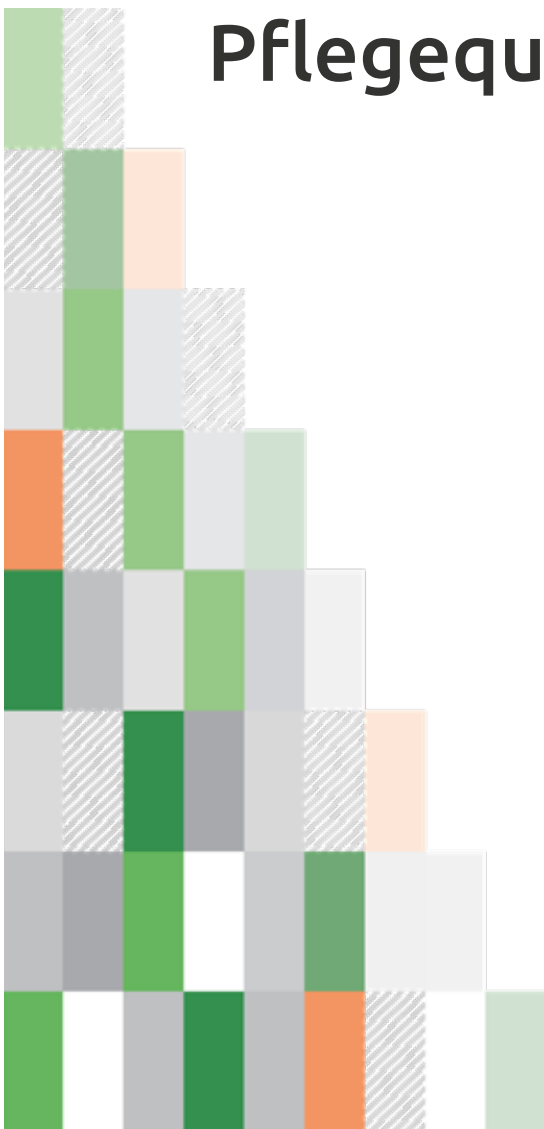




Pflegequalitätserhebung 2.0



09. - 11. November 2022

Herausgabe: Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christa Lohrmann
Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft
Neue Stiftingtalstraße 6
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>

© 2023 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 2022 teilgenommen haben.

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

*„Not everything that is faced can be changed,
but nothing can be changed until it is faced.“*

*(„Nicht alles, mit dem man konfrontiert wird, kann geändert werden,
aber nichts kann geändert werden, bevor man sich nicht damit ausein-
andersetzt.“)*

(J. Baldwin, 1962)

Projektteam

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christa Lohrmann

Projektleiterin

Dr.ⁱⁿ Silvia Bauer, MSc BSc

Universitätsassistentin

Lena Lampersberger, MSc BSc

Universitätsassistentin

Mag.^a Sandra Klein

Organisatorische/Lektorielle Unterstützung

Kooperation

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

Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen¹

Projektleiter: Prof. Jos Schols & Prof. Jan Hamers



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	13
Beschreibung der Pflegeindikatoren	14
Qualitätsindikatoren	18
Ziel und Zweck von Pflegequalitätserhebungen	19
Vorgehen	20
Datenerhebung	20
Risikoerfassung	21
Studienpopulation	23
Verarbeitung der Daten	23
Der Gesamtbericht zur <i>Pflegequalitätserhebung 2.0 2022</i>	23
Stichprobe	25
Einleitung	25
Teilnehmer*innen und Rücklaufquote	25
Gründe für eine Nicht-Teilnahme	25
Demographische Merkmale	26
Krankheitsbilder	27
Fachbereiche	29
Patient*innen am Ende des Lebens	29
Pflegeabhängigkeit	31
Einleitung	31
Pflegeabhängigkeit im Überblick	31
Dekubitus	37
Einleitung	37
Dekubitusrisiko	38
Dekubitusprävalenz	39
Dekubitusmerkmale	42
Maßnahmen zur Dekubitusprävention	44
Qualitätsindikatoren Dekubitus	46

Inkontinenz	49
Einleitung	49
Prävalenz von Inkontinenz	49
Prävalenz von Inkontinenz-assoziiertes Dermatitis (IAD)	52
Maßnahmen bei Urininkontinenz	53
Qualitätsindikatoren Inkontinenz	55
Mangelernährung	57
Einleitung	57
Prävalenz von Mangelernährungsrisiko	57
Ernährungsbezogene Maßnahmen	59
Qualitätsindikatoren Mangelernährung	61
Sturz	63
Einleitung	63
Sturzrisiko und -inzidenz	63
Sturzfolgen	66
Maßnahmen zur Sturzprävention	67
Qualitätsindikatoren Sturz	69
Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen	71
Einleitung	71
Inzidenz von freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen	71
Art der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen	73
Qualitätsindikatoren freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen	76
Schmerz	79
Einleitung	79
Prävalenz von Schmerz	79
Merkmale von Schmerz	81
Maßnahmen bei Schmerz	82
Qualitätsindikatoren Schmerz	85
Zusammenfassung	87

Stichprobe und Pflegeabhängigkeit	87
Dekubitus	87
Inkontinenz	88
Mangelernährung	88
Sturz	88
Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen	89
Schmerz	89
Qualitätsindikatoren	90
Überblick über alle Erhebungsjahre	91
Limitationen	95
Schlussbemerkung	97
Anhang	99
Glossar/Abkürzungsverzeichnis	101
Literatur	103

Die nächste *Pflegequalitätserhebung 2.0*
findet vom **08. - 10. November 2023** statt.



Medizinische
Universität Graz | Institut für
Pflegewissenschaft

08.-10. NOVEMBER 2023
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 12 und 14 Uhr stehen wir für
Ihre Fragen und Anliegen (entweder persönlich,
telefonisch oder online) zur Verfügung.

Um telefonische Terminvereinbarung wird gebeten!

Tel.: 0316 385 72083

Die Gesundheitseinrichtungen sind aufgrund des Pflegepersonalmangels besonders gefordert und fordern von den dort Beschäftigten viel Motivation und Engagement für die tägliche Pflege und Versorgung der Patient*innen. Daher ist es verständlich, dass in diesen herausfordernden Zeiten nur wenige Einrichtungen Ressourcen ermöglichen konnten, um an der PQE 2022 teilzunehmen. Unser besonderer Dank und Respekt gilt den Kolleg*innen, die trotzdem die Erhebung durchgeführt haben.

EINLEITUNG

Pflegequalität ist eines der wichtigsten Themen in der heutigen pflegerischen Versorgung [1]. 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 werden [2].

Zu häufig auftretenden Problemen bei der Pflege von Patient*innen und Pflegeheimbewohner*innen zählen Dekubitus, Mangelernährung, Inkontinenz, Sturz und Schmerz [3]. Diese Probleme oder Pflegeindikatoren stehen einer Genesung entgegen und können die Lebensqualität von Betroffenen erheblich beeinträchtigen. Darüber hinaus können diese Indikatoren zu unnötigen Schmerzen bis hin zur Pflegeabhängigkeit führen und gehen mit Belastungen für die Betroffenen und die Pflegepersonen einher. 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 Pflegepraxis [6].

Das Modell von Donabedian bietet eine gute Möglichkeit für die Betrachtung von Pflegequalität [7]. 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 und ebenfalls bei der jährlichen Pflegequalitätserhebung in unterschiedlichen

Einrichtungen des Gesundheitswesens zur Analyse und zur Verbesserung von Pflegequalität verwendet [8, 9].

Dabei werden in verschiedenen österreichischen Gesundheitseinrichtungen Daten zu Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Sturz, freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen und Schmerz sowohl auf Struktur- als auch auf Prozess- und Ergebnisebene erhoben. Durch die Teilnahme an der Pflegequalitätserhebung 2.0 erhalten Einrichtungen umfassende Informationen über Pflegequalitätsindikatoren. 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 werden [12]. Das Auftreten von Dekubitus wird als bedeutender Qualitätsindikator in der Versorgung von Patient*innen/Pflegeheimbewohner*innen betrachtet [13-15]. Internationale Studien zeigen in Krankenhäusern Dekubitusprävalenzraten von 2,2 % bis hin zu 24,7 % [16-22]. In Pflegeheimen werden internationale Dekubitusprävalenzraten zwischen 3,1 % und 16,9 % beschrieben [3, 23-25]. Patient*innen auf Intensivstationen haben ein höheres Dekubitusrisiko als Patient*innen anderer Stationen [17, 26-29]. Dekubitus stellen schwerwiegende Gesundheitsprobleme dar, die zu einer Einschränkung der Lebensqualität, einer verlängerten Aufenthaltsdauer [30] sowie einem erhöhten Pflegeaufwand [31] und damit auch zu erhöhten Kosten führen können. Die Kosten für die Behandlung eines Dekubitus belaufen sich auf 7 € bis 470 € pro Tag abhängig von der Einrichtungsart (Krankenhaus, Pflegeheim etc.) [32].

Neben Dekubitus kommt auch **Inkontinenz** häufig bei institutionalisierten Personen vor [33]. Dabei wird zwischen Urin- und Stuhlinkontinenz unterschieden. Urininkontinenz bedeutet einen unfreiwilligen Verlust von Urin [34] und Stuhlinkontinenz bedeutet einen unfreiwilligen Verlust von Stuhl [34]. Studien in Krankenhäusern berichten von Prävalenzraten zwischen 1,5 % und 29,4 % bei Urininkontinenz [35-37] und bis zu 30 % bei Stuhlinkontinenz [38]. 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 an [33, 34, 36, 37]. Neben psychischen und sozialen Auswirkungen [41] sowie erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität [41-46] führt Inkontinenz auch zu beträchtlichen ökonomischen Folgen [35, 36, 47]. Die Kosten eines Krankenhausaufenthaltes aufgrund von Stressurininkontinenz betragen zwischen 82 € und 955 € pro Tag [48].

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 führt [49]. Mangelernährung tritt vor allem bei älteren Menschen auf [50-53]. Internationale Prävalenzen von Mangelernährung bei Krankenhauspatient*innen reichen von 18 % bis zu 60 % [53-58]. In Pflegeheimen werden internationale Prävalenzraten von bis zu 66,5 % beschrieben [3, 57, 59-64]. 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 [51, 60, 65-67]. Eine frühzeitige Erfassung von Risikopatient*innen/ -bewohner*innen ist notwendig, um den Konsequenzen einer Mangelernährung durch gezielte Interventionen vorzubeugen [68]. Die Folgen einer Mangelernährung sind vielfältig und oftmals verbunden mit Institutionalisierung, längeren Liegezeiten und einer höheren Mortalität im Krankenhaus sowie einer Senkung der Lebensqualität [51, 58, 69-71]. Des Weiteren hat Mangelernährung erhöhte Krankenhauskosten zur Folge [72]. So werden beispielsweise in Spanien die jährlichen Kosten für Patient*innen mit Mangelernährung auf 1.100 Millionen € geschätzt [73] und

in Italien wurden 3.372 Millionen € jährliche Gesundheitskosten aufgrund von Mangelernährung errechnet [74]. Interventionen hinsichtlich Ernährungsberatung und -management können diese Kosten reduzieren [75-78].

Stürze sind ein weiteres relevantes Problem in der täglichen Pflegepraxis [75-81]. Unter einem Sturz sind alle Ereignisse zu verstehen, bei denen der*die Patient*in/Pflegeheimbewohner*in unbeabsichtigt auf den Boden oder nach unten fällt [82]. Zwischen 1,6 % und 3,6 % der Patient*innen stürzen mindestens einmal während eines Krankenhausaufenthaltes [83-85]. Über 65-jährige Personen stürzen öfter als jüngere Personen [84, 86] und über 50 % der über 80-jährigen Personen stürzen mindestens einmal jährlich [87]. Internationale Studien schätzen, dass ein Drittel der Pflegeheimbewohner*innen mindestens einmal pro Jahr stürzen [87]. Als Risikofaktoren für Stürze werden in der Literatur unter anderem kognitive und funktionale Einschränkungen, Inkontinenz, Multimorbidität, Polypharmazie sowie Umgebungsfaktoren wie mangelnde Beleuchtung oder rutschige Böden identifiziert [84, 86, 88-90]. Stürze stellen ein großes Problem in Gesundheitseinrichtungen dar, da sie zu erheblichen Konsequenzen wie Verletzungen (Hämatome, Gewebsverletzungen, Platzwunden, Knochenbrüche), erhöhte Pflegeabhängigkeit oder zu einem frühzeitigen Tod führen können [91-94]. Die Folgen eines Sturzes gehen mit hohen Gesundheitskosten einher. Panneman et al. (2021) [95] haben in den Niederlanden die jährlichen Kosten in Bezug auf Sturz auf 116 Millionen € berechnet. In Finnland betragen die Behandlungskosten von sturzbedingten Verletzungen bei einer Person über 65 Jahre im Durchschnitt 3.611 \$ [96].

Unter **freiheitseinschränkenden/-beschränkenden** Maßnahmen werden Maßnahmen verstanden, welche die Menschenrechte und die Bewegungsfreiheit verletzen. Dazu gehören jede Beschränkung der persönlichen Mobilität wie Abschottung, manuelle Beschränkung, mechanische Maßnahmen und rascher Einsatz von psychologischen Mitteln [97]. Internationale Prävalenzraten zu freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen liegen zwischen 0 % und 32 % in Krankenhäusern [98-101], wobei auf Intensivstationen die Raten sogar bis zu 90 % reichen [99, 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 [100, 106-108]. Die Literatur zeigt, dass freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen in den meisten

Fällen negative Folgen hervorrufen und zu Problemen wie Kontrakturen, Inkontinenz, Stürzen und Pflegeabhängigkeit führen können [109]. Für die betroffenen Personen bedeutet dies ein Abfall des funktionalen Gesundheitszustandes sowie eine verlängerte Krankenhausaufenthaltsdauer und erhöhte Mortalität [98]. Für Pflegende bedeuten freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen oft negative Empfindungen und Schuldgefühle [110].

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 Gesundheitsproblem [112-117]. Im Jahre 2019 gehörten chronische Rücken-, Nacken- und Kopfschmerzen zu den häufigsten chronischen Erkrankungen der österreichischen Bevölkerung [118]. Chronischer Schmerz wird mit Depressionen, Beeinträchtigungen im Berufsleben, vermindertem Schlaf und reduzierter Lebensqualität assoziiert [119, 120]. Chronischer Schmerz und hohe Schmerzintensität gehen mit erhöhten Gesundheitskosten sowie gesellschaftlichen Kosten (z.B. frühzeitige Pensionierung) einher [120, 121]. In Österreich liegen die jährlichen medizinischen Kosten einer Person, welche an chronischen Schmerzen leidet, bei 5.725 € [122]. Aus der internationalen Literatur geht hervor, dass die Häufigkeit von Schmerzen bei Patient*innen im Krankenhaus zwischen 63 % und 83 % liegt [123-125]. 24,1 % bis 35 % der Patient*innen im Krankenhaus berichten über starke Schmerzen (≥ 7 auf einer Schmerzskala von 0-10) [123, 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 verstärken [126-128]. 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 Pflegen-

den 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 konnte [130]. Die PAS umfasst 15 Items, die physische und psychosoziale Aspekte abdecken (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 ein Bedarf an Unterstützung durch die Pflegepersonen notwendig ist [131]. Das Hauptziel dieses Instrumentes ist es, den Pflegenden eine Hilfe zur systematischen Einschätzung der Grundbedürfnisse von Patient*innen/ Pflegeheimbewohner*innen sowie zur Planung des Pflegeprozesses anzubieten [129]. Dadurch bildet die PAS die Basis für die Planung und 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 vermeid- 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 Pflege [133]. Qualitätsindikatoren sind in der österreichischen Praxis jedoch noch immer unzureichend vorhanden [20, 23, 24, 134-136].

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung sowie Stürze, freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen und Schmerz bei Patient*innen/ Pflegeheimbewohner*innen zu massiven

Einschränkungen, Folgeproblemen und einer verminderten 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 aktuelle Pflegepraxis und geben Anregungen für Verbesserungen [139]. Bei regelmäßiger Teilnahme der Einrichtungen an Prävalenzstudien können initiierte Verbesserungen erkannt und die so erzielten Erfolge sichtbar gemacht werden. Seit 2009 gibt 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 dazu dienen sich mit anderen teilnehmenden Einrichtungen zu vergleichen. Die Daten bieten ebenfalls einen guten Einblick in die Pflegequalität der österreichischen Einrichtungen und sind für Forscher*innen 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 Daten [1] der Universität Maastricht, Niederlande, durchgeführt.

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 mündliche 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. Gelingt 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 Pflegeein-

dikatoren zusammengestellt und werden regelmäßig nach neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen aktualisiert. Bei der Zusammenstellung wurde auf vorhandene wissenschaftlich getestete (psychometrisch geprüfte) Messinstrumente, wie die Braden-Skala [142] 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 den durchgeführten Interventionen.

Risikoerfassung

Bei Dekubitus, Mangelernährung und Sturz wird mithilfe bestimmter Risikofaktoren erfragt ob bei dem jeweiligen Patient*in ein Risiko für den Pflegeindikator vorliegt. Bei Dekubitus nutzen wir beispielsweise die Bradenskala und bei Mangelernährung den MUST (Malnutrition Universal Screening Tool). Bei Mangelernährung werden jedoch auch noch weitere Risikofaktoren erhoben (wie z.B. Gewichtsverlust) und daraus eine Risikobeurteilung abgeleitet (= Definition von Halfens et al.). Zusätzlich dazu sollen die erhebenden Pflegepersonen bei Dekubitus und Mangelernährung auch eine Risikobeurteilung mithilfe des klinischen Blicks durchführen. Der Grund dafür ist, dass Screening- und Assessmentinstrumente Grenzen und Einschränkungen haben [143, 144]. Außerdem gibt es beispielsweise beim Pflegeindikator Mangelernährung zahlreiche unterschiedliche Screeninginstrumente und keinen international anerkannten Goldstandard. Daher wird seit ein paar Jahren empfohlen, auch den klinischen Blick bei der Beurteilung eines Risikos hinzuzuziehen. Das wird beispielsweise auch in der aktuellen Leitlinie zur Prävention und Behandlung von Dekubitus empfohlen [12].

Die nachfolgende Beschreibung der Qualitätsindikatoren trifft auf alle Pflegeindikatoren zu:

Einrichtungsebene

Standards/Leitlinien: schriftliche, wissenschaftliche 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.

Studienpopulation

Die *Pflegequalitätserhebung 2.0* fand in einem vorab festgelegten Zeitraum **(09. - 11. November 2022)** statt. Zur Population der Studie zählten dieses Mal alle Patient*innen, die sich am Tag der Erhebung auf den teilnehmenden Stationen befanden. Pflegeheime haben im Jahr 2022 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 (Online Ergebnispräsentation) mit übersichtlichen Grafiken und Tabellen zur Verfügung gestellt.

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

Der Gesamtbericht zur *Pflegequalitätserhebung 2.0 2022*

Der vorliegende Bericht ist so gestaltet, dass keine Rückschlüsse auf einzelne Einrichtungen gezogen werden können. Bitte beachten Sie auch, dass im heurigen Jahr nicht mehr 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 2022 dargestellt.

STICHPROBE

Einleitung

Im November 2022 beteiligten sich in Österreich 34 Krankenhäuser, davon 19 Allgemeine Krankenhäuser (AKH) und 15 Universitätskliniken (UK). Insgesamt wurden 3933 Patient*innen am Tag der Erhebung in den teilnehmenden Einrichtungen betreut.

Teilnehmer*innen und Rücklaufquote

Die gesamte Rücklaufquote betrug 73 % (72,8 % in den Allgemeinen Krankenhäusern und 73,2 % in den Universitätskliniken). Das bedeutet, dass von 3933 anwesenden Patient*innen, 2869 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 AKH (N=623)	Nicht Teilnehmer*innen UK (N=441)	Nicht- Teilnehmer*innen Gesamt (N=1064)
Teilnahme verweigert	24,7 %	26,8 %	25,6 %
Nicht erreichbar	22,5 %	24,0 %	23,1 %
Kognitiver Zustand zu schlecht	21,3 %	22,2 %	21,7 %
Sonstiges	10,9 %	8,2 %	9,8 %
Versteht oder spricht die Sprache nicht	9,5 %	7,9 %	8,8 %
Covid-19 Verdachtsfall oder Betroffene*r	5,1 %	5,2 %	5,2 %
Komatös	3,0 %	4,3 %	3,6 %
Terminal	2,9 %	1,4 %	2,3 %

Die häufigsten Gründe für die Nicht-Teilnahme an der Erhebung waren die generelle Verweigerung der Teilnahme (25,6 %), die Nicht-Erreichbarkeit von Patient*innen aufgrund von Untersuchungen (23,1 %) und der schlechte kognitive Zustand der Patient*innen (21,7 %). Es gab keine Unterschiede zwischen den beiden Einrichtungstypen.

Demographische Merkmale

Zu den erhobenen demographischen Merkmalen gehörten Geschlecht und Alter (Tabelle 1.2 und 1.3).

