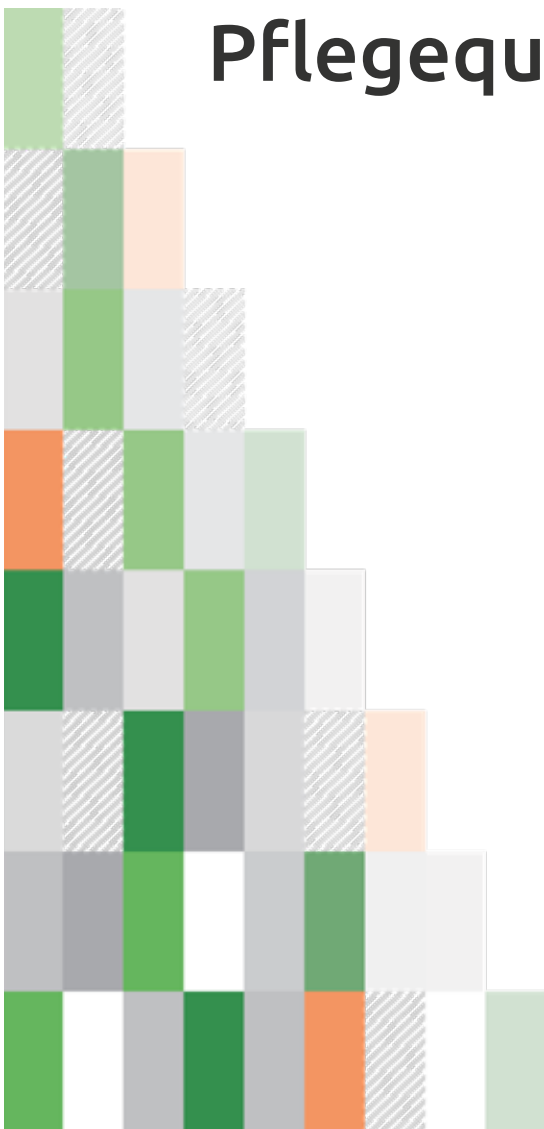




Pflegequalitätserhebung 2.0



09. - 11. November 2021

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>

© 2022 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, Koordinator*innen und Pflegenden, die an der *Pflegequalitätserhebung 2.0* im Jahr 2021 teilgenommen haben.

Unser besonderer Dank gilt den Patient*innen, die sich bereit erklärt haben, an einer körperlichen Untersuchung sowie an einer umfassenden Befragung teilzunehmen.

*“Quality is never an accident.
It is always the result of intelligent effort.”*

*(„Qualität ist nie ein Zufall.
Sie ist immer das Ergebnis einer intelligenten Arbeitsweise.“)*

(John Ruskin)

Projektteam

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

Projektleiterin

Dr.ⁱⁿ Silvia Bauer, MSc BSc

Universitätsassistentin

Lena Lampersberger, MSc BSc

Universitätsassistentin

Selvedina Osmancevic, MSc BSc

Universitätsassistentin

Mag.^a Sandra Klein

Organisatorische/Lektorielle Unterstützung

Lea Joanne Reiter, BScN

Lektorielle Unterstützung

Kooperation

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

Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen¹

Projektleiterin: Prof. Jos Schols & Prof. Jan Hamers

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	13
Beschreibung der Pflegeindikatoren	14
Qualitätsindikatoren	18
Ziel und Zweck von Pflegequalitätserhebungen	19
Vorgehen	20
Datenerhebung	21
Studienpopulation	22
Verarbeitung der Daten	22
Der Gesamtbericht zur <i>Pflegequalitätserhebung 2.0 2021</i>	23
Stichprobe	25
Einleitung	25
Teilnehmer*innen und Rücklaufquote	25
Gründe für eine Nicht-Teilnahme	25
Demographische Merkmale	26
Krankheitsbilder	27
Fachbereiche	28
Patient*innen am Ende des Lebens	28
Pflegeabhängigkeit	31
Einleitung	31
Pflegeabhängigkeit im Überblick	31
Dekubitus	35
Einleitung	35
Dekubitusrisiko	36
Dekubitusprävalenz	37
Dekubitusmerkmale	40
Maßnahmen zur Dekubitusprävention	41
Qualitätsindikatoren Dekubitus	43

Inkontinenz	44
Einleitung	44
Prävalenz von Inkontinenz	44
Prävalenz von Inkontinenz-assoziiertes Dermatitis (IAD)	45
Maßnahmen bei Urininkontinenz	47
Qualitätsindikatoren Inkontinenz	49
Mangelernährung	50
Einleitung	50
Prävalenz von Mangelernährungsrisiko	50
Ernährungsbezogene Maßnahmen	52
Qualitätsindikatoren Mangelernährung	54
Sturz	57
Einleitung	57
Sturzrisiko und -inzidenz	57
Sturzfolgen	59
Maßnahmen zur Sturzprävention	60
Qualitätsindikatoren Sturz	62
Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen	65
Einleitung	65
Inzidenz von freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen	65
Art der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen	66
Qualitätsindikatoren freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen	69
Schmerz	71
Einleitung	71
Prävalenz von Schmerz	71
Merkmale von Schmerz	73
Maßnahmen bei Schmerz	74
Qualitätsindikatoren Schmerz	77

Zusammenfassung	78
Stichprobe und Pflegeabhängigkeit	78
Dekubitus	78
Inkontinenz	79
Mangelernährung	79
Sturz	79
Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen	80
Schmerz	80
Qualitätsindikatoren	81
Limitationen	82
Schlussbemerkung	83
Anhang	85
Glossar/Abkürzungsverzeichnis	87
Literatur	89

Die nächste *Pflegequalitätserhebung 2.0*
findet statt vom **09. - 11. November 2022.**



Medizinische
Universität Graz | Institut für
Pflegewissenschaft

09. -11. NOVEMBER 2022
PFLEGEQUALITÄT SERHEBUNG 2.0

Dekubitus | Inkontinenz | 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 online Meeting) zur Verfügung.

Um telefonische Terminvereinbarung wird gebeten!

Tel.: 0316 385 72083

Covid 19 hat unser aller Leben in den letzten 2 Jahren verändert. Besonders die Gesundheitseinrichtungen waren gefordert und haben den dort Beschäftigten viel abverlangt. Daher ist es verständlich, dass in diesen herausfordernden Zeiten, nur wenige Einrichtungen Ressourcen ermöglichen konnten, um an der PQE 2021 teilzunehmen. Unser besonderer Dank gilt den Kolleg*innen, die trotzdem die Erhebung durchgeführt haben.

EINLEITUNG

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

Zu häufig auftretenden Problemen in der Sicherheit von Patient*innen und Pflegeheimbewohner*innen zählen Dekubitus, Mangelernährung, Inkontinenz oder Sturz³. Diese Probleme oder Pflegeindikatoren stehen einer Genesung entgegen und können die Lebensqualität von Betroffenen erheblich beeinträchtigen. Darüber hinaus führen diese Indikatoren häufig 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 Pflegeindikatoren zu minimieren und qualitativ hochwertige Pflege anzubieten. Die kritische Reflektion 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 Patient*innen und Pflegeheimbewohner*innen (z.B. Häufigkeit von Dekubitus). Dieses Modell wird seit vielen Jahren international in unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens zur Analyse und zur Verbesserung von Pflegequalität verwendet^{8,9}.

Die *Pflegequalitätserhebung 2.0* orientiert sich ebenfalls an dem Modell von Donabedian. Dabei werden in verschiedenen österreichischen Gesundheitseinrichtungen Daten zu Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Sturz, freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen und Schmerz sowohl auf Struktur- als auch auf Prozess- 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 genannten Pflegeindikatoren 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 Patient*innen/Pflegeheimbewohner*innen betrachtet¹³⁻¹⁵. Internationale Studien zeigen in Krankenhäusern Dekubitusprävalenzraten von 2,2 % bis hin zu 24,7 %¹⁶⁻²². In Pflegeheimen werden international Dekubitusprävalenzraten zwischen 3,1 % und 16,9 % beschrieben^{3, 23-25}. Patient*innen auf Intensivstationen haben ein höheres Dekubitusrisiko als Patient*innen anderer Stationen^{20, 26-29}. Dekubitus stellen schwerwiegende Gesundheitsprobleme dar, die zu einer Einschränkung der Lebensqualität, einer verlängerten Aufenthaltsdauer³⁰ sowie einem erhöhten Pflegeaufwand³¹ 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.)³².

Neben Dekubitus kommt auch **Inkontinenz** häufig bei institutionalisierten Personen vor³³. Dabei wird zwischen Urin- und Stuhlinkontinenz unter-

schieden. Urininkontinenz bedeutet einen unfreiwilligen Verlust von Urin³⁴ und Stuhlinkontinenz bedeutet einen unfreiwilligen Verlust von Stuhl³⁴. Studien in Krankenhäusern berichten von Prävalenzraten zwischen 1,5 % und 29,4 % bei Urininkontinenz³⁵⁻³⁷ und bis zu 30 % bei Stuhlinkontinenz³⁸. Internationale Studien in Pflegeheimen zeigen Raten bei Urininkontinenz zwischen 70 % und 75 %^{3, 39, 40} und bei Stuhlinkontinenz bis zu 70 %^{3, 38}. Die Prävalenz von Urininkontinenz steigt mit dem Alter an³³⁻³⁶. Neben psychischen und sozialen Auswirkungen⁴¹ sowie erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität⁴¹⁻⁴⁶ führt Inkontinenz auch zu beträchtlichen ökonomischen Folgen^{35, 37, 47}. In den Vereinigten Staaten werden beispielsweise durchschnittlich 656 bis 860 US-Dollar jährlich pro Patient*in mit einer überaktiven Blase ausgegeben⁴⁸.

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 führt⁴⁹. Mangelernährung tritt vor allem bei älteren Menschen auf⁵⁰⁻⁵³. Internationale Prävalenzen von Mangelernährung bei Krankenhauspatient*innen reichen von 18 % bis zu 60 %⁵³⁻⁵⁸. In Pflegeheimen werden international Prävalenzraten von bis zu 66,5 % beschrieben^{3, 58-65}. Zu den Risikofaktoren von Mangelernährung zählen unter anderem ein höheres Alter, Polypharmazie, Multimorbidität und bestimmte Erkrankungen wie beispielsweise Krebs. Aber auch soziale Isolation und psychische Erkrankungen, wie Demenz und Depression, zählen zu den Risikofaktoren^{50, 59, 66-68}. Eine frühzeitige Erfassung von Risikopatient*innen/-bewohner*innen ist notwendig, um den Konsequenzen einer Mangelernährung durch gezielte Interventionen vorzubeugen⁶⁹. Die Folgen einer Mangelernährung sind vielfältig und oftmals verbunden mit Institutionalisierung, längeren Liegezeiten und einer höheren Mortalität im Krankenhaus sowie einer Senkung der Lebensqualität^{50, 56, 70-72}. Des Weiteren hat Mangelernährung erhöhte Krankenhauskosten zur Folge⁷³. Laut der Studie von Khalatbari-Soltani & Marques-Vidal (2015) liegen die zusätzlichen Kosten von Patient*innen mit einer Mangelernährung bei bis zu 5000 Euro und mehr pro Person und Krankenhausaufenthalt⁷¹. 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 Sozialbereichs⁷¹. Interventionen hinsichtlich Ernährungsberatung und -management weisen einen klaren ökonomischen Benefit auf, um diesen Kosten entgegenzuwirken⁷⁴⁻⁷⁷.

Stürze sind ein weiteres relevantes Problem in der täglichen Pflegepraxis⁷⁸⁻⁸⁰. Unter einem Sturz sind alle Ereignisse zu verstehen, bei denen der*die Patient*in/Pflegeheimbewohner*in unbeabsichtigt auf den Boden oder nach unten fällt⁸¹. Zwischen 1,6 % und 3,6 % der Patient*innen stürzen mindestens einmal während eines Krankenhausaufenthaltes⁸²⁻⁸⁴. Über 65-jährige Personen stürzen öfter als jüngere Personen^{83, 85} und über 50 % der über 80-jährigen Personen stürzen mindestens einmal jährlich⁸⁶. Internationale Studien schätzen, dass ein Drittel der Pflegeheimbewohner*innen mindestens einmal pro Jahr stürzen⁸⁶. Als Risikofaktoren für Stürze werden in der Literatur unter anderem kognitive und funktionale Einschränkungen, Inkontinenz, Multimorbidität, Umgebungsfaktoren wie mangelnde Beleuchtung oder rutschige Böden sowie Polypharmazie identifiziert^{83, 85, 87-89}. Stürze stellen ein großes Problem in Gesundheitseinrichtungen dar, da sie zu erheblichen Konsequenzen wie Verletzungen (Hämatome, Gewebsverletzungen, Platzwunden, Knochenbrüche), erhöhter Pflegeabhängigkeit oder zu einem frühzeitigen Tod führen können⁹⁰⁻⁹³. Die Folgen eines Sturzes gehen mit hohen Gesundheitskosten einher. Alekna et al. (2015) beschreiben durchschnittliche Kosten pro gestürzter Patient*in mit einer Hüftfraktur von 1289 Euro⁹⁰. In Finnland betragen die Behandlungskosten von sturzbedingten Verletzungen bei einer Person über 65 Jahre im Durchschnitt 3611 US-Dollar⁹⁴. Im Jahr 2020 wurden in Österreich 986 Todesfälle (1,1 %) auf Grund von Stürzen gemeldet⁹⁵.

Unter **freiheitseinschränkenden/-beschränkenden Maßnahmen** werden Maßnahmen verstanden, welche die Menschenrechte und die Bewegungsfreiheit verletzen. Dazu gehören jede Beschränkung der persönlichen Mobilität wie Beobachtung wie Beobachtung, Abschottung, manuelle Beschränkung, mechanische Maßnahmen und rascher Einsatz von psychologischen Mitteln^{96, 97}. Internationale Prävalenzraten zu freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen liegen zwischen 0 % und 32 % in Krankenhäusern⁹⁸⁻¹⁰¹, wobei auf Intensivstationen die Raten sogar bis zu 90 % reichen^{100, 101}. In Pflegeheimen liegen international die Prävalenzraten bei 2,6 % bis 84,9 %¹⁰²⁻¹⁰⁶. Häufige Gründe für

freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen sind Schutz vor Verletzungen bzw. Stürzen oder Verhaltenskontrolle bei kognitiven Einschränkungen^{99, 105, 107, 108}. Die Literatur zeigt, dass freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen in den meisten Fällen negative Folgen hervorrufen und zu Problemen wie Kontrakturen, Inkontinenz, Stürzen und Pflegeabhängigkeit führen können¹⁰⁹. Für die betroffenen Personen bedeutet dies ein Abfall des funktionalen Gesundheitszustandes sowie eine verlängerte Krankenhausaufenthaltsdauer und erhöhte Mortalität⁹⁸. Für Pflegende bedeuten freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen oft negative Empfindungen und Schuldgefühle¹¹⁰.

Des Weiteren werden im Zuge der *Pflegequalitätserhebung 2.0* Daten zum Pflegeindikator **Schmerz** 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“¹¹¹. Chronischer Schmerz wird definiert als ein „Schmerz, der länger als drei oder sechs Monate anhält“¹¹¹. Chronischer Schmerz ist ein häufig und global auftretendes Gesundheitsproblem¹¹²⁻¹¹⁷. Im Jahre 2019 gehörten chronische Rücken-, Nacken-, und Kopfschmerzen zu den häufigsten chronischen Erkrankungen der österreichischen Bevölkerung¹¹⁸. Chronischer Schmerz wird mit Depressionen, Beeinträchtigungen im Berufsleben, vermindertem Schlaf und reduzierter Lebensqualität assoziiert^{119, 120}. Des Weiteren geht chronischer Schmerz und hohe Schmerzintensität mit erhöhten Gesundheitskosten sowie gesellschaftlichen Kosten (z.B. frühzeitige Pensionierung) einher^{119, 121}. In Österreich liegen die jährlichen medizinischen Kosten einer Person, welche an chronischen Schmerzen leidet, bei 5725 Euro¹²². Aus der internationalen Literatur geht hervor, dass die Häufigkeit von Schmerzen bei Patient*innen im Krankenhaus zwischen 63 % und 83 % liegt¹²³⁻¹²⁵. 24,1 % bis 35 % der Patient*innen im Krankenhaus berichten über starke Schmerzen (≥ 7 auf einer Schmerzskala von 0-10)^{124, 125}.

