Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Pflegequalitätserhebung 2.0

13. - 15. November 2024

Herausgabe: Univ.-Prof.in Dr.in rer. cur. Christa Lohrmann
Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft
Neue Stiftingtalstraße 6/P06 - WEST
8010 Graz
Tel.: 0316 385 72083 (Mag.a Sandra Klein)
eMail: pflegequalitaetserhebung@medunigraz.at
Web: http://pflegewissenschaft.medunigraz.at
https://at.lpz-um.eu/de

© 2025 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 2024 teilgenommen haben.

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

„All health care workers should participate in quality measurement and improvement with their patients.”

WHO 2018

Projektteam

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

Dr.in Silvia Bauer, MSc BSc
Universitätsassistentin

Lena Lampersberger, MSc BSc
Universitätsassistentin

Selvedina Osmancevic, MSc BSc
Universitätsassistentin

Mag.a Sandra Klein
Organisatorische/Lektorielle Unterstützung

Medizinische Universität Graz | Institut für Pflegewissenschaft

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung 15

- Stichprobe und Pflegeabhängigkeit 15
- Dekubitus 15
- Inkontinenz 16
- Mangelernährung 16
- Sturz 16
- Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen 17
- Schmerz 17
- Überblick über alle Erhebungsjahre 18

2. Einleitung 21

- Beschreibung der Pflegeindikatoren 22
- Ziel und Zweck von Pflegequalitätserhebungen 22
- Die *Pflegequalitätserhebung 2.0* 23
- Vorgehen 23
- Datenerhebung 24
- Risikoerfassung 25
- Studienpopulation 25
- Verarbeitung der Daten 25
- Der Gesamtbericht zur *Pflegequalitätserhebung 2.0* - 2024 27

3. Qualitätsindikatoren 29

- Einleitung 29
- Einrichtungsebene 29
- Stationsebene 29

4. Stichprobe 33
Einleitung 33
Teilnehmer*innen und Rücklaufquote 33
Gründe für eine Nicht-Teilnahme 33
Charakteristika der Patient*innen 34
Pflegeabhängigkeit 34
Krankheitsbilder 37
Fachbereiche 38

5. Dekubitus 39
Einleitung 39
Dekubitusrisiko 40
Dekubitusprävalenz 41
Dekubitusmerkmale 42
Maßnahmen zur Dekubitusprävention 43

6. Inkontinenz 47
Einleitung 47
Prävalenz von Inkontinenz 47
Prävalenz von Inkontinenz-assoziierter Dermatitis (IAD) 48
Maßnahmen bei Urininkontinenz 49

7. Mangelernährung 51
Einleitung 51
Prävalenz von Mangelernährungsrisiko 51
Ernährungsbezogene Maßnahmen 51

8. Sturz 53
Einleitung 53
Sturzrisiko und -inzidenz 53
Maßnahmen zur Sturzprävention 54

9. Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen 57
Einleitung 57
Inzidenz von freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen 57
Art der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen 57

10. Schmerz 61
Einleitung 61
Prävalenz von Schmerz 61
Intensität des Schmerzes 62
Maßnahmen bei Schmerz 62

11. Schlussbemerkung 67

Fazit 68

Anhang 69
Unterschiede der Prävalenzraten zwischen Männern und Frauen 71
Glossar/Abkürzungsverzeichnis 73
Literatur 75

Die nächste *Pflegequalitätserhebung 2.0*
findet vom **12. - 14. November 2025** statt.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1 Überblick der Prävalenzraten der teilnehmenden Krankenhäuser von 2009 - 2024 19

Tabelle 3.1 Qualitätsindikatoren auf Einrichtungsebene 30

Tabelle 3.2 Qualitätsindikatoren auf Stationsebene 31

Tabelle 4.1 Gründe für Nicht-Teilnahme 33

Tabelle 4.2 Patient*innencharakteristika 34

Tabelle 4.3 Verteilung der Pflegeabhängigkeit in den einzelnen Kategorien 35

Tabelle 4.4 Anteil der Patient*innen je Item und je Pflegeabhängigkeitskategorie 36