Tabelle 1.2 Geschlecht

	Patient*innen AKH (N=1665)	Patient*innen UK (N=1204)	Patient*innen Gesamt (N=2869)
Männer	45,5 %	53,1 %	48,7 %
Frauen	54,5 %	46,8 %	51,3 %
Patient*in möchte keine Angaben machen	-	0,1 %	0,1 %

Insgesamt wurden mehr Frauen (51,3 %) als Männer (48,7 %) befragt. In den Allgemeinen Krankenhäusern war der Großteil der Patient*innen Frauen und in den Universitätskliniken war der Großteil Männer.

Tabelle 1.3 Durchschnittsalter*

	Patient*innen AKH (N=1665)	Patient*innen UK (N=1204)	Patient*innen Gesamt (N=2869)
Durchschnittsalter Männer (in Jahren)	67	63	65
Durchschnittsalter Frauen (in Jahren)	68	65	67
Durchschnittsalter Gesamt (in Jahren)	68	64	66

*Person, ohne Angaben zum Geschlecht, wird aus Gründen der Anonymität nicht gesondert dargestellt

Der Altersdurchschnitt aller Patient*innen lag bei 66 Jahren und Männer waren jünger als Frauen. Die Patient*innen der Allgemeinen Krankenhäuser waren im Schnitt 68 und die Patient*innen der Universitätskliniken 64 Jahre alt.

In Abbildung 1.1 werden die Altersgruppen dargestellt.

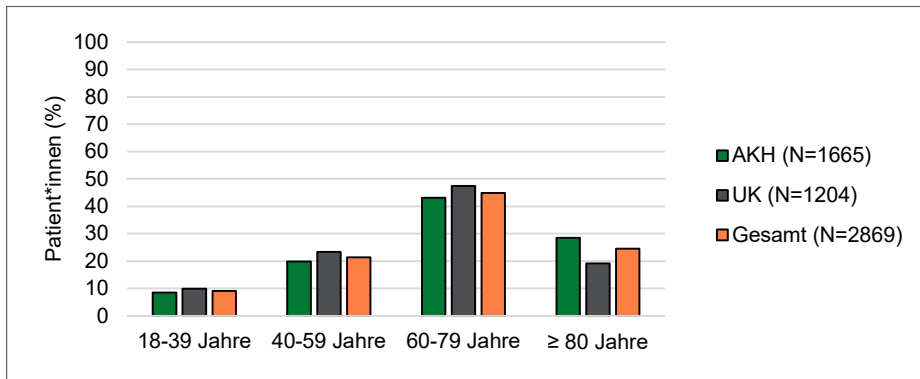


Abbildung 1.1 Altersgruppen

Die meisten Patient*innen waren in der Altersgruppe zwischen 60 und 79 Jahren.

Krankheitsbilder

In Tabelle 1.4 sind die verschiedenen Krankheitsbilder angeführt.

Tabelle 1.4 Krankheitsbilder (Mehrfachantworten möglich)

	Patient*innen AKH (N=1665)	Patient*innen UK (N=1204)	Patient*innen Gesamt (N=2869)
Krankheiten des Kreislaufsystems (ohne Schlaganfall)	37,5 %	43,7 %	40,1 %
Bösartige Neubildungen	16,5 %	25,1 %	20,1 %
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	19,3 %	17,8 %	18,6 %
Krankheiten des Verdauungssystems	18,0 %	18,1 %	18,0 %

Pflegequalitätserhebung 2.0 (2022)

Krankheiten des Urogenitalsystems	18,7 %	16,3 %	17,7 %
Krankheiten des Atmungssystems	17,7 %	17,4 %	17,6 %
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ohne Diabetes mellitus)	15,1 %	17,2 %	16,0 %
Diabetes Mellitus	16,5 %	12,6 %	14,8 %
Krankheiten des Nervensystems (ohne Verletzungen des Rückenmarks/ Querschnittlähmung)	11,2 %	7,6 %	9,7 %
Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen (z.B. Depression) (ohne Demenz, Störungen durch psychotrope Substanzen, Sucht)	11,5 %	7,3 %	9,7 %
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	5,8 %	8,6 %	7,0 %
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (ohne Überdosis)	7,0 %	6,8 %	6,9 %
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	5,3 %	7,9 %	6,4 %
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	4,4 %	7,6 %	5,8 %
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	6,2 %	4,6 %	5,5 %
Schlaganfall	6,2 %	4,6 %	5,5 %
Krankheiten des Auges und der Augenhilfsorgane	3,9 %	7,8 %	5,5 %
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	4,6 %	4,7 %	4,6 %
Psychotroper Substanzmissbrauch/Sucht	4,6 %	2,7 %	3,8 %
Demenz	4,9 %	1,2 %	3,3 %
Sonstiges	3,5 %	2,0 %	2,8 %
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	1,2 %	3,0 %	2,0 %
Unbekannt/ Keine Diagnose	1,2 %	-	0,7 %

Die drei häufigsten Erkrankungen waren Krankheiten des Kreislaufsystems (40,1 %), bösartige Neubildungen (22,3 %) und Krankheiten des Muskel-Skelett Systems (18,6 %).

Fachbereiche

In der Tabelle 1.5 sind Patient*innen differenziert nach Fachbereichen dargestellt.

Tabelle 1.5 Patient*innen differenziert nach Fachbereichen

	Patient*innen AKH (N=1665)	Patient*innen UK (N=1204)	Patient*innen Gesamt (N=2869)
Nicht-operativ (konservativ)	41,3 %	33,5 %	38,0 %
Operativ	45,4 %	49,8 %	47,2 %
Psychiatrie	8,7 %	2,4 %	6,1 %
ICU / MC	0,7 %	8,0 %	3,8 %
Gynäkologie/Obstetrik	1,7 %	2,3 %	2,0 %
Akutgeriatrie	1,1 %	1,6 %	1,3 %
Sonstiges	1,0 %	1,3 %	1,1 %
Palliativ	-	1,1 %	0,5 %

38,0 % der Patient*innen wurden in konservativen und 47,2 % in operativen Fachbereichen und 6,1 % der Patient*innen wurden auf psychiatrischen Fachbereichen betreut.

Patient*innen am Ende des Lebens

Bei insgesamt 4,6 % der Patient*innen wurde ein Pflege- und Behandlungspfad für Patient*innen am Ende des Lebens befolgt, davon 4,6 % in den Allgemeinen Krankenhäusern und 4,7 % in den Universitätskliniken.

In der Tabelle 1.6 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 1.6 Pflege- und Behandlungspfad für Patient*innen am Ende des Lebens

	Patient*innen AKH (N=77)	Patient*innen UK (N=56)	Patient*innen Gesamt (N=133)
18 - 39 Jahre	-	1,8 %	0,8 %
40 - 59 Jahre	7,8 %	14,3 %	10,5 %
60 - 79 Jahre	44,2 %	57,1 %	49,6 %
≥ 80 Jahre	48,1 %	26,8 %	39,1 %

Personen, bei denen ein Pflege- und Behandlungspfad am Ende des Lebens befolgt wurde (49,6 %) waren größtenteils zwischen 60 und 79 Jahren alt.

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 pflegeunabhängig [130].

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 AKH (N=1665)	Patient*innen UK (N=1204)	Patient*innen Gesamt (N=2869)
Völlig abhängig [15-24 Punkte]	4,9 %	3,2 %	4,1 %
Überwiegend abhängig [25-44 Punkte]	6,9 %	5,8 %	6,4 %
Teilweise abhängig [45-59 Punkte]	12,3 %	10,1 %	11,4 %
Überwiegend unabhängig [60-69 Punkte]	17,2 %	15,5 %	16,5 %
Völlig unabhängig [70-75 Punkte]	58,7 %	65,4 %	61,5 %

Betrachtet man die einzelnen Kategorien genauer, wird deutlich, dass insgesamt 61,5 % der Patient*innen völlig unabhängig von pflegerischer Unterstützung

zung waren. Auch in den Allgemeinen Krankenanstalten und den Universitätskliniken waren die meisten Patient*innen völlig unabhängig. Völlig pflegeabhängig waren insgesamt 4,1 % 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*

	Patient*innen AKH (N=1665)	Patient*innen UK (N=1204)	Patient*innen Gesamt (N=2869)
Frauen	64,2 Punkte	66,6 Punkte	65,1 Punkte
Männer	64,9 Punkte	66,7 Punkte	65,7 Punkte
Gesamt	64,5 Punkte	66,6 Punkte	65,4 Punkte

*Person, ohne Angaben zum Geschlecht, wird aus Gründen der Anonymität nicht gesondert dargestellt

Der durchschnittliche Grad der Pflegeabhängigkeit lag insgesamt bei 65,4 Punkten, was bedeutet, dass die Teilnehmer*innen im Durchschnitt überwiegend unabhängig waren. Durchschnittlich erreichten Frauen 65,1 Punkte und Männer 65,7 Punkte.

Tabelle 2.3 Durchschnittliche Pflegeabhängigkeit nach Altersgruppen

	Patient*innen AKH (N=1665)	Patient*innen UK (N=1204)	Patient*innen Gesamt (N=2869)
18-39 Jahre	70,5 Punkte	70,1 Punkte	70,3 Punkte
40-59 Jahre	70,0 Punkte	69,6 Punkte	69,8 Punkte
60-79 Jahre	65,8 Punkte	66,6 Punkte	66,1 Punkte
≥ 80 Jahre	57,0 Punkte	61,4 Punkte	58,4 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 (Tabellen 2.4 - 2.6).

Tabelle 2.4 Anteil an Patient*innen pro Item und Kategorie der Pflegeabhängigkeitsskala in AKH (N=1665)

	Völlig abhängig	Überwiegend abhängig	Teilweise abhängig	Überwiegend unabhängig	Völlig unabhängig
Essen und Trinken	5,2 %	5,0 %	10,3 %	10,9 %	68,5 %
Kontinenz	11,1 %	5,6 %	10 %	8,2 %	65,2 %
Körperhaltung	6,4 %	7,5 %	10,7 %	11,4 %	64,0 %
Mobilität	8,9 %	8,6 %	13,0 %	15,0 %	54,4 %
Tages- und Nachtrhythmus	4,1 %	3,1 %	8,2 %	12,0 %	72,6 %
An- und Auskleiden	8,5 %	7,3 %	13,5 %	11,5 %	59,2 %
Körpertemperatur	5,1 %	3,1 %	4,2 %	7,1 %	80,5 %
Körperpflege	9,2 %	9,1 %	14,4 %	12,5 %	54,9 %
Vermeiden von Gefahren	7,0 %	6,1 %	9,2 %	12,6 %	65,0 %
Kommunikation	3,3 %	2,7 %	5,0 %	8,6 %	80,4 %
Kontakte mit Anderen	4,1 %	2,8 %	5,9 %	9,3 %	77,9 %
Sinn für Regeln und Werte	4,7 %	3,1 %	4,2 %	8,1 %	79,8 %
Alltagsaktivitäten	7,5 %	5,0 %	9,2 %	11,2 %	67,1 %
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung	7,0 %	3,9 %	6,9 %	10,7 %	71,5 %
Lernfähigkeit	6,3 %	4,9 %	6,5 %	12,5 %	69,8 %

Tabelle 2.5 Anteil an Patient*innen pro Item und Kategorie der Pflegeabhängigkeitsskala in UK (N=1204)

	Völlig abhängig	Überwiegend abhängig	Teilweise abhängig	Überwiegend unabhängig	Völlig unabhängig
Essen und Trinken	4,7 %	2,9 %	7,8 %	10,4 %	74,3 %
Kontinenz	6,1 %	3,9 %	10,1 %	6,5 %	73,4 %
Körperhaltung	4,5 %	5,7 %	10,6 %	9,1 %	70,1 %
Mobilität	7,9 %	6,6 %	12,7 %	11,7 %	61,0 %
Tages- und Nachtrhythmus	2,9 %	1,7 %	6,3 %	8,8 %	80,2 %
An- und Auskleiden	7,3 %	5,1 %	12,7 %	12,1 %	62,8 %
Körpertemperatur	2,5 %	1,6 %	3,1 %	5,6 %	87,2 %
Körperpflege	7,5 %	7,6 %	16,3 %	10 %	58,6 %
Vermeiden von Gefahren	6,2 %	3,6 %	8,8 %	8,6 %	72,5 %
Kommunikation	2,7 %	1,6 %	2,5 %	5,5 %	87,8 %
Kontakte mit Anderen	3,2 %	2,2 %	4,6 %	7,7 %	82,3 %
Sinn für Regeln und Werte	3,9 %	1,6 %	3,0 %	5,7 %	85,8 %
Alltagsaktivitäten	6,4 %	5,9 %	9,0 %	8,9 %	69,9 %
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung	4,3 %	3,8 %	7,2 %	9,4 %	75,2 %
Lernfähigkeit	4,0 %	2,7 %	5,5 %	6,9 %	81,0 %

Tabelle 2.6 Anteil an Patient*innen pro Item und Kategorie der Pflegeabhängigkeitsskala Gesamt (N=2869)

	Völlig abhängig	Überwiegend abhängig	Teilweise abhängig	Überwiegend unabhängig	Völlig unabhängig
Essen und Trinken	5,0 %	4,1 %	9,3 %	10,7 %	70,9 %
Kontinenz	9,0 %	4,9 %	10,0 %	7,5 %	68,6 %
Körperhaltung	5,6 %	6,8 %	10,7 %	10,4 %	66,6 %
Mobilität	8,5 %	7,8 %	12,9 %	13,6 %	57,2 %
Tages- und Nachtrhythmus	3,6 %	2,5 %	7,4 %	10,7 %	75,8 %
An- und Auskleiden	8,0 %	6,4 %	13,1 %	11,8 %	60,7 %
Körpertemperatur	4,0 %	2,4 %	3,7 %	6,5 %	83,3 %
Körperpflege	8,5 %	8,5 %	15,2 %	11,5 %	56,4 %
Vermeiden von Gefahren	6,7 %	5,1 %	9,1 %	11,0 %	68,2 %
Kommunikation	3,0 %	2,2 %	4,0 %	7,3 %	83,5 %
Kontakte mit Anderen	3,7 %	2,5 %	5,3 %	8,6 %	79,7 %
Sinn für Regeln und Werte	4,4 %	2,4 %	3,7 %	7,1 %	82,4 %
Alltagsaktivitäten	7,0 %	5,4 %	9,1 %	10,2 %	68,2 %
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung	5,9 %	3,9 %	7,0 %	10,1 %	73,1 %
Lernfähigkeit	5,3 %	3,9 %	6,1 %	10,1 %	74,5 %

Patient*innen der Allgemeinen Krankenhäuser waren in allen Items größtenteils pflegeunabhängig. In den Items Körperpflege (18,3 %), Mobilität (17,5 %) und Kontinenz (16,7 %) war der Anteil der völlig oder überwiegend pflegeabhängigen Patient*innen erhöht.

Ähnliche Ergebnisse finden sich bei den Universitätskliniken. Auch dort war der Großteil der Patient*innen völlig unabhängig. In den Items Körperpflege (15,1 %), Mobilität (14,5 %) sowie An- und Auskleiden (12,4 %) war der Anteil an völlig oder überwiegend pflegeabhängigen Personen am höchsten.

DEKUBITUS

Einleitung

Dieses Kapitel enthält Angaben über das Dekubitusrisiko der untersuchten Patient*innen, erhoben mittels der Bradenskala und des klinischen Blicks [12, 142, 145]. Es werden außerdem die Dekubitushäufigkeit (Prävalenz), Merkmale des/der festgestellten Dekubitus und die anatomischen Lokalisationen beschrieben. Die Einschätzung der/des Dekubitus erfolgte anhand der Dekubitusklassifikation des European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP), National Pressure Injury Advisory Panel (NPIAP) und Pan Pacific Pressure Injury Alliance (PPPIA) [12] (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 33 teilnehmenden Einrichtungen wurde der Indikator Dekubitus erhoben.

Hinweis: 34 Personen konnten nicht in die nachfolgenden Analysen eingeschlossen werden, weil sie eine Hautinspektion ablehnten.

Tabelle 3.1 Dekubitusklassifikation nach EPUAP, NPIAP & PPIA (2019) [12]

Kategorie	Beschreibung
Kategorie 1	Intakte Haut mit nicht wegdrückbarer Rötung eines lokalen Bereichs gewöhnlich über einem knöchernen Vorsprung. Der Bereich kann schmerzhaft, härter, weicher, wärmer oder kälter im Vergleich zu dem umgebenden Gewebe sein.
Kategorie 2	Teilzerstörung der Haut (bis in die Dermis/Lederhaut), die als flaches, offenes Ulcus mit einem rot bis rosafarbenen Wundbett ohne Beläge in Erscheinung tritt. Kann sich auch als intakte oder offene/ruptierte, serumgefüllte Blase darstellen.
Kategorie 3	Vollständiger Gewebeverlust. Subkutanes Fett kann sichtbar sein; aber Knochen, Sehne oder Muskel liegen nicht offen. Beläge können vorhanden sein, die aber nicht die Tiefe des Gewebeverlustes verdecken. Es können Taschenbildungen oder Unterminierungen vorliegen.
Kategorie 4	Vollständiger Gewebeverlust mit freiliegenden Knochen, Sehnen oder Muskeln. Beläge oder Schorf können an einigen Teilen des Wundbettes vorhanden sein. Es können Taschenbildungen oder Unterminierungen vorliegen.
Dekubitus nicht kategorisierbar – Tiefe unbekannt	Ein vollständiger Gewebeverlust, bei dem die Basis des Ulcus von Belägen (gelb, hellbraun, grau, grün oder braun) und/oder Schorf im Wundbett bedeckt ist. Bis genügend Beläge und/oder Schorf entfernt sind 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 und mittels klinischem Blick hinsichtlich des individuellen Dekubitusrisikos eingeschätzt.

In Tabelle 3.2 wird das Dekubitusrisiko nach Braden und dem klinischen Blick dargestellt.

Tabelle 3.2 Dekubitusrisiko nach Braden und klinischem Blick

	Patient*innen AKH (N=1646)	Patient*innen UK (N=1174)	Patient*innen Gesamt (N=2820)
Braden	35,4 %	34,4 %	35,0 %
Klinischer Blick	17,5 %	15,7 %	16,7 %

Laut der Bradenskala wiesen 35 % der Patient*innen ein Dekubitusrisiko auf, das heißt sie erreichten einen Wert ≤ 18 . Anhand des klinischen Blicks der Pflegepersonen wurden 16,7 % der Patient*innen als dekubitusgefährdet eingestuft. Es gab keine Unterschiede zwischen den Einrichtungsarten.

Dekubitusprävalenz

In Tabelle 3.3 wird die Prävalenz von Dekubitus (alle Kategorien und ohne Kategorie 1) dargestellt.

Tabelle 3.3 Dekubitusprävalenz

	Patient*innen AKH (N=1646)	Patient*innen UK (N=1174)	Patient*innen Gesamt (N=2820)
Dekubitus (alle Kategorien)	4,7 %	3,0 %	4,0 %
Dekubitus (ohne Kategorie 1)	3,2 %	1,4 %	2,4 %

Insgesamt lag der Anteil an Patient*innen mit mindestens einem Dekubitus bei 4,0 % (alle Kategorien) bzw. 2,4 % (ohne Kategorie 1). Der Anteil war jeweils in den Allgemeinen Krankenhäusern am höchsten.

In den Abbildung 3.1 und 3.2. werden die Dekubitusprävalenzraten (alle Kategorien) getrennt nach Geschlecht und Altersgruppen dargestellt.

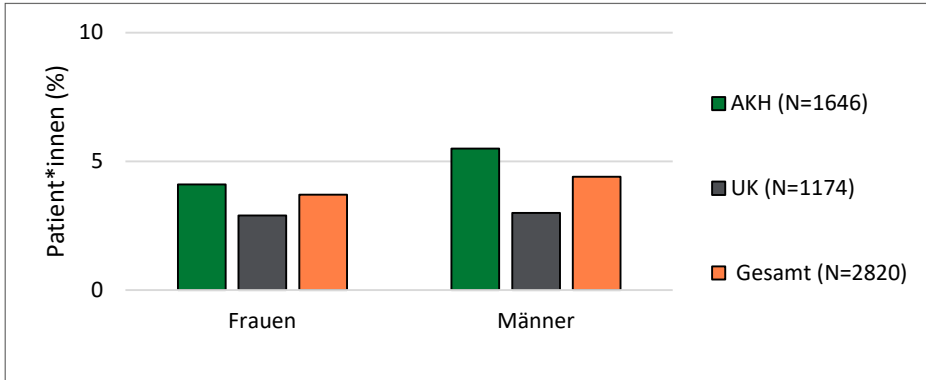


Abbildung 3.1 Dekubitusprävalenz nach Geschlecht*

*Person, ohne Angaben zum Geschlecht, wird aus Gründen der Anonymität nicht gesondert dargestellt

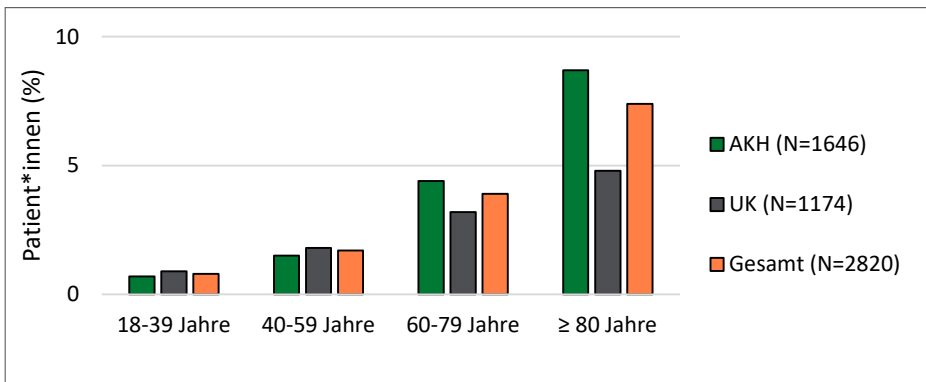


Abbildung 3.2 Dekubitusprävalenz nach Altersgruppen

Männer waren geringfügig häufiger von Dekubitus betroffen als Frauen. Patient*innen über 80 Jahre hatten die höchste Prävalenz von Dekubitus.