Alle genannten Pflegeindikatoren stehen in engem Zusammenhang mit der **Pflegeabhängigkeit** von Patient*innen und Pflegeheimbewohner*innen, d.h. diese Indikatoren können die Pflegeabhängigkeit fördern oder verstärken¹²⁶⁻¹²⁸. Gerade Pflegeheimbewohner*innen 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 könnte. Die Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) basiert auf den Grundbedürfnissen nach Virginia Henderson und wird von Pflegenden zur Einschätzung der Pflegeabhängigkeit von Patient*innen/Pflegeheimbewohner*innen genutzt^{129, 130}. Die psychometrischen Eigenschaften der PAS wurden umfassend in unterschiedlichen Settings überprüft, wobei die PAS als ein gültiges und zuverlässiges Instrument bestätigt werden konnte¹³⁰. 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 Unabhängigkeit von Pflege vorliegt oder der*die jeweilige Patient*in bzw. Pflegeheimbewohner*in einen Bedarf an Unterstützung aufweist bzw. in welchen Bereichen eine Übernahme durch die Pflegepersonen notwendig ist¹³¹. Das Hauptziel dieses Instrumentes ist es, den Pflegenden eine Unterstützung zur systematischen Einschätzung der Grundbedürfnisse von Patient*innen/Pflegeheimbewohner*innen sowie zur Planung des Pflegeprozesses anzubieten¹²⁹. Dadurch bildet die PAS die Basis für die Durchführung individueller Pflegeinterventionen^{130, 132}.

Qualitätsindikatoren

Wie im Rahmen dieser einführenden Auseinandersetzung mit den Pflegeindikatoren deutlich wird, treten Dekubitus, Inkontinenz, Sturz etc. häufiger auf als viele Pflegenden und Pflegedienstleitungen annehmen. Es handelt 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 Patient*innen/Pflegeheimbewohner*innen 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 Pflege¹³³. Qualitätsindikatoren sind in der österreichischen Praxis jedoch noch unzureichend vorhanden^{23, 24, 134-136}.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung sowie Stürze, freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen und Schmerzen bei Patient*innen/ Pflegeheimbewohner*innen 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 über die jeweils 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 eines Problems (oder einer Krankheit) in einer Population zu erheben^{137, 138}. Sie ermöglichen einen Einblick in die derzeitige Pflegepraxis und geben Anregungen für Verbesserungen¹³⁹. Bei regelmäßiger Teilnahme der Einrichtungen an Prävalenzstudien können initiierte Verbesserungen erkannt und die so erzielten Erfolge sichtbar gemacht werden. Seit 2009 gibt es es mit der Pflegequalitätserhebung 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, Inkontinenz, Mangelernährung, Stürzen und Schmerz 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 Pflegeeinrichtungen aus England und der Türkei teil.

Eine regelmäßige Teilnahme (jährlich) der österreichischen Einrichtungen mit allen Stationen 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^{140, 141}.

Vorgehen

Alle österreichischen Gesundheitseinrichtungen, Krankenhäuser, Pflegeheime und Rehabilitationseinrichtungen in Österreich konnten an der Pflegequalitätserhebung teilnehmen. Die Teilnahme an der Studie war für alle Einrichtungen freiwillig. Ein positives Votum für die Durchführung der Studie gab es von der zuständigen Ethikkommission (Medizinische Universität Graz). Es wurden nur Daten von Patient*innen erhoben für die eine informierte Zustimmung vorlag. Die teilnehmenden Einrichtungen erhielten im Vorfeld eine Schulung sowie Informations- und Erhebungsmaterialien, welche für die Datenerhebung in den jeweiligen Einrichtungen notwendig waren. Die Daten wurden von einem Erhebungsteam bestehend aus zwei Personen (i.d.R. diplomierte Pflegepersonen) erhoben. Dieses Team bestand aus einer unabhängigen (externen) Pflegeperson (von einer anderen Station) sowie einer zweiten (internen) Pflegeperson, die auf der Station tätig war. Beim Beantworten der Fragen sollte eine Übereinstimmung erzielt werden. Gelang dies nicht, entschied die unabhängige Pflegeperson.

Datenerhebung

Der im Rahmen der *Pflegequalitätserhebung 2.0* verwendete originale Fragenkatalog wurde innerhalb der internationalen Forschungsgruppe entwickelt. Die Fragen wurden anhand der internationalen wissenschaftlichen Literatur und von Expert*innen auf dem Gebiet der jeweiligen Pflegeindikatoren zusammengestellt und werden regelmäßig nach neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen aktualisiert. Bei der Zusammenstellung wurde auf vorhandene wissenschaftlich getestete (psychometrisch geprüfte) Messinstrumente, wie die Braden-Skala¹⁴² oder die Pflegeabhängigkeitsskala^{129, 130} zurückgegriffen.

Generell besteht der Fragenkatalog aus Fragen auf 3 Ebenen:

- (1) Fragen zum Profil der Einrichtung (Art der Einrichtung) und zu vorhandenen Qualitätsindikatoren,
- (2) Fragen zum Profil der Station (Art der Station) und zu vorhandenen Qualitätsindikatoren,
- (3) Fragen zu den Teilnehmer*innen. 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 durchgeführten Interventionen.

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 Expert*innenteam: multidisziplinäre Arbeitsgruppe, die sich speziell mit einem Pflegeindikator (z.B. Dekubitus, Mangelernährung) befasst.

Stationsebene

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

Multidisziplinäre Beratung: Besprechung von Risikopatient*innen/-bewohner*innen (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 Pflegeproblemen Inkontinenz, freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen und Schmerzen nicht zielführend ist, werden folgende Fragen für diese Indikatoren nicht erhoben: Multidisziplinäre Beratung von Risikopatient*innen, 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 un schlüssige Angaben z.B. auf Einrichtungsebene ist kein Standard/Leitlinie vorhanden, aber auf Stationsebene gibt es ein*e Expert*in zur Aktualisierung des Standards/der Leitlinie.

Studienpopulation

Die *Pflegequalitätserhebung 2.0* fand in einem vorab festgelegten Zeitraum **(10. - 12. November 2021)** statt. Zur Population der Studie zählten dieses Mal alle Patient*innen, die sich am Tag der Erhebung auf den teilnehmenden Stationen befanden. Pflegeheime haben nicht teilgenommen.

Verarbeitung der Daten

Alle Einrichtungen haben die Daten direkt online in das passwortgeschützte Eingabeprogramm eingegeben. Die Ergebnisse werden den Koordinator*innen der teilnehmenden Einrichtungen auf der LPZ-Website (<https://at.lpz-um.eu/de>) in einem Dashboard präsentiert. Das ist eine

online Ergebnispräsentation, in der die Ergebnisse übersichtlich in Form von Grafiken und Tabellen dargestellt werden.

Bitte beachten Sie, dass aufgrund ungeschlüssiger und/oder fehlender Daten sowohl auf Patient*innenebene als auch auf Stationsebene die Bezugsgrößen (N) variieren können.

Der Gesamtbericht zur *Pflegequalitätserhebung 2.0 2021*

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. Bitte beachten Sie auch, dass im heurigen Jahr erstmals nicht alle Module obligatorisch waren, das heißt, die teilnehmenden Einrichtungen konnten die zu erhebenden Indikatoren auswählen. Daher variiert die Stichprobengröße je nach Pflegeindikator. Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse der *Pflegequalitätserhebung 2.0 2021* dargestellt.

STICHPROBE

Einleitung

Im November 2021 beteiligten sich in Österreich 15 Krankenhäuser mit 82 Stationen an der Pflegequalitätserhebung. Insgesamt wurden 1301 Patient*innen am Tag der Erhebung in den teilnehmenden Einrichtungen betreut.

Teilnehmer*innen und Rücklaufquote

Die Rücklaufquote betrug 75,6 %. Das bedeutet, dass von 1301 anwesenden Patient*innen 984 der Teilnahme zugestimmt haben.

Gründe für eine Nicht-Teilnahme

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

Tabelle 1.1 Gründe für Nicht-Teilnahme

	Nicht-Teilnehmer*innen (N=317)
Teilnahme verweigert	32,5 %
Kognitiver Zustand zu schlecht	20,2 %
Nicht erreichbar	18,9 %
Sonstiges	14,5 %
Versteht oder spricht die Sprache nicht	6,3 %
Covid-19 Verdachtsfall oder Betroffene*r	3,8 %
Terminal	2,8 %
Komatös	0,9 %

Von 317 Patient*innen, die nicht an der Studie teilnahmen, lehnten 32,5 % der Patient*innen die Teilnahme an der Datenerhebung ab. Weitere 20,2 % der Patient*innen 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

	Patient*innen (N=984)
Männer	50,0 %
Frauen	50,0 %
Durchschnittsalter Gesamt (in Jahren)	67

Die Hälfte der teilnehmenden Patient*innen waren Frauen (50,0 %). Im Durchschnitt waren die Patient*innen 67 Jahre alt.

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

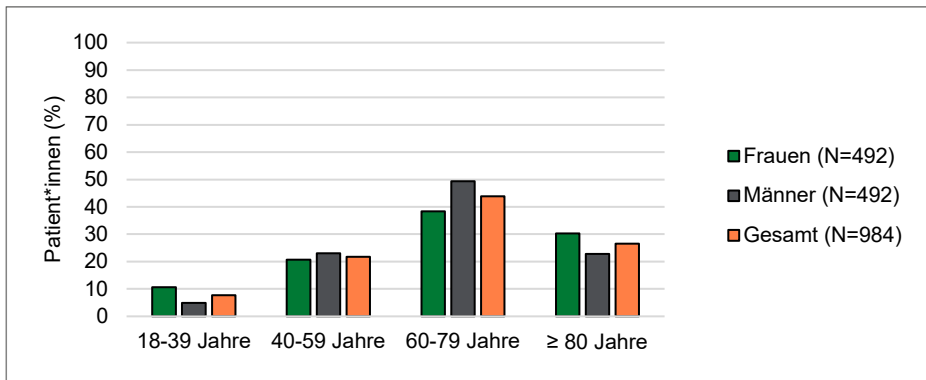


Abbildung 1.1 Geschlecht und Altersgruppen

Von allen Patient*innen, sowohl Männer als auch Frauen, waren die meisten in der Altersgruppe zwischen 60 und 79 Jahren. 30,3 % der Frauen und 22,8 % der Männer waren 80 Jahre oder älter.

Krankheitsbilder

In Tabelle 1.3 sind die verschiedenen Krankheitsbilder angeführt.

Tabelle 1.3 Krankheitsbilder (Mehrfachantworten möglich)

	Patient*innen (N=984)
Krankheiten des Kreislaufsystems (ohne Schlaganfall)	44,4 %
Krankheiten des Verdauungssystems	22,8 %
Bösartige Neubildungen	22,3 %
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ohne Diabetes mellitus)	19,6 %
Krankheiten des Atmungssystems	19,5 %
Krankheiten des Urogenitalsystems	19,5 %
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	18,7 %
Diabetes Mellitus	16,7 %
Krankheiten des Nervensystems (ohne Verletzungen des Rückenmarks/ Querschnittlähmung)	16,4 %
Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen (z.B. Depression) (ohne Demenz, Störungen durch psychotrope Substanzen, Sucht)	12,8 %
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	9,7 %
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	9,0 %
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (ohne Überdosis)	7,9 %
Schlaganfall	6,6 %
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	6,0 %
Psychotroper Substanzmissbrauch/Sucht	5,2 %
Demenz	4,7 %
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	4,6 %
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	4,0 %
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	3,3 %
Sonstiges	3,1 %
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	2,0 %
Unbekannt/ Keine Diagnose	1,4 %

Die drei häufigsten Erkrankungen waren Krankheiten des Kreislaufsystems (44,4 %), Krankheiten des Verdauungssystems (22,8 %) und bösartige Neubildungen (22,3 %).

Fachbereiche

In der Tabelle 1.4 sind die verschiedenen Fachbereiche dargestellt.

Tabelle 1.4 Patient*innen differenziert nach Fachbereichen

	Patient*innen (N=984)
Nicht-operativ (konservativ)	60,0 %
Operativ	27,4 %
Psychiatrie	7,2 %
Sonstiges	2,8 %
Gynäkologie/Obstetrik	1,5 %
Palliativ	0,6 %
Intensivstation	0,4 %

60,0 % der Patient*innen wurden in konservativen und 27,4 % in operativen Fachbereichen betreut. 7,2 % der Patient*innen wurden auf psychiatrischen Fachbereichen betreut.

Patient*innen am Ende des Lebens

Bei insgesamt 4,0 % der Patient*innen wurde ein Pflege- und Behandlungspfad für Patient*innen am Ende des Lebens befolgt. Dies traf häufiger auf Frauen (4,9 %) als auf Männer (3,0 %) zu.

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

Tabelle 1.5 Pflege- und Behandlungspfad für Patient*innen am Ende des Lebens

	18-39 Jahre (N=76)	40-59 Jahre (N=215)	60-79 Jahre (N=432)	≥ 80 Jahre (N=261)	Gesamt (N=984)
Pflege- und Behandlungspfad für Patient*innen am Ende des Lebens	-	0,5 %	2,8 %	10,0 %	4,0 %

Bei Patient*innen über 80 Jahre wurde am häufigsten (10,0 %) ein Pflege- und Behandlungspfad für Personen am Ende des Lebens befolgt.

PFLEGEABHÄNGIGKEIT

Einleitung

Die Pflegeabhängigkeit wurde im Rahmen der Erhebung mit der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) eingeschätzt^{129, 130}. 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 der*die Patient*in von Pflege. Ein/e Patient*in, die den Gesamtskalenwert 15 aufweist, wäre demnach völlig pflegeabhängig und ein/e Patient*in mit einem Gesamtskalenwert von 75 wäre völlig pflegeunabhängig¹³⁰.

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 die prozentuale Verteilung der Patient*innen über die 5 Kategorien der Pflegeabhängigkeit (von „völlig abhängig“ bis „völlig unabhängig“) aufgezeigt.

Tabelle 2.1 Verteilung der Pflegeabhängigkeit in den einzelnen Kategorien

	Patient*innen (N=984)
Völlig abhängig [15-24 Punkte]	2,1 %
Überwiegend abhängig [25-44 Punkte]	6,8 %
Teilweise abhängig [45-59 Punkte]	10,3 %
Überwiegend unabhängig [60-69 Punkte]	13,9 %
Völlig unabhängig [70-75 Punkte]	66,9 %

Betrachtet man die einzelnen Kategorien genauer, wird deutlich, dass 66,9 % der Patient*innen völlig unabhängig von pflegerischer Unterstützung waren. Völlig pflegeabhängig waren 2,1 % der Patient*innen.

In den Tabellen 2.2 und 2.3 wird der durchschnittliche Grad der Pflegeabhängigkeit getrennt nach Geschlecht und Altersgruppen dargestellt. Je kleiner der Wert, desto pflegeabhängiger ist der*die Patient*in.