Tabelle 4.5 Krankheitsbilder 37

Tabelle 4.6 Patient*innen differenziert nach Fachbereichen 38

Tabelle 5.1 Dekubitusklassifikation nach EPUAP, NPIAP & PPPIA 40

Tabelle 5.2 Dekubitusrisiko nach Braden und dem klinischen Blick 41

Tabelle 5.3 Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe 41

Tabelle 5.4 Dekubitusprävalenz nach Kategorien 42

Tabelle 5.5 Lokalisation des Dekubitus 43

Tabelle 6.1 Inkontinenz 47

Tabelle 6.2 Kategorien der IAD lt. GlOBIAD 48

Tabelle 6.3 Kategorien der IAD 49

Tabelle 8.1 Sturzrisiko, Medikamente und Sturzinzidenz in den letzten 30 Tagen 54

Tabelle 9.1 Art der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahme bei Patient*innen mit freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen 58

Tabelle 10.1 Prävalenz von Schmerzen in den letzten 7 Tagen 61

Tabelle 10.2 Intensität des Schmerzes bei Patient*innen mit akuten und chronischen Schmerzen in den letzten 7 Tagen 62

Tabelle 10.3 Durchgeführte Maßnahmen bei Patient*innen mit Schmerzen 63

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1 Überblick der Prävalenzraten der teilnehmenden Krankenhäuser von 2009 - 2024 18

Abbildung 2.1 Darstellung der Prävalenz im Vergleich zur gesamten Organisation und national 26

Abbildung 2.2 Verlauf über die Jahre im Vergleich zur gesamten Organisation und national 26

Abbildung 5.1 Präventionsmaßnahmen bei Patient*innen mit Dekubitusrisiko laut Bradenskala 44

Abbildung 6.1 Maßnahmen bei Urininkontinenz (exkl. Katheter) 50

Abbildung 7.1 Maßnahmen bei Patient*innen mit einem Risiko für Mangelernährung lt. MUST 52

Abbildung 8.1 Sturzpräventive Maßnahmen bei Personen mit Sturzrisiko (Sturz in den letzten 12 Monaten) 55

Abbildung 9.1 Begleitmaßnahmen bei freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen in den letzten 30 Tagen 59

Abbildung 9.2 Hauptgründe für die freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen 60

Abbildung 10.1 Nicht-pharmakologische Maßnahmen zur Schmerzreduktion 64

Abbildung 10.2 Pharmakologische Maßnahmen zur Schmerzreduktion 65

Kostenlos & Persönlich

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 12:00 und 14:00 Uhr stehen wir für Ihre Fragen und Anliegen (entweder persönlich im Institut , telefonisch oder online) zur Verfügung.

Um Terminvereinbarung wird gebeten!

0316 385 72083
pflegequalitaetserhebung@medunigraz.at

Silvia Bauer

Lena Lampersberger

Selvedina Osmancevic

1. ZUSAMMENFASSUNG

Die *Pflegequalitätserhebung 2.0* wurde vom 13.-15. November 2024 durchgeführt. Mithilfe der gewonnenen Daten werden in diesem Bericht die Prävalenz, Prävention und Behandlung der Pflegeindikatoren Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Sturz und freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen sowie Schmerzen beschrieben. Darüber hinaus werden verschiedene Qualitätsindikatoren auf Einrichtungs- sowie Stationsebene dargestellt. Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse zu den einzelnen Pflegeindikatoren zusammengefasst.

Stichprobe und Pflegeabhängigkeit

Zum Zeitpunkt der Erhebung wurden 2322 Personen in den teilnehmenden Einrichtungen versorgt. Insgesamt lag von 1764 Patient*innen eine schriftliche *Informierte Zustimmung* zur Datenerhebung vor. Das Durchschnittsalter lag bei 67 Jahren. Die drei häufigsten Erkrankungen waren Krankheiten des Kreislaufsystems (41,8 %), Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (21,8 %) und Krankheiten des Verdauungstraktes (19,8 %). Insgesamt waren 54,1 % aller Patient*innen völlig pflegunabhängig und 11 % waren überwiegend oder völlig abhängig.

