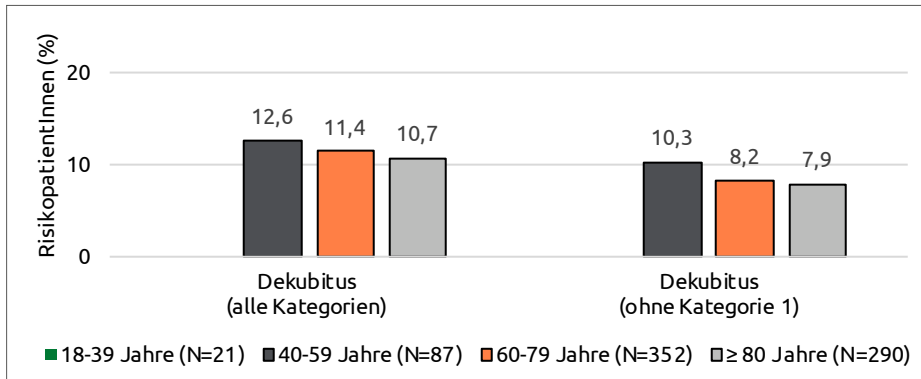


Abbildung 3.4 Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe nach Altersgruppen

Die Dekubitusprävalenz (alle Kategorien) in der Gruppe der Personen mit einem Risiko ist in der Altersgruppe der 40-59-Jährigen mit 12,6 % am höchsten. In den Altersgruppen 60-79 Jahren und ab 80 Jahren war die Prävalenz von Dekubitus (alle Kategorien) mit 11,4 % bzw. 10,7 % ähnlich hoch.

Merkmale der Dekubitus

In Tabelle 3.3 wird gezeigt, welcher Kategorie der Dekubitus zugeordnet wurde und ob der Dekubitus vor oder nach der Aufnahme in die jeweilige Einrichtung entstanden ist. Bei mehreren Dekubitus wurde jeweils der Dekubitus mit der höchsten Kategorie erfasst. Die teilweise geringe Gesamtanzahl ist bei der Interpretation der nachfolgenden Tabellen zu beachten.

Tabelle 3.3 Dekubitusprävalenz nach Kategorien

Dekubitusprävalenz nach Kategorien	PatientInnen mit Dekubitus (N=99)
Kategorie 1	28,3 %
Kategorie 2	35,4 %
Kategorie 3	18,2 %
Kategorie 4	11,1 %
Dekubitus nicht kategorisierbar	3,0 %
Verdacht auf Schädigung	4,0 %

Bei allen PatientInnen, die einen Dekubitus hatten, gab es am häufigsten Dekubitus der Kategorie 2. 11,1 % der PatientInnen hatten einen Dekubitus der Kategorie 4.

Tabelle 3.4 Zeitpunkt der Entstehung der Dekubituswunden

Zeitpunkt der Entstehung	
Vor der Aufnahme in die Einrichtung	62,6 %
Nach der Aufnahme in die Einrichtung	37,4 %

Die meisten Dekubituswunden (62,6 %) entstanden vor der Aufnahme in die Einrichtung.

In der Tabelle 3.5 sind die anatomischen Lokalisationen der beobachteten Dekubituswunden dargestellt. In der nachfolgenden Tabelle handelt es sich nicht um die Anzahl der Personen mit Dekubitus sondern um die Anzahl der Dekubituswunden.

Tabelle 3.5 Lokalisation der Dekubituswunden

Dekubituswunden (N=132)	
Kreuzbein	44,8 %
Ferse	29,9 %
Sonstiges	11,9 %
Trochanter	3,7 %
Knöchel	4,5 %
Kopf	2,2 %
Ellbogen	2,2 %
Sitzbein	0,7 %

Die meisten Dekubituswunden wurden am Kreuzbein (44,8 %) und an der Ferse (29,9 %) lokalisiert.

Maßnahmen zur Dekubitusprävention

Zur Dekubitusprävention eignen sich beispielsweise Wechsellagerung/Positionswechsel im Liegen/Sitzen gemäß einem Zeitplan, sowie das Vorbeugen und Beheben von Flüssigkeits- und Ernährungsdefiziten. Beratung von PatientInnen und deren Angehörigen, die Freilagerung der Fersen und die Nutzung von Feuchtigkeits- oder Hautschutzcremes/-produkten stellen weitere präventive Maßnahmen dar¹¹⁷.

In Abbildung 3.5 sind alle Präventionsmaßnahmen, die bei PatientInnen mit Dekubitusrisiko (Bradenwert ≤ 18) durchgeführt wurden, dargestellt.

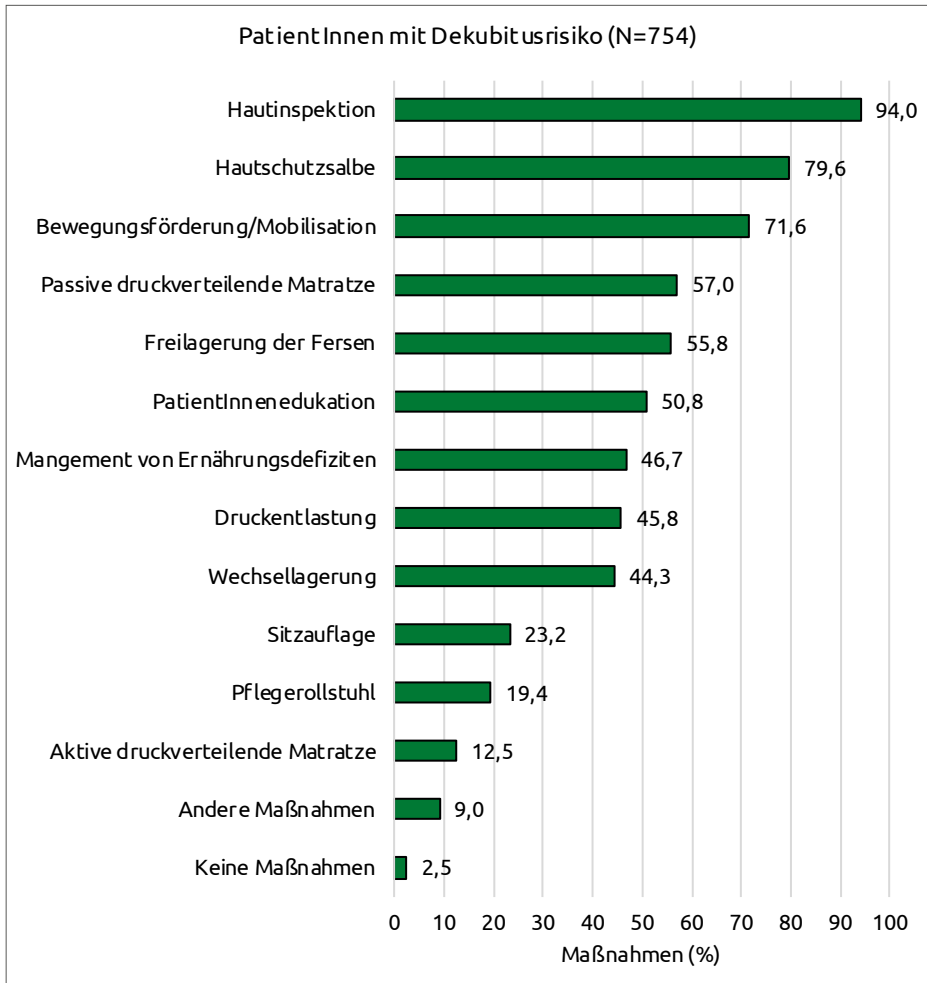


Abbildung 3.5 Präventionsmaßnahmen bei PatientInnen mit Dekubitusrisiko laut Braden-Skala (Mehrfachantworten möglich)

Zur Dekubitusprävention wurden bei PatientInnen mit Risiko am häufigsten eine regelmäßige Hautinspektion (94,0 %) durchgeführt sowie Feuchtigkeits- oder Hautschutzcremes/-produkte (79,6 %) verwendet. Weitere häufige Präventionsmaßnahmen waren die gezielte Bewegungsförderung/Mobilisation (71,6 %), die Verwendung von passiv druckverteilenden Matratzen (57,0 %) und die Freilagerung der Ferse (55,8 %).

Qualitätsindikatoren Dekubitus

Eine allgemeine Beschreibung der Qualitätsindikatoren finden Sie auf Seite 21 und 22.

Es liegen auswertbare Daten von 31 Krankenhäusern mit insgesamt 167 Stationen vor.

Tabelle 3.6 Qualitätsindikatoren zu Dekubitus auf Einrichtungsebene

	Krankenhäuser (N=31)
Standard/ Leitlinie	29 (93,5 %)
Multidisziplinäres ExpertInnenteam	24 (77,4 %)

Ein Standard oder eine Leitlinie zur Dekubitusprävention/-behandlung war in 29 von 31 Krankenhäusern vorhanden. In 24 Krankenhäusern gab es eine multidisziplinäre DekubitusexpertInnengruppe.

In Tabelle 3.7 werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren zu Dekubitus auf Stationsebene dargestellt.

Tabelle 3.7 Qualitätsindikatoren zu Dekubitus auf Stationsebene

	Stationen (N=167)
Regelmäßige Audits	82,0 %
Multidisziplinäre Beratung	88,0 %
Risiko in Dokumentation aufgezeichnet	100 %
Fortbildung	50,9 %
Standardisierte Informationsweitergabe	98,8 %

Am häufigsten gab es in allen teilnehmenden Stationen die Aufzeichnung des Dekubitusrisikos sowie die standardisierte Informationsweitergabe.

KONTINENZ

Einleitung

Dieses Kapitel behandelt Urin-, Stuhl- und Doppelinkontinenz. Es werden die Prävalenzraten verschiedener Inkontinenzformen und die Häufigkeit inkontinenz-assoziiierter Dermatitis sowie die Maßnahmen bei Urininkontinenz dargestellt. Die Prävalenzraten von Urin- sowie von Stuhl- und Doppelinkontinenz werden nach Geschlecht und Altersgruppen unterteilt angegeben.

Prävalenz von Inkontinenz

In den Abbildungen 4.1 und 4.2 werden die Prävalenz von Inkontinenz nach Geschlecht und Altersgruppen getrennt dargestellt.

Hinweis: 97 Personen wurden nicht in die nachfolgenden Analysen zu Urin- und Doppelinkontinenz eingeschlossen, da Sie aufgrund der Urininkontinenz einen Katheter hatten.

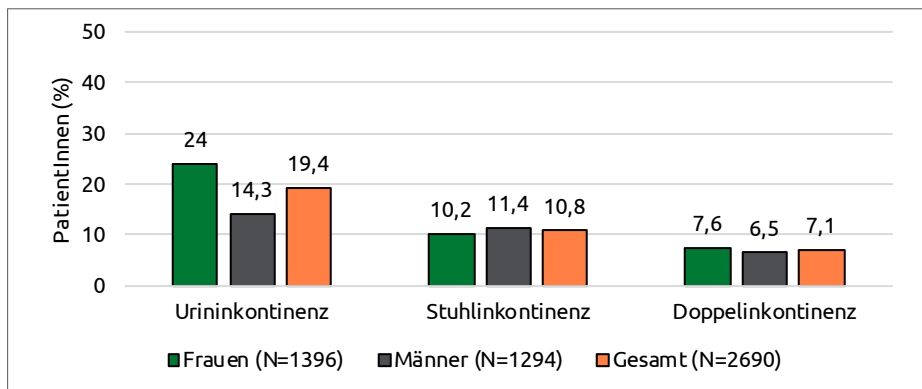


Abbildung 4.1 Prävalenz von Inkontinenz nach Geschlecht

Insgesamt litten 19,4 % der PatientInnen an Urininkontinenz, 10,8 % an Stuhlinkontinenz und 7,1 % waren doppelinkontinent. Frauen waren häufiger von Urininkontinenz betroffen (24,0 %) als Männer (14,3 %). Männer wiederum waren geringfügig häufiger von Stuhlinkontinenz betroffen (11,4 %) als Frauen (10,2 %).

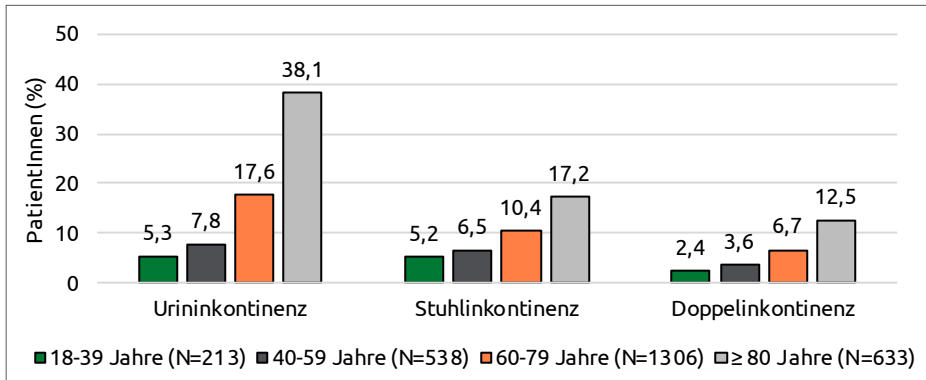


Abbildung 4.2 Prävalenz von Inkontinenz nach Altersgruppen

In der Altersgruppe der 18-39-jährigen PatientInnen war die Prävalenz von Urin- (5,3 %), Stuhl- (5,2 %) und Doppelinkontinenz (2,4 %) am geringsten. PatientInnen, die 80 Jahre oder älter waren, waren am häufigsten von den drei Inkontinenzformen betroffen. Beim Großteil der urininkontinenten PatientInnen lag die Urininkontinenz bereits vor der Aufnahme in die Einrichtung vor (87,9 %). 12,1 % entwickelten die Urininkontinenz nach der Aufnahme in die jeweilige Einrichtung.