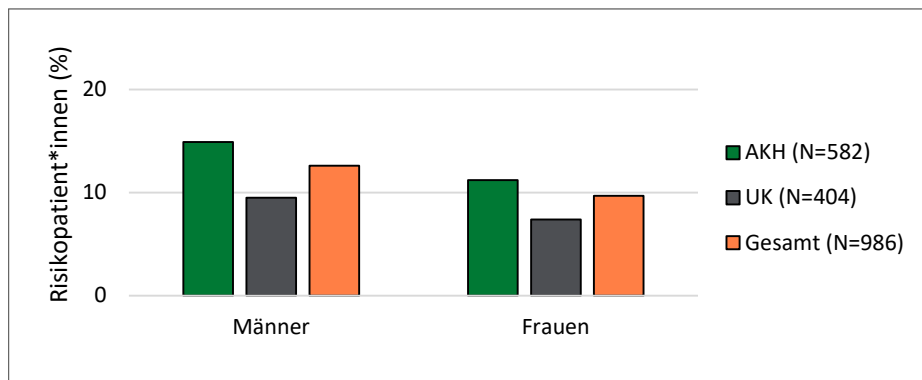
In Tabelle 3.4 wird die Dekubitusprävalenz ausschließlich für die Gruppe der Patient*innen mit bestehendem Dekubitusrisiko (Bradenwert ≤ 18) dargestellt.

Tabelle 3.4 Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe

	Patient*innen AKH (N=582)	Patient*innen UK (N=404)	Patient*innen Gesamt (N=986)
Dekubitus (alle Kategorien)	12,9 %	8,4 %	11,1 %
Dekubitus (ohne Kategorie 1)	8,6 %	4,0 %	6,7 %

Von allen Personen, die ein Risiko aufwiesen (N=285) hatten 11,1 % einen Dekubitus inklusive Kategorie 1 laut EPUAP, NPIAP & PPIA (2019) [12]. Die Dekubitusprävalenz war jeweils in den Allgemeinen Krankenhäusern höher als in den Universitätskliniken.

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

**Abbildung 3.3** Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe nach Geschlecht*

*Person, ohne Angaben zum Geschlecht, wird aus Gründen der Anonymität nicht gesondert dargestellt

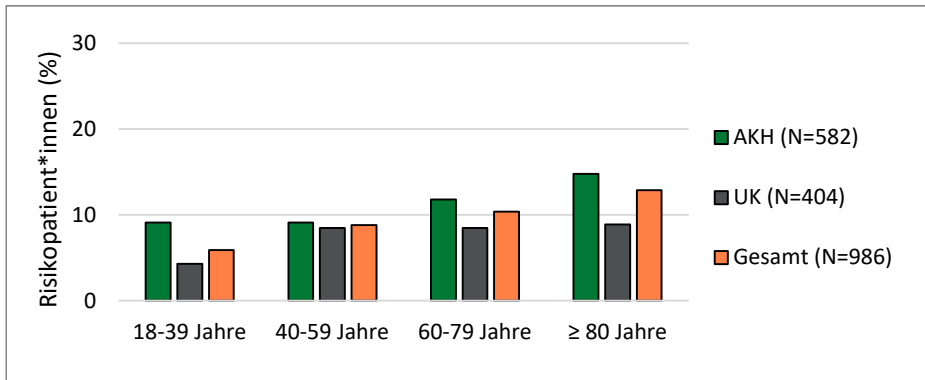


Abbildung 3.4 Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe nach Altersgruppen

Männer mit einem Risiko für Dekubitus laut Braden-Skala hatten mit 12,6 % (alle Kategorien) häufiger einen Dekubitus als Frauen (9,7 %).

Die Dekubitusprävalenz (alle Kategorien) in der Gruppe der Personen mit einem Risiko steigt mit dem Alter leicht an. In der Altersgruppe der über 80-Jährigen ist sie mit 12,9 % am höchsten.

Dekubitusmerkmale

In Tabelle 3.5 wird gezeigt, welcher Kategorie der/die Dekubitus zugeordnet ist 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 3.5 Dekubitusprävalenz nach Kategorien

Dekubitusprävalenz nach Kategorien	Patient*innen AKH (N=78)	Patient*innen UK (N=35)	Patient*innen Gesamt (N=113)
Kategorie 1	35,9 %	57,1 %	42,5 %
Kategorie 2	39,7 %	11,4 %	31,0 %
Kategorie 3	15,4 %	11,4 %	14,2 %
Kategorie 4	1,3 %	11,4 %	4,4 %
Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt	1,3 %	2,9 %	1,8 %
Dekubitus nicht kategorisierbar	6,4 %	5,7 %	6,2 %
Zeitpunkt der Entstehung			
Vor der Aufnahme in die Einrichtung	52,6 %	60,0 %	54,9 %
Nach der Aufnahme in die Einrichtung	47,4 %	40,0 %	45,1 %

Bei allen Patient*innen, die einen Dekubitus hatten, gab es am häufigsten Dekubitus der Kategorie 1 (42,5 %). In den Allgemeinen Krankenhäusern gab es am häufigsten Dekubituswunden der Kategorie 2.

Die meisten Dekubitus (54,9 %) entstanden vor der Aufnahme in die Einrichtung.

In der Tabelle 3.6 sind die anatomischen Lokalisationen der Dekubituswunden dargestellt. In der nachfolgenden Tabelle handelt es sich nicht um die Anzahl der Personen mit Dekubitus, sondern um die Anzahl der Dekubituswunden.

Tabelle 3.6 Lokalisation der Dekubituswunden

	Dekubituswunden AKH (N=107)	Dekubituswunden UK (N=51)	Dekubituswunden Gesamt (N=158)
Kreuzbein	43,9 %	37,3 %	41,8 %
Ferse	29,9 %	11,8 %	24,1 %
Sonstiges	11,2 %	17,6 %	13,3 %
Trochanter	7,5 %	11,8 %	8,9 %
Knöchel	5,6 %	7,8 %	6,3 %
Kopf	0,9 %	5,9 %	2,5 %
Sitzbein	0 %	5,9 %	1,9 %
Ellbogen	0,9 %	2,0 %	1,3 %

Die meisten Dekubituswunden wurden insgesamt am Kreuzbein (40,2 %) und an der Ferse (23,2 %) lokalisiert. In den Universitätskliniken war die Lokalisation Sonstiges am zweithäufigsten.

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 dar [145].

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

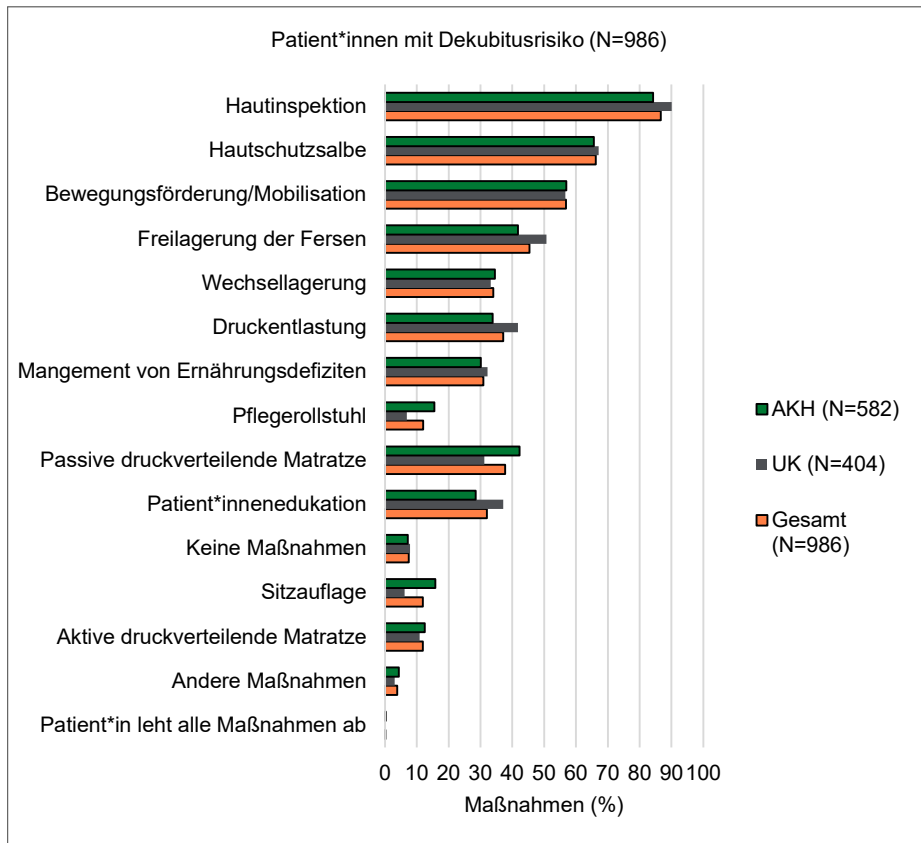


Abbildung 3.5 Präventionsmaßnahmen bei Patient*innen mit Dekubitusrisiko laut Braden-Skala (Mehrfachantworten möglich)

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 %). Bei 7,5 % der Patient*innen mit einem Dekubitusrisiko wurden keine präventiven Maßnahmen durchgeführt. Eine gezielte Patient*innenedukation wurde bei knapp 30% der Risikopatient*innen durchgeführt.

Qualitätsindikatoren Dekubitus

Eine allgemeine Beschreibung der Qualitätsindikatoren finden Sie ab Seite 22.

Es liegen auswertbare Daten von 33 Einrichtungen und 205 Stationen vor. Für diese Einrichtungen werden die Qualitätsindikatoren für Dekubitus auf Einrichtungs- und Stationsebene dargestellt.

In Tabelle 3.7 sind die Qualitätsindikatoren zu Dekubitus auf Einrichtungsebene dargestellt.

Tabelle 3.7 Qualitätsindikatoren zu Dekubitus auf Einrichtungsebene

	AKH (N=18)	UK (N=15)	Gesamt (N=33)
Standard/ Leitlinie	15 (83,3 %)	9 (60 %)	24 (72,7 %)
Multidisziplinäres Expert*innenteam	13 (72,2 %)	12 (80 %)	25 (75,8 %)

Ein Standard oder eine Leitlinie zur Dekubitusprävention/-behandlung war in 24 von 33 Einrichtungen vorhanden. In 25 Einrichtungen gab es eine multidisziplinäre Dekubitusexpert*innengruppe.

In Tabelle 3.8 werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren zu Dekubitus auf Stationsebene dargestellt.

Tabelle 3.8 Qualitätsindikatoren zu Dekubitus auf Stationsebene

	AKH (N=118)	UK (N=87)	Gesamt (N=205)
Regelmäßige Audits	89,8 %	57,5 %	76,1 %
Multidisziplinäre Beratung	92,4 %	77,0 %	85,9 %
Risiko in Dokumentation aufgezeichnet	100,0 %	93,1 %	97,1 %
Fortbildung	55,1 %	19,5 %	40,0 %
Standardisierte Informationsweitergabe	93,2 %	88,5 %	91,2 %

Am häufigsten gab es in allen teilnehmenden Stationen die Aufzeichnung des Dekubitusrisikos sowie die standardisierte Informationsweitergabe. Allgemeine Krankenhäuser erreichten bei der Aufzeichnung des Dekubitusrisikos 100 % und lagen auch bei den restlichen Qualitätsindikatoren auf Stations-ebene über den Universitätskliniken.

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 33 von 34 teilnehmenden Einrichtungen wurde der Indikator Inkontinenz erhoben.

Hinweis: 155 Personen wurden nicht in die nachfolgenden Analysen zu Inkontinenz eingeschlossen, da sie aufgrund der Urininkontinenz einen Katheter hatten.

Prävalenz von Inkontinenz

In Tabelle 4.1 wird die Prävalenz von Inkontinenz im Vergleich zwischen den Einrichtungsarten dargestellt.

Tabelle 4.1 Inkontinenz

	Patient*innen AKH (N=1554)	Patient*innen UK (N=1140)	Patient*innen Gesamt (N=2694)
Urininkontinenz	14,8 %	9,7 %	12,7 %
Nosokomiale Urininkontinenz	2,6 %	2,3 %	2,5 %
Stuhlinkontinenz	7,1 %	4,2 %	5,9 %
Nosokomiale Stuhlinkontinenz	1,9 %	1,6 %	1,8 %
Doppelinkontinenz	5,7 %	2,0 %	4,2 %

In den Abbildungen 4.1 bis 4.4 werden die Prävalenz von Urin- und Stuhlinkontinenz nach Geschlecht und Altersgruppen dargestellt.

Die Person ohne Angaben zum Geschlecht, wird aus Gründen der Anonymität nicht gesondert dargestellt.

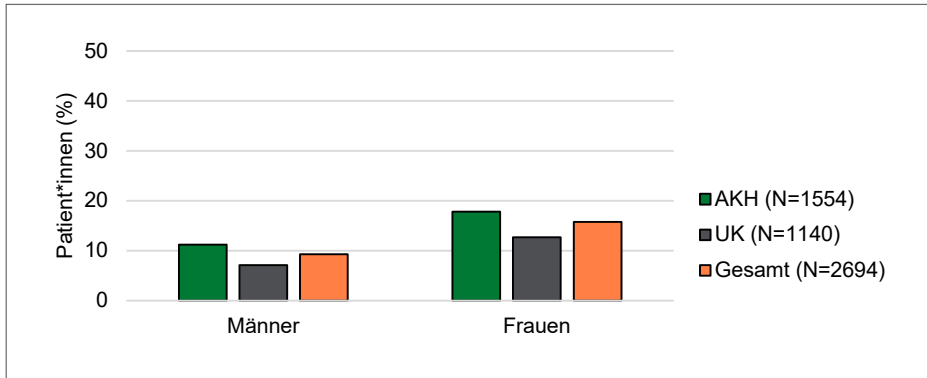


Abbildung 4.1 Prävalenz von Urininkontinenz nach Geschlecht

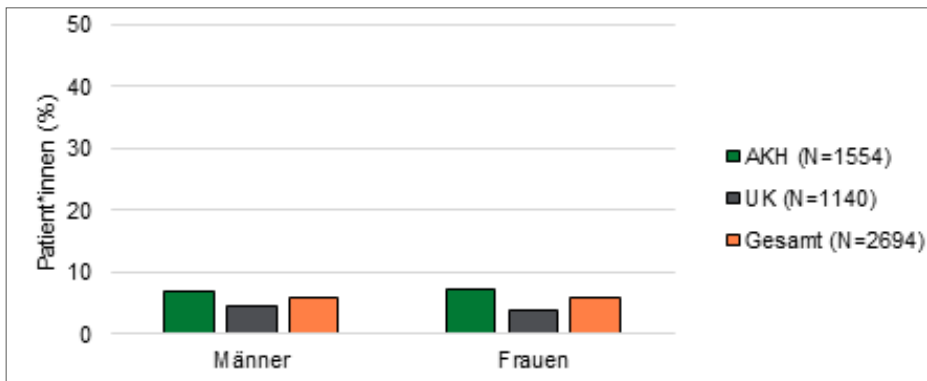


Abbildung 4.2 Prävalenz von Stuhlinkontinenz nach Geschlecht

Frauen (15,8 %) waren häufiger von Urininkontinenz betroffen als Männer (9,3 %).

Stuhlinkontinenz kam bei Männern (5,8 %) und Frauen (6,0 %) in etwa gleich häufig vor.

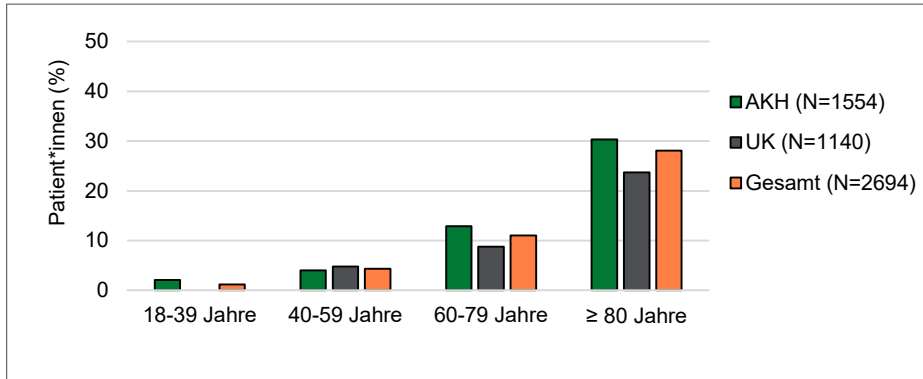


Abbildung 4.3 Prävalenz von Urininkontinenz nach Altersgruppen

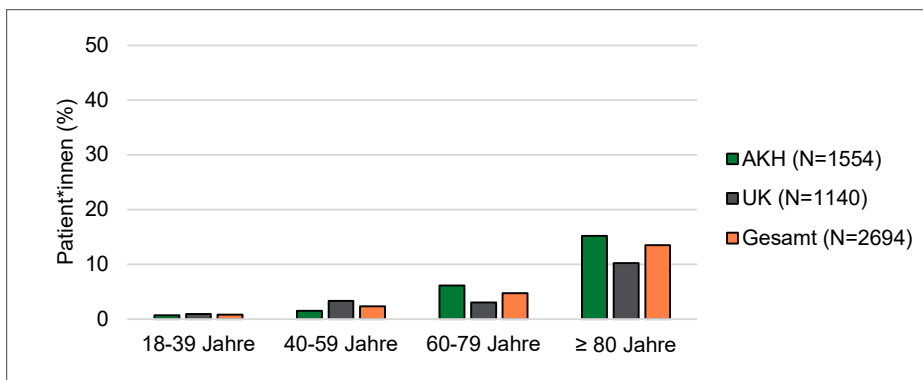


Abbildung 4.4 Prävalenz von Stuhlinkontinenz nach Altersgruppen

In der Altersgruppe der 18-39-jährigen Patient*innen war die Prävalenz von Urin- und Stuhlinkontinenz am geringsten. Patient*innen, die 80 Jahre oder älter waren, waren am häufigsten von beiden Inkontinenzformen betroffen.

Prävalenz von Inkontinenz-assoziiierter Dermatitis (IAD)

Die Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD) wurde mit dem Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD) Instrument erhoben. Dieses Instrument wurde entwickelt, um international anerkannte einheitliche diagnostische Kriterien zur Einstufung des Schweregrads der IAD zu nutzen [146].

Nachfolgend werden die einzelnen Kategorien der IAD lt. GLOBIAD beschrieben [147].

Tabelle 4.2 Kategorien der IAD lt. GLOBIAD [147]

Kategorie	Beschreibung
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 <i>Candida albicans</i>).
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 <i>Candida albicans</i>), sichtbare Beläge im Wundgrund (gelblich/bräunlich/gräulich), grünlich erscheinender Wundgrund (Hinweis auf eine bakterielle Infektion mit <i>Pseudomonas aeruginosa</i>), 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.

Hinweis: 4 Personen wollten nicht auf IAD hin untersucht werden und wurden daher ausgeschlossen.

Tabelle 4.3 Prävalenz von IAD

	Patient*innen AKH (N=140)	Patient*innen UK (N=50)	Patient*innen Gesamt (N=200)
IAD	2,4 %	2,2	2,3 %

Bei den urin- und/oder stuhlinkontinenten Patient*innen lag bei 2,3 % eine Inkontinenz-assoziiertes Dermatitis vor. Dies entspricht 9 Patient*innen. Von den 9 Läsionen gehörten 8 zur Kategorie 1a und 1 Läsion zur Kategorie 1b.

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 gehören die Anpassung der Umgebung, d.h. die Beseitigung eventueller Hindernisse auf dem Weg zur Toilette sowie angepasste, leichte und nicht einengende Kleidung [148]. Weitere Behandlungsmöglichkeiten sind spezielle Medikamente sowie die Auswertung und ggf. Anpassung der Medikation [34]. Außerdem können Beckenboden-, Blasen- oder Toilettentraining [148] 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 4.5 dargestellt.