Tabelle 2.2 Durchschnittlicher Gesamtskalenwert nach Geschlecht

	Durchschnittlicher PAS Gesamtscore
Frauen (N=492)	67,4 Punkte
Männer (N=492)	66,9 Punkte
Gesamt (N=984)	67,1 Punkte

Der durchschnittliche Grad der Pflegeabhängigkeit lag bei 67,1 Punkten, was bedeutet, dass die Teilnehmer*innen im Durchschnitt überwiegend unabhängig waren. Durchschnittlich erreichten Frauen 67,4 Punkte und Männer 66,9 Punkte.

Tabelle 2.3 Durchschnittliche Pflegeabhängigkeit nach Altersgruppen

	Durchschnittlicher PAS
Gesamtscore	70,4 Punkte
18-39 Jahre (N=76)	73,5 Punkte
40-59 Jahre (N=215)	71,9 Punkte
60-79 Jahre (N=432)	68,5 Punkte
≥ 80 Jahre (N=261)	59,0 Punkte

Die durchschnittliche Pflegeabhängigkeit war bei Patient*innen über 80 Jahre am höchsten.

Darstellung der einzelnen Items der PAS

Nachfolgend wird der Anteil der Patient*innen je Item und je Pflegeabhängigkeitskategorie dargestellt (Tabelle 2.4).

Tabelle 2.4 Anteil an Patient*innen pro Item und Kategorie der Pflegeabhängigkeitsskala (N=984)

	Völlig abhängig	Überwiegend abhängig	Teilweise abhängig	Überwiegend unabhängig	Völlig unabhängig
Essen und Trinken	5,6 %	2,9 %	7,1 %	8,0 %	76,3 %
Kontinenz	7,1 %	4,4 %	8,1 %	6,3 %	74,1 %
Körperhaltung	5,6 %	4,7 %	8,0 %	7,1 %	74,6 %
Mobilität	6,7 %	7,3 %	10,1 %	12,5 %	63,4 %
Tages- und Nachtrhythmus	2,2 %	2,7 %	5,0 %	8,5 %	81,5 %
An- und Auskleiden	6,7 %	6,4 %	12,9 %	8,5 %	65,4 %
Körpertemperatur	1,3 %	1,7 %	3,4 %	5,1 %	88,5 %
Körperpflege	7,5 %	8,9 %	12,4 %	8,6 %	62,5 %
Vermeiden von Gefahren	5,3 %	4,7 %	7,6 %	8,4 %	74,0 %
Kommunikation	1,3 %	2,0 %	4,2 %	5,7 %	86,8 %
Kontakte mit Anderen	1,7 %	2,0 %	5,5 %	5,9 %	84,9 %
Sinn für Regeln und Werte	3,0 %	2,1 %	3,8 %	4,8 %	86,3 %
Alltagsaktivitäten	6,7 %	4,4 %	7,2 %	9,3 %	72,4 %
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung	3,9 %	4,0 %	5,4 %	7,8 %	79,0 %
Lernfähigkeit	3,8 %	3,2 %	6,3 %	8,8 %	77,9 %

Patient*innen waren in allen Items größtenteils pflegeunabhängig. Der Anteil an völlig oder überwiegend pflegeabhängigen Patient*innen war bei der Körperpflege (7,5 % + 8,9 %), Mobilität (6,7 % + 7,3 %), Kontinenz (7,1 % + 4,4 %), und beim An- und Auskleiden (6,7 % + 6,4 %) am höchsten.

DEKUBITUS

Einleitung

Dieses Kapitel enthält Angaben über das Dekubitusrisiko der untersuchten Patient*innen, erhoben mittels der Bradenskala und klinischem Blick^{142, 143}. 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.

In allen 15 teilnehmenden Krankenhäusern wurde der Indikator Dekubitus erhoben.

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 Gewebeerlust. Subkutanes Fett kann sichtbar sein; aber Knochen, Sehne oder Muskel liegen nicht offen. Beläge können vorhanden sein, die aber nicht die Tiefe des Gewebeerlustes verdecken. Es können Taschenbildungen oder Unterminierungen vorliegen.
Kategorie 4	Vollständiger Gewebeerlust 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 Gewebeerlust, 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 Patient*in wurde in einem standardisierten Verfahren mit Hilfe der Bradenskala als auch mittels klinischem Blick hinsichtlich des individuellen Dekubitusrisikos eingeschätzt. Laut der Bradenskala wiesen 29,2 % der Patient*innen ein Dekubitusrisiko auf, das heißt sie erreichten einen Wert ≤ 18 . Anhand des klinischen Blicks der Pflegepersonen wurden 15,7 % der Patient*innen als dekubitusgefährdet eingestuft.

Dekubitusprävalenz

Insgesamt lag der Anteil an Patient*innen mit mindestens einem Dekubitus bei 2,1 % (alle Kategorien) bzw. 1,9 % (ohne Kategorie 1).

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

Hinweis: 19 Personen konnten nicht in die nachfolgenden Analysen eingeschlossen werden, weil sie eine Hautinspektion ablehnten.

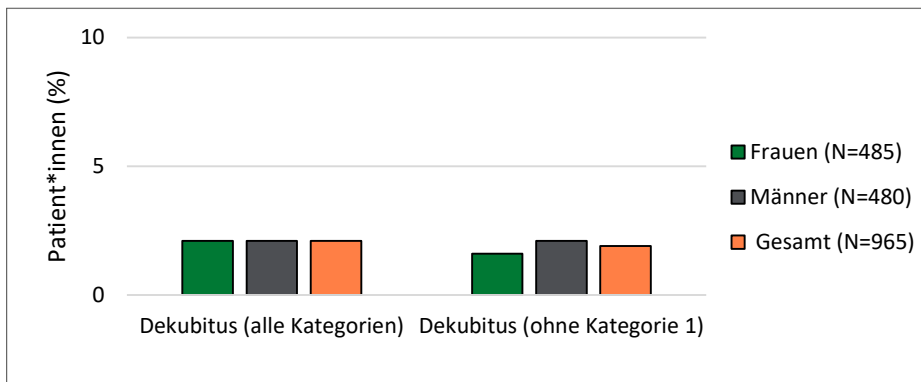


Abbildung 3.1 Dekubitusprävalenz nach Geschlecht

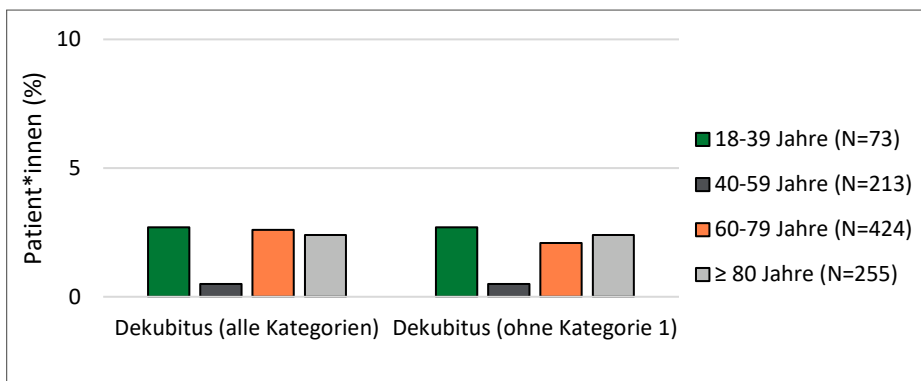


Abbildung 3.2 Dekubitusprävalenz nach Altersgruppen

Patient*innen, zwischen 18 und 39 Jahre, hatten mit 2,7 % am häufigsten einen oder mehrere Dekubitus (alle Kategorien). In der Altersgruppe 40-59 Jahre war die Dekubitusprävalenzrate mit 0,5 % am niedrigsten.

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

Hinweis: 2 Personen konnten nicht in die nachfolgenden Analysen eingeschlossen werden, weil sie eine Hautinspektion ablehnten.

Tabelle 3.2 Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe (Bradenwert ≤ 18)

	Patient*innen mit Dekubitusrisiko (N=285)
Dekubitusprävalenz (alle Kategorien)	7,0 %
Dekubitusprävalenz (ohne Kategorie 1)	6,3 %

Von allen Personen, die ein Risiko aufwiesen (N=285) hatten 7,0 % einen Dekubitus inklusive Kategorie 1 laut EPUAP, NPUAP & PPPIA¹².

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

Hinweis: 2 Personen konnten nicht in die nachfolgenden Analysen eingeschlossen werden, weil sie eine Hautinspektion ablehnten.

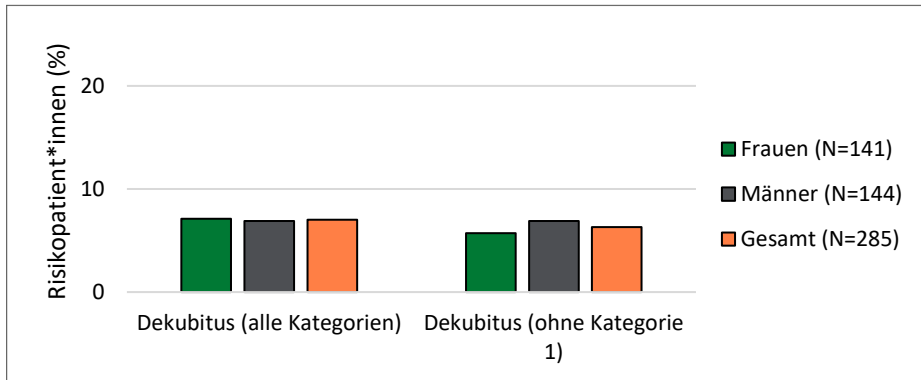


Abbildung 3.3 Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe nach Geschlecht

Frauen mit einem Risiko für Dekubitus laut Braden-Skala hatten mit 7,1 % (alle Kategorien) häufiger einen Dekubitus als Männer (6,9 %). Bei alleiniger Betrachtung der Dekubitushäufigkeit ohne Kategorie 1, hatten Männer (6,9 %) häufiger einen Dekubitus als Frauen (5,7 %).

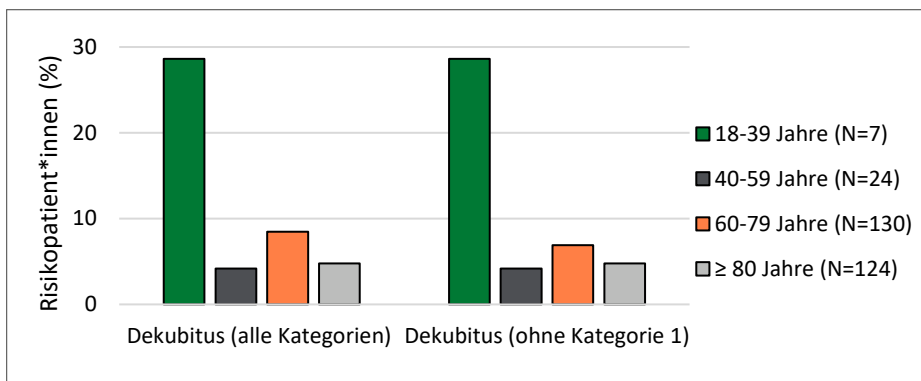


Abbildung 3.4 Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe nach Altersgruppen

Die Dekubitusprävalenz (alle Kategorien) in der Gruppe der Personen mit einem Risiko, ist in der Altersgruppe der 18-39-Jährigen mit 28,6 % am höchsten. In den Altersgruppen 60-79 Jahren und ab 80 Jahren lag die Prävalenz von Dekubitus (alle Kategorien) bei 8,5 % bzw. 4,8 %.

Dekubitusmerkmale

In Tabelle 3.3 wird gezeigt, welcher Kategorie der/die Dekubitus zugeordnet sind 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	Patient*innen mit Dekubitus (N=20)
Kategorie 1	10,0 %
Kategorie 2	45,0 %
Kategorie 3	30,0 %
Kategorie 4	10,0 %
Dekubitus nicht kategorisierbar	5,0 %
Verdacht auf Schädigung	-

Zeitpunkt der Entstehung	
Vor der Aufnahme in die Einrichtung	60,0 %
Nach der Aufnahme in die Einrichtung	40,0 %

Bei allen Patient*innen, die einen Dekubitus hatten, gab es am häufigsten Dekubitus der Kategorie 2 (45,0 %). Die meisten Dekubitus (60,0 %) entstanden vor der Aufnahme in die Einrichtung.

In der Tabelle 3.4 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 3.4 Lokalisation der Dekubituswunden

	Dekubituswunden (N=26)
Kreuzbein	42,3 %
Ferse	23,1 %
Trochanter	15,4 %
Sonstiges	7,7 %
Knöchel	7,7 %
Ellbogen	3,8 %
Kopf	0,0 %
Sitzbein	0,0 %

Die meisten Dekubituswunden wurden am Kreuzbein (42,3 %) und an der Ferse (23,1 %) 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 Patient*innen und deren Angehörigen, die Freilagerung der Fersen und die Nutzung von Feuchtigkeits- oder Hautschutzcremes/-produkten stellen weitere präventive Maßnahmen dar¹⁴³.

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

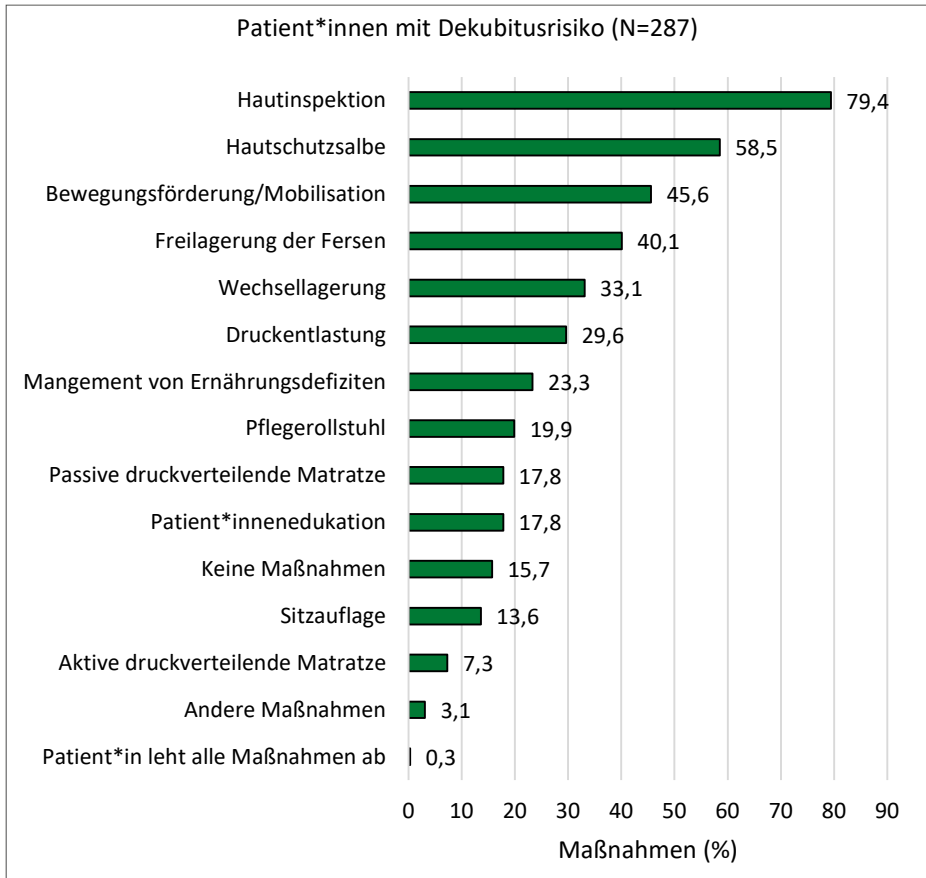


Abbildung 3.5 Präventionsmaßnahmen bei Patient*innen mit Dekubitusrisiko laut Braden-Skala (Mehrfachantworten möglich)

Zur Dekubitusprävention wurden bei Patient*innen mit Risiko am häufigsten eine regelmäßige Hautinspektion (79,4 %) durchgeführt sowie Feuchtigkeits- oder Hautschutzcremes/-produkte (58,5 %) verwendet. Weitere häufige Präventionsmaßnahmen waren die gezielte Bewegungsförderung/Mobilisation (45,6 %), die Freilagerung der Ferse (40,1 %) und die Wechsellagerung (33,1 %).