Prävalenz von Inkontinenz-assoziiertes Dermatitis (IAD)

Die Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD) wurde mit dem GLOBIAD-Instrument (Ghent Global IAD Categorisation Tool) erhoben. Dieses Instrument wurde entwickelt, um international anerkannte einheitliche diagnostische Kriterien zur Einstufung des Schweregrads der IAD zu nutzen¹¹⁸.

Nachfolgend werden die einzelnen Kategorien der IAD lt. GLOBIAD beschrieben¹¹⁹.

Kategorie 1A – Anhaltende Rötung ohne klinische Anzeichen einer Infektion:

Es können verschiedene Rottöne vorhanden sein. Bei PatientInnen mit dunklerer Hautfarbe kann die Haut heller oder dunkler als normal oder violett erscheinen.

Kategorie 1B – Anhaltende Rötung mit klinischen Anzeichen einer Infektion:

Zusätzlich zu den Merkmalen aus Kategorie 1A sind Zeichen einer Infektion

vorhanden: weiß schuppige Haut (Hinweis auf eine Pilzinfektion) oder Satellitenläsionen (Pusteln um die Läsion, Hinweis auf eine Pilzinfektion mit *Candida albicans*).

Kategorie 2A – Hautverlust ohne klinische Anzeichen einer Infektion:

Der Hautverlust kann sich als Erosion (Verlust eines Teils oder der gesamten Epidermis, z.B. durch beschädigte kleine oder große Blasen), großflächiger Hautverlust oder Exkoration (Verlust der Epidermis und Teil der Dermis) zeigen. Das Muster/Die Form des Hautschadens kann diffus sein.

Kategorie 2B – Hautverlust mit klinischen Anzeichen einer Infektion:

Zusätzlich zu den Merkmalen aus Kategorie 2A sind Zeichen einer Infektion vorhanden: Zeichen einer Infektion wie z.B. weiß schuppige Haut (Hinweis auf eine Pilzinfektion) oder Satellitenläsionen (Pusteln um die Läsion, Hinweis auf eine Pilzinfektion mit *Candida albicans*), sichtbare Beläge im Wundgrund (gelblich/bräunlich/gräulich), grünlich erscheinender Wundgrund (Hinweis auf eine bakterielle Infektion mit *Pseudomonas aeruginosa*), starke Exsudation, eitriges Exsudat oder glänzend erscheinender Wundgrund.

Die Prävalenz von Inkontinenz-assoziiierter Dermatitis (IAD) wurde bei Personen, die entweder urin-, stuhl- oder doppelinkontinent waren, analysiert.

Hinweis: 6 Personen lehnten eine Hautinspektion ab und wurden daher aus der Analyse ausgeschlossen.

Von den 646 urin- und/oder stuhlinkontinenten PatientInnen lag bei 3,3 % eine Inkontinenz-assoziierte Dermatitis vor.

Wenn eine Inkontinenz-assoziierte Dermatitis vorlag, wurde nach der Kategorie gefragt (Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1 Kategorie der IAD

	PatientInnen mit IAD (N=21)
Kategorie 1A	47,6 %
Kategorie 1B	38,1 %
Kategorie 2A	14,3 %
Kategorie 2B	-

Die meisten betroffenen PatientInnen (47,6 %) hatten eine IAD der Kategorie 1A, gefolgt von Kategorie 1B (38,1 %).

Maßnahmen bei Urininkontinenz

Bei der Versorgung von PatientInnen mit Urininkontinenz wurde zwischen verschiedenen durchgeführten Maßnahmen und angewendeten Hilfsmitteln unterschieden. Hierbei waren Mehrfachnennungen möglich.

Zu den erhobenen Maßnahmen gehörten die Anpassung der Umgebung, d.h. die Beseitigung eventueller Hindernisse auf dem Weg zur Toilette, sowie angepasste, leichte und nicht einengende Kleidung¹²⁰. Weitere Behandlungsmöglichkeiten sind spezielle Medikamente sowie die Auswertung und ggf. Anpassung der Medikation³². Außerdem können Beckenboden-, Blasen- oder Toilettentraining¹²⁰ durchgeführt werden. Beim Toilettentraining wird unterschieden zwischen regelmäßigen Toilettengängen nach einem individuell festgelegten Plan oder einem standardisierten Schema, welches für die ganze Station gültig ist. Die durchgeführten Maßnahmen werden in der Abbildung 4.3 dargestellt.

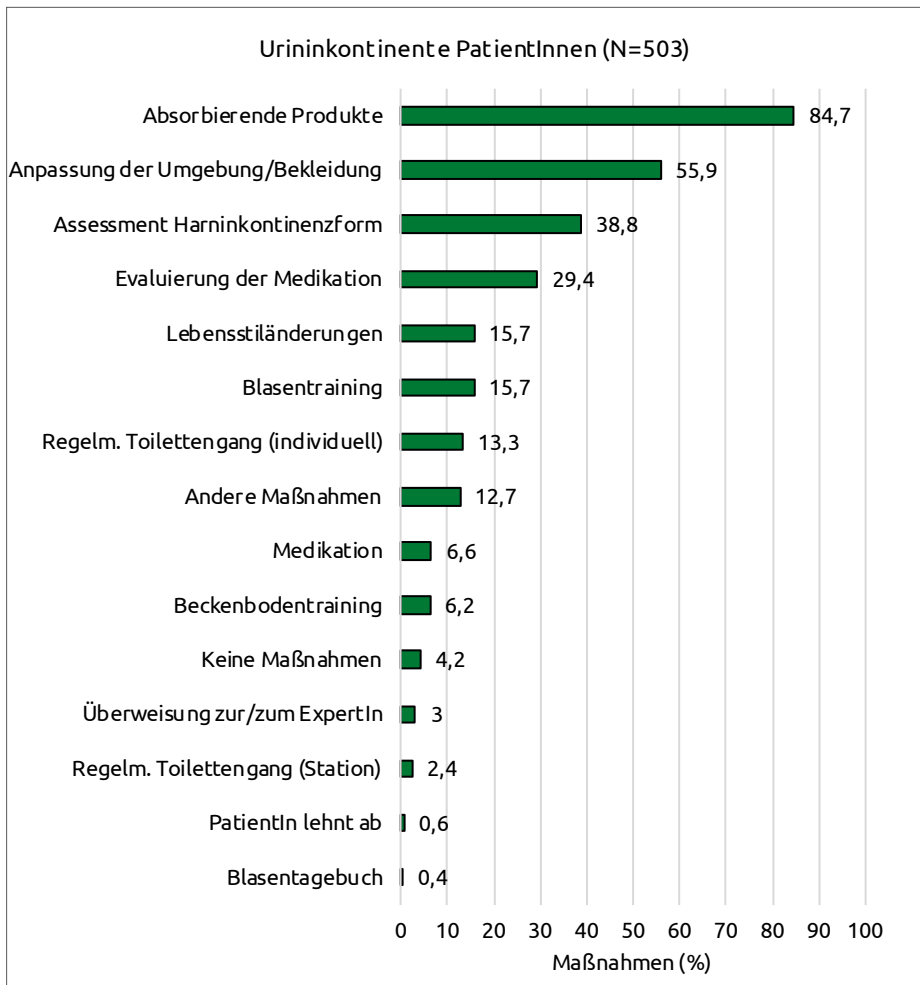


Abbildung 4.3 Maßnahmen bei Urininkontinenz (exkl. Katheter) (Mehrfachantworten möglich)

Die häufigsten Maßnahmen waren die Nutzung absorbierender Produkte sowie die Anpassung der Bekleidung und der Umgebung. Bei 38,8 % aller urininkontinenten PatientInnen wurde die Form der Harninkontinenz festgestellt und bei mehr als einem Viertel (29,4 %) wurde eine Evaluierung der Medikation durchgeführt. Am seltensten wurden regelmäßige Toilettengänge nach einem Schema für die ganze Station (2,4 %) durchgeführt sowie ein Blasentagebuch (0,4 %) geführt.

Qualitätsindikatoren Kontinenz

Eine allgemeine Beschreibung der Qualitätsindikatoren finden Sie auf Seite 21 und 22.

Es liegen auswertbare Daten von 31 Krankenhäusern und 159 Stationen vor.

In Tabelle 4.2 sind die Häufigkeiten von Qualitätsindikatoren auf Einrichtungsebene im Umgang mit Inkontinenz dargestellt.

Tabelle 4.2 Qualitätsindikatoren zu Kontinenz auf Einrichtungsebene

	Krankenhäuser (N=31)
Standard/Leitlinie	24 (77,4 %)
Multidisziplinäres ExpertInnenteam	21 (67,7 %)

Standards oder Leitlinien zur Prävention/Behandlung von Inkontinenz waren in 24 der 31 Krankenhäuser vorhanden. Ein multidisziplinäres ExpertInnenteam gab es in 21 der Krankenhäuser.

In Tabelle 4.3 werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren auf Stationsebene dargestellt. Es wurden 16 Stationen aufgrund unplausibler Antworten ausgeschlossen.

Tabelle 4.3 Qualitätsindikatoren zu Kontinenz auf Stationsebene

	Stationen (N=159)
Regelmäßige Audits	64,2 %
Fortbildung	54,7 %

Regelmäßige Audits wurden in 64,2 % der Stationen durchgeführt und eine Fortbildung gab es in 54,7 % der Stationen.

MANGELERNÄHRUNG

Einleitung

Dieses Kapitel enthält Angaben über den Ernährungszustand von PatientInnen. Die Prävalenz eines Mangelernährungsrisikos wird im Vergleich zwischen Männern, Frauen und verschiedenen Altersgruppen dargestellt. Weiterhin wurde erfragt, welche ernährungsbezogenen Interventionen angeboten werden.

Prävalenz von Mangelernährungsrisiko

Für die Bestimmung des Mangelernährungsrisikos gibt es unterschiedliche Parameter und Instrumente. Im Rahmen dieser Studie wurde für das Setting Krankenhaus zwei verwendet. Diese sind:

1. *Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)*¹²¹

Das MUST beinhaltet 3 Risikofaktoren (Body Mass Index (BMI), unbeabsichtigter Gewichtsverlust, reduzierte Nahrungszufuhr).

2. Definition von *Halfens et al.*¹²²

Die Definition von Halfens et al. beinhaltet 3 Risikofaktoren (Alter, Body Mass Index (BMI), unbeabsichtigter Gewichtsverlust).

Unter 65 Jahren

Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (> 10 % in den letzten 6 Monaten oder > 5 % im letzten Monat) und/oder BMI < 18,5 kg/m²

Über 65 Jahren

Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (> 10 % in den letzten 6 Monaten oder > 5 % im letzten Monat) und/oder BMI < 20 kg/m²

Hinweis: Aus den Analysen zur Prävalenz eines Mangelernährungsrisikos wurden PatientInnen, bei denen keine Angaben zu Gewicht/Gewichtsverlust vorlagen, ausgeschlossen (N=376).

In Abbildung 5.1 wird das Mangelernährungsrisiko nach Geschlecht und in Abbildung 5.2 nach Altersgruppen dargestellt.

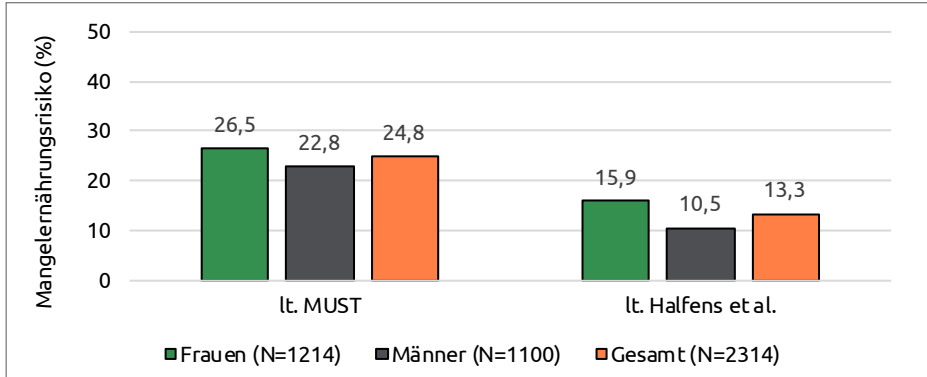


Abbildung 5.1 Mangelernährungsrisiko nach Geschlecht

Sowohl unter Heranziehung des Screening-Instruments MUST als auch der Definition von Halfens et al. hatten Frauen (26,5 % bzw. 15,9 %) häufiger ein Risiko für Mangelernährung als Männer (22,8 % bzw. 10,5 %).

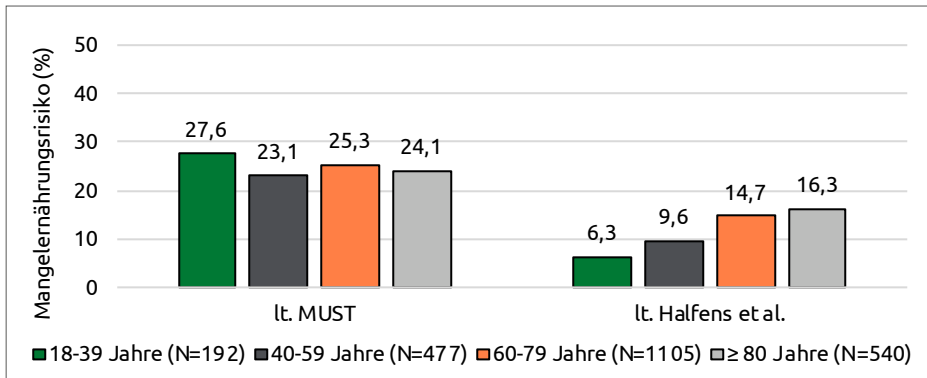


Abbildung 5.2 Mangelernährungsrisiko nach Altersgruppen

Unter Verwendung des Screening-Instruments MUST ist die Prävalenz des Mangelernährungsrisikos höher als unter Verwendung der Definition von Halfens et al. Laut MUST war die Prävalenz in der Altersgruppe der 18-39-Jährigen mit 27,6 % am höchsten gefolgt von den 60-79-Jährigen mit 25,3 %.