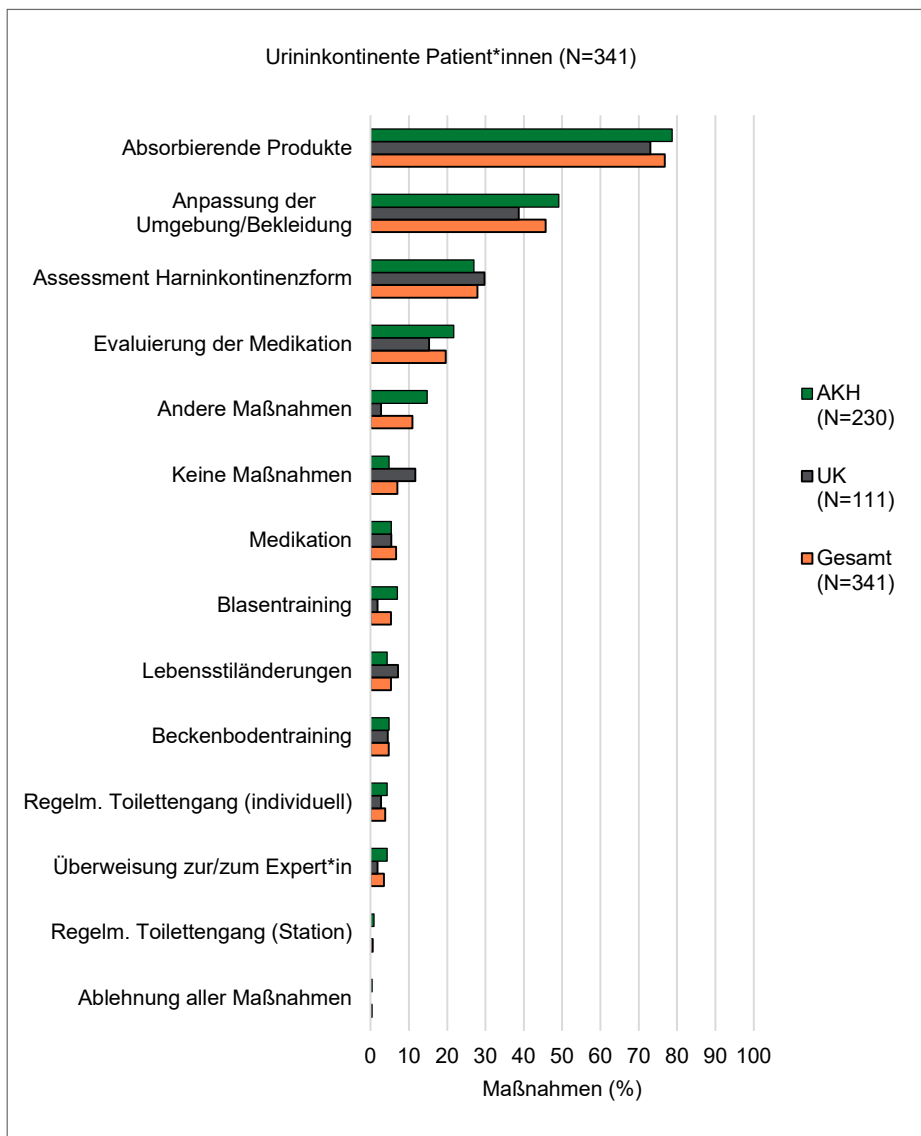


Abbildung 4.5 Maßnahmen bei Urininkontinenz (exkl. Katheter) (Mehrfachantworten möglich)

Die häufigsten Maßnahmen waren die Nutzung absorbierender Produkte sowie die Anpassung der Bekleidung und der Umgebung. Bei rund 30% der

Betroffenen wurde die Art der Urininkontinenz abgeklärt. Bei insgesamt 7,0 % aller urininkontinenten Patient*innen wurden keine Maßnahmen durchgeführt. Sehr selten wurde eine Überweisung zur*zum Expert*in (3,5 %) angeordnet.

Qualitätsindikatoren Inkontinenz

Eine allgemeine Beschreibung der Qualitätsindikatoren finden Sie ab Seite 22.

Es liegen auswertbare Daten von 33 Einrichtungen und 203 Stationen vor.

In Tabelle 4.4 sind die Häufigkeiten von Qualitätsindikatoren auf Einrichtungsebene im Umgang mit Inkontinenz dargestellt

Tabelle 4.4 Qualitätsindikatoren zu Inkontinenz auf Einrichtungsebene

	AKH (N=17)	UK (N=16)	Gesamt (N=33)
Standard/ Leitlinie	8 (47,1 %)	13 (81,3 %)	21 (63,6 %)
Multidisziplinäres Expert*innenteam	8 (47,1 %)	12 (75,0 %)	20 (60,6 %)

Standards oder Leitlinien zur Prävention/Behandlung von Inkontinenz waren in 21 der 33 Einrichtungen vorhanden. Ein multidisziplinäres Expert*innenteam gab es in 20 der 33 Einrichtungen. Beide Indikatoren waren in Universitätskliniken häufiger vorhanden.

In Tabelle 4.5 werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren auf Stationsebene dargestellt.

Tabelle 4.5 Qualitätsindikatoren zu Inkontinenz auf Stationsebene

	AKH (N=116)	UK (N=87)	Gesamt (N=203)
Regelmäßige Audits	69,0 %	52,9 %	62,1 %
Fortbildung	29,3 %	24,1 %	27,1 %

Regelmäßige Audits wurden insgesamt in 62,1 % der Stationen durchgeführt und Fortbildungen gab es in 27,1 % 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.

In 33 Einrichtungen wurde der Indikator Mangelernährung erhoben.

Hinweis: Aus den Analysen zur Prävalenz eines Mangelernährungsrisikos wurden Patient*innen, bei denen keine Angaben zum Gewicht/Gewichtsverlust vorlagen, ausgeschlossen (N=544).

Prävalenz von Mangelernährungsrisiko

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

1. *Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) [149]*

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

2. Definition von *Halfens et al. [150]*

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 Tabelle 5.1 wird die Prävalenz des Mangelernährungsrisikos dargestellt.

Tabelle 5.1 Prävalenz von Mangelernährungsrisiko

	Patient*innen AKH (N=1275)	Patient*innen UK (N=1029)	Patient*innen Gesamt (N=2304)
MUST	16,0 %	27,9 %	21,3 %
Halfens et al.	8,0 %	9,8 %	8,8 %

Der Anteil jener Personen mit einem Risiko für Mangelernährung lag laut MUST bei 21,3 %, wobei in den Universitätskliniken mehr Patient*innen betroffen waren als in den Allgemeinen Krankenhäusern. Unter Anwendung der Definition von Halfens et al. wiesen 8,8 % der Patient*innen ein Risiko für Mangelernährung auf und auch hier waren die Patient*innen der Universitätskliniken häufiger betroffen.

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

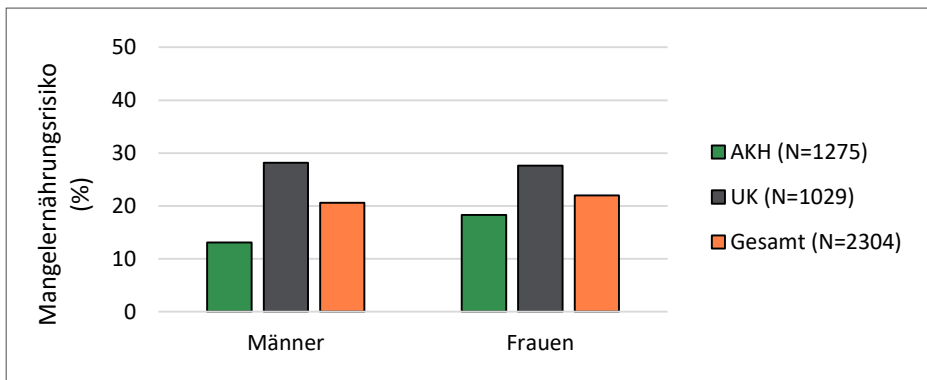


Abbildung 5.1 Mangelernährungsrisiko (MUST) nach Geschlecht*

*Person, ohne Angaben zum Geschlecht, wird aus Gründen der Anonymität nicht gesondert dargestellt

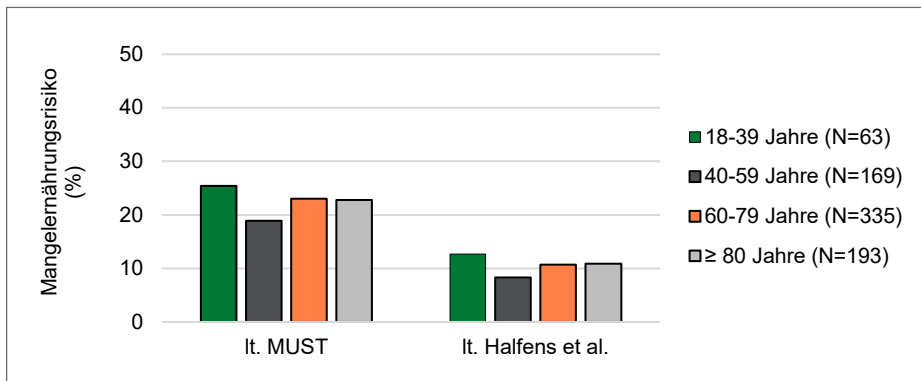


Abbildung 5.2 Mangelernährungsrisiko nach Altersgruppen

Frauen (22,0 %) waren in allen Einrichtungsarten häufiger von Mangelernährung betroffen als Männer (20,6 %). In beiden Einrichtungsarten hatten 18-39-jährige Personen am häufigsten ein Mangelernährungsrisiko. Insgesamt war der Anteil an Risikopatient*innen zwischen den Altersgruppen relativ ausgeglichen.

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 Mahlzeiten [151].

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

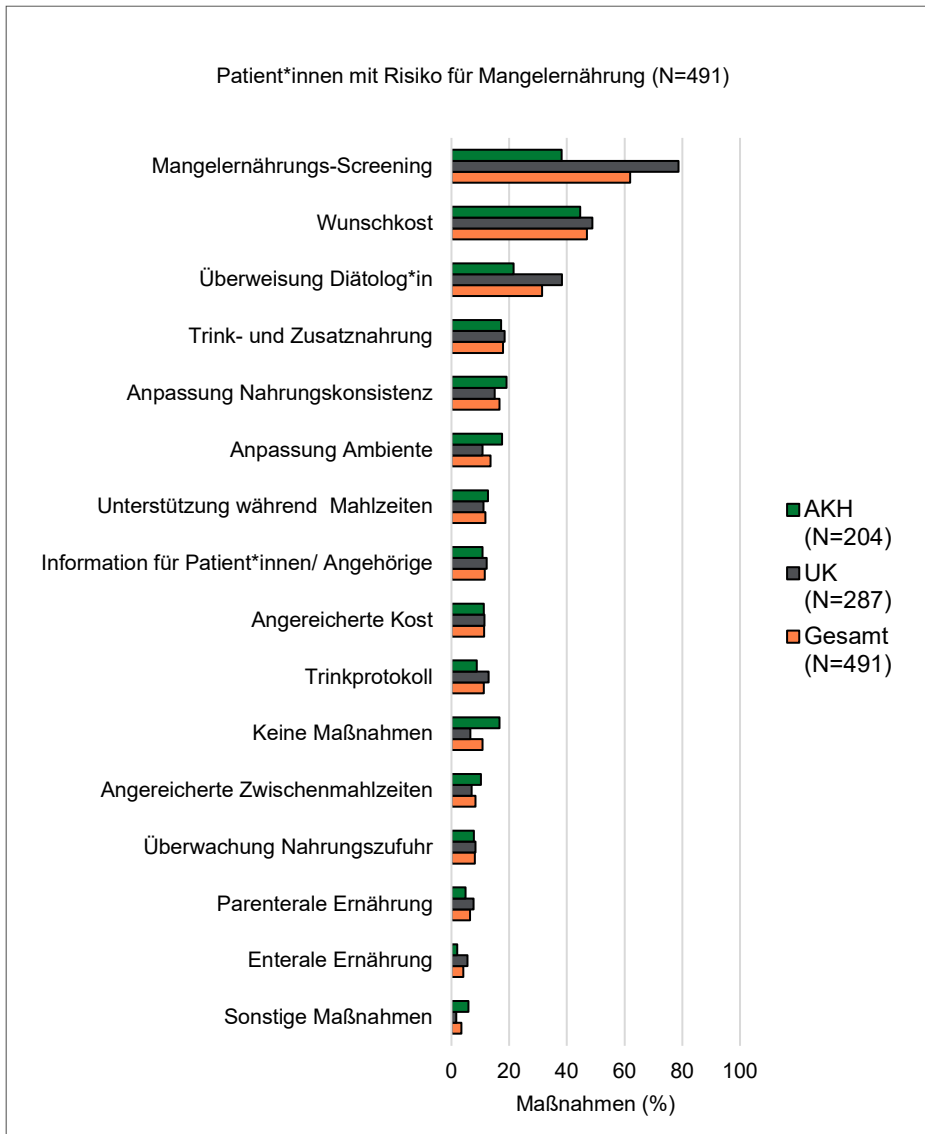


Abbildung 5.3 Maßnahmen bei Patient*innen mit einem Risiko für Mangelernährung lt. MUST (Mehrfachantworten möglich)

Die häufigsten Maßnahmen waren das Durchführen eines Mangelernährungs-Screenings (61,9 %), das Anbieten von Wunschkost (47,0 %) und die Überweisung zu einer/m Diätolog*in (31,4 %). Diese Maßnahmen wurden am häufigs-

ten in den Universitätskliniken durchgeführt. Nahrungssupplemente in Form von Trink- und Zusatznahrung erhielten 17,9 % der Patient*innen mit einem Risiko und knapp über 10 % der Patient*innen wurden beim Essen unterstützt. 10,8 % der Risikopatient*innen erhielten keine Maßnahmen.

Qualitätsindikatoren Mangelernährung

Eine allgemeine Beschreibung der Qualitätsindikatoren finden Sie auf Seite 22.

Es liegen auswertbare Daten von 33 Einrichtungen und 203 Stationen vor.

In Tabelle 5.1 sind ernährungsbezogene Qualitätsmerkmale der teilnehmenden Einrichtungen dargestellt.

Tabelle 5.1 Qualitätsindikatoren zu Mangelernährung auf Einrichtungsebene

	AKH (N=17)	UK (N=16)	Gesamt (N=33)
Standard/ Leitlinie	11 (64,7 %)	13 (81,3 %)	24 (72,7 %)
Multidisziplinäres Expert*innenteam	13 (76,5 %)	12 (75,0 %)	25 (75,8 %)

Einen Standard/Leitlinie zur Prävention und/oder Behandlung von Mangelernährung lag in 24 Einrichtungen auf, wobei Universitätskliniken häufiger über einen entsprechenden Standard/Leitlinie verfügten. Ein multidisziplinäres Ernährungsteam gab es in 25 von 33 Einrichtungen.

In Tabelle 5.2 werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren auf Stations-ebene dargestellt.

Tabelle 5.2 Qualitätsindikatoren zu Mangelernährung auf Stationsebene

	AKH (N=116)	UK (N=87)	Gesamt (N=203)
Regelmäßige Audits	79,3 %	58,6 %	70,4 %
Multidisziplinäre Beratung	93,1 %	85,1 %	89,7 %
Risiko in Dokumentation aufgezeichnet	81,9 %	87,4 %	84,2 %
Fortbildung	12,9 %	16,1 %	14,3 %
Standardisierte Informationsweitergabe	86,2 %	77,0 %	82,3 %

Die am häufigsten erfüllten Qualitätsindikatoren auf Stationsebene insgesamt waren die multidisziplinäre Beratung (89,7 %), Risikoaufzeichnung in der Dokumentation (84,2 %) und die standardisierte Informationsweitergabe (82,3 %). Auf 14,3 % 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 sturzbedingte 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 verstanden [138]. 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 34 teilnehmenden Einrichtungen wurde der Indikator Sturz erhoben.

Hinweis: Aus der Analyse zum Sturzrisiko/zur Sturzinzidenz wurden Patient*innen, bei denen nicht bekannt war, ob sie in den letzten 30 Tagen innerhalb der Einrichtung oder in den letzten 12 Monaten (N=139) gestürzt sind, ausgeschlossen.

In Tabelle 6.1 werden das Sturzrisiko (mindestens ein Sturz in den letzten 12 Monaten), die Einnahme von sedierenden/psychotropen Medikamenten und die Sturzinzidenz dargestellt. Sedierende und/oder psychotrope Medikamente können das Sturzrisiko erhöhen.

Tabelle 6.1 Sturzrisiko, Medikamente und Sturzinzidenz in den letzten 30 Tagen

	Patient*innen AKH (N=1575)	Patient*innen UK (N=1155)	Patient*innen Gesamt (N=2730)
Sturzrisiko	22,5 %	21,2 %	22,0 %
Einnahme sedierender/ psychotroper Medikamente	30,8 %	29,4 %	30,2 %
Sturzinzidenz	3,1 %	2,1 %	2,7 %

In den teilnehmenden Einrichtungen wurden 22,0 % der Patient*innen als sturzgefährdet eingestuft. In Universitätskliniken wurden 21,2 % der Patient*innen als sturzgefährdet eingestuft und in Allgemeinen Krankenhäusern 22,5 %. Etwa 30% der Personen nahmen sedierende und/oder psychotrope Medikamente ein. Die Sturzinzidenz in den letzten 30 Tagen in der Einrichtung lag in den Allgemeinen Krankenhäusern bei 3,1 % und in den Universitätskliniken bei 2,1 %.

In Abbildung 6.1 und 6.2 werden das Sturzrisiko sowie die Sturzrate nach Geschlecht und in Abbildungen 6.3 und 6.4 nach Altersgruppen dargestellt.

Die Person, ohne Angaben zum Geschlecht, wird aus Gründen der Anonymität nicht gesondert dargestellt.

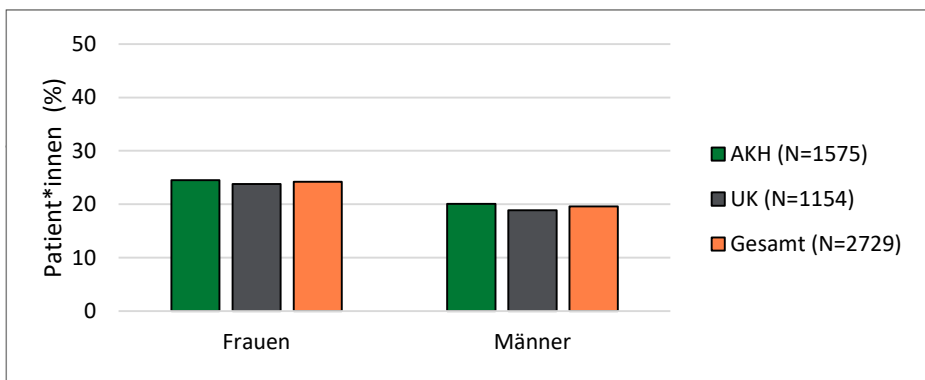


Abbildung 6.1 Sturzrisiko (mindestens ein Sturz in den letzten 12 Monaten) nach Geschlecht

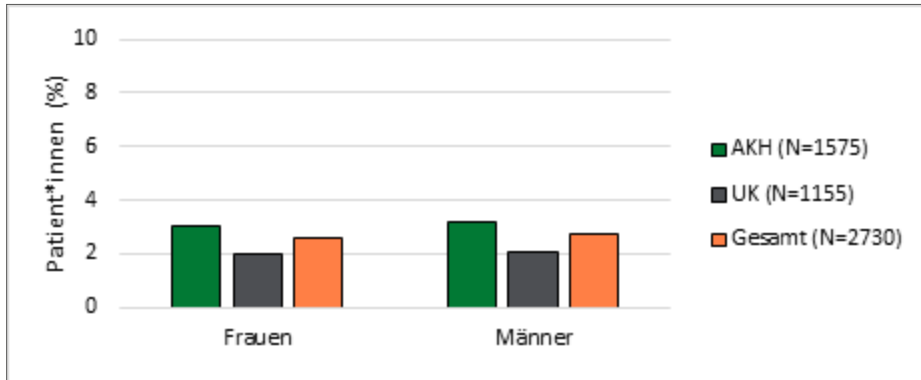


Abbildung 6.2 Sturzinzidenz in den letzten 30 Tagen nach Geschlecht

Frauen wiesen insgesamt ein höheres Sturzrisiko auf (24,2 %) als Männer (19,6 %). Die Sturzinzidenz war bei Männern und Frauen beinahe gleich hoch (2,7 % und 2,6 %).