Qualitätsindikatoren Dekubitus

Eine allgemeine Beschreibung der Qualitätsindikatoren finden Sie ab Seite 21.

Es liegen auswertbare Daten von 15 Krankenhäusern mit insgesamt 82 Stationen vor. Für diese Einrichtungen werden die Qualitätsindikatoren für Dekubitus auf Einrichtungs- und Stationsebene dargestellt.

In Tabelle 3.5 sind die Qualitätsindikatoren zu Dekubitus auf Einrichtungsebene dargestellt.

Tabelle 3.5 Qualitätsindikatoren zu Dekubitus auf Einrichtungsebene

	Krankenhäuser (N=15)
Standard/ Leitlinie	8 (53,3 %)
Multidisziplinäres Expert*innenteam	10 (66,7 %)

Ein Standard oder eine Leitlinie zur Dekubitusprävention/-behandlung war in 8 von 15 Krankenhäusern vorhanden. In 10 Krankenhäusern gab es eine multidisziplinäre Dekubitusexpert*innengruppe.

In Tabelle 3.6 werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren zu Dekubitus auf Stationsebene dargestellt.

Tabelle 3.6 Qualitätsindikatoren zu Dekubitus auf Stationsebene

	Stationen (N=82)
Regelmäßige Audits	62,2 %
Multidisziplinäre Beratung	64,4 %
Risiko in Dokumentation aufgezeichnet	100 %
Fortbildung	28,0 %
Standardisierte Informationsweitergabe	95,1 %

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

INKONTINENZ

Einleitung

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

In allen 15 teilnehmenden Krankenhäusern wurde der Indikator Inkontinenz erhoben.

Prävalenz von Inkontinenz

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

Hinweis: 54 Personen wurden nicht in die nachfolgenden Analysen zu Inkontinenz eingeschlossen, da sie aufgrund der Urininkontinenz einen Katheter hatten.

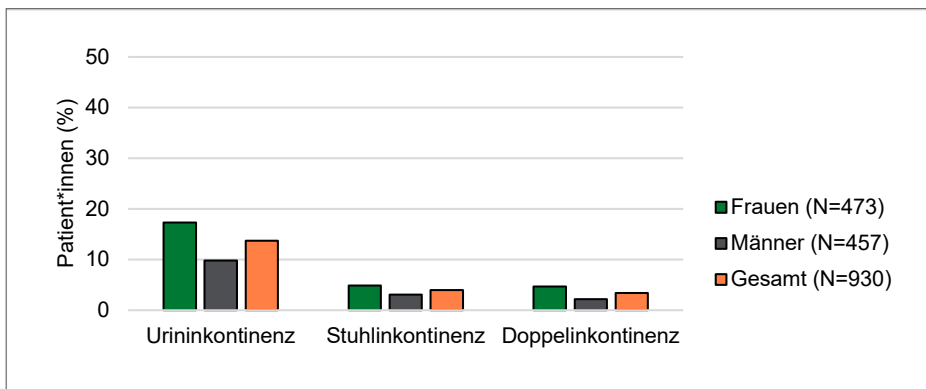


Abbildung 4.1 Prävalenz von Inkontinenz nach Geschlecht

Insgesamt litten 13,7 % der Patient*innen an Urininkontinenz, 4,0 % an Stuhlkontinenz und 3,4 % waren doppelinkontinent. Frauen waren häufiger

von Urininkontinenz betroffen (17,3 %) als Männer (13,7 %). Auch hinsichtlich der Stuhlinkontinenz waren Frauen häufiger betroffen (4,9 %) als Männer (3,1 %).

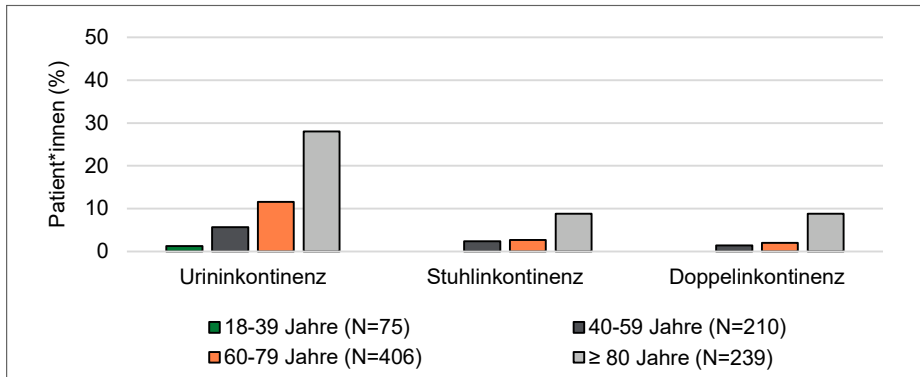


Abbildung 4.2 Prävalenz von Inkontinenz nach Altersgruppen

In der Altersgruppe der 18-39-jährigen Patient*innen war die Prävalenz von Inkontinenz (Urin-, Stuhl- und Doppelinkontinenz) am geringsten. Patient*innen, die 80 Jahre oder älter waren, waren am häufigsten von den drei Inkontinenzformen betroffen. Beim Großteil der urininkontinenten Patient*innen lag die Urininkontinenz bereits vor der Aufnahme in die Einrichtung vor (97,2 %).

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 nutzen¹⁴⁴.

Nachfolgend werden die einzelnen Kategorien der IAD lt. GLOBIAD beschrieben¹⁴⁵.

Kategorie 1A – Anhaltende Rötung ohne klinische Anzeichen einer Infektion:
Es können verschiedene Rottöne vorhanden sein. Bei Patient*innen 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 mit 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 mit 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-assoziiertes Dermatitis (IAD) wurde bei Personen, die entweder urin-, stuhl- oder doppelinkontinent waren, analysiert.

Von den 127 urin- und/oder stuhlinkontinenten Patient*innen lag bei 1,6 % eine Inkontinenz-assoziiertes Dermatitis vor.

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

Tabelle 4.1 Kategorie der IAD

	Patient*innen mit IAD (N=2)
Kategorie 1A	50,0 %
Kategorie 1B	-
Kategorie 2A	-
Kategorie 2B	50,0 %

Eine*r der zwei betroffenen Patient*innen (50,0 %) hatte eine IAD der Kategorie 1A, während die*der andere betroffene Patient*in von Kategorie 1B (50,0 %) betroffen war.

Maßnahmen bei Urininkontinenz

Bei der Versorgung von Patient*innen 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 Kleidung¹⁴⁶. Weitere Behandlungsmöglichkeiten sind spezielle Medikamente sowie die Auswertung und ggf. Anpassung der Medikation³⁴. Außerdem können Beckenboden-, Blasen- oder Toilettentraining¹⁴⁶ 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 Abbildung 4.3 dargestellt.

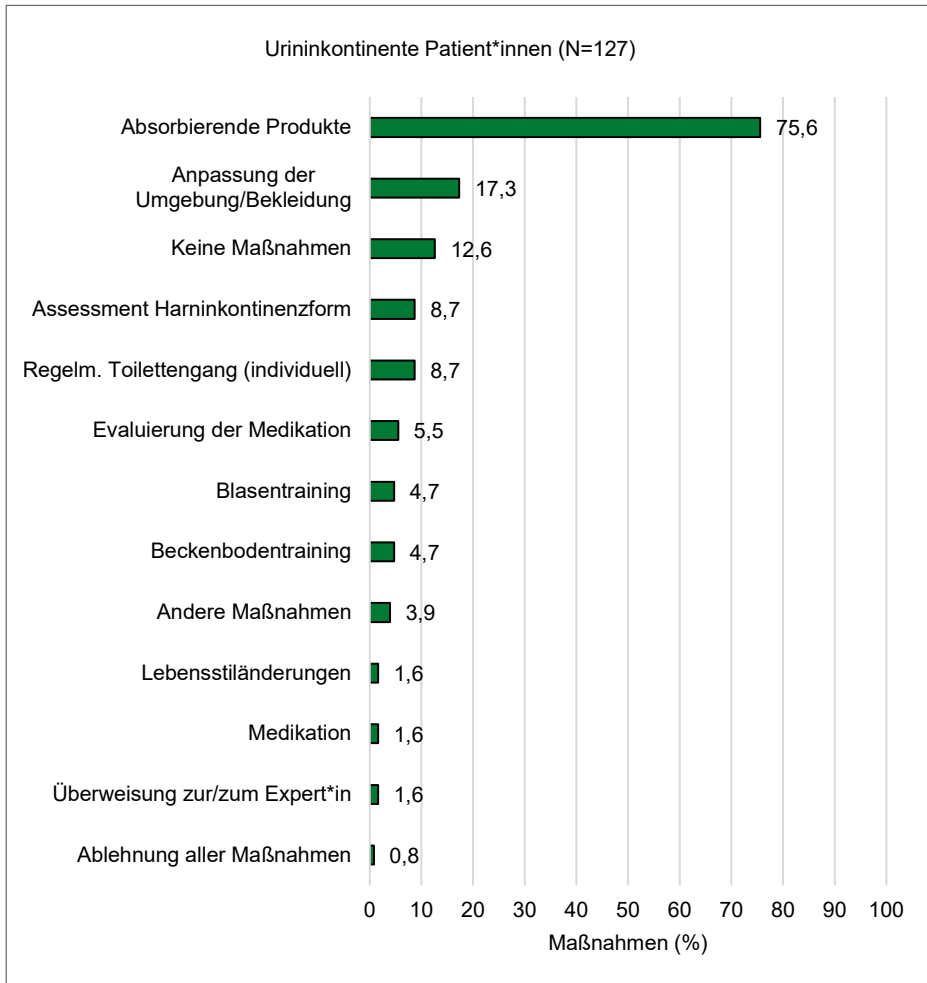


Abbildung 4.3 Maßnahmen bei Urininkontinenz (exkl. Katheter) (Mehrfachantworten möglich)

Die häufigsten Maßnahmen waren die Nutzung absorbierender Produkte sowie die Anpassung der Bekleidung und der Umgebung. Bei 12,6 % aller urininkontinenten Patient*innen wurden keine Maßnahmen durchgeführt und bei 8,7 % wurde die Form der Harninkontinenz festgelegt. Am seltensten wurde eine Überweisung zur*zum Expert*in (1,6 %) angeordnet. 0,8 % aller urininkontinenten Patient*innen haben alle Maßnahmen abgelehnt.

Qualitätsindikatoren Inkontinenz

Eine allgemeine Beschreibung der Qualitätsindikatoren finden Sie ab Seite 21.

Es liegen auswertbare Daten von 15 Krankenhäusern und 82 Stationen vor.

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

Tabelle 4.2 Qualitätsindikatoren zu Inkontinenz auf Einrichtungsebene

	Krankenhäuser (N=15)
Standard/Leitlinie	4 (26,7 %)
Multidisziplinäres Expert*innenteam	6 (40,0 %)

Standards oder Leitlinien zur Prävention/Behandlung von Inkontinenz waren in 4 der 15 Krankenhäuser vorhanden. Ein multidisziplinäres Expert*innenteam gab es in 6 der 15 Krankenhäuser.

In Tabelle 4.3 werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren auf Stationsebene dargestellt.

Tabelle 4.3 Qualitätsindikatoren zu Inkontinenz auf Stationsebene

	Stationen (N=82)
Regelmäßige Audits	56,1 %
Fortbildung	28,0 %

Regelmäßige Audits wurden in 56,1 % der Stationen durchgeführt und eine Fortbildung gab es in 28,0 % der Stationen.

MANGELERNÄHRUNG

Einleitung

Dieses Kapitel enthält Angaben über den Ernährungszustand von Patient*innen. 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 Parameter verwendet. Diese sind:

1. *Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)*¹⁴⁷

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

2. Definition von *Halfens et al.*¹⁴⁸

Die Definition von Halfens et al. beinhaltet 3 Risikofaktoren (Alter, 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

In 14 Krankenhäusern wurde der Indikator Mangelernährung erhoben.

Der Anteil jener Personen mit einem Risiko für Mangelernährung lag laut MUST bei 22,2 %. Unter Anwendung der Definition von Halfens et al. wiesen 10,4 % der Patient*innen ein Risiko für Mangelernährung auf.

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

Hinweis: Aus den Analysen zur Prävalenz eines Mangelernährungsrisikos wurden Patient*innen, bei denen keine Angaben zum Gewicht/Gewichtsverlust vorlagen, ausgeschlossen (N=203).

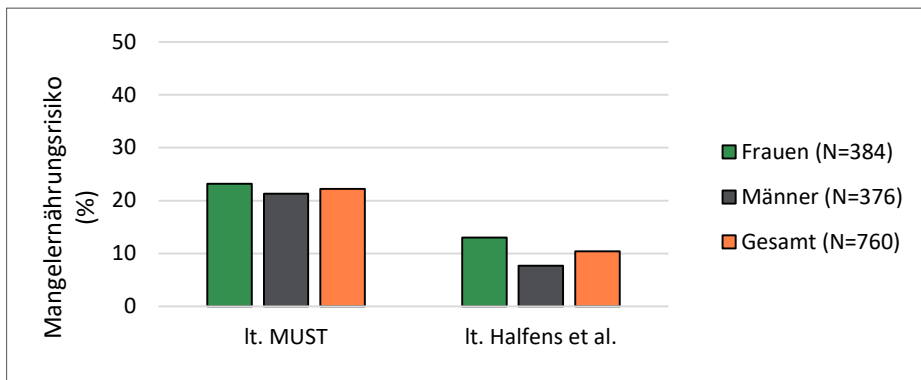


Abbildung 5.1 Mangelernährungsrisiko nach Geschlecht

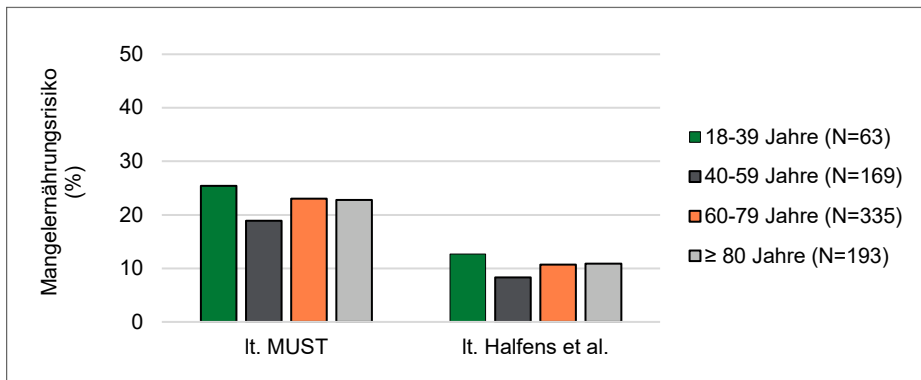


Abbildung 5.2 Mangelernährungsrisiko nach Altersgruppen

Laut MUST war die Prävalenz in der Altersgruppe 18-39 mit 25,4 % am höchsten, gefolgt von den 60-79-Jährigen mit 23,0 %.

Auch unter Verwendung der Definition von Halfens et al. ist die Prävalenz des Mangelernährungsrisikos in der Altersgruppe von 18-39 Jahren am höchsten (12,7 %), gefolgt von Personen, die 80 Jahre oder älter sind (10,9 %). Die Prävalenz des Mangelernährungsrisikos in der Altersgruppe der 60-79-Jährigen lag bei 10,7 %. Am niedrigsten ist die Prävalenz des Mangelernährungsrisikos lt. Halfens et al. in der Gruppe der 40-59-Jährigen mit 8,3 %.