Dekubitus

Das Dekubitusrisiko wurde im Rahmen der *Pflegequalitätserhebung 2.0* anhand der Bradenskala (1) und dem klinischen Blick der Pflegepersonen eingeschätzt. Das Dekubitusrisiko gemäß Bradenskala lag bei 28,1 % und gemäß klinischem Blick bei 15,1 %. Der Anteil an Patient*innen mit mindestens einem Dekubitus lag bei 8,5 %. Die meisten Dekubitus entstanden vor der Aufnahme in die jeweilige Einrichtung (69,6 %) und konnten der Kategorie 2 (46,4 %) zugeordnet werden. Die häufigsten Lokalisationen waren das Kreuzbein (55,8 %) und die Ferse (20,8 %). 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 Patient*innenedukation. Bei 6,8 % 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 14,9 %. Die Urininkontinenz bestand beim Großteil der Betroffenen bereits vor der Aufnahme in die Einrichtung. Die Prävalenz von Stuhlinkontinenz betrug 8,6 % und 5,4 % der Patient*innen litten an einer Doppelinkontinenz. Eine inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD) wurde bei 3,2 % der inkontinenten Patient*innen festgestellt. Es gibt eine Vielzahl von Maßnahmen, die bei urininkontinenten Patient*innen eingeleitet werden können. Die häufigste durchgeführte Maßnahme war die Verwendung von absorbierenden Produkten/ableitenden Hilfsmittel. Die zweithäufigste Maßnahme war die Anpassung der Bekleidung und der Umgebung. Die Maßnahme die am seltensten durchgeführt wurde, war der regelmäßige Toilettengang nach einem (Stations)plan.

Mangelernährung

Anhand der Erhebung konnten Daten zum Ernährungszustand der Patient*innen in den teilnehmenden Einrichtungen gesammelt werden. Unter Verwendung des Screening-Instrumentes MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) (2) wiesen 21,2 % der Patient*innen ein Risiko für Mangelernährung auf. Bei einem Mangelernährungsrisiko sowie bei bestehender Mangelernährung wird die Durchführung von ernährungsbezogenen Maßnahmen empfohlen. Die häufigsten eingeleiteten Maßnahmen waren 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 Anpassung des Ambientes. Bei 10,5 % der Patient*innen mit einem Risiko für Mangelernährung wurden keine Maßnahmen durchgeführt.

Sturz

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

waren, wurden als Patient*innen mit Sturzrisiko eingestuft, dies betraf knapp 18 % der Patient*innen. Die häufigsten eingesetzten sturzpräventiven Maßnahmen waren die Evaluierung des Schuhwerks und die Sicherheitsanpassung der Umgebung. Bei 6,0 % der Patient*innen mit einem Sturzrisiko wurden keine präventiven Maßnahmen gesetzt.

Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen

Die erhobenen Daten zu freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen (FEM) zeigen, dass diese bei 2,6 % 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 Evaluierung von freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen und der Informationsweitergabe an Betroffene/Angehörige die häufigste Begleitmaßnahme. Hauptgrund für freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen war vor allem die Sturz(prävention).

Schmerz

Im letzten Abschnitt der Erhebung wurden Daten zu Schmerzen erfasst. 51,7 % der Patient*innen litten in den letzten 7 Tagen vor der Befragung unter Schmerzen. Davon waren etwas mehr als die Hälfte akute Schmerzen. Fast die Hälfte der Patient*innen gab mäßig starke Schmerzen an, wobei Patient*innen mit chronischen Schmerzen häufiger mäßige oder starke Schmerzen hatten als Patient*innen mit akuten Schmerzen. Schmerzlindernde Maßnahmen können in pharmakologische und nicht-pharmakologische Maßnahmen unterteilt werden. 65,1 % der Patient*innen mit Schmerzen in den letzten 7 Tagen erhielten nicht-pharmakologische Maßnahmen und bei 90,8 % der Patient*innen wurden pharmakologische Maßnahmen durchgeführt. Die Physiotherapie war die häufigste nicht-pharmakologische Maßnahme. Eine weitere häufig angewendete, nicht-pharmakologische Maßnahme war die Patient*innenedukation. Die häufigsten eingesetzten Medikamente zur Behandlung von Schmerz waren nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR), gefolgt von Paracetamol und anderen Nicht-Opioiden.