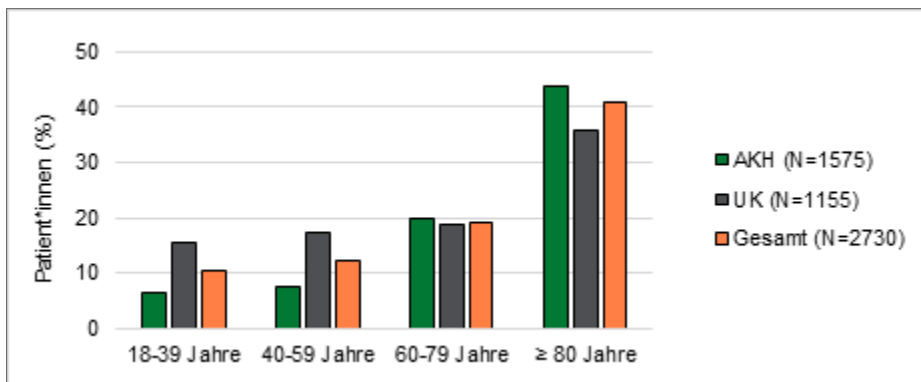


Abbildung 6.3 Sturzrisiko (mindestens ein Sturz in den letzten 12 Monaten) nach Altersgruppen

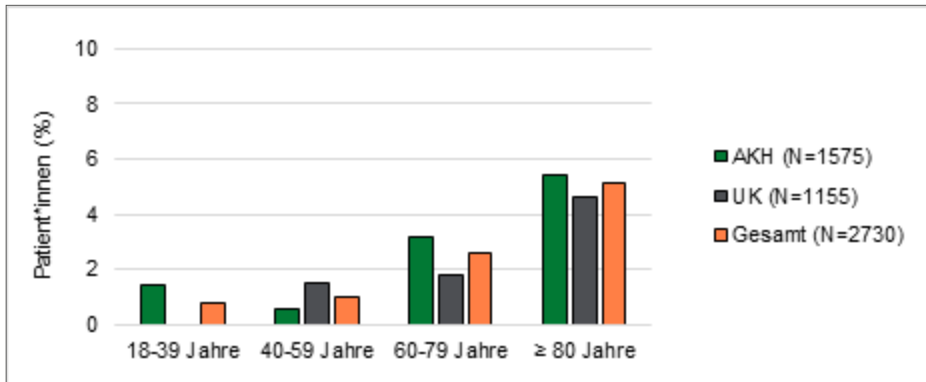


Abbildung 6.4 Sturzinzidenz in den letzten 30 Tagen nach Altersgruppen

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 insgesamt 19,3 % ein Sturzrisiko aufwiesen, hatten bei den über 80-jährigen Patient*innen 40,8 % ein Sturzrisiko. Die Sturzinzidenz war gesamt ebenfalls bei Personen ab 80 Jahren mit 5,1 % am höchsten, gefolgt von der Altersgruppe der 60-79-Jährigen mit 2,6 %. Zwischen den Einrichtungsarten ist erkennbar, dass jüngere Personen in den Universitätskliniken ein höheres Sturzrisiko und eine höhere Inzidenz haben als in Allgemeinen Krankenhäusern. Bei Personen über 80 Jahre ist es umgekehrt; hier sind häufiger Personen in Allgemeinen Krankenhäusern betroffen.

Sturzfolgen

Bei 34,2 % der 73 gestürzten Personen wurden sturzinduzierte Verletzungen festgestellt. In Allgemeinen Krankenhäusern erlitten 30,6 % der 49 gestürzten Personen und in Universitätskliniken 41,7 % der 24 gestürzten Personen sturzinduzierte Verletzungen.

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 6.5 ist der Schweregrad der sturzbedingten Verletzungen Gesamt dargestellt.

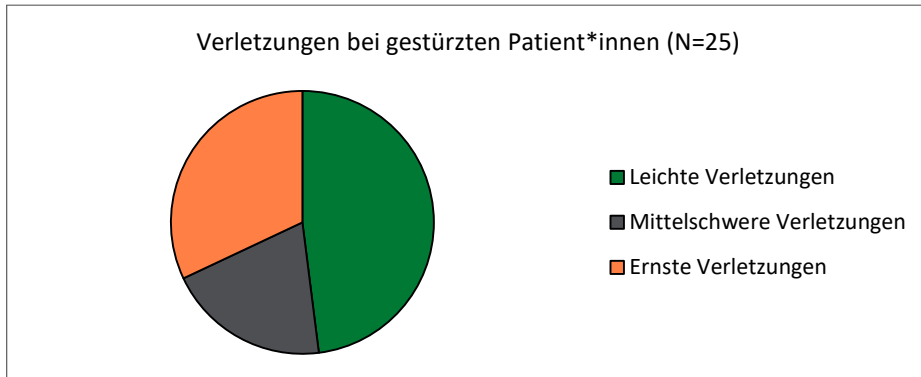


Abbildung 6.5 Schweregrad der sturzbedingten Folgen/Verletzungen Gesamt

Es zeigte sich, dass der Großteil (48,0 %) der sturzbedingten Verletzungen leichte 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 untersucht [152]. Alle sturzpräventiven Maßnahmen wurden nur für jene Personen ausgewertet, die in den letzten 12 Monaten gestürzt sind (Abbildung 6.6) [79].

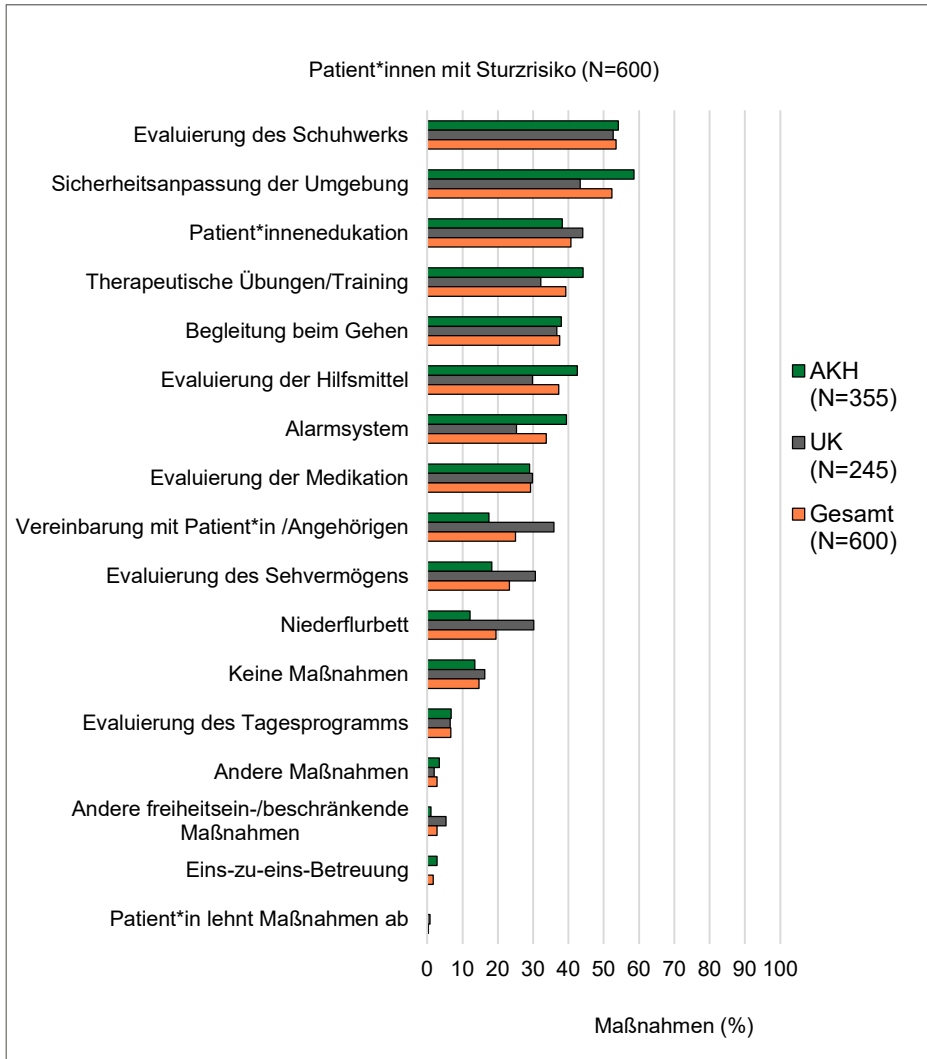


Abbildung 6.6 Sturzpräventive Maßnahmen bei Personen mit Sturzrisiko (Sturz in den letzten 12 Monaten) (Mehrfachantworten möglich)

Insgesamt wurde die Evaluierung des Schuhwerks der Patient*innen (53,5 %), die Sicherheitsanpassung der Umgebung (52,3 %), Patient*innenedukation (40,7 %) und Therapeutische Übungen (39,3 %) häufig als sturzpräventive Maßnahmen eingesetzt. Bei 14,7 % der Patient*innen mit einem Sturzrisiko

wurden keine präventiven Maßnahmen gesetzt. In Allgemeinen Krankenhäusern war die Sicherheitsanpassung der Umgebung (58,6 %) die am häufigsten angewandte sturzpräventive Maßnahme.

Qualitätsindikatoren Sturz

Eine allgemeine Beschreibung der Qualitätsindikatoren finden Sie auf Seite 22.

Es liegen auswertbare Daten von 34 Einrichtungen und 206 Stationen vor.

In Tabelle 6.2 werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren zu Sturz auf Einrichtungsebene dargestellt.

Tabelle 6.2 Qualitätsindikatoren zu Sturz auf Einrichtungsebene

	AKH (N=18)	UK (N=16)	Gesamt (N=34)
Standard/ Leitlinie	17 (94,4 %)	14 (87,5 %)	31 (91,2 %)
Multidisziplinäres Expert*innenteam	11 (61,1 %)	7 (43,8 %)	18 (52,9 %)

In 31 Einrichtungen gab es insgesamt einen Standard/eine Leitlinie zur Prävention von Stürzen. Multidisziplinäre Expert*innenteams zum Thema Sturz gab es in 18 von 34 Einrichtungen. In Allgemeinen Krankenhäusern wurden beide Indikatoren häufiger erfüllt.

In Tabelle 6.3 werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren auf Stationsebene beschrieben.

Tabelle 6.2 Qualitätsindikatoren zu Sturz auf Stationsebene

	AKH (N=119)	UK (N=87)	Gesamt (N=206)
Regelmäßige Audits	90,8 %	58,6 %	77,2 %
Multidisziplinäre Beratung	88,2 %	73,6 %	82,0 %
Risiko in Dokumentation aufgezeichnet	98,3 %	87,4 %	93,7 %
Fortbildung	28,6 %	16,1 %	23,3 %
Standardisierte Informationsweitergabe	93,3 %	82,8 %	88,8 %

Eine Aufzeichnung des Sturzrisikos in der Dokumentation bei der Aufnahme in die Einrichtung erfolgte auf fast allen Stationen der teilnehmenden Einrichtungen (93,7 %). 88,8 % der teilnehmenden Stationen führten eine standardisierte Informationsweitergabe durch. Auf 82,0 % der Stationen wurde eine multidisziplinäre Beratung durchgeführt. Regelmäßige Audits zur Überprüfung der Einhaltung des Standards/der Leitlinie wurden auf 77,2 % der Stationen durchgeführt. Allgemeine Krankenhäuser führten diese häufiger (90,8 %) durch als Universitätskliniken (58,6 %). Eine Fortbildung in den letzten 2 Jahren wurde auf ungefähr einem Viertel der Stationen aller Einrichtungen angeboten (23,3 %).

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 31 teilnehmenden Einrichtungen erhoben.

In Tabelle 7.1 wird die Prävalenz von freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen dargestellt.

Tabelle 7.1 Prävalenz freiheitsein-/beschränkender Maßnahmen*

	Patient*innen AKH (N=1625)	Patient*innen UK (N=1189)	Patient*innen Gesamt (N=2814)
Gesamt	1,0 %	8,1 %	4,0 %
Männer	0,5 %	9,1 %	4,5 %
Frauen	1,4 %	6,9 %	3,5 %

*Person, ohne Angaben zum Geschlecht, wird aus Gründen der Anonymität nicht gesondert dargestellt

Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen wurden in den letzten 30 Tagen bei 4 % der Patient*innen angewendet. Die Prävalenz war in den Universitätskliniken höher (8,1 %) als in den Allgemeinen Krankenhäusern (1,0 %).

Bei einer Differenzierung nach Geschlecht wird ersichtlich, dass insgesamt bei Männern freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen geringfügig häufiger eingesetzt wurden als bei Frauen (4,5 % vs. 3,5 %).

In Abbildung 7.1 wird die Verteilung der freiheitsein-/beschränkten Personen auf die Stationsarten dargestellt.

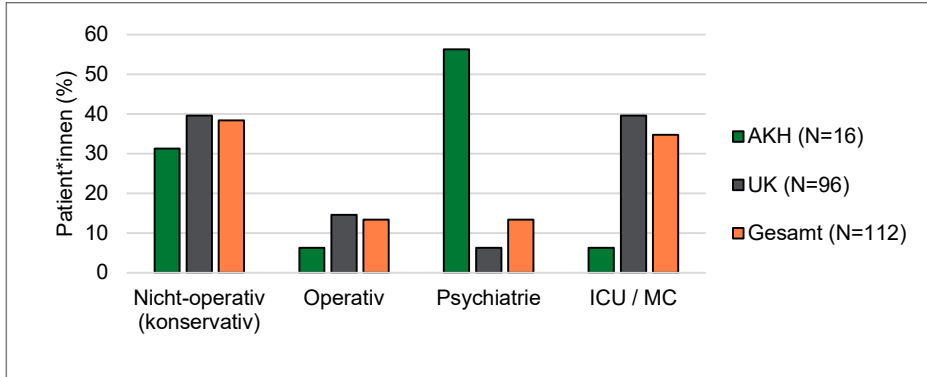


Abbildung 7.1 Stationsarten von Patient*innen mit freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen

Gesamt betrachtet waren die meisten Teilnehmer*innen mit freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen auf nicht-operativen Stationen, gefolgt von Intensivstationen. In Allgemeinen Krankenhäusern waren die meisten Patient*innen mit freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen auf psychiatrischen Stationen.

In Abbildung 7.2 wird die Inzidenz von freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen nach Altersgruppen dargestellt.

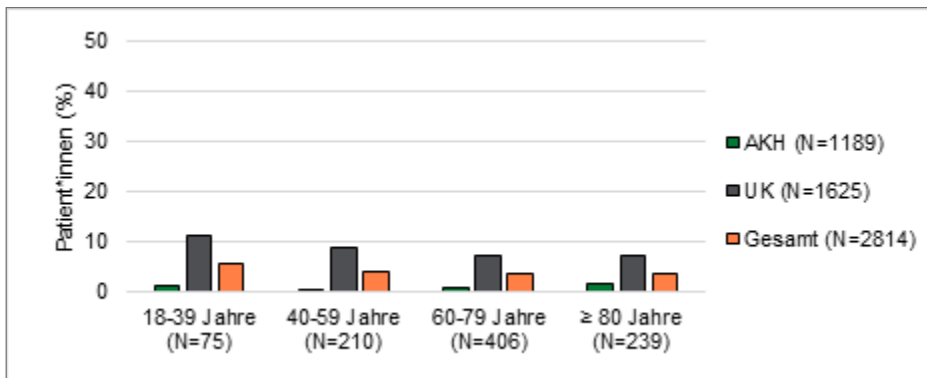


Abbildung 7.2 Freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen nach Altersgruppen

Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen wurden insgesamt am häufigsten bei den 18-39-jährigen Patient*innen (5,8 %) angewendet.

Art der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen

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

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

Tabelle 7.2 Art der Maßnahme bei Patient*innen mit freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen (Mehrfachantworten möglich)

	Patient*innen AKH (N=16)	Patient*innen UK (N=96)	Patient*innen Gesamt (N=112)
Mechanische Maßnahmen	68,8 %	69,8 %	69,6 %
Pharmakologische Maßnahmen	43,8 %	18,8 %	22,3 %
Andere Maßnahmen	-	25,0 %	21,4 %
Elektronische Maßnahmen*	18,8 %	8,3 %	9,8 %
Verschlossene Abteilung	25,0 %	4,2 %	7,1 %
Psychische Maßnahmen	25,0 %	1,0 %	4,5 %
Eins-zu-eins Überwachung	12,5 %	1,0 %	2,7 %

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

Bei allen Patient*innen, bei denen eine freiheitsein-/beschränkende Maßnahme erfolgte, kamen am häufigsten mechanische Maßnahmen wie Seitenteile und Fixiergurte (69,6 %) zur Anwendung. Darüber hinaus wurden häufig pharmakologische Maßnahmen (22,3 %) gefolgt von anderen Maßnahmen (21,4%) eingesetzt. In Allgemeinen Krankenhäusern wurden keine anderen Maßnahmen gesetzt.

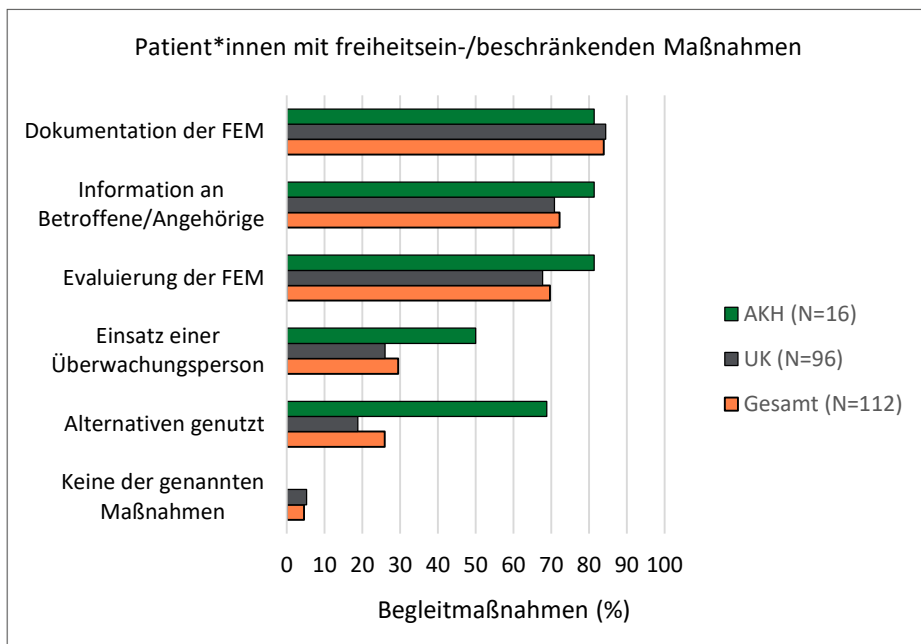


Abbildung 7.3 Begleitmaßnahmen bei freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen in den letzten 30 Tagen (Mehrfachantworten möglich)

Am häufigsten wurden insgesamt die Dokumentation der freiheitsein- und beschränkende Maßnahmen (84,4 %) durchgeführt sowie Informationen an die Betroffenen/Angehörigen über den gesamten Ablauf der freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen weitergegeben (72,2 %).

Abschließend wurde nach den Motiven zur Anwendung der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen gefragt (Abbildung 7.4)

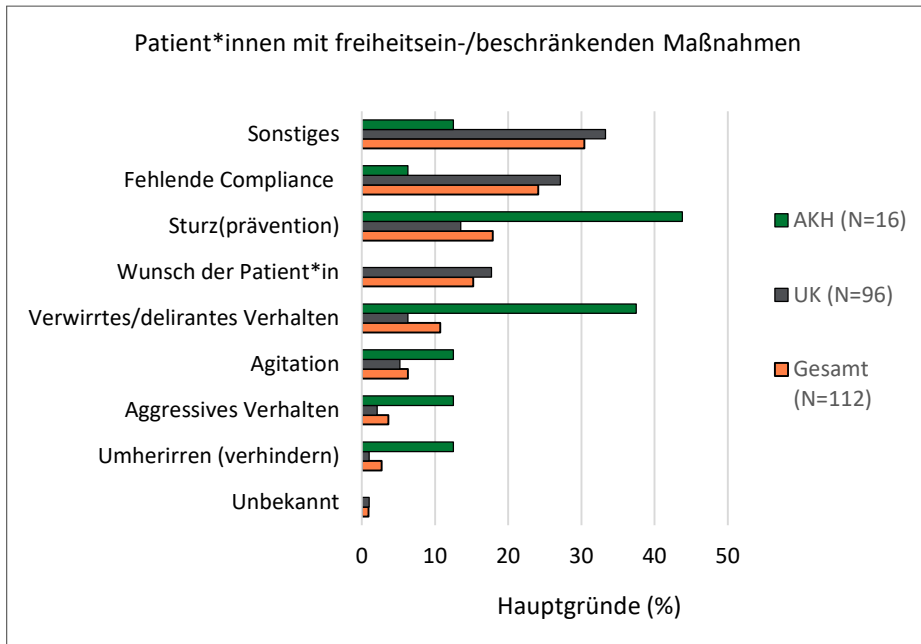


Abbildung 7.4 Hauptgründe für die freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen (Mehrfachantworten möglich)

Am häufigsten wurden insgesamt betrachtet freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen aufgrund sonstiger Gründe angewandt (30,4 %). Aufgrund fehlender Compliance (Verweigerung der Behandlung oder Vermeidung von Behandlungsunterbrechungen) (24,1 %) oder zur Sturzprävention (17,9 %). In den Allgemeinen Krankenhäusern wurden freiheitsein- und beschränkende Maßnahmen vor allem zur Sturzprävention und aufgrund von verwirrtem oder delirantem Verhalten eingesetzt. Wohingegen in den Universitätskliniken sonstige Gründe oder die fehlende Compliance im Vordergrund standen.

Qualitätsindikatoren freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen

Eine allgemeine Beschreibung der Qualitätsindikatoren finden Sie auf Seite 22.

Es liegen auswertbare Daten von 31 Einrichtungen mit 201 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

	AKH (N=16)	UK (N=15)	Gesamt (N=31)
Standard/ Leitlinie	14 (87,5 %)	11 (73,3 %)	25 (80,6 %)
Multidisziplinäres Expert*innenteam	7 (43,8 %)	6 (40,0 %)	13 (41,9 %)

Ein Standard/Leitlinie war in 25 Einrichtungen verfügbar. Ein multidisziplinäres Expert*innenteam für freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen gab es in 13 der 31 teilnehmenden Einrichtungen.