Ernährungsbezogene Maßnahmen

Mögliche Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Mangelernährung können die Durchführung eines Mangelernährungs-Screenings, die Überweisung zu Diätolog*innen, 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 Patient*innen und Angehörigen sowie die Anpassung der Umgebung bzw. des Ambientes bei den Mahlzeiten¹⁴⁹.

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

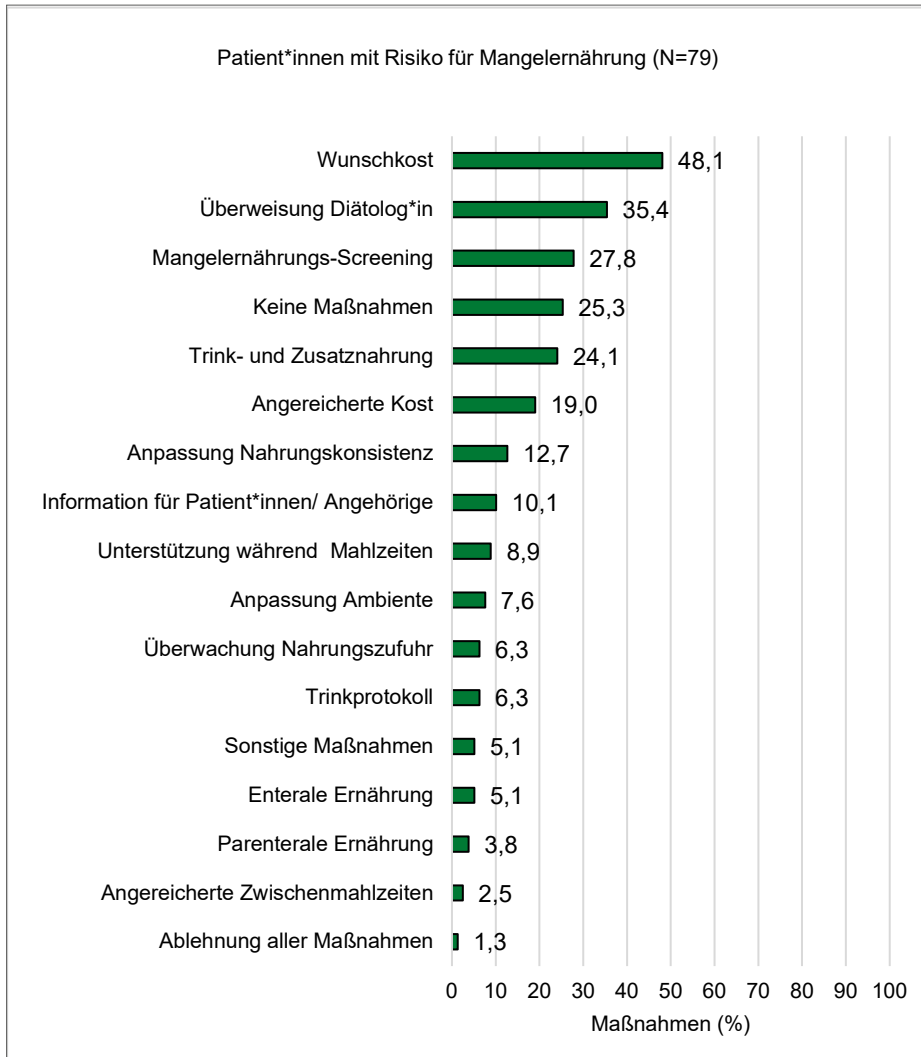


Abbildung 5.3 Maßnahmen bei Patient*innen mit einem Risiko für Mangelernährung
lt. Halfens et al. (Mehrfachantworten möglich)

Die häufigsten Maßnahmen waren das Anbieten von Wunschkost (48,1 %), die Überweisung zu einer/m Diätolog*in (35,4 %), das Durchführen eines Mangelernährungs-Screenings (27,8 %). 25,3 % der Risikopatient*innen erhielten keine Maßnahmen.

Qualitätsindikatoren Mangelernährung

Eine allgemeine Beschreibung der Qualitätsindikatoren finden Sie ab Seite 21.

Es liegen auswertbare Daten von 14 Krankenhäusern und 79 Stationen vor.

In Tabelle 5.1 sind ernährungsbezogene Qualitätsmerkmale der teilnehmenden Einrichtungen dargestellt.

Tabelle 5.1 Qualitätsindikatoren zu Mangelernährung auf Einrichtungsebene

	Krankenhäuser (N=14)
Standard/Leitlinie	5 (35,7 %)
Multidisziplinäres Expert*innenteam	9 (64,3 %)

Einen Standard/Leitlinie zur Prävention und/oder Behandlung von Mangelernährung lag in 5 Krankenhäusern auf. Ein multidisziplinäres Ernährungsteam gab es in 9 von 14 Krankenhäusern.

In Tabelle 5.2 werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren auf Stationsebene dargestellt.

Tabelle 5.2 Qualitätsindikatoren zu Mangelernährung auf Stationsebene

	Stationen (N=79)
Risiko in Dokumentation aufgezeichnet	81,0 %
Standardisierte Informationsweitergabe	74,7 %
Multidisziplinäre Beratung	64,6 %
Regelmäßige Audits	54,4 %
Fortbildung	24,1 %

Die am häufigsten erfüllten Qualitätsindikatoren auf Stationsebene waren die Aufzeichnung des Mangelernährungsrisikos in der Dokumentation (81,0 %), standardisierte Informationsweitergabe bei Verlegung/Entlassung (74,7 %), die und Beratungen im multidisziplinären Team (64,6 %). Auf 24,1 % der Stationen fanden Fortbildungen zum Thema Mangelernährung statt.

STURZ

Einleitung

In diesem Kapitel werden Angaben zu Sturzereignissen der Patient*innen 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 Teilnehmer*innen, die in den letzten 12 Monaten bereits einmal gestürzt waren, werden als Patient*innen mit Sturzrisiko eingestuft. Unter Inzidenz wird die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit/eines Problems in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem bestimmten Zeitraum verstanden¹³⁷. 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 Patient*innen 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).

In allen 15 teilnehmenden Einrichtungen wurde der Indikator Sturz erhoben.

In den teilnehmenden Krankenhäusern wurden 25,1 % der Patient*innen als sturzgefährdet eingestuft, das heißt, sie sind in den letzten 12 Monaten zumindest einmal gestürzt. Die Sturzinzidenz in den letzten 30 Tagen in der Einrichtung lag gesamt betrachtet bei 4,3 %.

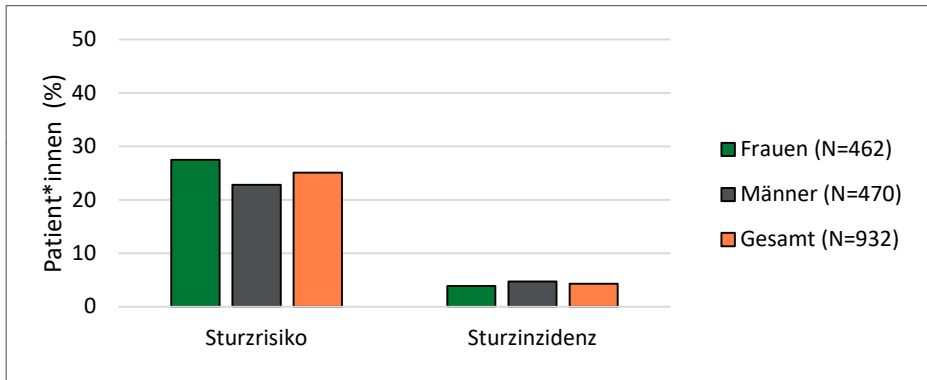


Abbildung 6.1 Sturzrisiko (mindestens ein Sturz in den letzten 12 Monaten) und Sturzinzidenz in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht

Frauen wiesen ein höheres Sturzrisiko auf (27,5 %) als Männer (22,8 %). Die Sturzinzidenz war für Männer höher (4,7 %) als für Frauen (3,9 %).

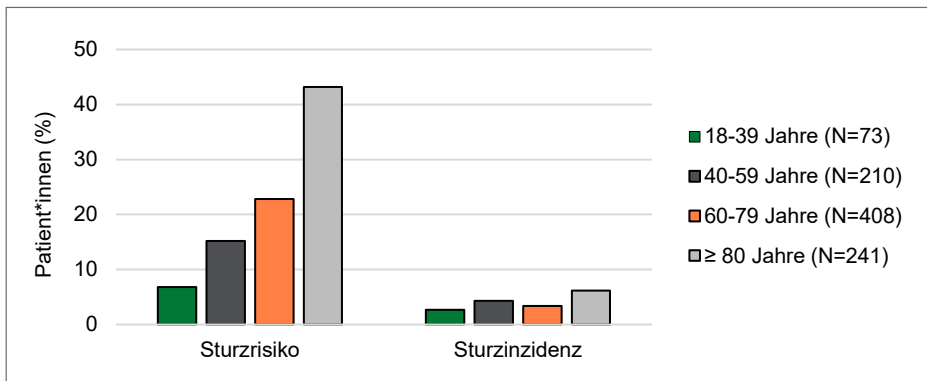


Abbildung 6.2 Sturzrisiko (mindestens ein Sturz in den letzten 12 Monaten) und Sturzinzidenz in den letzten 30 Tagen nach Altersgruppen

Der Anteil an Patient*innen mit einem Sturzrisiko (Sturz in den letzten 12 Monaten) steigt mit dem Alter an. Während bei den 60-79-Jährigen 22,8 % ein Sturzrisiko aufwiesen, hatten bei den über 80-jährigen Patient*innen 43,2 % ein Sturzrisiko. Die Sturzinzidenz war ebenfalls bei Personen ab 80 Jahren mit 6,2 % am höchsten, gefolgt von der Altersgruppe der 40-59-Jährigen mit 4,3 %.

Sedierende und/oder psychotrope Medikamente können das Sturzrisiko erhöhen. 266 (28,5 %) der teilnehmenden Patient*innen nahmen zum Zeitpunkt der Erhebung sedierende und/oder psychotrope Medikamente ein. Bei Patient*innen, welche sedierende und/oder psychotrope Medikamente einnahmen, betrug die Sturzinzidenz 7,1 %.

Sturzfolgen

Bei 9 (22,5 %) der 40 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 der sturzbedingten Verletzungen dargestellt.

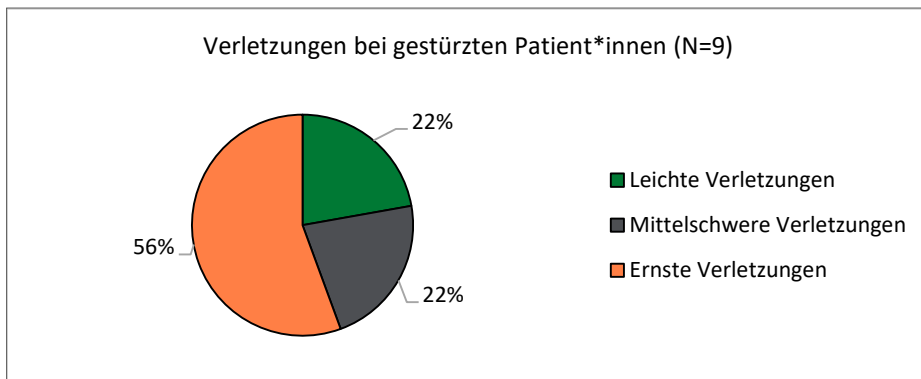


Abbildung 6.3 Schweregrad der sturzbedingten Folgen/Verletzungen

Es zeigte sich, dass der Großteil (55,6 %) der sturzbedingten Verletzungen ernste Verletzungen waren.

Maßnahmen zur Sturzprävention

Zusätzlich zu Aspekten wie Sturzfolgen 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 wurde die Evaluierung des Sehvermögens sowie des Schuhwerkes erfragt. Die Information von Patient*innen und Angehörigen, die Anpassung der Umgebung sowie Beaufsichtigung der Patient*innen wurden als weitere sturzpräventive Maßnahmen untersucht¹⁵⁰. Alle sturzpräventiven Maßnahmen wurden nur für jene Personen ausgewertet, die in den letzten 12 Monaten gestürzt sind (Abbildung 6.4)⁷⁹.

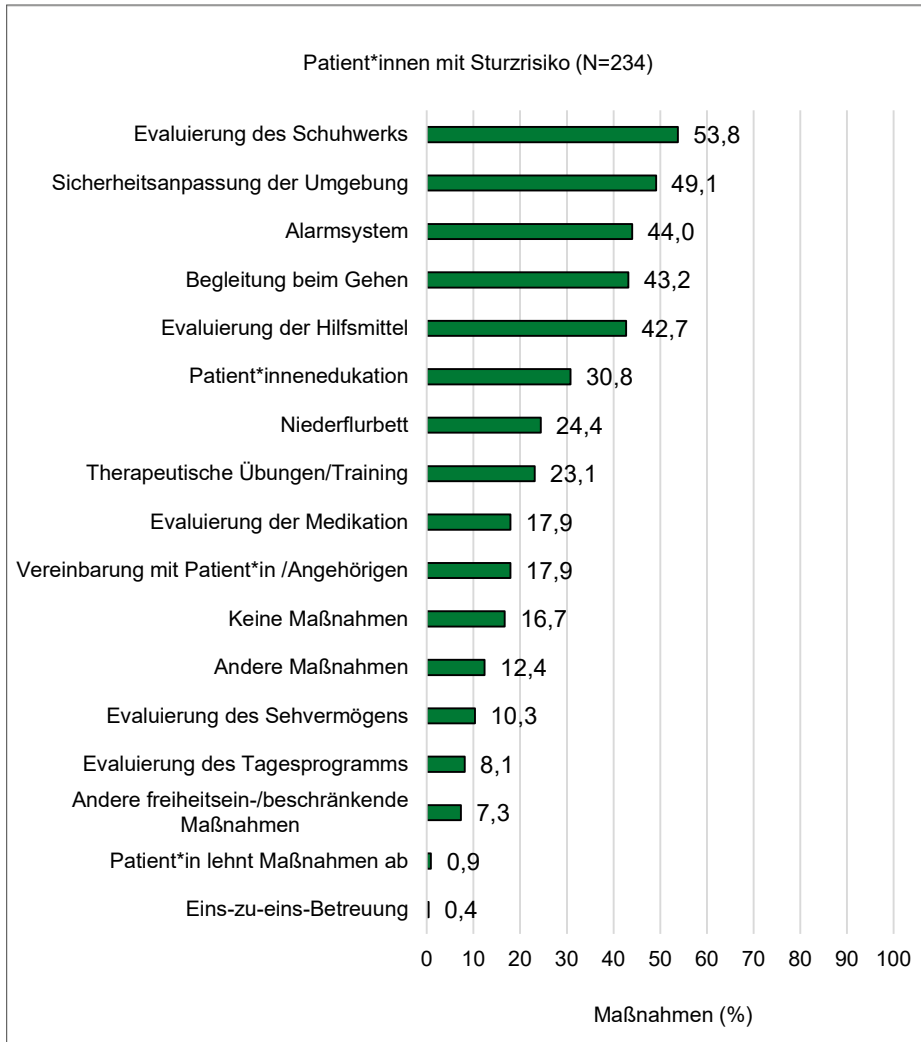


Abbildung 6.4 Sturzpräventive Maßnahmen bei Personen mit Sturzrisiko (Sturz in den letzten 12 Monaten) (Mehrfachantworten möglich)

Insgesamt wurde die Evaluierung des Schuhwerks der Patient*innen (53,8 %), die Sicherheitsanpassung der Umgebung (49,1 %), die Anwendung eines Alarmsystems (44,0 %) und die Begleitung beim Gehen (43,2 %) häufig als sturzpräventive Maßnahmen eingesetzt. Bei 16,7 % der Patient*innen mit einem Sturzrisiko wurden keine präventiven Maßnahmen gesetzt.