Unter Verwendung der Definition von Halfens et al. ist der Anteil an PatientInnen mit einem Risiko für eine Mangelernährung bei den 80-Jährigen höher als bei jüngeren PatientInnen. Am höchsten ist die Prävalenz des Mangelernährungsrisikos bei Personen, die 80 Jahre oder älter sind (16,3 %) gefolgt von der Altersgruppe der 60-79-Jährigen mit 14,7 %. Am niedrigsten ist die Prävalenz des Mangelernährungsrisikos lt. Halfens et al. in der Gruppe der 18-39-Jährigen mit 6,3 %.

Ernährungsbezogene Maßnahmen

Mögliche Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Mangelernährung können die Durchführung eines Mangelernährungs-Screenings, die Überweisung zu DiätologInnen, eine energie- und eiweißreiche Kostform bzw. energie- und eiweißreiche Snacks sein. Des Weiteren wurde gefragt, ob eine Anpassung der Nahrungskonsistenz erfolgte oder hochkalorische und eiweißreiche Trinknahrungen eingesetzt wurden. Weitere erfasste ernährungsbezogene Maßnahmen waren enterale Ernährung, parenterale Ernährung, eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr, Information von PatientInnen und Angehörigen sowie die Anpassung der Umgebung bzw. des Ambientes bei den Mahlzeiten¹²³.

In der Abbildung 5.3 werden die durchgeführten Maßnahmen bei PatientInnen mit einem Risiko für Mangelernährung laut Halfens et al. dargestellt.

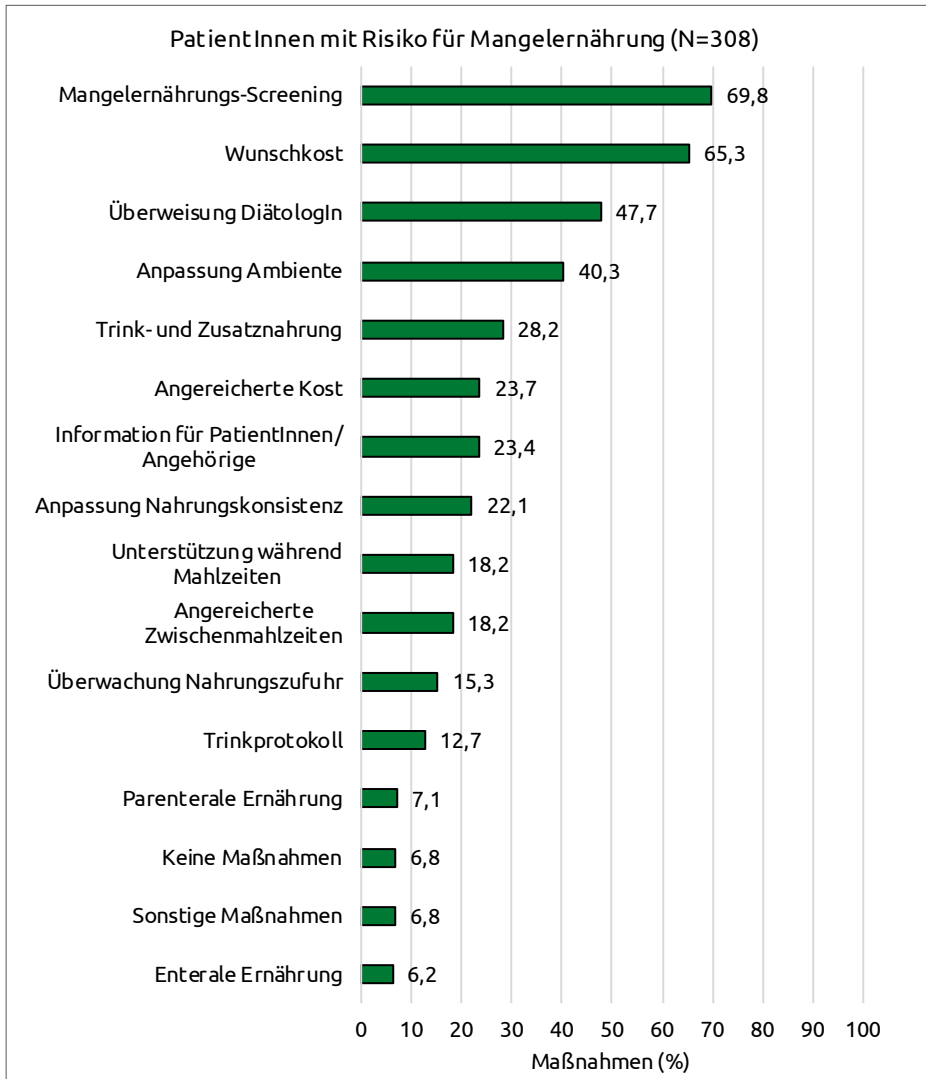


Abbildung 5.3 Maßnahmen bei PatientInnen mit einem Risiko für Mangelernährung lt. Halfens et al. (Mehrfachantworten möglich)

Die häufigsten Maßnahmen waren das Durchführen eines Mangelernährungs-Screenings (69,8 %), das Anbieten von Wunschkost (65,3 %), die Überweisung zu einer/m DiätologIn (47,7 %) und die Anpassung des Ambientes während der Nahrungsaufnahme (40,3 %).

Qualitätsindikatoren Mangelernährung

Eine allgemeine Beschreibung der Qualitätsindikatoren finden Sie auf Seite 21 und 22.

Es liegen auswertbare Daten von 31 Krankenhäusern und 134 Stationen vor.

In Tabelle 5.1 sind ernährungsbezogene Qualitätsmerkmale der teilnehmenden Einrichtungen dargestellt.

Tabelle 5.1 Qualitätsindikatoren zu Mangelernährung auf Einrichtungsebene

	Krankenhäuser (N=31)
Standard/ Leitlinie	24 (77,4 %)
Multidisziplinäres ExpertInnenteam	27 (87,1 %)

Einen Standard/Leitlinie zur Prävention und/oder Behandlung von Mangelernährung lag in 24 Krankenhäusern auf. Ein multidisziplinäres Ernährungsteam gab es in 27 von 31 Krankenhäusern.

In Tabelle 5.2 werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren auf Stationsebene dargestellt.

Tabelle 5.2 Qualitätsindikatoren zu Mangelernährung auf Stationsebene

	Stationen (N=134)
Regelmäßige Audits	64,9 %
Multidisziplinäre Beratung	76,9 %
Risiko in Dokumentation aufgezeichnet	84,3 %
Fortbildung	39,6 %
Standardisierte Informationsweitergabe	85,1 %

Die am häufigsten erfüllten Qualitätsindikatoren auf Stationsebene waren die standardisierte Informationsweitergabe bei Verlegung/Entlassung (85,1 %), die Aufzeichnung des Mangelernährungsrisikos in der Dokumentation (84,3 %) und Beratungen im multidisziplinären Team (76,9 %). Auf 39,6 % der Stationen fanden Fortbildungen zum Thema Mangelernährung statt.

STÜRZE

Einleitung

In diesem Kapitel werden Angaben zu Sturzereignissen der PatientInnen innerhalb der letzten 30 Tage in der jeweiligen Einrichtung dargestellt. Es werden Häufigkeiten, Umstände und Folgen von Stürzen sowie Maßnahmen zur Prävention von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen beschrieben.

Sturzrisiko und -inzidenz

Alle TeilnehmerInnen, die in den letzten 12 Monaten bereits einmal gestürzt sind, werden als PatientInnen mit Sturzrisiko eingestuft. Unter Inzidenz wird die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit/eines Problems in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem bestimmten Zeitraum verstanden¹⁰⁹. Es wurde rückblickend nach Stürzen in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung in der jeweiligen Einrichtung gefragt. 30 Tage wurde als Bezugszeitraum gewählt, weil dieser Zeitraum für PatientInnen bzw. für die Pflegenden in der Regel gut überschaubar ist. Hinsichtlich der Sturzinzidenz wird im Folgenden der Unterschied zwischen Geschlecht und Altersgruppen dargestellt (Abbildung 6.1 und 6.2).

Hinweis: Aus der Analyse zum Sturzrisiko/zur Sturzinzidenz wurden PatientInnen, bei denen nicht bekannt war, ob sie in den letzten 30 Tagen innerhalb der Einrichtung gestürzt sind, ausgeschlossen (N=110).

In den teilnehmenden Krankenhäusern wurden 24,2 % der PatientInnen als sturzgefährdet eingestuft, das heißt, dass sie in den letzten 12 Monaten zumindest einmal gestürzt sind. Die Sturzinzidenz in den letzten 30 Tagen in der Einrichtung lag gesamt betrachtet bei 4,4 %.

In Abbildung 6.1 wird das Sturzrisiko sowie die Sturzrate nach Geschlecht und in Abbildung 6.2. nach Altersgruppen dargestellt.

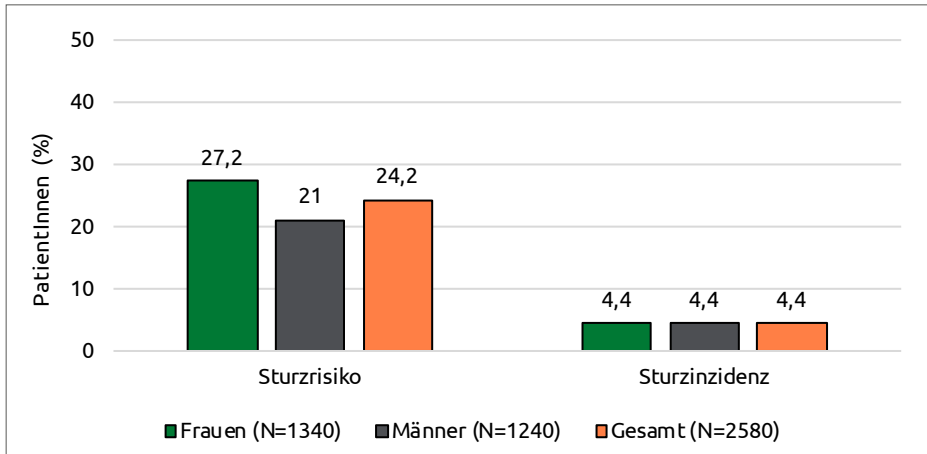


Abbildung 6.1 Sturzrisiko (mindestens ein Sturz in den letzten 12 Monaten) und Sturzinzidenz in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht

Frauen wiesen ein höheres Sturzrisiko auf (27,2 %) als Männer (21,0 %), wobei die Sturzinzidenz bei Frauen und Männern gleich hoch (4,4 %) war.

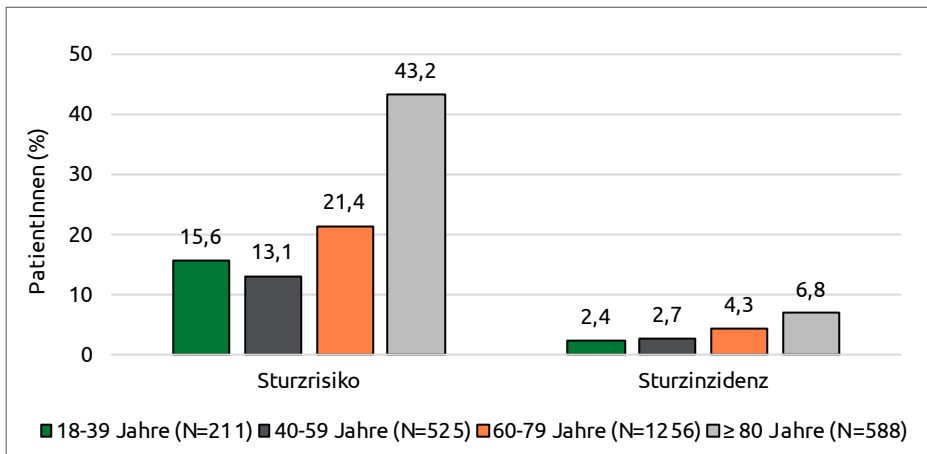


Abbildung 6.2 Sturzrisiko (mindestens ein Sturz in den letzten 12 Monaten) und Sturzinzidenz in den letzten 30 Tagen nach Altersgruppen

Sowohl der Anteil an PatientInnen mit einem Sturzrisiko (Sturz in den letzten 12 Monaten) als auch der Anteil an in der Einrichtung gestürzten PatientInnen (Sturz in den letzten 30 Tagen innerhalb der Einrichtung) ist bei PatientInnen über 80 Jahre höher als bei PatientInnen unter 60 Jahren. Während bei den 60-79-Jährigen 21,4 % ein Sturzrisiko aufweisen, haben bei den über 80-jährigen PatientInnen 43,2 % ein Sturzrisiko. Die Sturzinzidenz ist ebenfalls bei Personen ab 80 Jahren mit 6,8 % am höchsten.