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

	AKH (N=114)	UK (N=87)	Gesamt (N=201)
Regelmäßige Audits	88,6 %	46,0 %	70,1 %
Fortbildung	23,7 %	16,1 %	20,4 %

Regelmäßige Audits wurden auf 70,1 % und Fortbildungen auf 20,4 % der teilnehmenden Stationen durchgeführt. In Allgemeinen Krankenhäusern wurde beides häufiger durchgeführt als in Universitätskliniken.

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 34 teilnehmenden Einrichtungen erhoben.

Prävalenz von Schmerz

In Tabelle 8.1 wird die Prävalenz von Schmerzen allgemein, täglichen Schmerzen und momentanen Schmerzen in den letzten 7 Tagen dargestellt.

Tabelle 8.1 Prävalenz von Schmerzen in den letzten 7 Tagen

	AKH (N=1665)	UK (N=1204)	Gesamt (N=2869)
Schmerzen	55,9 %	59,1 %	57,2 %
Tägliche Schmerzen	30,6 %	30,9 %	30,7 %
Momentaner Schmerz	40,5 %	36,9 %	39,0 %

Insgesamt hatten 57,2 % aller Patient*innen in den letzten sieben Tagen Schmerzen. Knapp 30 % hatten tägliche Schmerzen. Zum Zeitpunkt der Erhebung hatten 39 % der teilnehmenden Patient*innen Schmerzen. Die Schmerzprävalenz war in den Universitätskliniken höher als in den Allgemeinen Krankenhäusern.

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

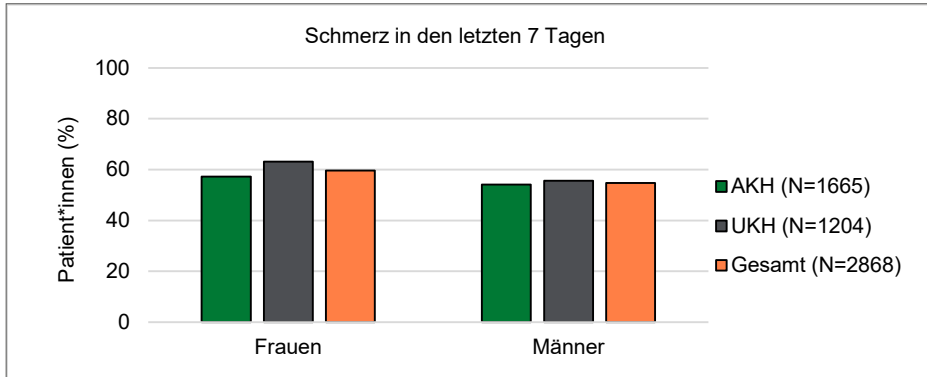


Abbildung 8.1 Schmerz in den letzten 7 Tagen nach Geschlecht*

*Person, ohne Angaben zum Geschlecht, wird aus Gründen der Anonymität nicht gesondert dargestellt

Frauen gaben geringfügig häufiger Schmerzen an als Männer.

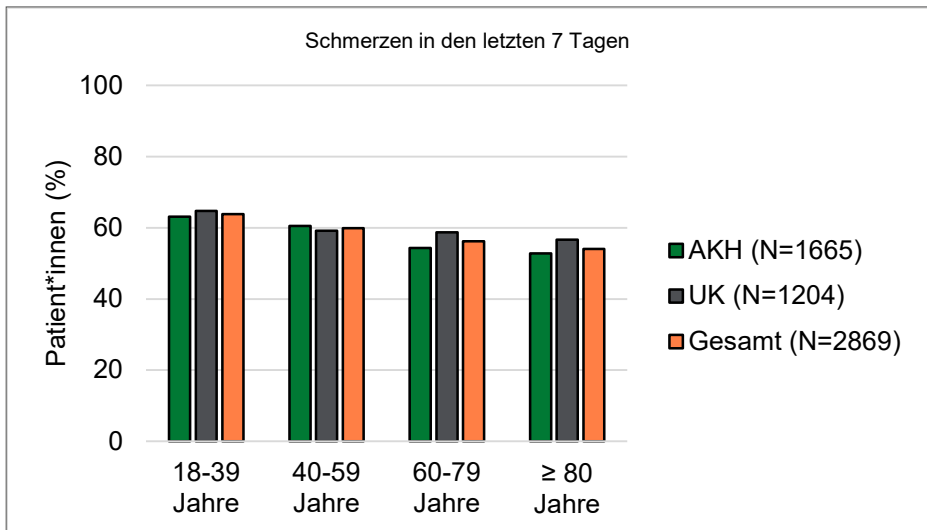


Abbildung 8.2 Schmerzen in den letzten 7 Tagen nach Altersgruppen

Schmerzen in den letzten 7 Tagen wurden am häufigsten von Personen zwischen 18 und 39 Jahren geäußert.

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 8.2 und 8.3).

Tabelle 8.2 Intensität des Schmerzes bei Teilnehmer*innen mit Schmerzen in den letzten 7 Tagen

	AKH (N=930)	UK (N=711)	Gesamt (N=1641)
Chronische Schmerzen	38,5 %	33,6 %	36,4 %
Akute Schmerzen	61,5 %	66,4 %	63,6 %

Circa zwei Drittel aller Patient*innen (63,6 %) hatten akute Schmerzen und 36,4 % der Patient*innen hatten chronische Schmerzen. In Allgemeinen Krankenhäusern hatten 61,5 % akute Schmerzen und 38,5 % chronische Schmerzen. In Universitätskliniken litten 66,4 % an akuten und 33,6 % an chronischen Schmerzen.

Tabelle 8.3 Intensität des Schmerzes bei Patient*innen mit Schmerzen in den letzten 7 Tagen

	AKH (N=930)	UK (N=711)	Gesamt (N=1641)
Leichte Schmerzen	23,1 %	21,9 %	22,6 %
Mäßige Schmerzen	41,6 %	43,0 %	42,2 %
Starke Schmerzen	24,6 %	23,9 %	24,5 %
Sehr starke Schmerzen	8,6 %	8,7 %	8,7 %
Unerträgliche Schmerzen	1,7 %	2,4 %	2,0 %

Beim Großteil der gesamten Patient*innen (42,2 %) waren die Schmerzen mäßig stark. Unter sehr starken oder unerträglichen Schmerzen litten 8,7 % bzw. 2,0 % 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, Psycho- 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, 153].

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

Tabelle 8.4 Durchgeführte Maßnahmen bei Patient*innen mit Schmerzen (Mehrfachantworten möglich)

	AKH (N=930)	UK (N=711)	Gesamt (N=1641)
Pharmakologische Maßnahmen	87,4 %	84,1 %	86,0 %
Nicht-pharmakologische Maßnahmen	54,9 %	58,8 %	56,6 %
Andere Maßnahmen	5,7 %	3,5 %	4,7 %
Keine Maßnahmen	5,9 %	8,2 %	6,9 %
Patient*in lehnt Maßnahmen ab	0,1 %	0,9 %	0,5 %

Von allen Patient*innen mit Schmerzen in den letzten 7 Tagen erhielten 86,0 % pharmakologische Maßnahmen und 56,6 % nicht-pharmakologische Maßnahmen zur Schmerzlinderung. Bei 6,9 % der Patient*innen mit Schmerzen wurden keine Maßnahmen durchgeführt.

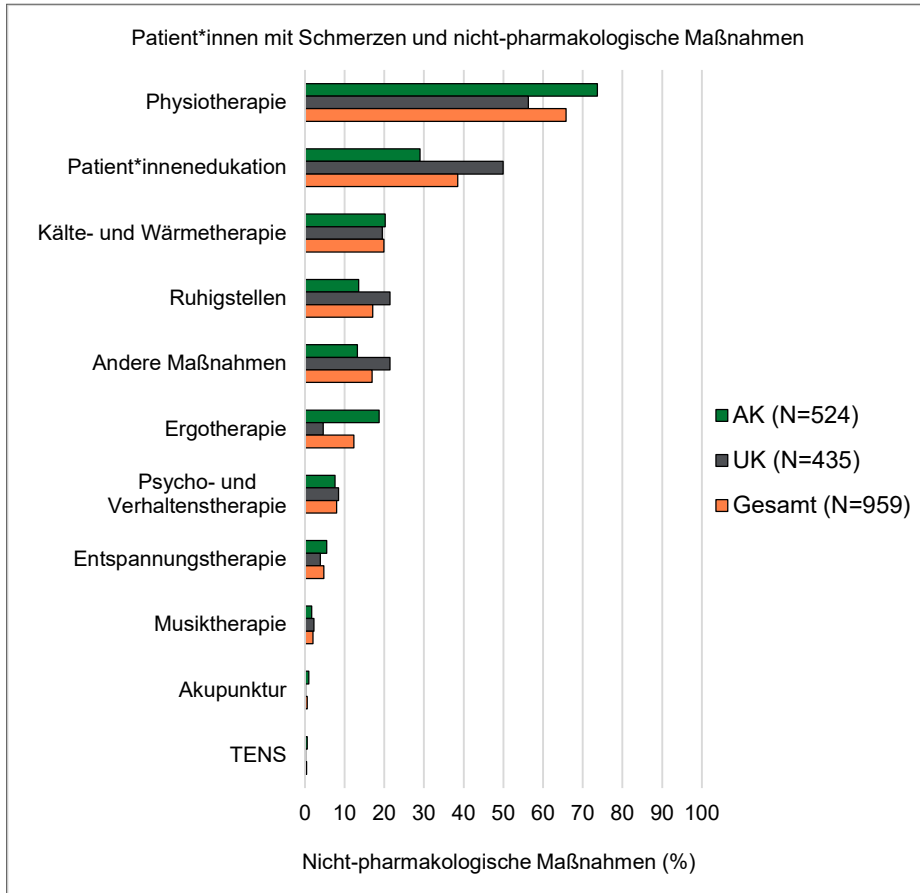


Abbildung 8.7 Nicht-pharmakologische Maßnahmen zur Schmerzreduktion (Mehrfachantworten möglich)

Zur nicht-pharmakologischen Behandlung von Schmerzen wurden insgesamt am häufigsten Physiotherapie (65,8 %) sowie Patient*innenedukation (38,5 %) durchgeführt. 8,9 % der Patient*innen erhielten TENS (Transkutane elektrische Nervenstimulation). Akupunktur und Musiktherapie wurden am seltensten angewendet. Physiotherapien wurden häufiger in den Allgemeinen Krankenhäusern angewendet und Patient*innenedukation wurde häufiger in den Universitätskliniken durchgeführt.

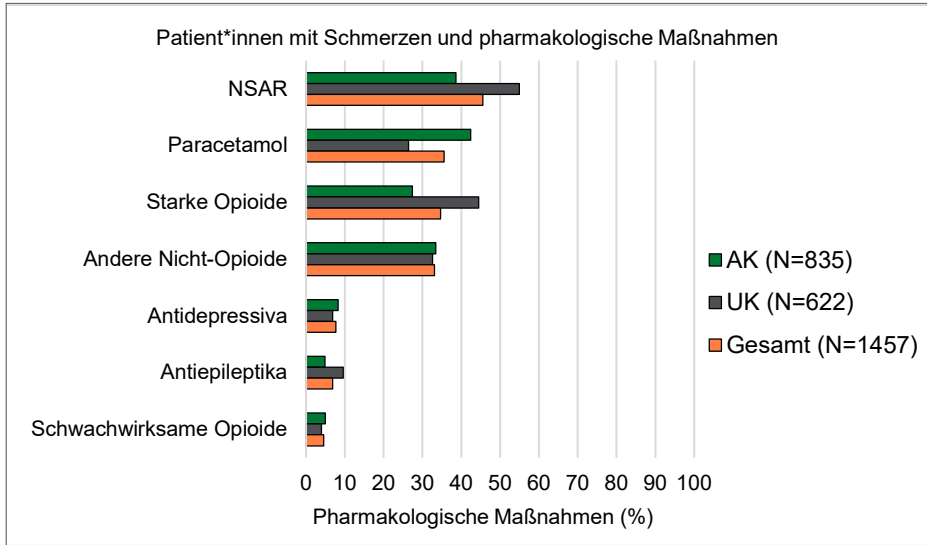


Abbildung 8.8 Pharmakologische Maßnahmen zur Schmerzreduktion (Mehrfachantworten möglich)

Insgesamt waren NSAR (45,6 %), gefolgt von Paracetamol (35,6 %), starken Opioiden (34,7 %) und anderen Nicht-Opioiden (33,1 %) die häufigsten eingesetzten Medikamente zur Behandlung von Schmerz. Schwachwirksame Opiode wurden am seltensten angewendet. Paracetamol wurde in Allgemeinen Krankenhäusern am häufigsten angewendet (42,4 %). In Universitätskliniken wurden starke Opiode (44,5 %) häufiger angewandt als Paracetamol (26,4 %).

Qualitätsindikatoren Schmerz

Eine allgemeine Beschreibung der Qualitätsindikatoren finden Sie auf Seite 22.

Es liegen auswertbare Daten von 34 Einrichtungen und 206 Stationen vor.

In Tabelle 8.5 werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren zu Schmerz auf Einrichtungsebene dargestellt.

Tabelle 8.5 Qualitätsindikatoren zu Schmerz auf Einrichtungsebene

	AKH (N=18)	UK (N=16)	Gesamt (N=34)
Standard/ Leitlinie	13 (72,2 %)	13 (81,3 %)	26 (76,5 %)
Multidisziplinäres Expert*innenteam	12 (66,7 %)	14 (87,5 %)	26 (76,5 %)

Einen Standard/eine Leitlinie im Umgang mit Schmerz gab es in 26 der 34 Einrichtungen. Ein multidisziplinäres Expert*innenteam war in 26 Einrichtungen vorhanden. Beide Indikatoren wurden häufiger von Universitätskliniken erfüllt.

In Tabelle 8.6 werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren auf Stationsebene dargestellt.

Tabelle 8.6 Qualitätsindikatoren zu Schmerz auf Stationsebene

	AKH (N=119)	UK (N=87)	Gesamt (N=206)
Regelmäßige Audits	79,0 %	78,2 %	78,6 %
Fortbildung	34,5 %	27,6 %	31,6 %

Regelmäßige Audits zur Einhaltung des Standards/der Leitlinie gab es auf 78,6 % der Stationen. Auf 31,6 % der Stationen gab es eine Fortbildung zum Thema Schmerz.

ZUSAMMENFASSUNG

Die *Pflegequalitätserhebung 2.0* wurde vom 09. - 11. November 2022 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 3933 Personen in den teilnehmenden Einrichtungen versorgt. Insgesamt lag von 2869 Patient*innen eine informierte Zustimmung zur Datenerhebung vor. Generell konnte festgestellt werden, dass mehr Frauen als Männer teilgenommen haben. Das Durchschnittsalter lag bei 66 Jahren wobei die Patient*innen der Allgemeinen Krankenhäuser im Schnitt 68 und die Patient*innen der Universitätskliniken 64 Jahre alt waren. Insgesamt waren 61,5 % aller Patient*innen völlig pflegeunabhängig und knapp 10 % waren überwiegend oder völlig abhängig.

Dekubitus

Das Dekubitusrisiko wurde im Rahmen der Pflegequalitätserhebung 2.0 anhand der Bradenskala und dem klinischen Blick eingeschätzt. Das Dekubitusrisiko gemäß Bradenskala lag bei 35,0 % und gemäß klinischem Blick bei 16,7 %. Der Anteil an Patient*innen mit mindestens einem Dekubitus lag bei 4,0 %. Die meisten Dekubitus entstanden vor der Aufnahme in die jeweilige Einrichtung (54,9 %) und konnten der Kategorie 1 (42,5 %) zugeordnet werden. Die häufigsten Lokalisationen waren das Kreuzbein (41,8 %) und die Ferse (24,1 %). 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 7,5 % 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 12,7 % (exklusive Personen mit einem Katheter). Die Urininkontinenz bestand beim Großteil der Betroffenen bereits vor der Aufnahme in die Einrichtung. Die Prävalenz von Stuhlinkontinenz betrug 5,9 % und 4,2 % der Patient*innen litten an einer Doppelinkontinenz (exklusive Personen mit einem Katheter). Eine inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD) wurde bei 2,3 % der inkontinenten 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 7,0 % 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. Unter Verwendung des Screening-Instrumentes MUST wiesen 21,3 % 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 die Durchführung eines Screenings hinsichtlich Mangelernährung, das Anbieten von Wunschkost sowie die Überweisung an eine*n Diätolog*in. Eine weitere häufig durchgeführte Maßnahme war die Einnahme von Trink- und Zusatznahrung. Bei 10,8 % 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 2,7 % der Patient*innen. Alle Patient*innen, die in den letzten 12 Monaten gestürzt waren, wurden als Patient*innen mit Sturzrisiko eingestuft, dies betraf 22 %

der Patient*innen. Die Einnahme sedierender und/oder psychotroper Medikamente konnte bei 30,2 % der teilnehmenden Patient*innen festgestellt werden. Im Vergleich zwischen Allgemeinen Krankenhäusern und Universitätskliniken konnte in Universitätskliniken ein geringer Anteil an Patient*innen mit Sturzrisiko, der Einnahme sedierender und/oder psychotroper Medikamente und eine geringere Sturzinzidenz festgestellt werden. In allen Einrichtungen hatten Frauen ein höheres Sturzrisiko.

Bei 34,2 % führten die Stürze in der Einrichtung zu Verletzungen. Der Großteil der sturzbedingten Verletzungen waren leichte Verletzungen wie z.B. Hämatome oder leichte Schürfwunden. Die am häufigsten eingesetzten sturzpräventiven Maßnahmen waren die Evaluierung des Schuhwerks, gefolgt von der Sicherheitsanpassung der Umgebung, Patient*innenedukation sowie therapeutische Übungen oder Training. Bei 14,7 % der Patient*innen mit einem Sturzrisiko wurden keine präventiven Maßnahmen gesetzt. In Allgemeinen Krankenhäusern wurde die Sicherheitsanpassung der Umgebung am häufigsten als sturzpräventive Maßnahme durchgeführt.

Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen

Die erhobenen Daten zu freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen zeigen, dass diese bei 4 % der Patient*innen angewendet wurden. Dabei kamen vor allem mechanische Maßnahmen wie Seitenteile und Fixierungen zum Einsatz. Die Dokumentation der freiheitsein- und beschränkenden Maßnahme war vor der Informationsweitergabe an Betroffene/Angehörige und der Evaluierung von freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen die häufigste Begleitmaßnahme. Hauptgrund für freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen waren sonstige Gründe und fehlende Compliance (Verweigerung der Behandlung oder Vermeidung von Behandlungsunterbrechungen). In Allgemeinen Krankenhäusern waren die Hauptgründe jedoch Sturz(-prävention) und verwirrtes/delirantes Verhalten.

Schmerz

Im letzten Abschnitt der Erhebung wurden Daten zu Schmerzen erfasst. 57,2 % 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 35,2 % an, starke, sehr starke oder unerträgliche Schmerzen gehabt

zu haben. Schmerzlindernde Maßnahmen können in pharmakologische und nicht-pharmakologische Maßnahmen unterteilt werden. 56,6 % der Patient*innen mit Schmerzen in den letzten 7 Tagen erhielten nicht-pharmakologische Maßnahmen und 86 % der Patient*innen pharmakologische Maßnahmen. Die Durchführung einer Physiotherapie war die häufigste nicht-pharmakologische Maßnahme. Eine weitere häufig angewendete, nicht-pharmakologische Maßnahme war die Patient*innenedukation, besonders in Universitätskliniken. Die häufigsten eingesetzten Medikamente zur Behandlung von Schmerz waren NSAR, gefolgt von Paracetamol, starken Opioiden und anderen Nicht-Opioiden. In Universitätskliniken waren starke Opioide nach NSAR die am häufigsten angewandte pharmakologische Maßnahme.

Qualitätsindikatoren

Einrichtungsebene

Neben den personenbezogenen Daten zu den einzelnen Pflegeindikatoren wurden auch Daten zu verschiedenen Qualitätsindikatoren auf Einrichtungsebene erhoben. Standards oder Leitlinien gab es größtenteils zu allen Qualitätsindikatoren. Multidisziplinäre Expert*innenteams gab es vor allem zu Dekubitus, Mangelernährung, Inkontinenz und Schmerz.

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 multidisziplinären Beratung die am häufigsten erfüllten Indikatoren zum Thema Dekubitus, Mangelernährung und Sturz. Generell wurden auf Stationsebene selten Fortbildungen angeboten.

Überblick über alle Erhebungsjahre

Die Pflegequalitätserhebung wird bereits seit 2009 in österreichischen Gesundheitseinrichtungen durchgeführt. Aus diesem Grund ist es von Interesse die Prävalenzraten zwischen den verschiedenen Erhebungsjahren zu vergleichen.

In Tabelle 9.1 und Abbildung 9.1 befinden sich ein Überblick über die Prävalenzraten in Krankenhäusern. Der Pflegeindikator Schmerz wird erst seit 2017 erhoben, daher gibt es keine Daten aus den vorherigen Jahren.