Überblick über alle Erhebungsjahre

Die *Pflegequalitätserhebung 2.0* wird bereits seit 2009 jährlich in österreichischen Gesundheitseinrichtungen durchgeführt. Das bietet uns die Möglichkeit die Prävalenzraten zwischen den verschiedenen Erhebungsjahren zu vergleichen.

In Abbildung 1.1 und Tabelle 1.1 befindet sich jeweils ein Überblick über die Prävalenzraten in Krankenhäusern. Der Pflegeindikator Schmerz wird erst seit 2017 erhoben, daher gibt es keine Daten aus den vorherigen Jahren. Der Summenscore der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) liegt zwischen 15 und 75 Punkten. Je kleiner der Wert, desto pflegeabhängiger ist der*die Patient*in. (3).

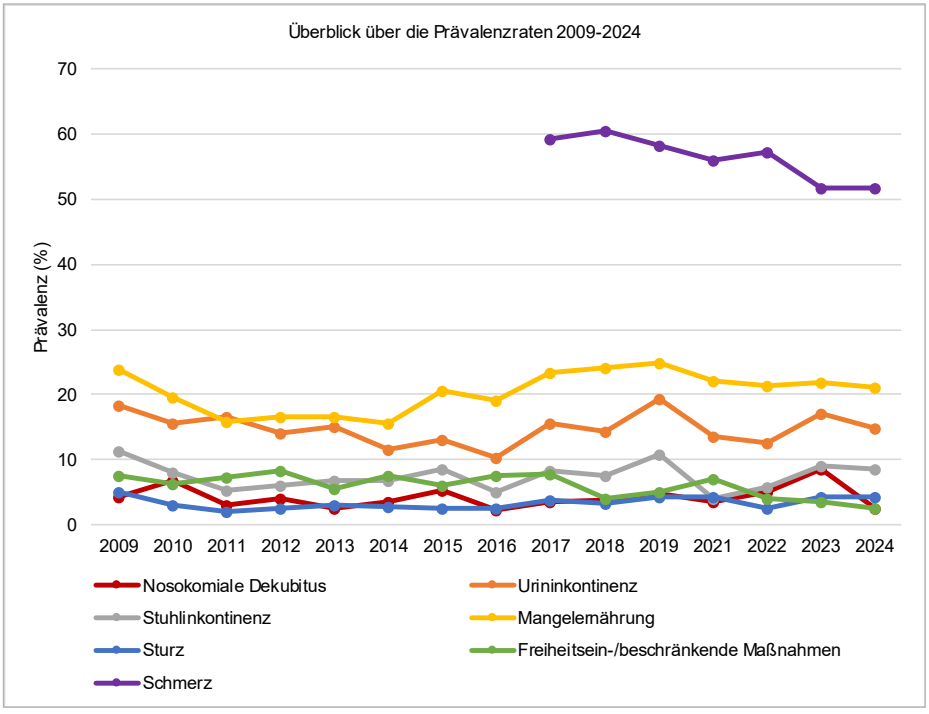

Abbildung 1.1 Überblick der Prävalenzraten der teilnehmenden Krankenhäuser von 2009 - 2024

Tabelle 1.1 Überblick der Prävalenzraten der teilnehmenden Krankenhäuser von 2009 - 2024

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2021	2022	2023	2024
Anzahl Teilnehmer*innen	1653	2335	2122	3648	3298	6067	5274	1560	2955	3382	2690	984	2869	2684	1764
Summenscore PAS (in %)	65,2	66,4	68,5	74,0	66,9	67,1	66,3	67,8	66,0	67,0	63,9	67,1	65,4	63,0	64,3
Nosokomiale Dekubitus in der Risikogruppe (in %)	4,3	6,9	3,1	4,2	2,5	3,6	5,3	2,4	3,6	3,8	4,9	3,5	5,2	8,6	2,6
Urininkontinenz (ohne Katheter) (in %)	18,3	15,5	16,7	14,0	15,1	11,7	13,0	10,4	15,6	14,3	19,4	13,7	12,7	17,0	14,9
Stuhlinkontinenz (in %)	11,4	8,2	5,4	6,0	6,8	6,9	8,6	5,0	8,3	7,5	10,8	4,0	5,9	9,0	8,6
Mangelernährung (MUST) (in %)	24,0	19,5	15,9	16,7	16,5	15,5	20,6*	19,1*	23,4	24,2	24,8	22,2	21,3	22,0	21,2
Sturz (der letzten 30 Tage in der Einrichtung) (in %)	5,2	3,2	2,1	2,7	3,0	2,9	2,7	2,7	3,9	3,4	4,4	4,3	2,7	4,3	4,3
Freiheitsein- und beschränkende Maßnahmen (der letzten 30 Tage) (in %)	7,5 **	6,3 **	7,3 **	8,3	5,5	7,7	6,1	7,5	7,8	4,1	5,2	7,1	4,0	3,6	2,6
Schmerz (der letzten 7 Tage) (in %)	-	-	-	-	-	-	-	-	59,3	60,4	58,1	55,9	57,2	51,8	51,7