Sedierende und/oder psychotrope Medikamente können das Sturzrisiko erhöhen. 861 (33,3 %) der teilnehmenden PatientInnen nahmen zum Zeitpunkt der Erhebung sedierende und/oder psychotrope Medikamente ein. Bei PatientInnen, welche sedierende und/oder psychotrope Medikamente einnahmen, betrug die Sturzinzidenz 8,1 %.

Sturzfolgen

Bei 55 (48,7 %) der 113 gestürzten Personen wurden sturzinduzierte Verletzungen festgestellt.

Bezüglich der Art der sturzbedingten Verletzungen wurde zwischen leichten Verletzungen, die keiner medizinischen Behandlung bedurften (z.B. Hämatome, leichte Schürfwunden), mittelschweren Verletzungen (z.B. Prellungen, Schnittwunden, die genäht werden mussten; schwere Schürfwunden, die eine Wundversorgung erforderten) und ernsten Verletzungen (z.B. Arm- oder Beinfraktur, Kopfverletzungen) unterschieden.

In Abbildung 6.3 ist der Schweregrad von sturzbedingten Verletzungen dargestellt.

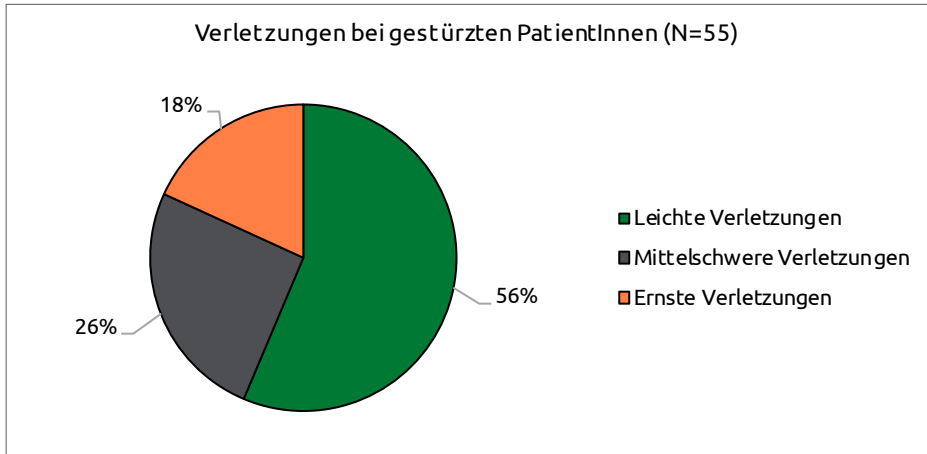


Abbildung 6.3 Schweregrad der sturzbedingten Folgen/Verletzungen

Es zeigte sich, dass der Großteil (56,0 %) der sturzbedingten Verletzungen leichte Verletzungen waren.

Maßnahmen zur Sturzprävention

Zusätzlich wurden auch Fragen zu sturzpräventiven Maßnahmen gestellt. Dazu gehören die Evaluierung der Medikation hinsichtlich möglicher Nebenwirkungen, Übungstherapien, Begleitung beim Gehen und die Untersuchung der benutzten Hilfsmittel auf ihre Angemessenheit. Des Weiteren wurden die Evaluierung des Sehvermögens sowie des Schuhwerkes erfragt. Die Information von PatientInnen und Angehörigen, die Anpassung der Umgebung sowie Beaufsichtigung der PatientInnen wurden als weitere sturzpräventive Maßnahmen untersucht¹²⁴. Alle sturzpräventiven Maßnahmen wurden nur für jene Personen ausgewertet, die in den letzten 12 Monaten gestürzt sind (Abbildung 6.4)⁶⁰.

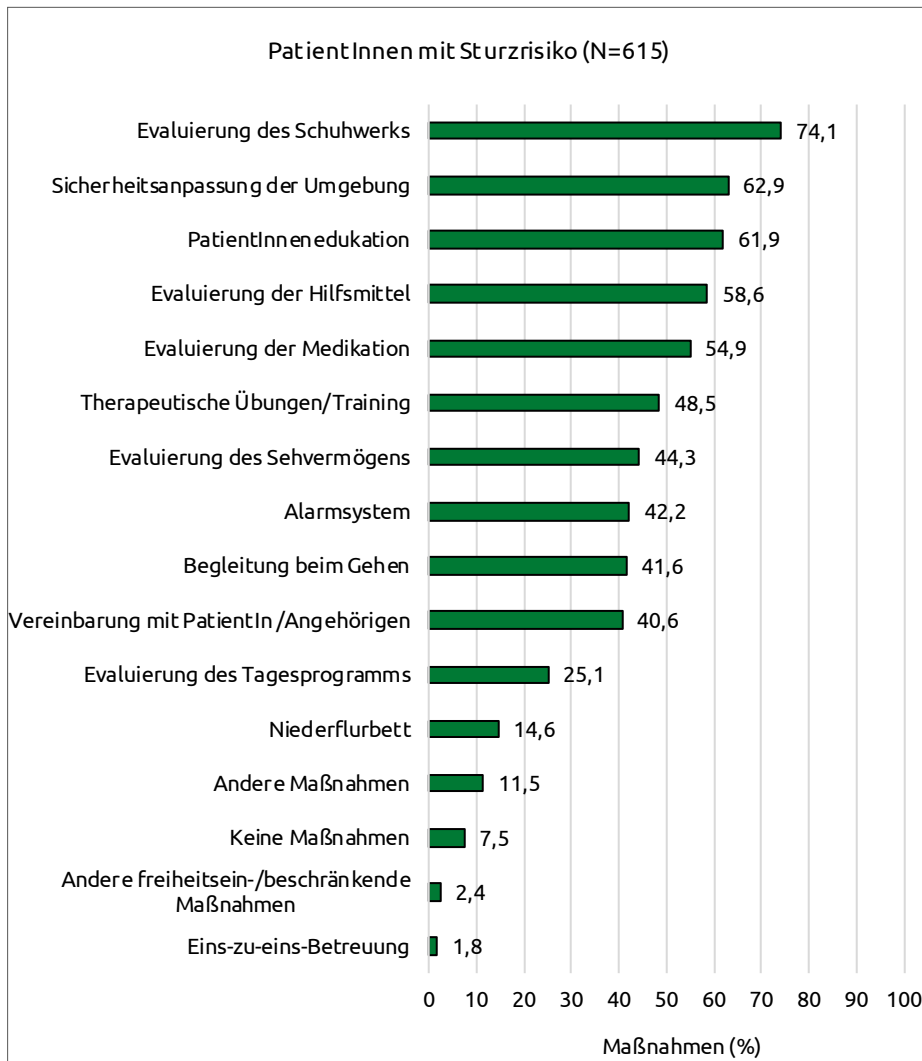


Abbildung 6.4 Sturzpräventive Maßnahmen bei Personen mit Sturzrisiko (Sturz in den letzten 12 Monaten) (Mehrfachantworten möglich)

Insgesamt wurden die Evaluierung des Schuhwerks der PatientInnen (74,1 %), die Sicherheitsanpassung der Umgebung (62,9 %), PatientInnenedukation (61,9 %) sowie die Evaluierung der Hilfsmittel (58,6 %) häufig als sturzpräventive Maßnahmen eingesetzt. Bei 7,5 % der PatientInnen mit einem Sturzrisiko wurden keine präventiven Maßnahmen gesetzt.

Qualitätsindikatoren Stürze

Eine allgemeine Beschreibung der Qualitätsindikatoren finden Sie auf Seite 21 und 22.

Es liegen auswertbare Daten von 31 Krankenhäusern und 175 Stationen vor.

In Tabelle 6.3 werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren zu Stürzen auf Einrichtungsebene dargestellt.

Tabelle 6.3 Qualitätsindikatoren zu Stürzen auf Einrichtungsebene

	Krankenhäuser (N=31)
Standard/Leitlinie	31 (100 %)
Multidisziplinäres ExpertInnenteam	23 (74,2 %)

In allen Krankenhäusern gab es einen Standard/eine Leitlinie zur Prävention von Stürzen. Multidisziplinäre ExpertInnenteams zum Thema Sturz gab es in 23 von 31 Krankenhäusern.

In Tabelle 6.4 werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren auf Stationsebene beschrieben.

Tabelle 6.4 Qualitätsindikatoren zu Stürzen auf Stationsebene

	Stationen (N=175)
Regelmäßige Audits	82,3 %
Multidisziplinäre Beratung	58,7 %
Sturzrisiko in Dokumentation aufgezeichnet	100 %
Fortbildung	32,0 %
Standardisierte Informationsweitergabe	97,7 %

Regelmäßige Audits zur Überprüfung der Einhaltung des Standards/der Leitlinie wurden auf 82,3 % der Stationen durchgeführt. Eine Aufzeichnung des Sturzrisikos in der Dokumentation bei der Aufnahme in die Einrichtung erfolgte auf allen Stationen der teilnehmenden Krankenhäuser (100 %). 58,7 % der teilnehmenden Stationen führten eine multidisziplinäre Beratung durch. Eine Fortbildung in den letzten 2 Jahren wurde auf ungefähr einem Drittel der Stationen aller Krankenhäuser angeboten (32,0 %).

FREIHEITSEIN-/BESCHRÄNKENDE MASSNAHMEN

Einleitung

Dieses Kapitel enthält Angaben zur Inzidenz, Art der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen, zu Begleitmaßnahmen und dem Hauptgrund zur Anwendung von freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen.

Inzidenz von freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen

Es wurde die Inzidenz der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen in den Einrichtungen in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung erfasst. 30 Tage wurde als Bezugszeitraum gewählt, weil dieser Zeitraum in der Regel für PatientInnen bzw. für die Pflegenden gut überschaubar ist.

Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen wurden in den letzten 30 Tagen bei 5,2 % der PatientInnen angewendet. Bei einer Differenzierung nach Geschlecht wird ersichtlich, dass bei Männern freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen geringfügig häufiger eingesetzt wurden als bei Frauen (5,6 % vs. 4,9 %).

Weiters wird die Inzidenz von freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen nach Altersgruppen dargestellt (Tabelle 7.1).

Tabelle 7.1 Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen in den Einrichtungen in den letzten 30 Tagen

	18-39 Jahre (N=213)	40-59 Jahre (N=538)	60-79 Jahre (N=1306)	≥ 80 Jahre (N=633)	Gesamt (N=2690)
Freiheitsein-/ beschränkende Maßnahmen	8,9 %	4,5 %	4,4 %	6,3 %	5,2 %

Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen wurden am häufigsten bei den 18-39-jährigen (8,9 %) und den ≥ 80-jährigen PatientInnen (6,3 %) angewendet.

Art der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen

Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen können durch verschiedene Methoden vollzogen werden.

In Tabelle 7.2 ist die Art der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen dargestellt.

Tabelle 7.2 Art der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahme

	PatientInnen mit freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen (N=141)
Mechanische Maßnahmen	65,2 %
Pharmakologische Maßnahmen	43,3 %
Elektronische Maßnahmen*	24,8 %
Eins-zu-eins Überwachung	15,6 %
Einschließen in einem Raum	6,4 %
Verschlossene Abteilung	5,7 %
Andere Maßnahmen	5,0 %
Körperliche Maßnahmen	4,3 %
Psychische Maßnahmen	2,1 %

*elektronische freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen, wie beispielsweise Sensormatten, zusätzliche Alarmpingel, elektronische Armbänder oder Videoaufzeichnungen.

Bei allen PatientInnen, bei denen eine Freiheitsein-/beschränkung stattfand, kamen am häufigsten mechanische Maßnahmen wie Seitenteile und Fixiergurte (65,2 %) zur Anwendung. Darüber hinaus wurden häufig pharmakologische Maßnahmen (43,3 %) gefolgt von elektronischen Maßnahmen (24,8 %) eingesetzt.

Weiters wurde nach Begleitmaßnahmen bei freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen in den letzten 30 Tagen gefragt (Abbildung 7.1).

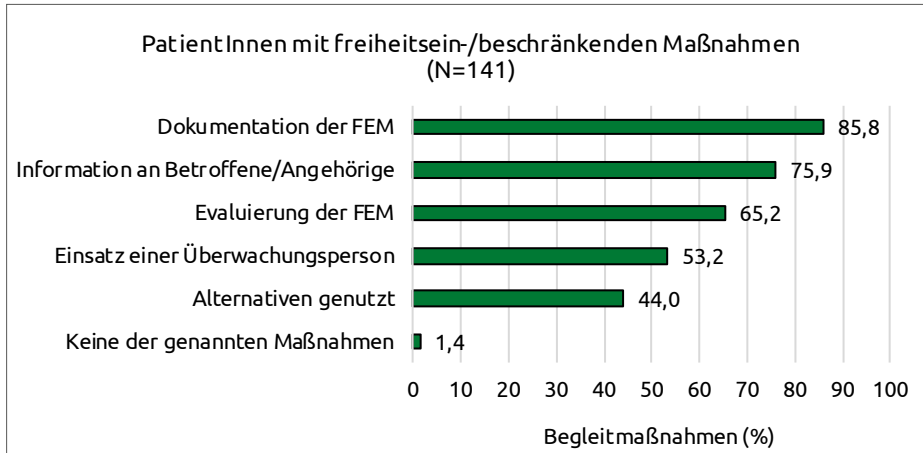


Abbildung 7.1 Begleitmaßnahmen bei freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen in den letzten 30 Tagen (Mehrfachantworten möglich)

Am häufigsten wurden die freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen dokumentiert und Informationen an die Betroffenen/Angehörigen über den gesamten Ablauf freiheitsein-/beschränkender Maßnahmen weitergegeben.