Qualitätsindikatoren Sturz

Eine allgemeine Beschreibung der Qualitätsindikatoren finden Sie ab Seite 21.

Es liegen auswertbare Daten von 15 Krankenhäusern und 82 Stationen vor.

In Tabelle 6.1 werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren zu Sturz auf Einrichtungsebene dargestellt.

Tabelle 6.1 Qualitätsindikatoren zu Sturz auf Einrichtungsebene

	Krankenhäuser (N=15)
Standard/Leitlinie	13 (86,7 %)
Multidisziplinäres Expert*innenteam	9 (60,0 %)

In 13 Krankenhäusern gab es einen Standard/eine Leitlinie zur Prävention von Stürzen. Multidisziplinäre Expert*innenteams zum Thema Sturz gab es in 9 von 15 Krankenhäusern.

In Tabelle 6.2 werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren auf Stationsebene beschrieben.

Tabelle 6.2 Qualitätsindikatoren zu Sturz auf Stationsebene

	Stationen (N=82)
Sturzrisiko in Dokumentation aufgezeichnet	97,6 %
Standardisierte Informationsweitergabe	91,5 %
Multidisziplinäre Beratung	61,0 %
Regelmäßige Audits	58,5 %
Fortbildung	24,4 %

Eine Aufzeichnung des Sturzrisikos in der Dokumentation bei der Aufnahme in die Einrichtung erfolgte auf fast allen Stationen der teilnehmenden Krankenhäuser (97,6 %). 91,5 % der teilnehmenden Stationen führten eine standardisierte Informationsweitergabe durch. Auf 61,0 % der Stationen wurde eine multidisziplinäre Beratung durchgeführt. Regelmäßige Audits zur Überprüfung der Einhaltung des Standards/der Leitlinie wurden auf 58,5 % der Stationen durchgeführt. Eine Fortbildung in den letzten 2 Jahren wurde auf ungefähr einem Viertel der Stationen aller Krankenhäuser angeboten (24,4 %).

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 Patient*innen bzw. für die Pflegenden gut überschaubar ist.

Der Qualitätsindikator freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen wurde von 13 teilnehmenden Einrichtungen erhoben.

Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen wurden in den letzten 30 Tagen bei 7,1 % der Patient*innen angewendet. Bei einer Differenzierung nach Geschlecht wird ersichtlich, dass bei Männern freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen geringfügig häufiger eingesetzt wurden als bei Frauen (7,3 % vs. 6,9 %).

In Tabelle 7.1 wird die Inzidenz von freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen nach Altersgruppen dargestellt.

Tabelle 7.1 Freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen nach Altersgruppen

	18-39 Jahre (N=65)	40-59 Jahre (N=190)	60-79 Jahre (N=369)	≥ 80 Jahre (N=235)	Gesamt (N=859)
Freiheitsein-/ beschränkende Maßnahmen	6,2 %	5,3 %	6,2 %	10,2 %	7,1 %

Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen wurden am häufigsten bei den ≥ 80-jährigen Patient*innen (10,2 %) angewendet gefolgt von den 18-39-Jährigen (6,2 %) und 60-79-Jährigen (6,2 %).

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 (Mehrfachantworten möglich)

	Patient*innen mit freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen (N=61)
Mechanische	93,4 %
Pharmakologische	21,3 %
Verschlossene Abteilung	6,6 %
Elektronische*	4,9 %
Psychische	3,3 %
Körperliche	1,6 %
Andere Maßnahme	1,6 %
Körperliche Maßnahmen	4,3 %
Psychische Maßnahmen	2,1 %

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

Bei allen Patient*innen, bei denen eine Freiheitsein-/beschränkung stattfand, kamen am häufigsten mechanische Maßnahmen wie Seitenteile und Fixiergurte (93,4 %) zur Anwendung. Darüber hinaus wurden häufig pharmakologische Maßnahmen (21,3 %) gefolgt von Verlegungen auf verschlossene Abteilungen (6,6 %) eingesetzt.

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

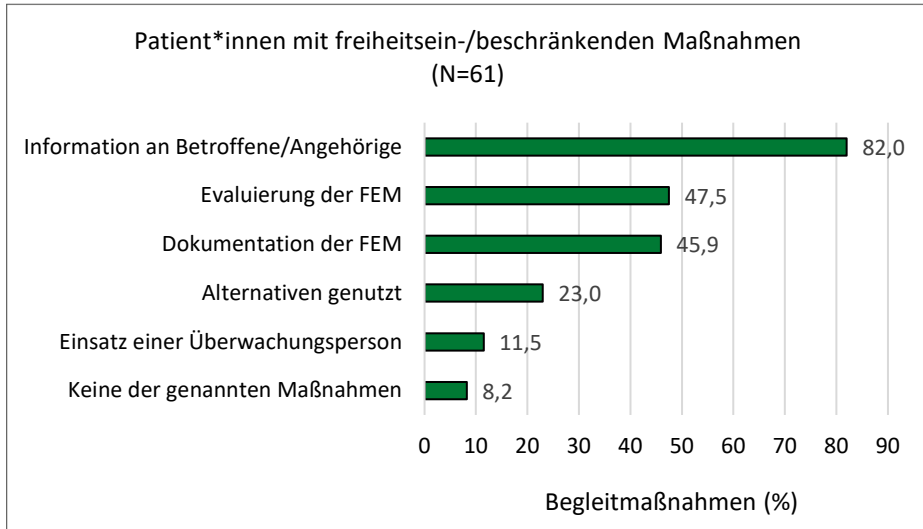


Abbildung 7.1 Begleitmaßnahmen bei freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen in den letzten 30 Tagen (Mehrfachantworten möglich)

Am häufigsten wurden Informationen an die Betroffenen/Angehörigen über den gesamten Ablauf freiheitsein-/beschränkender Maßnahmen weitergegeben (82,0 %) sowie die Verwendung der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen evaluiert (47,5 %).

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

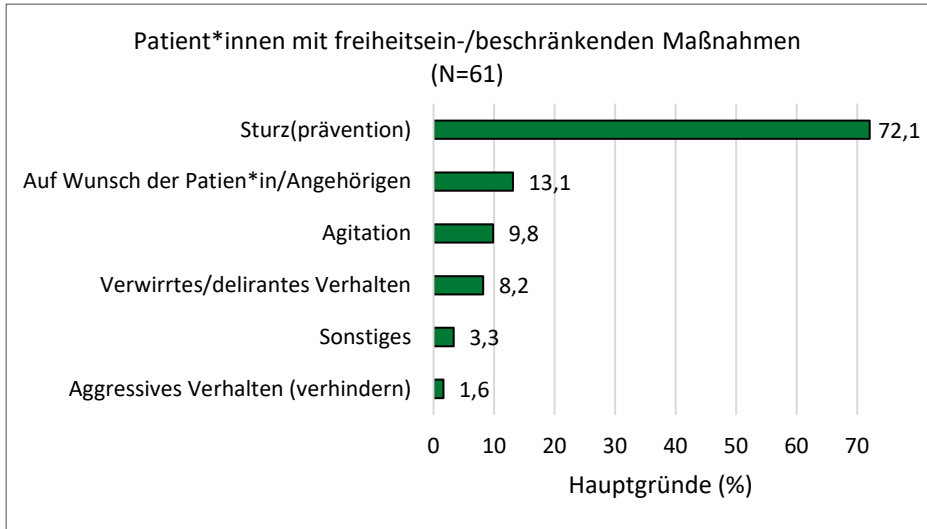


Abbildung 7.2 Hauptgrund für die freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen (Mehrfachantworten möglich)

Am häufigsten wurden freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen zur (Prävention) von Stürzen (72,1 %), aufgrund von Wünschen der Patient*in/Angehörigen (13,1 %) und Agitation (9,8 %) durchgeführt. Aggressives Verhalten war mit 1,6 %, der seltenste Grund zur Anwendung von freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen.

Qualitätsindikatoren freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen

Eine allgemeine Beschreibung der Qualitätsindikatoren finden Sie ab Seite 21.

Es liegen auswertbare Daten von 13 Krankenhäusern mit 71 Stationen vor.

Nachfolgend 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=13)
Standard/ Leitlinie	10 (76,9 %)
Multidisziplinäres Expert*innenteam	8 (61,5 %)

Ein Standard oder Leitlinie waren in 10 der Krankenhäuser verfügbar. Ein multidisziplinäres Expert*innenteam für freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen gab es in 8 der 13 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=71)
Regelmäßige Audits	57,7 %
Fortbildung	16,9 %

Regelmäßige Audits wurden auf 57,7 % und Fortbildungen auf 16,9 % der teilnehmenden Stationen durchgeführt.

SCHMERZ

Einleitung

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

Der Indikator Schmerz wurde in 14 teilnehmenden Einrichtungen erhoben.

Prävalenz von Schmerz

Die Schmerzprävalenz wird nach Geschlecht und Altersgruppen getrennt dargestellt (Abbildungen 8.1 bis 8.4).

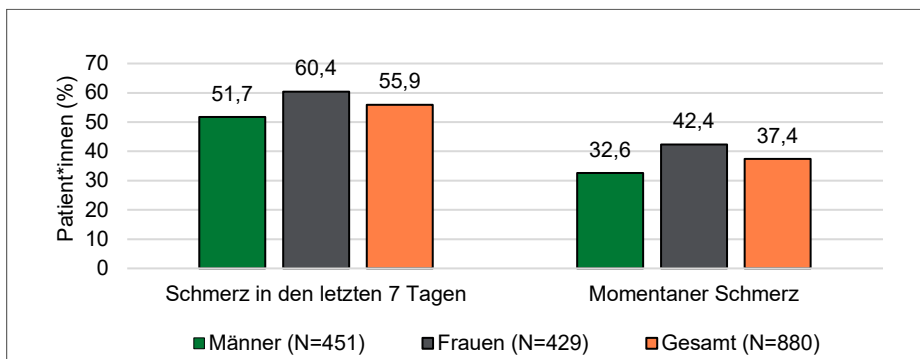


Abbildung 8.1 Schmerzen nach Geschlecht

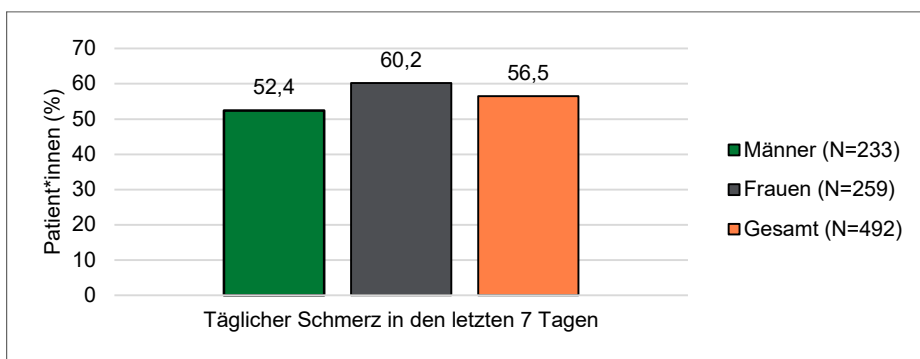


Abbildung 8.2 Tägliche Schmerzen in den letzten 7 Tagen nach Geschlecht

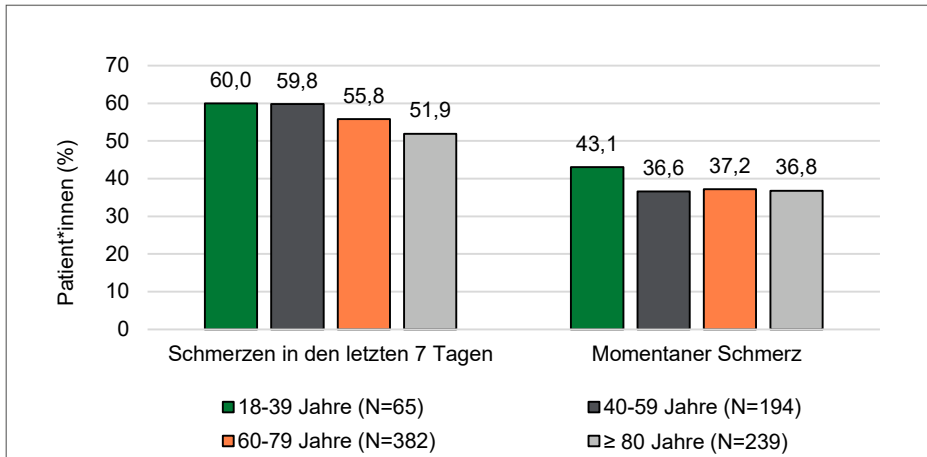


Abbildung 8.3 Schmerzen in den letzten 7 Tagen und im Moment nach Altersgruppen

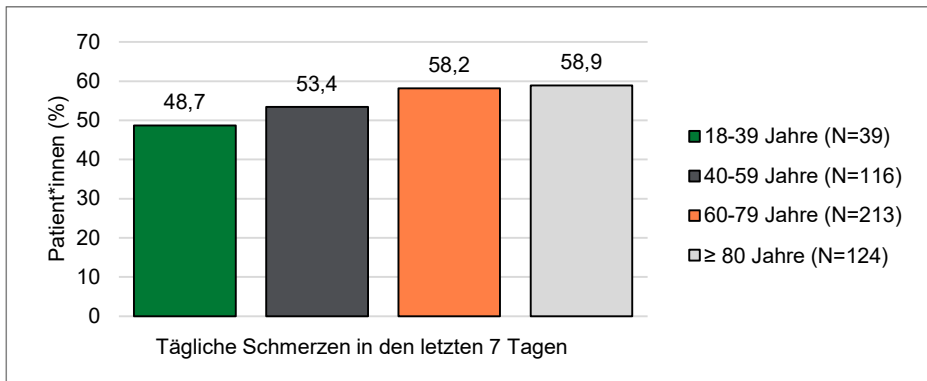


Abbildung 8.4 Tägliche Schmerzen in den letzten 7 Tagen nach Altersgruppen

Schmerzen in den letzten 7 Tagen wurden am häufigsten von Personen zwischen 18 und 39 Jahren (60,0 %) gefolgt von der Altersgruppe der 40-59-jährigen Personen (59,8 %) geäußert. Momentane Schmerzen gab die Altersgruppe der 18-39-Jährigen (43,1 %) am häufigsten an (Abbildung 8.3).

Die Prävalenz von täglichen Schmerzen in den letzten 7 Tagen steigt mit dem Alter und wurde am häufigsten von Patient*innen ≥ 80 Jahre angegeben (Abbildung 8.4).

Merkmale von Schmerz

Bei allen Patient*innen, 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).

Circa die Hälfte der Patient*innen (52,4 %) hatten akute Schmerzen und 47,6 % der Patient*innen hatten chronische Schmerzen.

Tabelle 8.1 Intensität des Schmerzes bei Teilnehmer*innen mit Schmerzen in den letzten 7 Tagen

Patient*innen mit Schmerzen (N=492)	
Leichte Schmerzen	21,1 %
Mäßige Schmerzen	39,4 %
Starke Schmerzen	25,6 %
Sehr starke Schmerzen	11,6 %
Unerträgliche Schmerzen	2,2 %

Beim Großteil der Patient*innen (39,4 %) waren die Schmerzen mäßig stark. Unter sehr starken oder unerträglichen Schmerzen litten 11,6 % bzw. 2,2 % der Patient*innen.

Maßnahmen bei Schmerz

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 Patient*innen. Die pharmakologischen Maßnahmen wurden im Rahmen dieser Erhebung in Nicht-Opioide und Opioide aufgeteilt. Bei den Opioiden wird zwischen schwach wirksamen und starken Opioiden unterschieden. Zu den Nicht-Opioiden zählen Paracetamol, Nichtsteroidale Antirheumatika, Antidepressiva, Antiepileptika und andere Nicht-Opioide^{111, 151}.