Tabelle 9.1 Überblick der Prävalenzraten der teilnehmenden Krankenhäuser von 2009 - 2022

	2009	2010	2011	2012	2013
Anzahl Teilnehmer*innen	1653	2335	2122	3648	3298
Summenscore PAS	65,2	66,4	68,5	74,0	66,9
Nosokomiale Dekubitus in der Risikogruppe	4,3 %	6,9 %	3,1 %	4,2 %	2,5 %
Urininkontinenz (ohne Katheter)	18,3 %	15,5 %	16,7 %	14,0 %	15,1 %
Stuhlinkontinenz	11,4	8,2	5,4 %	6,0 %	6,8 %
Mangelernährung (MUST)	24,0 %	19,5 %	15,9 %	16,7 %	16,5 %
Sturz (der letzten 30 Tage in der Einrichtung)	5,2 %	3,2 %	2,1 %	2,7 %	3,0 %
Freiheitsein- und beschränkende Maßnahmen (der letzten 30 Tage)	7,5 %**	6,3 % **	7,3 % **	8,3 %	5,5 %
Schmerz (der letzten 7 Tage)	-	-	-	-	-

*Es wurde die Definition von Mangelernährung von Halfens et al. verwendet, weil der MUST in diesem Jahr nicht erhoben wurde

**Es wurden freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen der letzten 7 Tage verwendet, da in diesem Jahr die freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen der letzten 30 Tage nicht erhoben wurden.

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2021	2022
6067	5274	1560	2955	3382	2690	984	2869
67,1	66,3	67,8	66,0	67,0	63,9	67,1	65,4
3,6	5,3 %	2,4 %	3,6 %	3,8 %	4,9 %	3,5 %	5,2 %
11,7 %	13,0 %	10,4 %	15,6 %	14,3 %	19,4 %	13,7 %	12,7 %
6,9 %	8,6 %	5,0 %	8,3 %	7,5 %	10,8 %	4,0 %	5,9 %
15,5 %	20,6 %*	19,1 %*	23,4 %	24,2 %	24,8 %	22,2 %	21,3 %
2,9 %	2,7 %	2,7 %	3,9 %	3,4 %	4,4 %	4,3 %	2,7 %
7,7 %	6,1 %	7,5 %	7,8 %	4,1 %	5,2 %	7,1 %	4,0 %
-	-	-	59,3 %	60,4 %	58,1 %	55,9 %	57,2 %

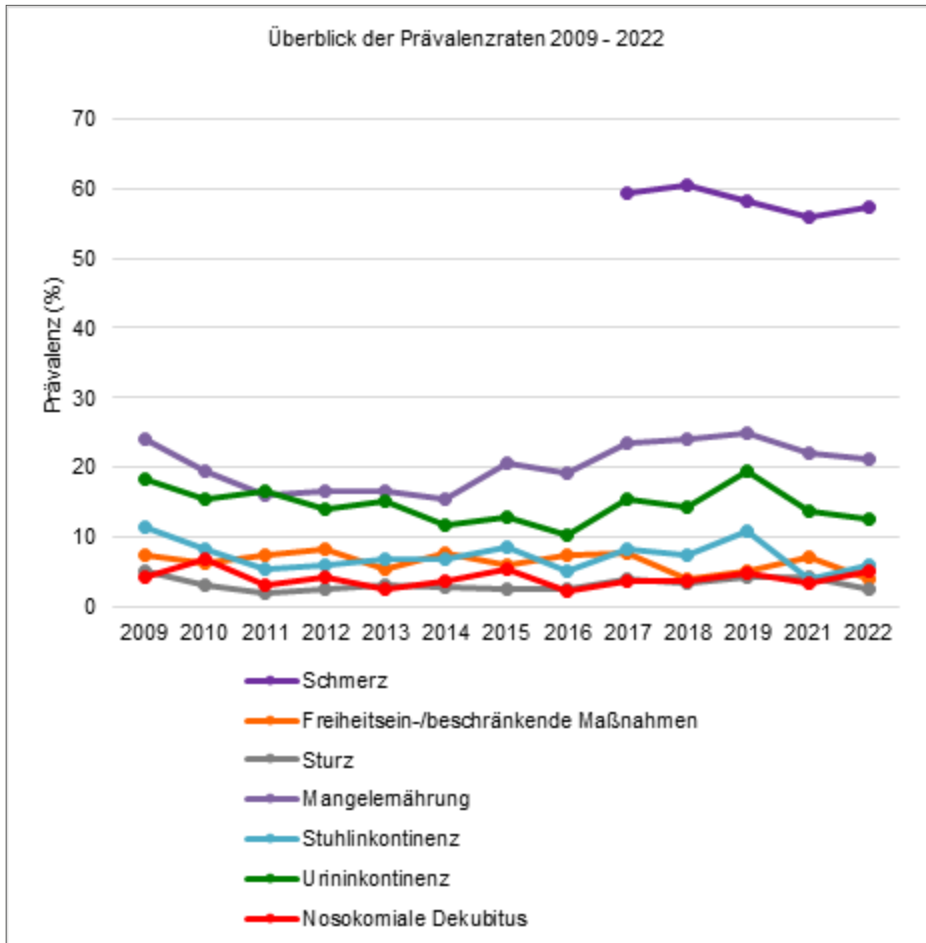


Abbildung 9.1 Überblick der Prävalenzraten der teilnehmenden Krankenhäuser von 2009 - 2022

Der Überblick über die letzten 13 Jahre zeigt, dass sich die Pflegeabhängigkeit der Patient*innen nicht verändert hat und konstant niedrig ist. Die Häufigkeiten von nosokomialen Dekubituswunden und Schmerz sind ebenfalls annähernd konstant geblieben und liegen bei rund 3 % bzw. 5 %. Die Häufigkeiten von Urin- und Stuhlinkontinenz sind gesunken, sodass im Jahr 2022 12,7 % von Urininkontinenz und 5,9 % von Stuhlinkontinenz betroffen waren. Dasselbe gilt für Mangelernährung, Sturz und freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen. Diese Pflegeindikatoren weisen ebenfalls einen leichten Rückgang auf (z.B. Mangelernährung von 24,0 % auf 21,3 %).

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.

Aufgrund der Post-Corona Situation und des derzeitigen Pflegepersonal-mangels in vielen Einrichtungen Österreichs haben in diesem Jahr verständlicherweise nur relativ wenige Einrichtungen an der Erhebung teilgenommen. Dennoch konnte wieder ein guter Einblick/Übersicht zu den genannten Themen gewonnen werden und wir danken allen Einrichtungen für die Teilnahme in dieser herausfordernden Zeit.

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 (2,2 % bis 24,7 % [6-22]) niedrig, jedoch gibt es bei den präventiven Maßnahmen Verbesserungspotenzial. So bekamen beispielsweise 7,5 % der 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 Jahren regelmäßig an der Pflegequalitätserhebung teil und nutzen die Erhebung um die Pflegequalität zu optimieren. In diesen Einrichtungen wurden basierend auf den Daten Veränderungen durchgeführt wie z.B. Einführung von Standards/Leitlinien. Diese Veränderungen brachten sehr gute Erfolge, wie z.B. die Senkung von Prävalenzzahlen bei den verschiedenen Indikatoren. So konnten Einrichtungen beispielsweise die Dekubitusprävalenz durch die Initiierung gezielter präventiver Maßnahmen reduzieren. 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. Über diese zahlreichen durchgeführten Veränderungen in den teilnehmenden Einrichtungen freuen wir uns. Diese Veränderungen sind der Erfolg aller teilnehmenden Einrichtungen und involvierten Pflegepersonen und kommen direkt dem Wohl der Patient*innen zugute.

Diese Ergebnisse zeigen das Potential der *Pflegequalitätserhebung 2.0* als sogenanntes Clinical Audit. Die Teilnahme an diesem Audit stellt eine gute Möglichkeit da, herauszufinden, ob die Pflege/Versorgung in den Einrichtungen dem aktuellen Standard entspricht und um zu zeigen, wo die tägliche pflegerische Versorgung gut ist und wo es ggf. Verbesserungspotenzial gibt. Daher ermutigen wir alle Gesundheitseinrichtungen in Österreich (weiterhin) teilzunehmen!

ANHANG

Glossar/Abkürzungsverzeichnis

AKH	Allgemeines Krankenhaus
Assessment	Ermittlung, Einschätzung
Bradenskala	Instrument zur Einschätzung des Dekubitusrisikos
Inzidenz	Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit/eines Problems in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem bestimmten Zeitraum [138]
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool, Instrument zur Erfassung des Mangelernährungsrisikos [149, 155]
n	Absolute Anzahl an Einrichtungen/Stationen
N	Absolute Anzahl an Patient*innen
NSAR	Nichtsteroidales Antirheumatikum
UK	Universitätsklinikum
PAS	Pflegeabhängigkeitsskala
Prävalenz	Anteil von Personen mit einem bestimmten Pflegeindikator wie Dekubitus etc., welche zu einem bestimmten Zeitpunkt (z.B. am 09. November 2022) festgestellt wird [138]

Literatur

1. LPZ. *Eine Lösung für jede Art von Gesundheitseinrichtung*. 2023 <https://at.lpz-um.eu/de> [abgerufen am 23.02.2023].
2. Hughes, R.G., *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Nurses at the "Sharp End" of Patient Care, ed. R.G. Hughes. 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*. Res Nurs Health, 2017. 40(6): p. 555-563.
4. Abizanda, P., Sinclair, A., Barcons, N., Lizan, L. & Rodriguez-Manas, L., *Costs of Malnutrition in Institutionalized and Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review*. J Am Med Dir Assoc, 2016. 17(1): p. 17-23.
5. Paul, M., *Costs Associated with Pressure Wounds in the U.S. Inpatient Hospital Population*. Innovation in Aging, 2018. 2(Suppl 1): p. 920-921.
6. Eglseer, D., Hödl, M. & Lohrmann, C., *Das Unsichtbare sichtbar machen*. ProCare, 2017. 22(3): p. 46-46.
7. Donabedian, A., *Evaluating the quality of medical care*. 1966. Milbank Q, 2005. 83(4): p. 691-729.
8. Amir, Y., Tan, F.E., 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 Manage, 2017. 63(2): p. 8-23.
9. Van Nie-Visser, N., *Malnutrition in nursing home residents in the Netherlands, Germany and Austria*. 2014, Maastricht University.
10. Schönherr, S., Mandl, M. & Lohrmann, C., *Gutes Sehen, Gutes Hören, Gutes Sagen - Pflegequalität als ein Thema für Österreich*. Österreichische Pflegezeitschrift, 2012. 12: p. 20-22.

11. Simon, M., Schmidt, S., Schwab, C., Hasselhorn, H. & Bartholomeyczik, S., *Messung der Pflegequalität in der Langzeitpflege Eine vergleichende Analyse von Pflgegetransparenzkriterien, bewohnerbezogenen Indikatoren und Beurteilungen der Mitarbeiter.* Bundesgesundheitsblatt, 2013. 56: p. 1088-1097.
12. EPUAP, NPIAP & 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, J.S., *Systematic pressure ulcer risk management.: Results of implementing multiple interventions at Charite-Universitätsmedizin Berlin.* Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes, 2016. 113: p. 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.* Int Wound J, 2018. 15(3): p. 333-343.
15. Wogamon, C.L., *Exploring the Effect of Educating Certified Nursing Assistants on Pressure Ulcer Knowledge and Incidence in a Nursing Home Setting.* Ostomy Wound Manage, 2016. 62(9): p. 42-50.
16. Eglseer, D., Hodl, M. & Lohrmann, C., *Nutritional management of older hospitalised patients with pressure injuries.* Int Wound J, 2018.
17. 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.* J Tissue Viability, 2018. 27(3): p. 135-140.
18. Latimer, S., Chaboyer, W., Thalib, L., McInnes, E., Bucknall, T. & Gillespie, B.M., *Pressure injury prevalence and predictors among older adults in the first 36 hours of hospitalisation.* Journal of clinical nursing, 2019. 28(21-22): p. 4119-4127.
19. 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.* International journal of nursing studies, 2020. 105: p. 103546.

20. Lohrmann, C.H., *Pflegequalitätserhebung 12. April 2016*. 2016, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz.
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*, 2015. 28(10): p. 461-4.
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): p. 11-6.
23. Lohrmann, C.H., *Pflegequalitätserhebung 08. April 2014*. 2014, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz.
24. Lohrmann, C.H., *Pflegequalitätserhebung 14. April 2015*. 2015, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz.
25. Woo, K.Y., Sears, K., Almost, J., Wilson, R., Whitehead, M. & VanDenKerkhof, E.G., *Exploration of pressure ulcer and related skin problems across the spectrum of health care settings in Ontario using administrative data*. *International Wound Journal*, 2017. 14(1): p. 24-30.
26. Coyer, F., Miles, S., Gosley, S., Fulbrook, P., Sketcher-Baker, K., Cook, J.L. & Whitmore, J., *Pressure injury prevalence in intensive care versus non-intensive care patients: A state-wide comparison*. *Aust Crit Care*, 2017. 30(5): p. 244-250.
27. Eberlein-Gonska, M., Petzold, T., Helass, G., Albrecht, D.M. & 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*, 2013. 110(33-34): p. 550-6.
28. Kayser, S.A., VanGilder, C.A. & 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*, 2019. 89: p. 46-52.

29. Zarei, E., Madarshahian, E., Nikkhah, A. & Khodakarim, S., *Incidence of pressure ulcers in intensive care units and direct costs of treatment: Evidence from Iran*. J Tissue Viability, 2019. 28(2): p. 70-74.
30. Vetrano, D.L., Landi, F., De Buyser, S.L., Carfi, A., Zuccala, G., Petrovic, M., Volpato, S., Cherubini, A., Corsonello, A., Bernabei, R. & Onder, G., *Predictors of length of hospital stay among older adults admitted to acute care wards: a multicentre observational study*. Eur J Intern Med, 2014. 25(1): p. 56-62.
31. Sebba Tosta de Souza, D.M., Veiga, D.F., Santos, I.D., Abla, L.E., Juliano, Y. & Ferreira, L.M., *Health-Related Quality of Life in Elderly Patients With Pressure Ulcers in Different Care Settings*. J Wound Ostomy Continence Nurs, 2015. 42(4): p. 352-9.
32. Demarre, L., Van Lancker, A., Van Hecke, A., Verhaeghe, S., Grypdonck, M., Lemey, J., Annemans, L. & Beeckman, D., *The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review*. Int J Nurs Stud, 2015. 52(11): p. 1754-74.
33. Gibson, W. & Wagg, A., *Incontinence in the elderly, 'normal' ageing, or unaddressed pathology?* Nat Rev Urol, 2017. 14(7): p. 440-448.
34. Abrams, P., International Continence Society, *Incontinence: 6th International Consultation on Incontinence, in 6th International Consultation on Incontinence*. 2017, International Continence Society: Tokyo.
35. Kayser, S.A., 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, and Continence Nursing, 2021. 48(6): p. 545.
36. Minassian, V.A., Bazi, T. & Stewart, W.F., *Clinical epidemiological insights into urinary incontinence*. Int Urogynecol J, 2017. 28(5): p. 687-696.

37. Savas, S., Saka, B., Akin, S., Tasci, I., Tasar, P.T., Tufan, A., Yavuzer, H., Balci, C., Sezgin, G. & Karan, M.A., *The prevalence and risk factors for urinary incontinence among inpatients, a multicenter study from Turkey.* Archives of Gerontology and Geriatrics, 2020. 90: p. 104122.
38. Frieling, T., *Incontinence - Etiology, diagnostics and Therapy.* Dtsch Med Wochenschr, 2016. 141(17): p. 1251-60.
39. Jachan, D.E., Müller-Werdan, U. & Lahmann, N.A., *Impaired mobility and urinary incontinence in nursing home residents: a multicenter study.* Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing, 2019. 46(6): p. 524-529.
40. Meesterberends, E., Halfens, R.J., Spreeuwenberg, M.D., Ambergen, T.A., Lohrmann, C., Neyens, J.C. & Schols, J.M., *Do patients in Dutch nursing homes have more pressure ulcers than patients in German nursing homes? A prospective multicenter cohort study.* J Am Med Dir Assoc, 2013. 14(8): p. 605-10.
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): p. 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, 2016. 91: p. 83-9.
43. Button, B.M., Holland, A.E., Sherburn, M.S., Chase, J., Wilson, J.W. & Burge, A.T., *Prevalence, impact and specialised treatment of urinary incontinence in women with chronic lung disease.* Physiotherapy, 2019. 105(1): p. 114-119.
44. Minassian, V.A., Devore, E., Hagan, K. & Grodstein, F., *Severity of urinary incontinence and effect on quality of life in women by incontinence type.* Obstet Gynecol, 2013. 121(5): p. 1083-90.

45. Pizzol, D., Demurtas, J., Celotto, S., Maggi, S., Smith, L., Angiolelli, G., Trott, M., Yang, L. & Veronese, N., *Urinary incontinence and quality of life: a systematic review and meta-analysis*. Aging clinical and experimental research, 2021. 33: p. 25-35.
46. Townsend, M.K., Matthews, C.A., Whitehead, W.E. & Grodstein, F., *Risk factors for fecal incontinence in older women*. Am J Gastroenterol, 2013. 108(1): p. 113-9.
47. Coyne, K.S., Wein, A., Nicholson, S., Kvasz, M., Chen, C.I. & Milsom, I., *Economic burden of urgency urinary incontinence in the United States: a systematic review*. J Manag Care Pharm, 2014. 20(2): p. 130-40.
48. Zwolsman, S., Kastelein, A., Daams, J., Roovers, J.-P. & Opmeer, B.C., *Heterogeneity of cost estimates in health economic evaluation research. A systematic review of stress urinary incontinence studies*. International Urogynecology Journal, 2019. 30(7): p. 1045-1059.
49. Cederholm, T., Barazzoni, R., Austin, P., Ballmer, P., Biolo, G., Bischoff, S.C., Compher, C., Correia, I., Higashiguchi, T., Holst, M., Jensen, G.L., Malone, A., Muscaritoli, M., Nyulasi, I., Pirlich, M., Rothenberg, E., Schindler, K., Schneider, S.M., de van der Schueren, M.A., Sieber, C., Valentini, L., Yu, J.C., Van Gossum, A. & Singer, P., *ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition*. Clin Nutr, 2017. 36(1): p. 49-64.
50. 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: p. 1-10.
51. O’Shea, E., Trawley, S., Manning, E., Barrett, A., Browne, V. & Timmons, S., *Malnutrition in Hospitalised Older Adults: A Multicentre Observational Study of Prevalence, Associations and Outcomes*. J Nutr Health Aging, 2017. 21(7): p. 830-836.
52. Roller, R.E., Eglseer, D., Eisenberger, A. & Wirnsberger, G.H., *The Graz Malnutrition Screening (GMS): a new hospital screening tool for malnutrition*. Br J Nutr, 2016. 115(4): p. 650-7.

53. Ruiz, A.J., Buitrago, G., Rodriguez, N., Gomez, G., Sulo, S., Gomez, C., Partridge, J., Misas, J., Dennis, R., Alba, M.J., Chaves-Santiago, W. & Araque, C., *Clinical and economic outcomes associated with malnutrition in hospitalized patients*. Clin Nutr, 2018.
54. Correia, M., Perman, M.I. & Waitzberg, D.L., *Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review*. Clin Nutr, 2017. 36(4): p. 958-967.
55. Monou, M., Daldas, I., Sivetidou, S. & FNSCOPE, I.K.M.P., *Prevalence of malnutrition and use of nutritional care therapy in rehabilitation inpatients*. International Journal of Caring Sciences, 2020. 13(3): p. 1662-1667.
56. Poudineh, S., Shayesteh, F., Kermanchi, J., Haghdoost, A.-A., Torabi, P., Pasdar, Y., Azimi-Nezhad, M., Safarian, M., Hajifaraji, M. & Eslami-Hasan-Abadi, S., *A multi-centre survey on hospital malnutrition: result of PNSI study*. Nutrition journal, 2021. 20(1): p. 1-7.
57. 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*. Australas J Ageing, 2017. 36(3): p. 205-211.
58. Woodward, T., Josephson, C., Ross, L., Hill, J., Hosking, B., Naumann, F., Stoney, R. & Palmer, M., *A retrospective study of the incidence and characteristics of long-stay adult inpatients with hospital-acquired malnutrition across five Australian public hospitals*. European journal of clinical nutrition, 2020. 74(12): p. 1668-1676.
59. Azzolino, D., Marzetti, E., Proietti, M., Calvani, R., de Souto Barreto, P., Rolland, Y. & Cesari, M., *Lack of energy is associated with malnutrition in nursing home residents: Results from the INCUR study*. Journal of the American Geriatrics Society, 2021. 69(11): p. 3242-3248.
60. Bell, C.L., Lee, A.S. & Tamura, B.K., *Malnutrition in the nursing home*. Curr Opin Clin Nutr Metab Care, 2015. 18(1): p. 17-23.