Abschließend wurde nach den Motiven zur Anwendung der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen gefragt (Abbildung 7.2)

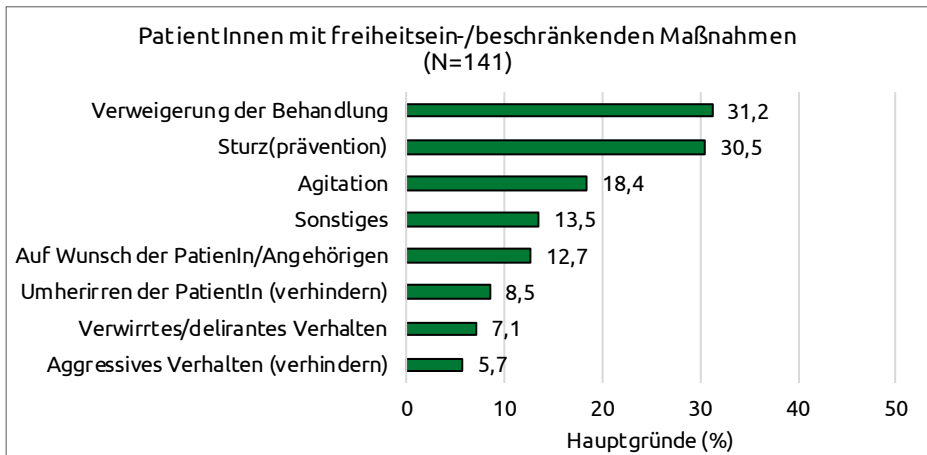


Abbildung 7.2 Hauptgrund für die freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen (Mehrfachantworten möglich)

Am häufigsten wurden freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen aufgrund der Verweigerung der Behandlung (31,2 %), gefolgt von der (Prävention) von Stürzen (30,5 %) und Agitation (18,4 %) angewendet. Bei 12,7 % der PatientInnen wurden die freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen auf Wunsch der PatientIn/der Angehörigen angewendet.

Qualitätsindikatoren freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen

Eine allgemeine Beschreibung der Qualitätsindikatoren finden Sie auf Seite 21 und 22.

Es liegen auswertbare Daten von 31 Krankenhäusern mit 175 Stationen vor.

Im Nachfolgenden werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren zu freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen auf Einrichtungsebene dargestellt (Tabelle 7.3).

Tabelle 7.3 Qualitätsindikatoren zu freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen auf Einrichtungsebene

	Krankenhäuser (N=31)
Standard/ Leitlinie	31 (100 %)
Multidisziplinäres ExpertInnenteam	24 (77,4 %)

Ein Standard oder eine Leitlinie waren in allen Krankenhäusern verfügbar. Ein multidisziplinäres ExpertInnenteam für freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen gab es in 24 von 31 teilnehmenden Krankenhäusern.

Des Weiteren werden die Qualitätsindikatoren zu freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen auf Stationsebene beschrieben (Tabelle 7.4).

Tabelle 7.4 Qualitätsindikatoren zu freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen auf Stationsebene

	Stationen (N=175)
Regelmäßige Audits	82,3 %
Fortbildung	44,0 %

Regelmäßige Audits wurden auf 82,3 % und Fortbildungen auf 44 % der teilnehmenden Stationen durchgeführt.

SCHMERZEN

Einleitung

Dieses Kapitel enthält Angaben zur Schmerzprävalenz, zur Schmerzintensität sowie zu Maßnahmen bei TeilnehmerInnen mit Schmerzen. Die Prävalenz von Schmerzen wird im Vergleich zwischen Männern, Frauen und verschiedenen Altersgruppen dargestellt.

Prävalenz von Schmerzen

Die Schmerzprävalenz wird nach Geschlecht und Altersgruppen getrennt dargestellt (Abbildungen 8.1 und 8.2).

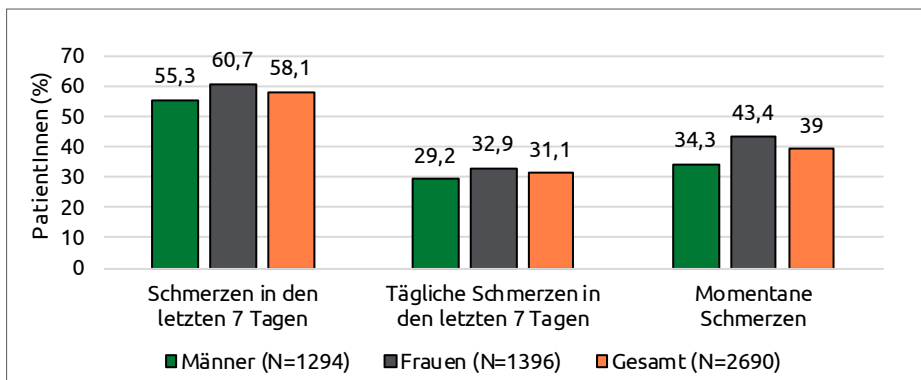


Abbildung 8.1 Schmerzen nach Geschlecht

58,1 % der PatientInnen litten in den letzten 7 Tagen vor der Befragung unter Schmerzen. Ein Drittel (31,1 %) aller TeilnehmerInnen hatte tägliche Schmerzen und 39,0 % aller PatientInnen hatten zum Zeitpunkt der Befragung Schmerzen. Frauen gaben häufiger Schmerzen an als Männer. Das trifft auf generelle Schmerzen in den letzten 7 Tagen, als auch auf tägliche und momentane Schmerzen zu.

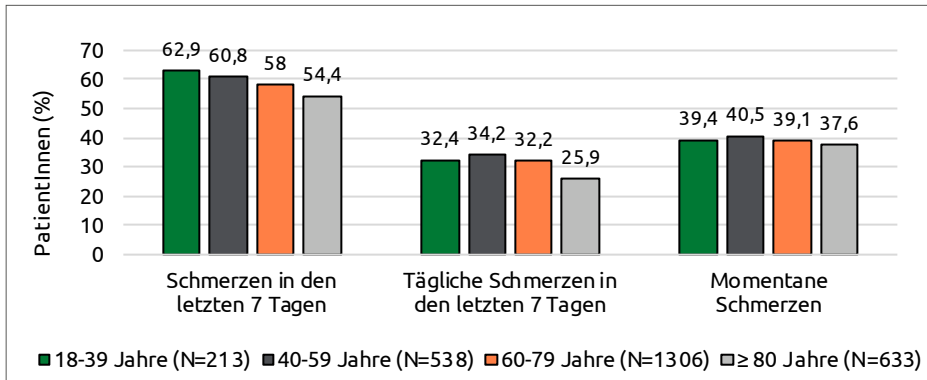


Abbildung 8.2 Schmerzen nach Altersgruppen

Schmerzen in den letzten 7 Tagen wurden häufiger von Personen zwischen 18 und 39 Jahren geäußert (62,9 %) als von älteren PatientInnen. Tägliche Schmerzen wurden am häufigsten von PatientInnen zwischen 40 und 59 Jahren angegeben. Hinsichtlich des momentanen Schmerzes gab es nur geringfügige Unterschiede zwischen den Altersgruppen.

Merkmale von Schmerzen

Bei allen PatientInnen, die Schmerzen in den letzten 7 Tagen hatten, wurde gefragt, ob der Schmerz chronisch oder akut ist und die Intensität des Schmerzes wurde erhoben (Tabelle 8.1).

Mehr als die Hälfte der PatientInnen (58,6 %) hatten akute Schmerzen und 41,4 % der PatientInnen hatten chronische Schmerzen.

Tabelle 8.1 Intensität des Schmerzes bei TeilnehmerInnen mit Schmerzen in den letzten 7 Tagen

PatientInnen mit Schmerzen (N=1563)	
Leichte Schmerzen	22,8 %
Mäßige Schmerzen	42,7 %
Starke Schmerzen	23,5 %
Sehr starke Schmerzen	9,5 %
Unerträgliche Schmerzen	1,5 %

Beim Großteil der PatientInnen (42,7 %) waren die Schmerzen mäßig stark. Unter sehr starken oder unerträglichen Schmerzen litten 11 % der PatientInnen.

Maßnahmen bei Schmerzen

Schmerzlindernde Maßnahmen können in pharmakologische und nicht-pharmakologische Maßnahmen unterteilt werden. Nicht-pharmakologische Maßnahmen umfassen beispielsweise Physio- und Ergotherapie, Psychotherapie und Verhaltenstherapie, Musiktherapie, Kälte- und Wärmetherapie oder auch die Aufklärung der PatientInnen. Die pharmakologischen Maßnahmen wurden im Rahmen dieser Erhebung in Nicht-Opioide und Opioide aufgeteilt. Bei den Opioiden wird zwischen schwachwirksamen und starken Opioiden unterschieden. Zu den Nicht-Opioiden zählen Paracetamol, Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR), Antidepressiva, Antiepileptika und andere Nicht-Opioide^{85, 125}.

In Tabelle 8.2 wird eine Übersicht über die durchgeführten Maßnahmen gegeben und in den Abbildungen 8.3 und 8.4 werden die nicht-pharmakologischen und pharmakologischen Maßnahmen detailliert dargestellt.

Tabelle 8.2 Durchgeführte Maßnahmen bei PatientInnen mit Schmerzen (Mehrfachantworten möglich)

PatientInnen mit Schmerzen (N=1563)	
Pharmakologische Maßnahmen	85,5 %
Nicht-pharmakologische Maßnahmen	71,7 %
Andere Maßnahmen	7,7 %
Keine Maßnahmen	5,1 %
PatientIn lehnt Maßnahmen ab	0,6 %

Von allen PatientInnen mit Schmerzen in den letzten 7 Tagen erhielten 85,5 % pharmakologische Maßnahmen und 71,7 % nicht-pharmakologische Maßnahmen.

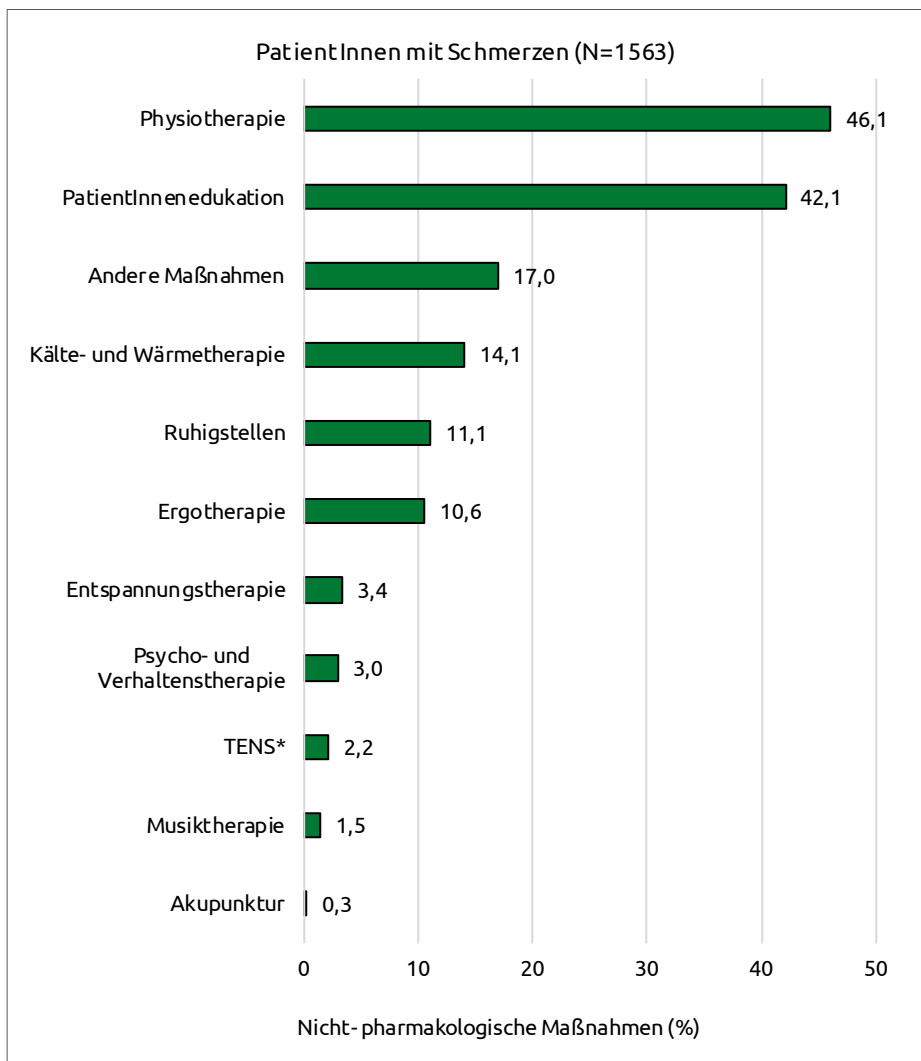


Abbildung 8.3 Nicht-pharmakologische Maßnahmen zur Schmerzreduktion (Mehrfachantworten möglich)

* Transkutane elektrische Nervenstimulation

Zur Behandlung von Schmerzen wurden als häufigste nicht-pharmakologische Maßnahmen Physiotherapie (46,1 %) und PatientInnenbildung (42,1 %) durchgeführt. 17,0 % der PatientInnen erhielten andere Maßnahmen. Akupunktur und Musiktherapie wurden am seltensten angewendet.