In Tabelle 8.2 wird eine Übersicht über die durchgeführten Maßnahmen gegeben und in den Abbildungen 8.5 und 8.6 werden die nicht-pharmakologischen und pharmakologischen Maßnahmen detailliert dargestellt.

Tabelle 8.2 Durchgeführte Maßnahmen bei Patient*innen mit Schmerzen (Mehrfachantworten möglich)

	Patient*innen mit Schmerzen (N=492)
Pharmakologische Maßnahmen	81,1 %
Nicht-pharmakologische Maßnahmen	52,0 %
Andere Maßnahmen	9,3 %
Keine Maßnahmen	8,5 %
Patient*in lehnt Maßnahmen ab	0,6 %

Von allen Patient*innen mit Schmerzen in den letzten 7 Tagen erhielten 81,1 % pharmakologische Maßnahmen und 52,0 % nicht-pharmakologische Maßnahmen zur Schmerzlinderung.

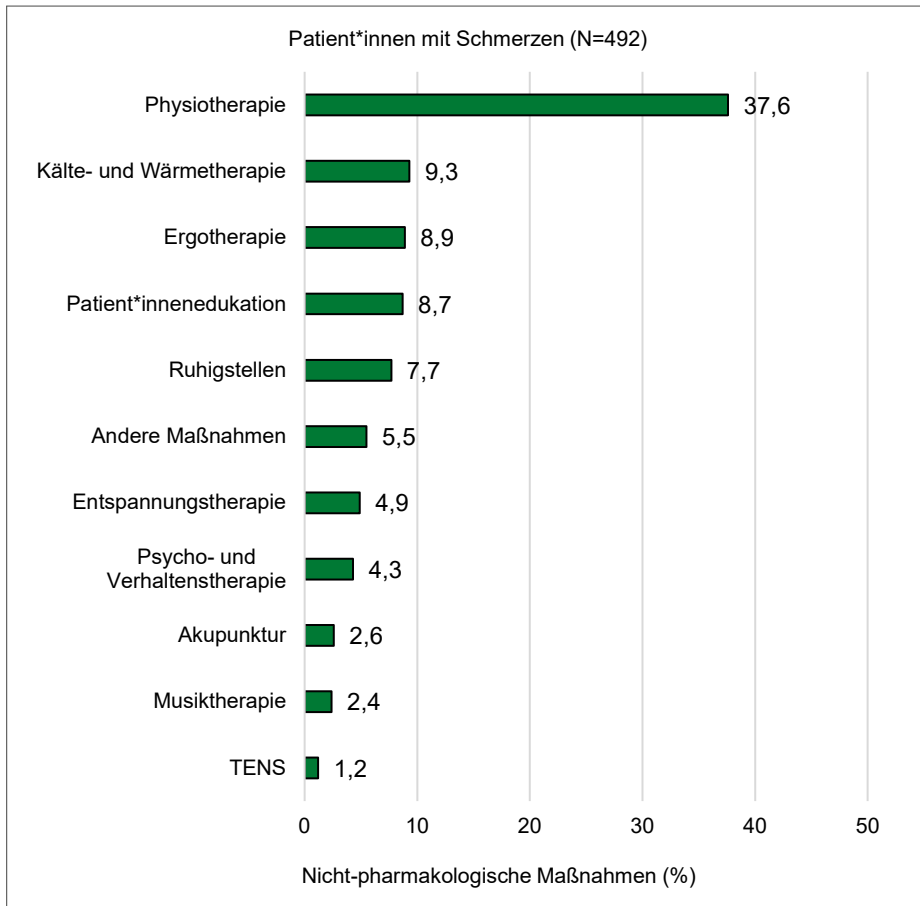


Abbildung 8.5 Nicht-pharmakologische Maßnahmen zur Schmerzreduktion (Mehrfachantworten möglich)

Zur Behandlung von Schmerzen wurden als häufigste nicht-pharmakologische Maßnahmen Physiotherapie (37,6 %) sowie Kälte- und Wärmetherapie (9,3 %) durchgeführt. 8,9 % der Patient*innen erhielten Ergotherapie. Musiktherapien und TENS (Transkutane elektrische Nervenstimulation) wurden am seltensten angewendet.

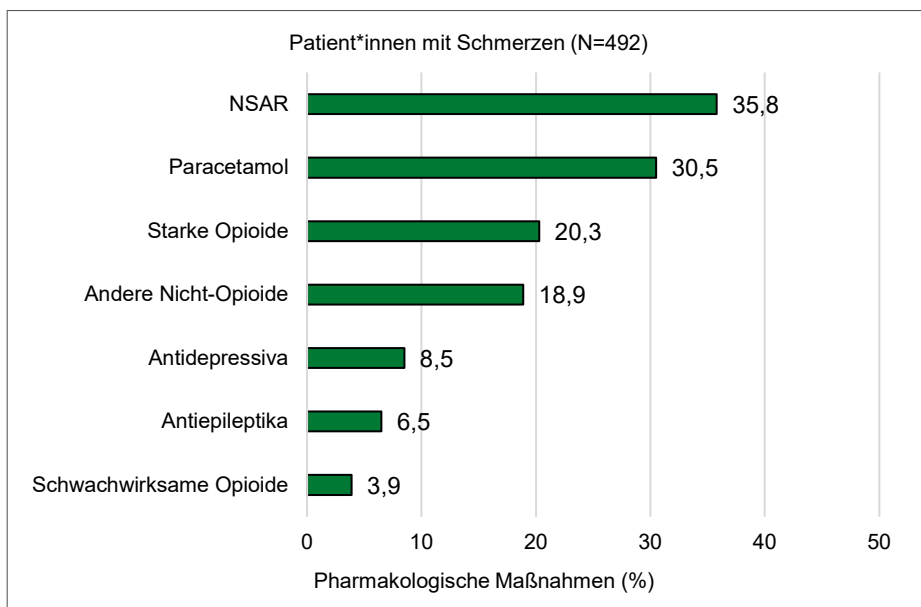


Abbildung 8.6 Pharmakologische Maßnahmen zur Schmerzreduktion (Mehrfachantworten möglich)

Die häufigsten eingesetzten Medikamente zur Behandlung von Schmerz waren NSAR (35,8 %), gefolgt von Paracetamol (30,5 %), starken Opioiden (20,3 %), und anderen Nicht-Opioiden (18,9 %). Schwachwirksame Opioide wurden am seltensten angewendet.

Qualitätsindikatoren Schmerz

Eine allgemeine Beschreibung der Qualitätsindikatoren finden Sie ab Seite 21.

Es liegen auswertbare Daten von 14 Krankenhäusern und 74 Stationen vor.

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

Tabelle 8.3 Qualitätsindikatoren zu Schmerz auf Einrichtungsebene

	Krankenhäuser (N=14)
Standard/ Leitlinie	9 (64,3 %)
Multidisziplinäres Expert*innenteam	7 (50,0 %)

Einen Standard/eine Leitlinie für Schmerz gab es in 9 der 14 Krankenhäuser. Ein multidisziplinäres Expert*innenteam war in 7 Krankenhäusern vorhanden.

In Tabelle 8.4 werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren auf Stationsebene dargestellt.

Tabelle 8.4 Qualitätsindikatoren zu Schmerz auf Stationsebene

	Stationen (N=74)
Regelmäßige Audits	58,1 %
Fortbildung	21,6 %

Regelmäßige Audits zur Einhaltung des Standards/der Leitlinie gab es auf 58,1 % der Stationen. In den letzten 2 Jahren gab es auf 21,6 % der Stationen eine Fortbildung zum Thema Schmerz.

ZUSAMMENFASSUNG

Die *Pflegequalitätserhebung 2.0* wurde vom 10. – 12. November 2021 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. Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse zu den einzelnen Pflegeindikatoren zusammengefasst.

Stichprobe und Pflegeabhängigkeit

Zum Zeitpunkt der Erhebung wurden 1301 Personen auf den teilnehmenden Stationen betreut. Insgesamt lag von 984 Patient*innen eine schriftliche informierte Zustimmung zur Datenerhebung vor. Generell konnte festgestellt werden, dass der Anteil an teilnehmenden Frauen gleich war wie der Anteil an teilnehmenden Männern. Das Durchschnittsalter lag bei 67 Jahren, die durchschnittliche Pflegabhängigkeit betrug 67,1 Punkte, was bedeutet, dass die Patient*innen 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 29,2 %. Der Anteil an Patient*innen mit mindestens einem Dekubitus lag bei 2,1 %. Die meisten Dekubitus entstanden bereits vor der Aufnahme in die Einrichtung (60,0 %). Am häufigsten waren Dekubituswunden der Kategorie 2 zu beobachten. Die häufigsten Lokalisationen waren das Kreuzbein (42,3 %) und die Ferse (23,1 %). Im Rahmen der *Pflegequalitätserhebung 2.0* wurden auch die durchgeführten Präventionsmaßnahmen erhoben. Die häufigsten Maßnahmen zur Prävention von Dekubitus waren die Hautinspektion und die Verwendung von Feuchtigkeits- oder Hautschutzcremes/-produkten, gezielte Bewegungsförderung/Mobilisation, die Freilagerung der Ferse und die Wechsellagerung. Bei 15,7 % der Patient*innen mit einem Dekubitusrisiko wurden keine präventiven Maßnahmen durchgeführt.

Inkontinenz

Neben Dekubitus wurden auch Informationen zur Häufigkeit, Prävention und Behandlung von Inkontinenz erhoben. Die Prävalenz von Urininkontinenz betrug 13,7 % (exklusive Personen mit einem Katheter). Die Urininkontinenz bestand bei 97,2 % der Betroffenen bereits vor der Aufnahme in die Einrichtung. Die Prävalenz von Stuhlinkontinenz betrug 4,0 % und 3,4 % der Patient*innen litten an einer Doppelinkontinenz (exklusive Personen mit einem Katheter). Eine inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD) wurde bei 2 Patient*innen festgestellt. Es gibt eine Vielzahl von Maßnahmen, die bei urininkontinenten Patient*innen eingeleitet werden können. Die am häufigsten durchgeführte Maßnahme war die Verwendung von absorbierenden Produkten/ableitenden Hilfsmittel. Die zweithäufigste Maßnahme war die Anpassung der Bekleidung und der Umgebung. Bei 12,6 % der Betroffenen wurden keine Maßnahmen durchgeführt. Die Maßnahme die am seltensten durchgeführt wurde, war die Überweisung an eine*n Expert*in.

Mangelernährung

Anhand der Erhebung konnten Daten zum Ernährungszustand der Patient*innen in den teilnehmenden Einrichtungen gesammelt werden. Gemäß der Definition von Halfens et al. hatten 10,4 % der Patient*innen ein Risiko für Mangelernährung. Unter Verwendung des Screening-Instrumentes MUST wiesen 22,2 % der Patient*innen ein Risiko für Mangelernährung auf. Bei einem Mangelernährungsrisiko sowie bei bestehender Mangelernährung wird die Durchführung von ernährungsbezogenen Maßnahmen empfohlen. Die häufigsten eingeleiteten Maßnahmen waren das Anbieten von Wunschkost sowie die Überweisung an eine/n Diätolog*in, gefolgt von der Durchführung eines Screenings hinsichtlich Mangelernährung. Eine weitere häufig durchgeführte Maßnahme war die Einnahme von Trink- und Zusatznahrung. Bei 25,3 % der Patient*innen mit einem Risiko für Mangelernährung wurden keine Maßnahmen durchgeführt.

Sturz

Daten zu Stürzen in der Einrichtung wurden innerhalb der letzten 30 Tage vor der Erhebung gesammelt. Innerhalb der letzten 30 Tage stürzten 4,3 % der Patient*innen. Alle Patient*innen, die in den letzten 12 Monaten gestürzt

waren, wurden als Patient*innen mit Sturzrisiko eingestuft, dies betraf nahezu ein Viertel der Patient*innen. Die Einnahme sedierender und/oder psychotroper Medikamente konnte bei 28,5 % der teilnehmenden Patient*innen festgestellt werden.

Bei 22,5 % führten die Stürze in der Einrichtung zu Verletzungen. Der Großteil der sturzbedingten Verletzungen waren ernste Verletzungen wie z.B. Arm- oder Beinfraktur oder Kopfverletzungen. Die am häufigsten eingesetzten sturzpräventiven Maßnahmen waren die Evaluierung des Schuhwerks, gefolgt von der Sicherheitsanpassung der Umgebung, der Anwendung von Alarmsystemen sowie der Begleitung beim Gehen. Bei 16,7 % der Patient*innen mit einem Sturzrisiko wurden keine präventiven Maßnahmen gesetzt.

Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen

Die erhobenen Daten zu freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen zeigen, dass diese bei 7,1 % der Patient*innen angewendet wurden. Dabei kamen vor allem mechanische Maßnahmen wie Seitenteile und Fixierungen zum Einsatz. Die Informationsweitergabe an Betroffene/Angehörige war vor der Evaluierung von freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen die häufigste Begleitmaßnahme. Hauptgrund für freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen war die Sturzprävention.

Schmerz

Im letzten Abschnitt der Erhebung wurden Daten zu Schmerzen erfasst. 55,9 % der Patient*innen litten in den letzten 7 Tagen vor der Befragung unter Schmerzen. Von allen Patient*innen mit Schmerzen in den letzten 7 Tagen, gaben 39,4 % an, starke, sehr starke oder unerträgliche Schmerzen gehabt zu haben. Schmerzlindernde Maßnahmen können in pharmakologische und nicht-pharmakologische Maßnahmen unterteilt werden. 52,0 % der Patient*innen mit Schmerzen in den letzten 7 Tagen erhielten nicht-pharmakologische Maßnahmen und 81,1 % der Patient*innen pharmakologische Maßnahmen. Die Durchführung einer Physiotherapie war die häufigste nicht-pharmakologische Maßnahme. Eine weitere häufig angewendete, nicht-pharmakologische Maßnahme war die Kälte- und Wärmetherapie. Die häufigsten eingesetzten Medikamente zur Behandlung von Schmerz waren NSAR, gefolgt von Paracetamol, starken Opioiden und anderen Nicht-Opioiden.

Qualitätsindikatoren

Einrichtungsebene

Neben den personenbezogenen Daten zu den einzelnen Pflegeindikatoren wurden auch Daten zu verschiedenen Qualitätsindikatoren auf Einrichtungsebene erhoben. Standards oder Leitlinien zu den Themen Sturz, Freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen sowie Schmerz. Multidisziplinäre Expert*innenteams waren vor allem zu Mangelernährung, Dekubitus, Freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen und Schmerz vorhanden.

Stationsebene

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

Limitationen

Jedes Forschungsprojekt weist Einschränkungen/Limitationen auf.

An der Erhebung 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 Stationsebene.

Aufgrund der Corona Situation haben in diesem Jahr verständlicherweise nur wenige Einrichtungen an der Erhebung teilgenommen. Daher liegen dieses Mal nur Daten von einer „relativ kleinen“ Stichprobe vor. Dennoch konnte wieder ein guter Einblick/Übersicht zu den genannten Themen gewonnen werden.

SCHLUSSBEMERKUNG

Durch die *Pflegequalitätserhebung 2.0* 2021 konnten Daten zur Prävalenz, Prävention und Behandlung der Pflegeindikatoren Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Sturz, freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen und Schmerz 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 ist die Prävalenz von Dekubitus zwar verglichen mit internationalen Prävalenzzahlen niedrig, jedoch gibt es bei den präventiven Maßnahmen Verbesserungspotenzial. So bekamen zahlreiche Patient*innen mit einem Dekubitusrisiko keine präventiven Maßnahmen. Diese Ergebnisse können einen Anstoß geben, gezielt hinzuschauen und Maßnahmen einzuleiten. Zahlreiche Einrichtungen nehmen nun schon seit vielen Jahren regelmäßig an der Pflegequalitätserhebung teil und nutzen die Erhebung um die Pflegequalität zu optimieren. In diesen Einrichtungen wurden basierend auf den Daten sehr gute 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 den teilnehmenden Krankenhäusern von 12,2 % (2009) auf 2,1 % (2021). Bei den pflegerischen Maßnahmen zeigt sich ebenfalls ein Erfolg. So wurde beispielsweise die Maßnahme Freilagerung der Fersen und die Prävention von Ernährungs- und Flüssigkeitsdefiziten bei Risikopatient*innen vermehrt durchgeführt.