61. Chatindiara, I., Allen, J., Hettige, D., Senior, S., Richter, M., Kruger, M. & Wham, C., *High prevalence of malnutrition and frailty among older adults at admission to residential aged care*. *Journal of Primary Health Care*, 2020. 12(4): p. 305-317.
62. Everink, I.H., van Haastregt, J., Manders, M., de van der Schueren, M. & Schols, J., *Malnutrition prevalence rates among Dutch nursing home residents: What has changed over one decade? A comparison of the years 2009, 2013 and 2018*. *The journal of nutrition, health & aging*, 2021. 25: p. 999-1005.
63. Faxén-Irving, G., Luiking, Y., Grönstedt, H., Franzén, E., Seiger, Å., Vikström, S., Wimo, A., Boström, A.-M. & Cederholm, T., *Do malnutrition, sarcopenia and frailty overlap in nursing-home residents?* *The Journal of frailty & aging*, 2021. 10: p. 17-21.
64. 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 Clin Exp Res*, 2018.
65. Boulos, C., Salameh, P. & Barberger-Gateau, P., *Social isolation and risk for malnutrition among older people*. *Geriatrics & Gerontology International*, 2017. 17(2): p. 286-294.
66. Donini, L.M., Stephan, B.C., Rosano, A., Molino, A., Poggiogalle, E., Lenzi, A., Siervo, M. & Muscaritoli, M., *What are the risk factors for malnutrition in older-aged institutionalized adults?* *Nutrients*, 2020. 12(9): p. 2857.
67. Favaro-Moreira, N.C., Krausch-Hofmann, S., Matthys, C., Vereecken, C., Vanhauwaert, E., Declercq, A., Bekkering, G.E. & Duyck, J., *Risk Factors for Malnutrition in Older Adults: A Systematic Review of the Literature Based on Longitudinal Data*. *Adv Nutr*, 2016. 7(3): p. 507-22.

68. Leij-Halfwerk, S., Verwijs, M.H., van Houdt, S., Borkent, J.W., Guaitoli, P.R., Pelgrim, T., Heymans, M.W., Power, L., Visser, M., Corish, C.A. & de van der Schueren, M.A.E., *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*, 2019. 126: p. 80-89.
69. Hernandez-Galiot, A. & Goni, I., *Quality of life and risk of malnutrition in a home-dwelling population over 75 years old*. *Nutrition*, 2017. 35: p. 81-86.
70. Khalatbari-Soltani, S. & Marques-Vidal, P., *The economic cost of hospital malnutrition in Europe; a narrative review*. *Clin Nutr ESPEN*, 2015. 10(3): p. e89-e94.
71. Torres Torres, B., Ballesteros Pomar, M.D., Garcia Calvo, S., Castro Lozano, M.A., De la Fuente Salvador, B., Izaola Jauregui, O., Lopez Gomez, J.J., Gomez Hoyos, E., Vaquero Puertas, C. & De Luis Roman, D.A., *Clinical and economic implications of disease-related malnutrition in a surgical service*. *Nutr Hosp*, 2018. 35(2): p. 384-391.
72. Lanctin, D.P., Merced-Nieves, F., Mallett, R.M., Arensberg, M.B., Guenter, P., Sulo, S. & Platts-Mills, T.F., *Prevalence and economic burden of malnutrition diagnosis among patients presenting to United States emergency departments*. *Academic Emergency Medicine*, 2021. 28(3): p. 325-335.
73. Yárnoz-Esquíroz, P., Lacasa, C., Riestra, M., Silva, C. & Frühbeck, G., *Clinical and financial implications of hospital malnutrition in Spain*. *European Eating Disorders Review*, 2019. 27(6): p. 581-602.
74. Pradelli, L., Zaniolo, O., Sanfilippo, A., Lezo, A., Riso, S. & Zanetti, M., *Prevalence and economic cost of malnutrition in Italy: A systematic review and metanalysis from the Italian Society of Artificial Nutrition and Metabolism (SINPE)*. *Nutrition*, 2023. 108: p. 111943.

75. Brown, F., Fry, G., Cawood, A. & Stratton, R., *Economic impact of implementing malnutrition screening and nutritional management in older adults in general practice*. The journal of nutrition, health & aging, 2020. 24: p. 305-311.
76. Schuetz, P., Sulo, S., Walzer, S., Vollmer, L., Stanga, Z., Gomes, F., Rueda, R., Mueller, B. & Partridge, J., *Economic evaluation of individualized nutritional support in medical inpatients: secondary analysis of the EFFORT trial*. Clinical nutrition, 2020. 39(11): p. 3361-3368.
77. Sulo, S., Vargas, J., Gomez, G., Misas, J.D., Serralde-Zúñiga, A.E. & Correia, M.I.T., *Hospital nutrition care informs potential cost-savings for healthcare: A budget impact analysis*. Clinical Nutrition ESPEN, 2021. 42: p. 195-200.
78. Toulson Davisson Correia, M.I., Castro, M., de Oliveira Toledo, D., Farah, D., Sansone, D., de Moraes Andrade, T.R., Tannus Branco de Araújo, G. & Fonseca, M.C.M., *Nutrition Therapy Cost - Effectiveness Model Indicating How Nutrition May Contribute to the Efficiency and Financial Sustainability of the Health Systems*. Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 2021. 45(7): p. 1542-1550.
79. National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Falls in older people: assessing risk and Falls in older people: assessing risk and prevention*. 2013 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161> [abgerufen am 03.05.2023].
80. Gillespie, L.D., Robertson, M.C., Gillespie, W.J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L.M. & Lamb, S.E., *Interventions for preventing falls in older people living in the community*. Cochrane Database Syst Rev, 2015(9): p. Cd007146.
81. Rowan, L. & Veenema, T.G., *Decreasing Falls in Acute Care Medical Patients: An Integrative Review*. J Nurs Care Qual, 2017. 32(4): p. 340-347.
82. Group, K.I.W., *The prevention of falls in later life. A report of the Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly*. Dan Med Bull, 1987. 34 Suppl 4: p. 1-24.

83. Cortés, O.L., Piñeros, H., Aya, P.A., 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).
84. 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*. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, 2017. 120: p. 9-15.
85. Morello, R.T., Barker, A.L., Watts, J.J., Haines, T., Zavarsek, S.S., Hill, K.D., Brand, C., Sherrington, C., Wolfe, R., Bohensky, M.A. & Stoelwinder, J.U., *The extra resource burden of in-hospital falls: a cost of falls study*. *Med J Aust*, 2015. 203(9): p. 367.
86. Sharif, S.I., Al-Harbi, A.B., Al-Shihabi, A.M., Al-Daour, D.S. & Sharif, R.S., *Falls in the elderly: assessment of prevalence and risk factors*. *Pharm Pract (Granada)*, 2018. 16(3): p. 1206.
87. Bor, A., Matuz, M., Csator dai, M., Szalai, G., Balint, A., Benko, R., Soos, G. & Doro, P., *Medication use and risk of falls among nursing home residents: a retrospective cohort study*. *Int J Clin Pharm*, 2017. 39(2): p. 408-415.
88. Ferreira, L., Ribeiro, K., Jerez-Roig, J., Araujo, J.R.T. & Lima, K.C., *Recurrent falls and risk factors among institutionalized older people*. *Cien Saude Colet*, 2019. 24(1): p. 67-75.
89. Lukaszuk, C., Harvey, L., Sherrington, C., Keay, L., Tiedemann, A., Coombes, J., Clemson, L. & Ivers, R., *Risk factors, incidence, consequences and prevention strategies for falls and fall-injury within older indigenous populations: a systematic review*. *Aust N Z J Public Health*, 2016. 40(6): p. 564-568.
90. Zeeh, J., Reinhardt, Y & Heppner, HJ *Stürze im Alter*. *MMW Fortschritte der Medizin*, 2017. 13.
91. Alekna, V., Stukas, R., Tamulaityte-Morozoviene, I., Surkiene, G. & Tamulaitiene, M., *Self-reported consequences and healthcare costs of falls among elderly women*. *Medicina (Kaunas)*, 2015. 51(1): p. 57-62.

92. Evans, D., Pester, J., Vera, L., Jeanmonod, D. & Jeanmonod, R., *Elderly fall patients triaged to the trauma bay: age, injury patterns, and mortality risk*. Am J Emerg Med, 2015. 33(11): p. 1635-8.
93. Gazibara, T., Kurtagic, I., Kistic-Tepavcevic, D., Nurkovic, S., Kovacevic, N., Gazibara, T. & Pekmezovic, T., *Falls, risk factors and fear of falling among persons older than 65 years of age*. Psychogeriatrics, 2017. 17(4): p. 215-223.
94. Mikos, M., Trybulska, A. & Czerw, A., *Falls—the socio-economic and medical aspects important for developing prevention and treatment strategies*. Annals of agricultural and environmental medicine, 2021. 28(3): p. 391.
95. Panneman, M.J.M., Sterke, C.S., Eilering, M.J., Blatter, B.M., Polinder, S. & Van Beeck, E.F., *Costs and benefits of multifactorial falls prevention in nursing homes in the Netherlands*. Experimental Gerontology, 2021. 143: p. 111173.
96. WHO. *Falls*. 2021 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls> [abgerufen am 20.01.2022].
97. NICE, *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings*. 2015, National Institute for Health and Care Excellence.
98. Chou, M.-Y., Hsu, Y.-H., Wang, Y.-C., Chu, C.-S., Liao, M.-C., Liang, C.-K., Chen, L.-K. & Lin, Y.-T., *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: p. 160-165.
99. 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*. Aust Crit Care, 2018.
100. Thomann, S., Zwakhalen, S., Richter, D., Bauer, S. & Hahn, S., *Restraint use in the acute-care hospital setting: A cross-sectional multi-centre study*. International journal of nursing studies, 2021. 114: p. 103807.

101. van der Kooij, A.W., Peelen, L.M., Raijmakers, R.J., Vroegop, R.L., Bakker, D.F., Tekatli, H., van den Boogaard, M. & Slooter, A.J., *Use of physical restraints in Dutch intensive care units: a prospective multicenter study*. *Am J Crit Care*, 2015. 24(6): p. 488-95.
102. Estevez-Guerra, G.J., Farina-Lopez, E., Nunez-Gonzalez, E., Gandoy-Crego, M., Calvo-Frances, F. & Capezuti, E.A., *The use of physical restraints in long-term care in Spain: a multi-center cross-sectional study*. *BMC Geriatr*, 2017. 17(1): p. 29.
103. Hoffmann, H. & Schorro, E., *Use of physical restrain in nursing homes*. 2015.
104. Lee, D.-C.A., Robins, L.M., Bell, J.S., Srikanth, V., Möhler, R., Hill, K.D., Griffiths, D. & Haines, T.P., *Prevalence and variability in use of physical and chemical restraints in residential aged care facilities: A systematic review and meta-analysis*. *International Journal of Nursing Studies*, 2021. 117: p. 103856.
105. Pivodic, L., Smets, T., Gambassi, G., Kylänen, M., Pasman, H.R., Payne, S., Szczerbińska, K., Deliens, L. & Van den Block, L., *Physical restraining of nursing home residents in the last week of life: an epidemiological study in six European countries*. *International Journal of Nursing Studies*, 2020. 104: p. 103511.
106. 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*. *Journal of Advanced Nursing*, 2020. 76(10): p. 2597-2609.
107. Miodownik, C., Friger, M.D., Orev, E., Gansburg, Y., Reis, N. & Lerner, V., *Clinical and demographic characteristics of secluded and mechanically restrained mentally ill patients: a retrospective study*. *Isr J Health Policy Res*, 2019. 8(1): p. 9.
108. 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): p. 1-10.

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, 2019. 89: p. 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. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen*. 2011, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.
112. Assadeck, H., Toudou Daouda, M., Hassane Djibo, F., Douma Maiga, D. & Adehossi Omar, E., *Prevalence and characteristics of chronic pain: Experience of Niger*. Scand J Pain, 2017. 17: p. 252-255.
113. Dahlhamer, J., Lucas, J., Zelaya, C., Nahin, R., Mackey, S., DeBar, L., Kerns, R., Von Korff, M., Porter, L. & Helmick, C., *Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults - United States, 2016*. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 2018. 67(36): p. 1001-1006.
114. de Souza, J.B., Grossmann, E., Perissinotti, D.M.N., de Oliveira Junior, J.O., da Fonseca, P.R.B. & Posso, I.P., *Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life Activities: Brazilian Population-Based Survey*. Pain Res Manag, 2017. 2017: p. 4643830.
115. Fayaz, A., Croft, P., Langford, R.M., Donaldson, L.J. & Jones, G.T., *Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies*. BMJ Open, 2016. 6(6): p. e010364.
116. Gobina, I., Villberg, J., Valimaa, R., Tynjala, J., Whitehead, R., Cosma, A., Brooks, F., Cavallo, F., Ng, K., de Matos, M.G. & Villerusa, A., *Prevalence of self-reported chronic pain among adolescents: Evidence from 42 countries and regions*. Eur J Pain, 2018.
117. Shupler, M.S., Kramer, J.K., Cragg, J.J., Jutzeler, C.R. & Whitehurst, D.G.T., *Pan-Canadian estimates of chronic pain prevalence from 2000 to 2014: A Repeated Cross-Sectional Survey Analysis*. J Pain, 2018.

118. Statistik Austria. *Gesundheitszustand selbstberichtet*. 2019 <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitszustand/gesundheitszustand-selbstberichtet> [abgerufen am 23.02.2023].
119. Cáceres-Matos, R., Gil-García, E., Barrientos-Trigo, S., Porcel-Gálvez, A.M. & Cabrera-León, A., *Consequences of Chronic Non-Cancer Pain in adulthood*. Scoping Review. *Revista de saude publica*, 2020. 54: p. 39.
120. Mutubuki, E., Beljon, Y., Maas, E., Huygen, F., Ostelo, R., Van Tulder, M. & Van Dongen, J., *The longitudinal relationships between pain severity and disability versus health-related quality of life and costs among chronic low back pain patients*. *Quality of Life Research*, 2020. 29: p. 275-287.
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*, 2020. 45(16): p. E1026-E1032.
122. Mayer, S., Spickschen, J., Stein, K.V., Crevenna, R., Dorner, T.E. & Simon, J., *The societal costs of chronic pain and its determinants: the case of Austria*. *PloS one*, 2019. 14(3): p. e0213889.
123. Das, S.K., Dhar, S.S. & Panigrahi, A., *Prevalence of pain and its characteristics in hospitalized patients in an Indian teaching hospital*. *Pain Management Nursing*, 2020. 21(3): p. 299-303.
124. Xiao, H., Liu, H., Liu, J., Zuo, Y., Liu, L., Zhu, H., Yin, Y., Song, L., Yang, B., Li, J. & Ye, L., *Pain Prevalence and Pain Management in a Chinese Hospital*. *Med Sci Monit*, 2018. 24: p. 7809-7819.
125. Zoega, S., Sveinsdottir, H., Sigurdsson, G.H., Aspelund, T., Ward, S.E. & Gunnarsdottir, S., *Quality pain management in the hospital setting from the patient's perspective*. *Pain Pract*, 2015. 15(3): p. 236-46.
126. Amaral, T.F., Matos, L.C., Tavares, M.M., Subtil, A., Martins, R., Nazare, M. & Pereira, N.S., *The economic impact of disease-related malnutrition at hospital admission*. *Clinical Nutrition*, 2007. 26(6): p. 778-784.

127. Heinze, C., Halfens, R.J. & Dassen, T., *Falls in German in-patients and residents over 65 years of age*. Journal of Clinical Nursing, 2007. 16(3): p. 495-501.
128. Suominen, M., Muurinen, S., Routasalo, P., Soini, H., Suur-Uski, I., Peiponen, A., Finne-Soveri, H. & Pitkala, K.H., *Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki*. Eur J Clin Nutr, 2005. 59(4): p. 578-83.
129. Dijkstra, A., Buist, G. & Dassen, T., *Nursing-Care Dependency*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 1996. 10(3): p. 137-143.
130. Lohrmann, C.H., *Die Pflegeabhängigkeitsskala: ein Einschätzungsinstrument für Heime und Kliniken – Eine methodologische Studie, in Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft*. 2003, Charité Universitätsmedizin Berlin.
131. Mertens, E., Tannen, A., Lohrmann, C. & Dassen, T., *[Nursing care dependence in the hospital. A descriptive study]*. Pflege, 2002. 15(5): p. 195-201.
132. Eichhorn-Kissel, J.L., C, *Assessmentinstrumente in der Pflege*. Die Pflegeabhängigkeitsskala, ed. J.L. Eichhorn-Kissel, C 2009: Bartholomeyczik, S & Halek, M.
133. Marshall, M., Campbell, S, Hacker, J & Roland, M *Quality indicators for general practice A practical guide for health professionals and managers*. 2002: Royal Society of Medicine Press Ltd London.
134. Lohrmann, C.H., *Prävalenzerhebung 07. April 2009*. 2009, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz.
135. Lohrmann, C.H., *Europäische Pflegequalitätserhebung 13. April 2010*. 2010, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz.
136. Lohrmann, C.H., *Europäische Pflegequalitätserhebung 17. April 2012*. 2012, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz.

137. Pirlich, M., Schutz, T., Norman, K., Gastell, S., Lubke, H.J., Bischoff, S.C., Bolder, U., Frieling, T., Guldenzoph, H., Hahn, K., Jauch, K.W., Schindler, K., Stein, J., Volkert, D., Weimann, A., Werner, H., Wolf, C., Zurcher, G., Bauer, P. & Lochs, H., *The German hospital malnutrition study*. Clin Nutr, 2006. 25(4): p. 563-72.
138. Polit, D. & Beck, C., *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 2016: Lippincott, Williams & Wilkins Philadelphia.
139. Bours, G.J., Halfens, R., Berger, M., Huijter Abu-Saad, H. & Grol, R., *Development of a model for case-mix adjustment of pressure ulcer prevalence rates*. Med Care, 2003. 41(1): p. 45-55.
140. Lahmann, N., Halfens, R. & Dassen, T., *Auditing pressure ulcer prevalence. Structures, processes and outcomes in annual surveys*. Verpleegkunde, 2007. 22(1): p. 55.
141. Meijers, J.M., Candel, M.J.M.M., Schols, J.M.G.A., van Bokhorst-de van der Schueren, M.A.E. & Halfens, R.J.G., *Decreasing Trends in Malnutrition Prevalence Rates Explained by Regular Audits and Feedback*. The Journal of Nutrition, 2009. 139(7): p. 1381-1386.
142. Bergstrom, N., Braden, B.J., Laguzza, A. & Holman, V., *The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk*. Nurs Res, 1987. 36(4): p. 205-10.
143. Cascio, B.L. & Logomarsino, J.V., *Evaluating the effectiveness of five screening tools used to identify malnutrition risk in hospitalized elderly: A systematic review*. Geriatric Nursing, 2018. 39(1): p. 95-102.
144. Huang, C., Ma, Y., Wang, C., Jiang, M., Yuet Foon, L., Lv, L. & Han, L., *Predictive validity of the Braden scale for pressure injury risk assessment in adults: a systematic review and meta-analysis*. Nursing Open, 2021. 8(5): p. 2194-2207.
145. National Pressure Ulcer Advisory Panel, E.P.U.A.P.a.P.P.P.I.A. *'Prevention and treatment of pressure ulcer: quick reference guide*. 2014 <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf> [abgerufen am 03.05.2023].

146. Beeckman, D., Van den Bussche, K., Alves, P., Arnold Long, M.C., Beele, H., Ciprandi, G., Coyer, F., de Groot, T., De Meyer, D., Deschepper, E., Dunk, A.M., Fourie, A., Garcia-Molina, P., Gray, M., Iblasi, A., Jelnes, R., Johansen, E., Karadag, A., Leblanc, K., Kis Dadara, Z., Meaume, S., Pokorna, A., Romanelli, M., Ruppert, S., Schoonhoven, L., Smet, S., Smith, C., Steininger, A., Stockmayr, M., Van Damme, N., Voegeli, D., Van Hecke, A., Verhaeghe, S., Woo, K. & Kottner, J., *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*. Br J Dermatol, 2018.
147. Beeckman, D., *A decade of research on Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): Evidence, knowledge gaps and next steps*. Journal of Tissue Viability, 2017. 26(1): p. 47-56.
148. NICE, *Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management*. 2019, National Institute for Health and Care Excellence: London. p. 74.
149. Elia, M., *The 'MUST' report. Nutritional screening for adults: a multidisciplinary responsibility. Development and use of the 'Malnutrition Universal Screening Tool' (MUST) for adults*. 2003, British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN).
150. Lohrmann, C.H., *Pflegequalitätserhebung 2.0 14. November 2017*. 2017, Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz.
151. Dutch Malnutrition Steering Group (DMSG), *Guideline on malnutrition recognising, diagnosing and treating malnutrition in adults*. 2017.
152. Schoberer, D., Finling, T., Breimaier, H., Schaffer, S., Zuschnegg, A., Archan, T., Frießnegg, S., Koll, V. & Stiasny, G. *Update of a fall prevention guideline using GRADE. in Nursing Home Research International Working Group 5th edition*. 2018. Rome, Italy: The Journal of Nursing Home Research Science
153. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen*. 2015: Osnabrück.

154. Von Eiff, W., *International Best Practices in Health Care Management*. International Benchmarking and Best Practice Management: In Search of Health Care and Hospital Excellence. Emerald Group Publishing Limited.
155. 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. 2003 http://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_explan.pdf. [abgerufen am 03.05.2023].

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft
Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Christa Lohrmann

Neue Stiftingtalstraße 6
8010 Graz

Tel: 0316/385-72083

E-Mail: pflagequalitaetserhebung@medunigraz.at

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

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