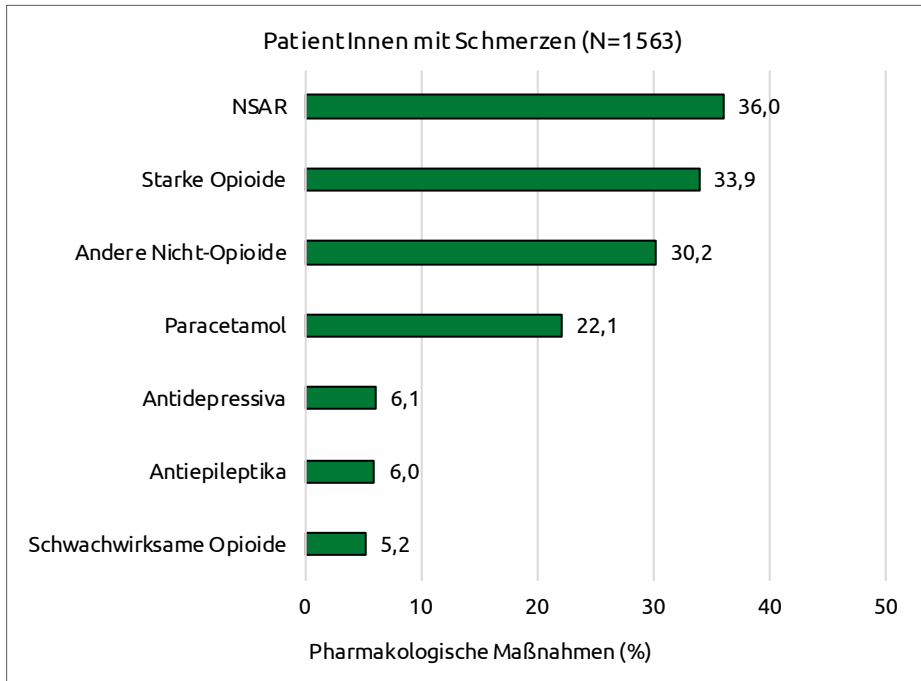


Abbildung 8.4 Pharmakologische Maßnahmen zur Schmerzreduktion (Mehrfachantworten möglich)

Die häufigsten eingesetzten Medikamente zur Behandlung von Schmerz waren NSAR (36,0 %), gefolgt von starken Opioiden (33,9 %), anderen Nicht-Opioiden (30,2 %) und Paracetamol (22,1 %). Schwachwirksame Opiode wurden am seltensten angewendet.

Qualitätsindikatoren Schmerzen

Eine allgemeine Beschreibung der Qualitätsindikatoren finden Sie auf Seite 21 und 22.

Es liegen auswertbare Daten von 31 Krankenhäusern und 170 Stationen vor.

In Tabelle 8.3 werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren zu Schmerzen auf Einrichtungsebene dargestellt.

Tabelle 8.3 Qualitätsindikatoren zu Schmerzen auf Einrichtungsebene

	Krankenhäuser (N=31)
Standard/ Leitlinie	28 (90,3 %)
Multidisziplinäres ExpertInnenteam	24 (77,4 %)

Einen Standard/eine Leitlinie für Schmerzen gab es in 28 der 31 Krankenhäuser. Ein multidisziplinäres ExpertInnenteam war in 24 Krankenhäusern vorhanden.

In Tabelle 8.4 werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren auf Stationsebene dargestellt.

Tabelle 8.4 Qualitätsindikatoren zu Schmerzen auf Stationsebene

	Stationen (N=170)
Regelmäßige Audits	82,9 %
Fortbildung	45,9 %

Regelmäßige Audits zur Einhaltung des Standards/der Leitlinie gab es auf 82,9 % der Stationen. In den letzten 2 Jahren gab es auf 45,9 % der Stationen eine Fortbildung zum Thema Schmerz.

ZUSAMMENFASSUNG

Die *Pflegequalitätserhebung 2.0* wurde am 12. November 2019 durchgeführt. Dabei konnte erneut ein guter Einblick in die Prävalenz, Prävention und Behandlung der Pflegeindikatoren Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Sturz und freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen sowie Schmerzen gewonnen werden. Darüber hinaus konnten Erkenntnisse zu verschiedenen Qualitätsindikatoren auf Einrichtungs- sowie Stationsebene erzielt werden. Im Jahr 2019 wurden Daten von 31 österreichischen Gesundheitseinrichtungen analysiert. Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse zu den einzelnen Pflegeindikatoren, die aus den Daten dieser Einrichtungen gewonnen werden konnten, zusammengefasst.

Stichprobe und Pflegeabhängigkeit

Zum Zeitpunkt der Erhebung wurden 3797 Personen auf den teilnehmenden Stationen betreut. Insgesamt lag von 2690 PatientInnen eine schriftliche informierte Zustimmung zur Datenerhebung vor. Generell konnte festgestellt werden, dass der Anteil an teilnehmenden Frauen geringfügig höher war als der Anteil an teilnehmenden Männern. Das Durchschnittsalter lag bei 67 Jahren, die durchschnittliche Pflegabhängigkeit betrug 64 Punkte, was bedeutet, dass die PatientInnen überwiegend pflegeunabhängig waren.

Dekubitus

Das Dekubitusrisiko wurde im Rahmen der *Pflegequalitätserhebung 2.0* anhand der Bradenskala und dem klinischen Blick eingeschätzt. Das Dekubitusrisiko gemäß Bradenskala lag bei 28,0 %. Der Anteil an PatientInnen mit mindestens einem Dekubitus lag bei 3,7 %. Die meisten Dekubitus entstanden bereits vor der Aufnahme in die Einrichtung (62,6 %). Am häufigsten waren Dekubituswunden der Kategorie 2 zu beobachten. Die häufigsten Lokalisationen waren das Kreuzbein (44,8 %) und die Ferse (29,9 %). Im Rahmen der *Pflegequalitätserhebung 2.0* wurden auch die durchgeführten Präventionsmaßnahmen erhoben. Die häufigsten Maßnahmen zur Prävention von Dekubitus waren die Hautinspektion, die Verwendung von Feuchtigkeits- oder Hautschutzcremes/-produkten, gezielte Bewegungsförderung/ Mobilisation, die Verwendung von passiv druckverteilenden Matratzen und die

Edukation von PatientInnen. Bei 2,5 % der PatientInnen mit einem Dekubitusrisiko wurden keine präventiven Maßnahmen durchgeführt.

Kontinenz

Neben Dekubitus wurden auch Informationen zur Häufigkeit, Prävention und Behandlung von Inkontinenz erhoben. Die Prävalenz von Urininkontinenz betrug 19,4 % (exklusive Personen mit einem Katheter). Die Urininkontinenz bestand bei 87,9 % der Betroffenen bereits vor der Aufnahme in die Einrichtung. Die Prävalenz von Stuhlinkontinenz betrug 10,8 % und 7,1 % der PatientInnen litten an einer Doppelinkontinenz (exklusive Personen mit einem Katheter). Eine inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD) wurde bei 3,3 % der PatientInnen festgestellt. Es gibt eine Vielzahl von Maßnahmen, die bei urininkontinenten PatientInnen eingeleitet werden können. Die am häufigsten durchgeführte Maßnahme war die Verwendung von absorbierenden Produkte/ableitenden Hilfsmittel. Die zweithäufigste Maßnahme war die Anpassung der Bekleidung und der Umgebung, gefolgt von der Durchführung eines Assessments zur Harninkontinenzform und der Evaluierung der Medikation. Am seltensten wurde ein Blasentagebuch geführt.

Mangelernährung

Anhand der Erhebung konnten Daten zum Ernährungszustand der PatientInnen in den teilnehmenden Einrichtungen gesammelt werden. Gemäß der Definition von Halfens et al. hatten 13,3 % der PatientInnen ein Risiko für Mangelernährung. Unter Verwendung des Screening-Instrumentes MUST wiesen 24,8 % der PatientInnen ein Risiko für Mangelernährung auf. Bei einem Mangelernährungsrisiko sowie bei bestehender Mangelernährung ist die Durchführung von ernährungsbezogenen Maßnahmen empfohlen. Die häufigsten eingeleiteten Maßnahmen waren die Durchführung eines Screenings hinsichtlich Mangelernährung sowie das Angebot von Wunschkost, gefolgt von der Überweisung an eine/n Diätologin. Eine weitere häufig durchgeführte Maßnahme war die Anpassung des Ambientes während der Nahrungsaufnahme.

Stürze

Daten zu Stürzen in der Einrichtung wurden innerhalb der letzten 30 Tage vor der Erhebung gesammelt. Innerhalb der letzten 30 Tage stürzten 4,4 % der PatientInnen. Alle PatientInnen, die in den letzten 12 Monaten bereits gestürzt waren, wurden als PatientInnen mit Sturzrisiko eingestuft: dies war nahezu ein Viertel der PatientInnen. Sedierende und/oder psychotrope Medikamente nahmen 33,3 % der teilnehmenden PatientInnen ein.

In 48,7 % führten die Stürze in der Einrichtung zu Verletzungen. Der Großteil der sturzbedingten Verletzungen waren leichte Verletzungen, wie z.B. Hämatome und Schürfwunden. Die am häufigsten eingesetzten sturzpräventiven Maßnahmen waren die Evaluierung des Schuhwerks, gefolgt von der Sicherheitsanpassung der Umgebung, Edukation von PatientInnen sowie der Evaluierung der Hilfsmittel. Bei 7,5 % der PatientInnen mit einem Sturzrisiko wurden keine präventiven Maßnahmen gesetzt.

Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen

Die erhobenen Daten zu freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen zeigen, dass diese bei 5,2 % der PatientInnen angewendet wurden. Dabei kamen vor allem mechanische Maßnahmen wie Seitenteile und Fixierungen zum Einsatz. Die Dokumentation der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahme war vor der Informationsweitergabe an Betroffene/Angehörige die häufigste Begleitmaßnahme. Hauptgrund für freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen war, neben der Verweigerung der Behandlung, die Sturzprävention.

Schmerzen

Im letzten Abschnitt der Erhebung wurden Daten zu Schmerzen erfasst. 58,1 % der PatientInnen litten in den letzten 7 Tagen vor der Befragung unter Schmerzen. Von allen PatientInnen mit Schmerzen in den letzten 7 Tagen, gaben 34,5 % an, starke, sehr starke oder unerträgliche Schmerzen gehabt zu haben. Schmerzlindernde Maßnahmen können in pharmakologische und nicht-pharmakologische Maßnahmen unterteilt werden. 71,7 % der PatientInnen mit Schmerzen in den letzten 7 Tagen haben nicht-pharmakologische Maßnahmen erhalten und 85,5 % der PatientInnen pharmakologische Maßnahmen. Die Durchführung einer Physiotherapie war die häufigste nicht-pharmakologische Maßnahme. Eine weitere häufig angewendete, nicht-phar-

makologische Maßnahme war die PatientInnenbildung. Die häufigsten eingesetzten Medikamente zur Behandlung von Schmerz waren NSAR, gefolgt von starken Opioiden, anderen Nicht-Opioiden und Paracetamol.

Qualitätsindikatoren

Einrichtungsebene

Neben den personenbezogenen Daten zu den einzelnen Pflegeindikatoren wurden auch Daten zu verschiedenen Qualitätsindikatoren auf Einrichtungsebene erhoben. Standards oder Leitlinien waren häufig zu den Themen Sturz, freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen sowie Schmerzen vorhanden. Multidisziplinäre ExpertInnenteams waren vor allem zu Mangelernährung, Dekubitus, Freiheits-/beschränkenden Maßnahmen und Schmerz vorhanden.

Stations-/Wohnbereichsebene

Zusätzlich zu den Qualitätsindikatoren auf Einrichtungsebene wurden auch Indikatoren auf Stations-/Wohnbereichsebene erfasst. Die Aufzeichnung des Risikos/der Maßnahmen in der Krankenakte waren neben der standardisierten Informationsweitergabe, die am häufigsten erfüllten Indikatoren zum Thema Dekubitus und Stürze. Generell wurden auf Stationsebene selten Fortbildungen angeboten.

Limitationen

Jedes Forschungsprojekt weist Einschränkungen/Limitationen auf. Im Vorfeld zur Datenerhebung war es notwendig, die schriftliche Einverständniserklärung der PatientInnen bzw. der gesetzlichen VertreterInnen einzuholen. Die Erhebung der schriftlichen Zustimmung führte dazu, dass einige Personen nicht teilnehmen konnten/wollten, dadurch wurden eventuell gerade diejenigen Personen ausgeschlossen, die hinsichtlich der Pflegeindikatoren, wie z.B. Sturz und Dekubitus, risikogefährdet oder betroffen waren.

Weiterhin beteiligten sich einige Einrichtungen nur mit wenigen (ausgewählten) Stationen, obwohl eine Erhebung der gesamten Einrichtung empfohlen wurde. Die Gründe für die Auswahl der Stationen sind unbekannt. Es kann sich daher beispielsweise um Stationen handeln, die gezielt ausgesucht wurden, da die genannten Pflegeindikatoren bisher „eher selten“ oder „besonders häufig“ wahrgenommen wurden.

Eine weitere Limitation ist die variierende Bezugsgröße (N). Beispielsweise gab es Unstimmigkeiten im Vorhandensein von Standards/Leitlinien zwischen den Angaben auf Einrichtungsebene und Stations-/Wohnbereichsebene.

SCHLUSSBEMERKUNG

Durch die *Pflegequalitätserhebung 2.0* 2019 konnten Daten zur Prävalenz, Prävention und Behandlung der Pflegeindikatoren Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Stürze, freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen und Schmerzen auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene in österreichischen Krankenhäusern gewonnen werden.