*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 ver-wendet, da in diesem Jahr die freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen der letzten 30 Tage nicht erhoben wurden

Der Überblick über die letzten 15 Jahre zeigt, dass sich die Pflegeabhängigkeit der befragten Patient*innen kaum verändert hat und konstant niedrig ist. Die Häufigkeit von nosokomialen Dekubituswunden war viele Jahre konstant, stieg in den letzten Jahren geringfügig an und sank 2024 wieder etwas ab. Geringfügig rückläufig sind die Prävalenzraten bei Urin- und Stuhlinkontinenz. Diese betrugen im Jahr 2024 14,9 % bzw. 8,6 % und sind somit etwas geringer als im Vorjahr. Die Prävalenzrate von Mangelernährung ist in etwa gleichbleibend und lag 2024 bei 21,2 %. Das betrifft auch den Pflegeindikator Sturz. Hier lag die Prävalenz im Jahr 2024 bei 4,3 % und somit gleich wie bereits im Jahr 2023. Einen Rückgang in der Prävalenz gab es bei freiheitsein- und beschränkenden Maßnahmen. Diese sanken von 7,5 % im Jahr 2009 auf 2,6 % im Jahr 2024. Die Prävalenz von Schmerzen sank von 59,3 % auf 51,7 % .

2. EINLEITUNG

Pflegequalität ist eines der wichtigsten Themen in der heutigen pflegerischen Versorgung (4). 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 (5).

Zu häufig auftretenden Problemen bei der Pflege von Patient*innen zählen Dekubitus, Mangelernährung, Inkontinenz, Sturz und Schmerz (6). Diese Probleme oder Pflegeindikatoren beeinträchtigen eine Genesung und können die Lebensqualität von Betroffenen erheblich beeinträchtigen. Darüber hinaus können diese Indikatoren zu unnötigen Folgen bis hin zur Pflegeabhängigkeit führen und gehen mit Belastungen für die Betroffenen und für die Pflegepersonen einher. Hinzu kommen hohe Kosten, welche die einzelnen Einrichtungen sowie das gesamte Gesundheitssystem belasten (7, 8).

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 Maßnahmen, als auch den dadurch entstandenen (positiven oder negativen) Ergebnissen in der täglichen Pflegepraxis (9).

Das Modell von Donabedian bietet eine gute Möglichkeit für die Betrachtung von Pflegequalität (10). Dieses Modell besagt, dass vorhandene Strukturen einer Einrichtung (z.B. Nutzung evidenzbasierter Leitlinien) die durchgeführten Prozesse (z.B. regelmäßiges Risikoassessment und darauf aufbauende Maßnahmen) beeinflussen können. Diese Prozesse wiederum beeinflussen die Ergebnisse der Patient*innen (z.B. Häufigkeit von Dekubitus). Dieses Modell wird seit vielen Jahren international und ebenfalls bei der jährlichen Pflegequalitätserhebung in unterschiedlichen Einrichtungen des Gesund-

heitswesens zur Analyse und damit zur Verbesserung von Pflegequalität verwendet

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 hohe Kosten für die Gesundheitssysteme.