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 ¹⁵²
Bradenskala	Instrument zur Einschätzung des Dekubitusrisikos
Inzidenz	Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit/eines Problems in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem bestimmten Zeitraum ¹³⁷
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool, Instrument zur Erfassung des Mangelernährungsrisikos ^{147, 153}
n	Absolute Anzahl an Einrichtungen/Stationen
N	Absolute Anzahl an Patient*innen
NSAR	Nichtsteroidales Antirheumatikum
PAS	Pflegeabhängigkeitsskala
Prävalenz	Anteil von Personen mit einem bestimmten Pflegeindikator wie Dekubitus etc., welche zu einem bestimmten Zeitpunkt (z.B. am 12. November 2019) festgestellt wird. ¹³⁷

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. *Journal of the American Medical Directors Association*. 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 Pfl egetransparenzkriterien, 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 12. April 2016*: Insitut für Pflegewissenschaften, Medizinische Universität Graz; 2016.
17. Latimer S, Chaboyer W, Thalib L, McInnes E, Bucknall T, Gillespie BM. Pressure injury prevalence and predictors among older adults in the first 36 hours of hospitalisation. *J Clin Nurs*. Nov 2019;28(21-22):4119-4127.
18. Li Z, Lin F, Thalib L, Chaboyer W. Global prevalence and incidence of pressure injuries in hospitalised adult patients: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. May 2020;105:103546.

19. Eglseer D, Hodl M, Lohrmann C. Nutritional management of older hospitalised patients with pressure injuries. *International wound journal*. Nov 15 2018.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. Lohrmann CH. *Pflegequalitätserhebung 08. April 2014*: Institut für Pflegewissenschaften, Medizinische Universität Graz; 2014.
24. Lohrmann CH. *Pflegequalitätserhebung 14. April 2015*: Institut für Pflegewissenschaften, Medizinische Universität Graz; 2015.
25. 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.
26. Zarei E, Madarshahian E, Nikkha A, Khodakarim S. Incidence of pressure ulcers in intensive care units and direct costs of treatment: Evidence from Iran. *Journal of tissue viability*. May 2019;28(2):70-74.
27. 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. *Int J Nurs Stud*. Jan 2019;89:46-52.

28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. 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.
32. Demarre L, Van Lancker A, Van Hecke A, et al. The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. Nov 2015;52(11):1754-1774.
33. Gibson W, Wagg A. Incontinence in the elderly, 'normal' ageing, or unaddressed pathology? *Nature reviews Urology*. Jul 2017;14(7):440-448.
34. Abrams PICS. Incontinence: 6th International Consultation on Incontinence. *6th International Consultation on Incontinence*. Tokyo: International Continence Society; 2017.
35. Minassian VA, Bazi T, Stewart WF. Clinical epidemiological insights into urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. May 2017;28(5):687-696.
36. Savas S, Saka B, Akin S, et al. The prevalence and risk factors for urinary incontinence among inpatients, a multicenter study from Turkey. *Archives of Gerontology & Geriatrics*. 2020;90:N.PAG-N.PAG.

37. Kayser SA, Koloms K, Murray A, Khawar W, Gray M. Incontinence and Incontinence-Associated Dermatitis in Acute Care: A Retrospective Analysis of Total Cost of Care and Patient Outcomes From the Premier Healthcare Database. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*. 2021;48(6):545-552.
38. Frieling T. [Incontinence - Etiology, diagnostics and Therapy]. *Deutsche medizinische Wochenschrift* (1946). Aug 2016;141(17):1251-1260.
39. 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.
40. Jachan DE, Müller-Werdan U, Lahmann NA. Impaired Mobility and Urinary Incontinence in Nursing Home Residents: A Multicenter Study. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*. 2019;46(6):524-529.
41. 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.
42. 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.
43. Pizzol D, Demurtas J, Celotto S, et al. Urinary incontinence and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Aging Clinical & Experimental Research*. 2021;33(1):25-35.
44. 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.

45. 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.
46. 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.
47. 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.
48. 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.
49. 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.
50. 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. *The journal of nutrition, health & aging*. 2017;21(7):830-836.
51. Neziraj M, Hellman P, Kumlien C, Andersson M, Axelsson M. Prevalence of risk for pressure ulcers, malnutrition, poor oral health and falls - a register study among older persons receiving municipal health care in southern Sweden. *BMC Geriatrics*. 2021;21(1):1-10.
52. 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.
53. 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.

54. Correia M, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. Aug 2017;36(4):958-967.
55. Monou M, Tzagari A, Risvas G, Daldas I, Kotroni A, Kyriazis I. Prevalence of Malnutrition and Use of Nutritional Care Therapy in Rehabilitation Inpatients. *International Journal of Caring Sciences*. 2020;13(3):1662-1667.
56. Woodward T, Josephson C, Ross L, et al. A retrospective study of the incidence and characteristics of long-stay adult inpatients with hospital-acquired malnutrition across five Australian public hospitals. *Eur J Clin Nutr*. Dec 2020;74(12):1668-1676.
57. Poudineh S, Shayesteh F, Kermanchi J, et al. A multi-centre survey on hospital malnutrition: result of PNSI study. *Nutrition Journal*. 2021;20(1):1-7.
58. 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.
59. 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.
60. Chatindiara I, Allen J, Hettige D, et al. High prevalence of malnutrition and frailty among older adults at admission to residential aged care. *Journal of Primary Health Care*. 2020;12(4):305-317.
61. Everink IHJ, van Haastregt JCM, Manders M, de van der Schueren MAE, Schols JMGA. Malnutrition Prevalence Rates among Dutch Nursing Home Residents: What Has Changed over One Decade? A Comparison of the Years 2009, 2013 and 2018. *Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2021;25(8):999-1005.
62. Faxén-Irving G, Luiking Y, Grönstedt H, et al. Do Malnutrition, Sarcopenia and Frailty Overlap in Nursing-Home Residents? *J Frailty Aging*. 2021;10(1):17-21.

63. Azzolino D, Marzetti E, Proietti M, et al. Lack of energy is associated with malnutrition in nursing home residents: Results from the INCUR study. *J Am Geriatr Soc*. Nov 2021;69(11):3242-3248.
64. 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.
65. 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. *Aging clinical and experimental research*. Apr 30 2018.
66. Donini LM, Stephan BCM, Rosano A, et al. What Are the Risk Factors for Malnutrition in Older-Aged Institutionalized Adults? *Nutrients*. 2020;12(9):2857.
67. Boulos C, Salameh P, Barberger-Gateau P. Social isolation and risk for malnutrition among older people. *Geriatrics & Gerontology International*. 2017;17(2):286-294.
68. 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.
69. 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.
70. 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.
71. 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.

72. 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.
73. Lanctin DP, Merced-Nieves F, Mallett RM, et al. Prevalence and Economic Burden of Malnutrition Diagnosis Among Patients Presenting to United States Emergency Departments. *Acad Emerg Med*. Mar 2021;28(3):325-335.
74. Toulson Davisson Correia MI, Castro M, de Oliveira Toledo D, et al. Nutrition Therapy Cost-Effectiveness Model Indicating How Nutrition May Contribute to the Efficiency and Financial Sustainability of the Health Systems. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. Sep 2021;45(7):1542-1550.
75. Sulo S, Vargas J, Gomez G, Misas JD, Serralde-Zúñiga AE, Correia M. Hospital nutrition care informs potential cost-savings for healthcare: A budget impact analysis. *Clinical nutrition ESPEN*. Apr 2021;42:195-200.
76. Schuetz P, Sulo S, Walzer S, et al. Economic evaluation of individualized nutritional support in medical inpatients: Secondary analysis of the EFFORT trial. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. Nov 2020;39(11):3361-3368.
77. Brown F, Fry G, Cawood A, Stratton R. Economic Impact of Implementing Malnutrition Screening and Nutritional Management in Older Adults in General Practice. *Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2020;24(3):305-311.
78. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *The Cochrane database of systematic reviews*. Sep 12 2015(9):Cd007146.
79. (NICE) NICE. 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.

80. Rowan L, Veenema TG. Decreasing Falls in Acute Care Medical Patients: An Integrative Review. *Journal of nursing care quality*. Oct/Dec 2017;32(4):340-347.
81. 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.
82. 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.
83. 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 für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. Feb 2017;120:9-15.
84. Cortés OL, Piñeros H, Aya PA, Sarmiento J, Arévalo I. Systematic review and meta-analysis of clinical trials: In-hospital use of sensors for prevention of falls. *Medicine*. 2021;100(41):1-8.
85. 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.
86. 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.
87. 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.
88. 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. *Australian and New Zealand journal of public health*. Dec 2016;40(6):564-568.

89. Zeeh J, Reinhardt, Y & Heppner, HJ Stürze im Alter. *MMW Fortschritte der Medizin*. 2017;13.
90. 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.
91. 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.
92. Gazibara T, Kurtagic I, Kistic-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.
93. Mikos M, Trybulska A, Czerw A. Falls – the socio-economic and medical aspects important for developing prevention and treatment strategies. *Ann Agric Environ Med*. 2021 2021;28(3):391-396.
94. WHO. Falls. *WHO*. 26.04.2021. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>. Accessed 20.01.2022.
95. STATISTIK AUSTRIA. Absolute und relative Häufigkeit der Gestorbenen sowie durchschnittliches empirisches Sterbealter nach Todesursachen und Geschlecht 2020. In: STATISTIK AUSTRIA, ed; 2020.
96. NICE. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. National Institute for Health and Care Excellence; 2015.
97. Wirtschaftsstandort ABfDu. Bundesrecht: Gesamte Rechtsvorschrift für Heimaufenthaltsgesetz. Available at: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=2000323>. Accessed 26.03.2018.

98. Chou MY, Hsu YH, Wang YC, et al. The Adverse Effects of Physical Restraint Use among Older Adult Patients Admitted to the Internal Medicine Wards: A Hospital-Based Retrospective Cohort Study. *The journal of nutrition, health & aging*. 2020;24(2):160-165.
99. Thomann S, Zwakhalen S, Richter D, Bauer S, Hahn S. Restraint use in the acute-care hospital setting: A cross-sectional multi-centre study. *Int J Nurs Stud*. Feb 2021;114:103807.
100. 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.
101. 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.
102. 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.
103. Lee DA, Robins LM, Bell JS, et al. Prevalence and variability in use of physical and chemical restraints in residential aged care facilities: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. May 2021;117:103856.
104. Pivodic L, Smets T, Gambassi G, et al. Physical restraining of nursing home residents in the last week of life: An epidemiological study in six European countries. *Int J Nurs Stud*. Apr 2020;104:103511.
105. Wang J, Liu W, Peng D, Xiao M, Zhao Q. The use of physical restraints in Chinese long-term care facilities and its risk factors: An observational and cross-sectional study. *J Adv Nurs*. Oct 2020;76(10):2597-2609.

106. Hoffmann H, Schorro E. Use of physical restraint in nursing homes 2015.
107. Thomann S, Hahn S, Bauer S, Richter D, Zwakhalen S. Variation in restraint use between hospitals: a multilevel analysis of multicentre prevalence measurements in Switzerland and Austria. *BMC Health Services Research*. 2021;21(1):1-10.
108. 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.
109. 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. *Int J Nurs Stud*. Jan 2019;89:39-45.
110. Möhler R, Meyer G. Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *Int J Nurs Stud*. 2014;51.
111. Pflege DDFQid. *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen*: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege; 2011.
112. 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.
113. 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.
114. 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.

115. 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.
116. 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.
117. 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.
118. STATISTIK AUSTRIA. Chronische Krankheiten. *STATISTIK AUSTRIA*. 20.10.2020. Available at: https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/chronische_krankheiten/index.html. Accessed 21.01.2022.
119. Mutubuki EN, Beljon Y, Maas ET, et al. The longitudinal relationships between pain severity and disability versus health-related quality of life and costs among chronic low back pain patients. *Qual Life Res*. Jan 2020;29(1):275-287.
120. Cáceres-Matos R, Gil-García E, Barrientos-Trigo S, Porcel-Gálvez AM, Cabrera-León A. Consequences of Chronic Non-Cancer Pain in adulthood. Scoping Review. *Rev Saude Publica*. 2020;54:39.
121. Alonso-García M, Sarría-Santamera A. The Economic and Social Burden of Low Back Pain in Spain: A National Assessment of the Economic and Social Impact of Low Back Pain in Spain. *Spine (Phila Pa 1976)*. Aug 15 2020;45(16):E1026-e1032.
122. Mayer S, Spickschen J, Stein KV, Crevenna R, Dorner TE, Simon J. The societal costs of chronic pain and its determinants: The case of Austria. *PLoS One*. 2019;14(3):e0213889-e0213889.
123. 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.

124. Das SK, Dhar SS, Panigrahi A. Prevalence of Pain and Its Characteristics in Hospitalized Patients in an Indian Teaching Hospital. *Pain Manag Nurs.* Jun 2020;21(3):299-303.
125. 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.
126. 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.
127. 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.
128. Suominen M, Muurinen S, Routasalo P, et al. Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *Eur J Clin Nutr.* Apr 2005;59(4):578-583.
129. Dijkstra A, Buist G, Dassen T. Nursing-Care Dependency. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 1996;10(3):137-143.
130. Lohrmann CH. *Die Pflegeabhängigkeitsskala: ein Einschätzungsinstrument für Heime und Kliniken – Eine methodologische Studie:* Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Charité Universitätsmedizin Berlin; 2003.
131. Mertens E, Tannen A, Lohrmann C, Dassen T. [Nursing care dependence in the hospital. A descriptive study]. *Pflege.* Oct 2002;15(5):195-201.
132. Eichhorn-Kissel JL, C. *Assessmentinstrumente in der Pflege:* Bartholomeyczik, S & Halek, M; 2009.
133. 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.

134. Lohrmann CH. *Prävalenzerhebung 07. April 2009*: Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz; 2009.
135. Lohrmann CH. *Europäische Pflegequalitätserhebung 13. April 2010*: Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz; 2010.
136. Lohrmann CH. 2012, *'Europäische Pflegequalitätserhebung 17. April 2012*: Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz.; 2012.
137. Polit D, Beck C. *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*: Lippincott, Williams & Wilkins Philadelphia.; 2016.
138. Pirlich M, Schutz T, Norman K, et al. The German hospital malnutrition study. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*. Aug 2006;25(4):563-572.
139. Bours GJ, Halfens R, Berger M, Huijjer 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.
140. Lahmann NA, Halfens RJ, Dassen T. Auditing pressure ulcer prevalence. Structure, processes and outcomes in annual surveys. *Verpleegkunde*. 2007;22(1):55.
141. 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.
142. 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.
143. 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>.

144. 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.
145. 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.
146. NICE. *Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management*. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2019.
147. 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.
148. Lohrmann C. *Pflegequalitätserhebung 2.0 14.November 2017*. Graz: Medical University of Graz, Institute of Nursing Science; 2018.
149. 2017 DMSG. Guideline on malnutrition recognising, diagnosing and treating malnutrition in adults. 2017.
150. 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.
151. DNQP. Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Osnabrück; 2015.
152. Von Eiff W. *International Best Practices in Health Care Management*: Emerald Group Publishing Limited.
153. 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: pflagequalitaetserhebung@medunigraz.at

Web: <http://pflgewissenschaft.medunigraz.at>

<https://at.lpz-um.eu/de>