Die Ergebnisse der *Pflegequalitätserhebung 2.0* geben einen aktuellen Einblick in die Pflegequalität in österreichischen Gesundheitseinrichtungen und können so einen Anstoß für etwaige Veränderungen geben. Beispielsweise liegt die Prävalenz von Dekubitus zwar verglichen mit internationalen Prävalenzzahlen niedrig, jedoch gibt es bei den präventiven Maßnahmen Verbesserungspotenzial. So bekamen zahlreiche PatientInnen mit einem Dekubitusrisiko keine präventiven Maßnahmen. Diese Ergebnisse können einen Anstoß geben gezielt hinzuschauen und gegebenenfalls Maßnahmen einzuleiten. Zahlreiche Einrichtungen nehmen nun schon seit vielen Jahren regelmäßig an der Pflegequalitätserhebung teil und nutzen die Erhebung um an der Pflegequalität zu arbeiten. In diesen Einrichtungen wurden basierend auf den Daten bewundernswerte Erfolge erzielt. So konnten Einrichtungen die Dekubitusprävalenz durch die Initiierung gezielter präventiver Maßnahmen reduzieren oder neue Standards für die Praxis erarbeiten. Diese Anstrengungen zeigen sich auch in den österreichweiten Daten. So sank beispielsweise die Prävalenz von Dekubitus in der Risikogruppe in den teilnehmenden Krankenhäusern von 12,2 % (2009) auf 8,4 % (2018). In den pflegerischen Maßnahmen wiederum zeigt sich ein enormer Anstieg. So stieg beispielsweise die Freilaagerung der Fersen und die Prävention von Ernährungs- und Flüssigkeitsdefiziten bei RisikopatientInnen.

Diese Ergebnisse zeigen das Potenzial der *Pflegequalitätserhebung 2.0*. Daher ermutigen wir alle Gesundheitseinrichtungen in Österreich (weiterhin) teilzunehmen!

ANHANG

Glossar/Abkürzungsverzeichnis

Assessment	Ermittlung, Einschätzung
Benchmarking	Kontinuierlicher Vergleich mit anderen Einrichtungen um Unterschiede und gegebenenfalls Möglichkeiten zur Verbesserung zu identifizieren ¹²⁶
Bradenskala	Instrument zur Einschätzung des Dekubitusrisikos
Inzidenz	Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit/eines Problems in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem bestimmten Zeitraum ¹⁰⁹
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool, Instrument zur Erfassung des Mangelernährungsrisikos ^{121, 127}
N	Absolute Anzahl an PatientInnen/BewohnerInnen
NSAR	Nichsteroidales Antirheumatikum
PAS	Pflegeabhängigkeitsskala
Prävalenz	Die Prävalenz ist der Anteil von Personen mit einem bestimmten Pflegeindikator wie Dekubitus, etc., welche zu einem bestimmten Zeitpunkt (z.B. am 12. November 2019) festgestellt wird. ¹⁰⁹

Literatur

1. (LPZ) LPZ. LPZ-PQE 2.0 eine Lösung für jede Art von Gesundheitseinrichtungen. Available at: <https://at.lpz-um.eu/de> Accessed 26.03.2018.
2. Hughes R. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*; 2008.
3. Carryer J, Weststrate J, Yeung P, Rodgers V, Towers A, Jones M. Prevalence of key care indicators of pressure injuries, incontinence, malnutrition, and falls among older adults living in nursing homes in New Zealand. *Research in nursing & health*. Dec 2017;40(6):555-563.
4. Abizanda P, Sinclair A, Barcons N, Lizan L, Rodriguez-Manas L. Costs of Malnutrition in Institutionalized and Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc*. Jan 2016;17(1):17-23.
5. Paul M. COSTS ASSOCIATED WITH PRESSURE WOUNDS IN THE U.S. INPATIENT HOSPITAL POPULATION. *Innov Aging*. 2018;2(Suppl 1):920-921.
6. Eglseer D, Hödl M, Lohrmann C. „Das Unsichtbare sichtbar machen“. *ProCare*. March 01 2017;22(3):46-46.
7. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *The Milbank quarterly*. 2005;83(4):691-729.
8. Amir Y, Tan FE, Halfens R, Lohrmann C, Schols J. Pressure Ulcer Prevalence and Care in Indonesian Hospitals: A Multicenter, Cross-sectional Evaluation Using an Extended Donabedian Model. *Ostomy/wound management*. Feb 2017;63(2):8-23.
9. Van Nie-Visser N. *Malnutrition in nursing home residents in the Netherlands, Germany and Austria*, Maastricht University; 2014.
10. Simon M, Schmidt S, Schwab C, Hasselhorn H, Bartholomeyczik S. Messung der Pflegequalität in der Langzeitpflege Eine vergleichende Analyse von Pflegekriterien, bewohnerbezogenen Indikatoren und Beurteilungen der Mitarbeiter. *Bundesgesundheitsblatt*. 2013;56: 1088-1097.

11. Schönherr S, Mandl M, Lohrmann C. Gutes Sehen, Gutes Hören, Gutes Sagen - Pflegequalität als ein Thema für Österreich. *Österreichische Pflegezeitschrift*. 2012;12:20-22.
12. EPUAP N, PPPIA. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline. 2019.
13. Hauss A, Greshake S, Skiba T, Schmidt K, Rohe J, Jurgensen JS. [Systematic pressure ulcer risk management.: Results of implementing multiple interventions at Charite-Universitätsmedizin Berlin]. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2016;113:19-26.
14. Serraes B, van Leen M, Schols J, Van Hecke A, Verhaeghe S, Beeckman D. Prevention of pressure ulcers with a static air support surface: A systematic review. *International wound journal*. Jun 2018;15(3):333-343.
15. Wogamon CL. Exploring the Effect of Educating Certified Nursing Assistants on Pressure Ulcer Knowledge and Incidence in a Nursing Home Setting. *Ostomy/wound management*. Sep 2016;62(9):42-50.
16. Lohrmann CH. *Pflegequalitätserhebung 08. April 2014*: Institut für Pflegewissenschaften, Medizinische Universität Graz; 2014.
17. Lohrmann CH. *Pflegequalitätserhebung 12. April 2016*: Insitut für Pflegewissenschaften, Medizinische Universität Graz; 2016.
18. Eglseer D, Hodl M, Lohrmann C. Nutritional management of older hospitalised patients with pressure injuries. *International wound journal*. Nov 15 2018.
19. Kasikci M, Aksoy M, Ay E. Investigation of the prevalence of pressure ulcers and patient-related risk factors in hospitals in the province of Erzurum: A cross-sectional study. *Journal of tissue viability*. Aug 2018;27(3):135-140.
20. Rasero L, Simonetti M, Falciani F, Fabbri C, Collini F, Dal Molin A. Pressure Ulcers in Older Adults: A Prevalence Study. *Adv Skin Wound Care*. Oct 2015;28(10):461-464.

21. Tsaousi G, Stavrou G, Ioannidis A, Salonikidis S, Kotzampassi K. Pressure ulcers and malnutrition: results from a snapshot sampling in a university hospital. *Med Princ Pract.* 2015;24(1):11-16.
22. Lohrmann CH. *Pflegequalitätserhebung 14. April 2015*: Institut für Pflegewissenschaften, Medizinische Universität Graz; 2015.
23. Woo KY, Sears K, Almost J, Wilson R, Whitehead M, VanDenKerkhof EG. Exploration of pressure ulcer and related skin problems across the spectrum of health care settings in Ontario using administrative data. *International wound journal.* Feb 2017;14(1):24-30.
24. Zarei E, Madarshahian E, Nikkhah A, Khodakarim S. Incidence of pressure ulcers in intensive care units and direct costs of treatment: Evidence from Iran. *J Tissue Viability.* May 2019;28(2):70-74.
25. Kayser SA, VanGilder CA, Lachenbruch C. Predictors of superficial and severe hospital-acquired pressure injuries: A cross-sectional study using the International Pressure Ulcer Prevalence survey. *International journal of nursing studies.* Jan 2019;89:46-52.
26. Coyer F, Miles S, Gosley S, et al. Pressure injury prevalence in intensive care versus non-intensive care patients: A state-wide comparison. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses.* Sep 2017;30(5):244-250.
27. Eberlein-Gonska M, Petzold T, Helass G, Albrecht DM, Schmitt J. The incidence and determinants of decubitus ulcers in hospital care: an analysis of routine quality management data at a university hospital. *Dtsch Arztebl Int.* Aug 2013;110(33-34):550-556.
28. Vetrano DL, Landi F, De Buyser SL, et al. Predictors of length of hospital stay among older adults admitted to acute care wards: a multicentre observational study. *European journal of internal medicine.* Jan 2014;25(1):56-62.
29. Sebba Tosta de Souza DM, Veiga DF, Santos ID, Abla LE, Juliano Y, Ferreira LM. Health-Related Quality of Life in Elderly Patients With Pressure Ulcers in Different Care Settings. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society.* Jul-Aug 2015;42(4):352-359.

30. Demarre L, Van Lancker A, Van Hecke A, et al. The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review. *International journal of nursing studies*. Nov 2015;52(11):1754-1774.
31. Gibson W, Wagg A. Incontinence in the elderly, 'normal' ageing, or unaddressed pathology? *Nature reviews Urology*. Jul 2017;14(7):440-448.
32. Abrams PICS. Incontinence: 6th International Consultation on Incontinence. *6th International Consultation on Incontinence*. Tokyo: International Continence Society; 2017.
33. Minassian VA, Bazi T, Stewart WF. Clinical epidemiological insights into urinary incontinence. *International urogynecology journal*. May 2017;28(5):687-696.
34. Frieling T. [Incontinence - Etiology, diagnostics and Therapy]. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*. Aug 2016;141(17):1251-1260.
35. Meesterberends E, Halfens RJ, Spreeuwenberg MD, et al. Do patients in Dutch nursing homes have more pressure ulcers than patients in German nursing homes? A prospective multicenter cohort study. *Journal of the American Medical Directors Association*. Aug 2013;14(8):605-610.
36. Saiki L, Meize-Grochowski R. Urinary incontinence and psychosocial factors associated with intimate relationship satisfaction among midlife women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing: Clinical Scholarship for the Care of Women, Childbearing Families, & Newborns*. 2017;46(4):555-566.
37. Bedretdinova D, Fritel X, Zins M, Ringa V. The Effect of Urinary Incontinence on Health-related Quality of Life: Is It Similar in Men and Women? *Urology*. May 2016;91:83-89.
38. Button BM, Holland AE, Sherburn MS, Chase J, Wilson JW, Burge AT. Prevalence, impact and specialised treatment of urinary incontinence in women with chronic lung disease. *Physiotherapy*. Mar 2019;105(1):114-119.

39. Minassian VA, Devore E, Hagan K, Grodstein F. Severity of urinary incontinence and effect on quality of life in women by incontinence type. *Obstetrics and gynecology*. May 2013;121(5):1083-1090.
40. Townsend MK, Matthews CA, Whitehead WE, Grodstein F. Risk factors for fecal incontinence in older women. *The American journal of gastroenterology*. Jan 2013;108(1):113-119.
41. Coyne KS, Wein A, Nicholson S, Kvasz M, Chen CI, Milsom I. Economic burden of urgency urinary incontinence in the United States: a systematic review. *J Manag Care Pharm*. Feb 2014;20(2):130-140.
42. Powell LC, Szabo SM, Walker D, Gooch K. The economic burden of overactive bladder in the United States: A systematic literature review. *Neurourology and urodynamics*. Apr 2018;37(4):1241-1249.
43. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clinical nutrition* (Edinburgh, Scotland). Feb 2017;36(1):49-64.
44. O'Shea E, Trawley S, Manning E, Barrett A, Browne V, Timmons S. Malnutrition in Hospitalised Older Adults: A Multicentre Observational Study of Prevalence, Associations and Outcomes. *J Nutr Health Aging*. 2017;21(7):830-836.
45. Roller RE, Eglseer D, Eisenberger A, Wirnsberger GH. The Graz Malnutrition Screening (GMS): a new hospital screening tool for malnutrition. *The British journal of nutrition*. Feb 28 2016;115(4):650-657.
46. Ruiz AJ, Buitrago G, Rodriguez N, et al. Clinical and economic outcomes associated with malnutrition in hospitalized patients. *Clinical nutrition* (Edinburgh, Scotland). Jun 1 2018.
47. Correia M, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clinical nutrition* (Edinburgh, Scotland). Aug 2017;36(4):958-967.

48. Schönherr S, Halfens R, Lohrmann C. Mangelernährung in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen- Ergebnisse von wiederholten Querschnittstudien. *Aktuelle Ernährungsmedizin*. 2014;39:110-116.
49. Wham C, Fraser E, Buhs-Catterall J, Watkin R, Gammon C, Allen J. Malnutrition risk of older people across district health board community, hospital and residential care settings in New Zealand. *Australasian journal on ageing*. Sep 2017;36(3):205-211.
50. Bell CL, Lee AS, Tamura BK. Malnutrition in the nursing home. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*. Jan 2015;18(1):17-23.
51. Madeira T, Peixoto-Placido C, Sousa-Santos N, et al. Malnutrition among older adults living in Portuguese nursing homes: the PEN-3S study. *Public health nutrition*. Oct 15 2018:1-12.
52. Vandewoude M, van Wijngaarden J, De Maesschalck L, Luiking Y, Van Gossum A. The prevalence and health burden of malnutrition in Belgian older people in the community or residing in nursing homes: results of the NutriAction II study. *Ageing clinical and experimental research*. Apr 30 2018.
53. Boulos C, Salameh P, Barberger-Gateau P. Social isolation and risk for malnutrition among older people. *Geriatrics & Gerontology International*. 2017;17(2):286-294.
54. Favaro-Moreira NC, Krausch-Hofmann S, Matthys C, et al. Risk Factors for Malnutrition in Older Adults: A Systematic Review of the Literature Based on Longitudinal Data. *Advances in nutrition (Bethesda, Md)*. May 2016;7(3):507-522.
55. Leij-Halfwerk S, Verwijs MH, van Houdt S, et al. Prevalence of protein-energy malnutrition risk in European older adults in community, residential and hospital settings, according to 22 malnutrition screening tools validated for use in adults ≥ 65 years: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas*. Aug 2019;126:80-89.
56. Hernandez-Galiot A, Goni I. Quality of life and risk of malnutrition in a home-dwelling population over 75 years old. *Nutrition (Burbank, Los Angeles County, Calif)*. Mar 2017;35:81-86.