Beschreibung der Pflegeindikatoren

Im Rahmen der *Pflegequalitätserhebung 2.0* werden Daten zu Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Sturz, freiheitsein- und beschränkenden Maßnahmen und Schmerz erhoben. Im Supplement 1 (https://pflegewissenschaft.medunigraz.at/frontend/user_upload/OEs/institute/pflegewissenschaft/pdf/Supplement_1_Beschreibung_der_Pflegeindikatoren.pdf) finden Sie eine nähere Beschreibung der genannten Pflegeindikatoren.

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 jeweilige 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 (13, 14). Sie ermöglichen einen Einblick in die aktuelle Pflegepraxis und geben Anregungen für Verbesserungen (15). Bei regelmäßiger Teilnahme der Einrichtungen an Prävalenzstudien können initi-

ierte 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.

Die *Pflegequalitätserhebung 2.0*

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 liefern diese Daten 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 (16, 17).

Seit 2009 wird diese Erhebung in Österreich vom Institut für Pflegewissenschaft der Medizinischen Universität Graz durchgeführt.

Eine regelmäßige jährliche Teilnahme 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 und nicht nur von ausgewählten Stationen zu erhalten. Dadurch kann festgestellt werden ob eingeleitete pflegerische Maßnahmen zur Senkung der jeweiligen Prävalenzrate(n) beigetragen haben (18, 19).

Vorgehen

Alle österreichischen Gesundheitseinrichtungen, Krankenhäuser, Pflegeheime Rehabilitationseinrichtungen und Organisationen der Hauskrankenpflege in Österreich können an der *Pflegequalitätserhebung 2.0* teilnehmen. Die Teilnahme an der Studie ist für alle Einrichtungen freiwillig. Ein positives Votum für die Durchführung der Studie gibt es von der zuständigen Ethikkommission (Medizinische Universität Graz). Es werden nur Daten von Patient*innen erhoben für die eine mündliche *Informierte Zustimmung*

vorliegt. Die teilnehmenden Einrichtungen erhalten im Vorfeld eine Schulung sowie Informations- und Erhebungsmaterialien, welche für die Datenerhebung in den jeweiligen Einrichtungen notwendig sind. Die Daten werden von einem Erhebungsteam bestehend aus zwei Personen (i.d.R. diplomierte Pflegepersonen) erhoben. Dieses Team besteht aus einer unabhängigen (externen) Pflegeperson (von einer anderen Station) sowie einer zweiten (internen) Pflegeperson, die auf der Station tätig ist. Beim Beantworten der Fragen soll eine Übereinstimmung erzielt werden. Gelingt dies nicht, entscheidet die unabhängige Pflegeperson. Die Daten werden in ein passwortgeschütztes Online-Eingabeprogramm eingetragen.

Datenerhebung

Der im Rahmen der *Pflegequalitätserhebung 2.0* verwendete originale Fragenkatalog wurde innerhalb der internationalen Forschungsgruppe entwickelt (3, 20). Die Fragen wurden anhand der internationalen wissenschaftlichen Literatur und von Expert*innen auf dem Gebiet der jeweiligen Pflegeindikatoren zusammengestellt und werden regelmäßig mithilfe neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse aktualisiert. Bei der Zusammenstellung wurde auf vorhandene wissenschaftlich getestete (psychometrisch geprüfte) Messinstrumente, wie die Braden-Skala (1) oder die Pflegeabhängigkeitsskala (3, 20) 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. Hier umfasst der allgemeine Teil demographische Merkmale (wie Alter und Geschlecht) und in einem spezifischen Abschnitt werden Daten und Merkmale zu den Pflegeindikatoren sowie zur Prävention und den durchgeführten Interventionen abgedeckt.

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 die Bradenskala und bei Mangelernährung das MUST (Malnutrition Universal Screening Tool). Zusätzlich dazu sollen die erhebenden Pflegepersonen bei Dekubitus auch noch eine Risikobeurteilung mithilfe des klinischen Blicks durchführen, weil Screening- und Assessmentinstrumente Grenzen und Einschränkungen haben (21, 22). 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 (23, 24).