57. Khalatbari-Soltani S, Marques-Vidal P. The economic cost of hospital malnutrition in Europe; a narrative review. *Clinical nutrition ESPEN*. Jun 2015;10(3):e89-e94.
58. Torres Torres B, Ballesteros Pomar MD, Garcia Calvo S, et al. [Clinical and economic implications of disease-related malnutrition in a surgical service]. *Nutricion hospitalaria*. Feb 16 2018;35(2):384-391.
59. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. Sep 12 2015(9):Cd007146.
60. (NICE) NifCE. Falls in older people: assessing risk and Falls in older people: assessing risk and prevention. *NICE clinical guideline 161*. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161> Accessed 26.03.2018.
61. Rowan L, Veenema TG. Decreasing Falls in Acute Care Medical Patients: An Integrative Review. *J Nurs Care Qual*. Oct/Dec 2017;32(4):340-347.
62. Group KIW. The prevention of falls in later life. A report of the Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly. *Danish medical bulletin*. Apr 1987;34 Suppl 4:1-24.
63. Morello RT, Barker AL, Watts JJ, et al. The extra resource burden of in-hospital falls: a cost of falls study. *The Medical journal of Australia*. Nov 2 2015;203(9):367.
64. Jacobi L, Petzold T, Hanel A, Albrecht M, Eberlein-Gonska M, Schmitt J. [Epidemiology and prediction of the risk of falling in patients in acute care settings: Analysis of routine data from a university hospital]. *Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen*. Feb 2017;120:9-15.
65. Sharif SI, Al-Harbi AB, Al-Shihabi AM, Al-Daour DS, Sharif RS. Falls in the elderly: assessment of prevalence and risk factors. *Pharmacy practice*. Jul-Sep 2018;16(3):1206.
66. Bor A, Matuz M, Csator dai M, et al. Medication use and risk of falls among nursing home residents: a retrospective cohort study. *International journal of clinical pharmacy*. Apr 2017;39(2):408-415.

67. Ferreira L, Ribeiro K, Jerez-Roig J, Araujo JRT, Lima KC. Recurrent falls and risk factors among institutionalized older people. *Ciencia & saude coletiva*. Jan 2019;24(1):67-75.
68. Lukaszyc C, Harvey L, Sherrington C, et al. Risk factors, incidence, consequences and prevention strategies for falls and fall-injury within older indigenous populations: a systematic review. *Aust N Z J Public Health*. Dec 2016;40(6):564-568.
69. Zeeh J, Reinhardt, Y & Heppner, HJ Stürze im Alter. *MMW Fortschritte der Medizin*. 2017;13.
70. Alekna V, Stukas R, Tamulaityte-Morozoviene I, Surkiene G, Tamulaitiene M. Self-reported consequences and healthcare costs of falls among elderly women. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*. 2015;51(1):57-62.
71. Evans D, Pester J, Vera L, Jeanmonod D, Jeanmonod R. Elderly fall patients triaged to the trauma bay: age, injury patterns, and mortality risk. *The American journal of emergency medicine*. Nov 2015;33(11):1635-1638.
72. Gazibara T, Kurtagic I, Kusic-Tepavcevic D, et al. Falls, risk factors and fear of falling among persons older than 65 years of age. *Psychogeriatrics : the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*. Jul 2017;17(4):215-223.
73. Austria S. Todesursachenstatistik 2017. 26.03.2018. Available at: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html.
74. NICE. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. National Institute for Health and Care Excellence; 2015.
75. Wirtschaftsstandort ABfDu. Bundesrecht: Gesamte Rechtsvorschrift für Heimaufenthaltsgesetz. Available at: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnumm er=2000323>. Accessed 26.03.2018.

76. Gu T, Wang X, Deng N, Weng W. Investigating influencing factors of physical restraint use in China intensive care units: A prospective, cross-sectional, observational study. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*. Jul 9 2018.
77. van der Kooi AW, Peelen LM, Raijmakers RJ, et al. Use of physical restraints in Dutch intensive care units: a prospective multicenter study. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*. Nov 2015;24(6):488-495.
78. Estevez-Guerra GJ, Farina-Lopez E, Nunez-Gonzalez E, Gandoy-Crego M, Calvo-Frances F, Capezuti EA. The use of physical restraints in long-term care in Spain: a multi-center cross-sectional study. *BMC Geriatr*. Jan 21 2017;17(1):29.
79. Hoffmann H, Schorro E. Use of physical restrain in nursing homes 2015.
80. Huang HC, Huang YT, Lin KC, Kuo YF. Risk factors associated with physical restraints in residential aged care facilities: a community-based epidemiological survey in Taiwan. *J Adv Nurs*. Jan 2014;70(1):130-143.
81. Miodownik C, Friger MD, Orev E, Gansburg Y, Reis N, Lerner V. Clinical and demographic characteristics of secluded and mechanically restrained mentally ill patients: a retrospective study. *Israel journal of health policy research*. Feb 1 2019;8(1):9.
82. Möhler R, Meyer G. Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *International journal of nursing studies*. 2014;51.
83. Scheepmans K, Milisen K, Vanbrabant K, Paquay L, Van Gansbeke H, Dierckx de Casterle B. Factors associated with use of restraints on older adults with home care: A secondary analysis of a cross-sectional survey study. *International journal of nursing studies*. Jan 2019;89:39-45.
84. Hofmann H, Hahn S. Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. *Journal of clinical nursing*. Nov 2014;23(21-22):3012-3024.

85. Pflege DDNfQid. *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen*: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege; 2011.
86. Assadeck H, Toudou Daouda M, Hassane Djibo F, Douma Maiga D, Adehossi Omar E. Prevalence and characteristics of chronic pain: Experience of Niger. *Scandinavian journal of pain*. Oct 2017;17:252-255.
87. Dahlhamer J, Lucas J, Zelaya C, et al. Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults - United States, 2016. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. Sep 14 2018;67(36):1001-1006.
88. Fayaz A, Croft P, Langford RM, Donaldson LJ, Jones GT. Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ open*. Jun 20 2016;6(6):e010364.
89. Gobina I, Villberg J, Valimaa R, et al. Prevalence of self-reported chronic pain among adolescents: Evidence from 42 countries and regions. *European journal of pain (London, England)*. Aug 11 2018.
90. Shupler MS, Kramer JK, Cragg JJ, Jutzeler CR, Whitehurst DGT. Pan-Canadian estimates of chronic pain prevalence from 2000 to 2014: A Repeated Cross-Sectional Survey Analysis. *The journal of pain: official journal of the American Pain Society*. Nov 29 2018.
91. de Souza JB, Grossmann E, Perissinotti DMN, de Oliveira Junior JO, da Fonseca PRB, Posso IP. Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life Activities: Brazilian Population-Based Survey. *Pain research & management*. 2017;2017:4643830.
92. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet (London, England)*. Dec 15 2012;380(9859):2163-2196.
93. Xiao H, Liu H, Liu J, et al. Pain Prevalence and Pain Management in a Chinese Hospital. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*. Nov 1 2018;24:7809-7819.

94. Zoega S, Sveinsdottir H, Sigurdsson GH, Aspelund T, Ward SE, Gunnarsdottir S. Quality pain management in the hospital setting from the patient's perspective. *Pain practice: the official journal of World Institute of Pain*. Mar 2015;15(3):236-246.
95. Abdulla A, Adams N, Bone M, et al. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing*. Mar 2013;42 Suppl 1:i1-57.
96. Andrew R, Derry S, Taylor RS, Straube S, Phillips CJ. The costs and consequences of adequately managed chronic non-cancer pain and chronic neuropathic pain. *Pain practice: the official journal of World Institute of Pain*. Jan 2014;14(1):79-94.
97. Martini L, Hoffmann F. Comorbidity of chronic back pain and depression in Germany: Results from the GEDA study, 2009 and 2010. *Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen*. 2018;137:62-68.
98. Amaral TF, Matos LC, Tavares MM, et al. The economic impact of disease-related malnutrition at hospital admission. *Clinical Nutrition*. Dec 2007;26(6):778-784.
99. Heinze C, Halfens RJ, Dassen T. Falls in German in-patients and residents over 65 years of age. *Journal of clinical nursing*. 2007;16(3):495-501.
100. Suominen M, Muurinen S, Routasalo P, et al. Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *European journal of clinical nutrition*. Apr 2005;59(4):578-583.
101. Dijkstra A, Buist G, Dassen T. Nursing-Care Dependency. *Scandinavian journal of caring sciences*. 1996;10(3):137-143.
102. Lohrmann CH. *Die Pflegeabhängigkeitsskala: ein Einschätzungsinstrument für Heime und Kliniken – Eine methodologische Studie*: Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Charité Universitätsmedizin Berlin; 2003.
103. Mertens E, Tannen A, Lohrmann C, Dassen T. [Nursing care dependence in the hospital. A descriptive study]. *Pflege*. Oct 2002;15(5):195-201.

104. Eichhorn-Kissel JL, C. *Assessmentinstrumente in der Pflege*: Bartholomeyczik, S & Halek, M; 2009.
105. Marshall M, Campbell, S, Hacker, J & Roland, M *Quality indicators for general practice A practical guide for health professionals and managers*: Royal Society of Medicine Press Ltd London; 2002.
106. Lohrmann CH. *Prävalenzerhebung 07. April 2009*: Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz; 2009.
107. Lohrmann CH. *Europäische Pflegequalitätserhebung 13. April 2010*: Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz; 2010.
108. Lohrmann CH. 2012, '*Europäische Pflegequalitätserhebung 17. April 2012*': Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz.; 2012.
109. Polit D, Beck C. *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*: Lippincott, Williams & Wilkins Philadelphia.; 2016.
110. Pirlich M, Schutz T, Norman K, et al. The German hospital malnutrition study. *Clinical nutrition* (Edinburgh, Scotland). Aug 2006;25(4):563-572.
111. Bours GJ, Halfens R, Berger M, Huijter Abu-Saad H, Grol R. Development of a model for case-mix adjustment of pressure ulcer prevalence rates. *Med Care*. Jan 2003;41(1):45-55.
112. Lahmann NA, Halfens RJ, Dassen T. Auditing pressure ulcer prevalence. Structure, processes and outcomes in annual surveys. *Verpleegkunde*. 2007;22(1):55.
113. Meijers JM, Candel MJMM, Schols JMGA, van Bokhorst-de van der Schueren MAE, Halfens RJG. Decreasing Trends in Malnutrition Prevalence Rates Explained by Regular Audits and Feedback. *The Journal of Nutrition*. 2009;139(7):1381-1386.
114. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing research*. Jul-Aug 1987;36(4):205-210.

115. Sands MB, Dantoc BP, Hartshorn A, Ryan CJ, Lujic S. Single Question in Delirium (SQiD): testing its efficacy against psychiatrist interview, the Confusion Assessment Method and the Memorial Delirium Assessment Scale. *Palliat Med.* Sep 2010;24(6):561-565.
116. McKenna K. *Study of Work-related Violence*. Ireland: North Eastern Health Board; 2004.
117. National Pressure Ulcer Advisory Panel EPUAPaPPPIAN, EPUAP & PPPIA). 'Prevention and treatment of pressure ulcer: quick reference guide. *Cambridge Media*:. Available at: <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf>.
118. Beeckman D, Van den Bussche K, Alves P, et al. Towards an international language for Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): design and evaluation of psychometric properties of the Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD) in 30 countries. *The British journal of dermatology*. Jan 8 2018.
119. Beeckman D. A decade of research on Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): Evidence, knowledge gaps and next steps. *Journal of tissue viability*. 2017/02/01/ 2017;26(1):47-56.
120. NICE. *Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management*. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2019.
121. Elia M. *The 'MUST' report. Nutritional screening for adults: a multidisciplinary responsibility. Development and use of the 'Malnutrition Universal Screening Tool' (MUST) for adults*: British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN); 2003.
122. Lohrmann C. *Pflegequalitätserhebung 2.0 14.November 2017*. Graz: Medical University of Graz, Institute of Nursing Science; 2018.
123. 2017 DMSG. Guideline on malnutrition recognising, diagnosing and treating malnutrition in adults. 2017.

124. Schoberer D, Finling T, Breimaier H, et al. Update of a fall prevention guideline using GRADE. Paper presented at: Nursing Home Research International Working Group 5th edition, 2018; Rome, Italy.
125. DNQP. Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Osnabrück; 2015.
126. Von Eiff W. *International Best Practices in Health Care Management*: Emerald Group Publishing Limited.
127. Todorovic V, Russell, C, Stratton, R, Ward, J & Elia, M 'The "MUST" Explanatory Booklet A Guide to the "Malnutrition Universal Screening Tool" (MUST) for Adults. Available at: http://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_explan.pdf.

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft
Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ rer.cur Christa Lohrmann (DGKS)

Universitätsplatz 4/3
8010 Graz

Tel: 0316/385-72083

E-Mail: pflegequalitaetserhebung@medunigraz.at
Web: <http://pflgewissenschaft.medunigraz.at>
<https://at.lpz-um.eu/de>