Studienpopulation

Die *Pflegequalitätserhebung 2.0* fand in einem vorab festgelegten Zeitraum (13. - 15. November 2024) statt. Zur Population der Studie zählten alle Patient*innen, die sich am Tag der Erhebung auf den teilnehmenden Stationen befanden. Alle Patient*innen, die Ihre mündliche *Informierte Zustimmung* zur Datenerhebung gaben, wurden befragt. Im Jahr 2024 nahmen nur Krankenhäuser und keine Pflegeheime oder andere Gesundheitseinrichtungen teil.

Verarbeitung der Daten

Alle Einrichtungen haben die Daten direkt online in das passwortgeschützte Eingabeprogramm eingegeben. Die Ergebnisse werden den Koordinator*innen und Ansprechpartner*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. In den Abbildungen 2.1 und 2.2 sind die Darstellungen im Dashboard als Beispiel dargestellt.

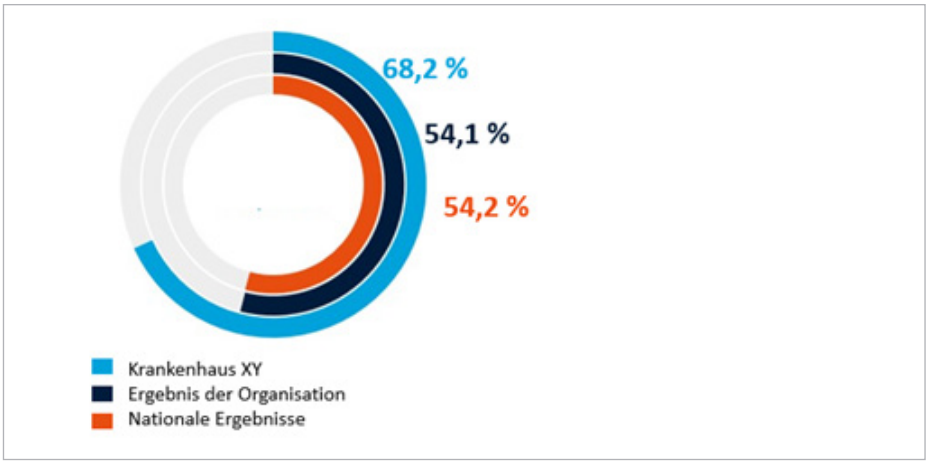

Abbildung 2.1 Darstellung der Prävalenz im Vergleich zur gesamten Organisation und national

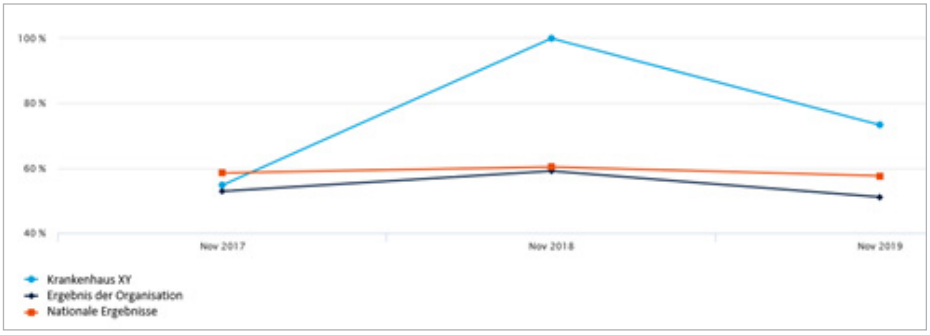

Abbildung 2.2 Verlauf über die Jahre im Vergleich zur gesamten Organisation und national

Der Gesamtbericht zur *Pflegequalitätserhebung 2.0* - 2024

Der vorliegende Bericht ist so gestaltet, dass keine Rückschlüsse auf einzelne Einrichtungen gezogen werden können. Bitte beachten Sie auch, dass nicht alle Module obligatorisch waren, das heißt, die teilnehmenden Einrichtungen konnten die zu erhebenden Indikatoren auswählen. Daher variiert die Stichprobengröße je nach Pflegeindikator. Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse der *Pflegequalitätserhebung 2.0* - 2024 dargestellt. Unterschiede in den Prävalenzraten bei den einzelnen Indikatoren zwischen Männern und Frauen finden Sie im Anhang.

3. QUALITÄTSINDIKATOREN

Einleitung

Im Zuge der *Pflegequalitätserhebung 2.0* werden einige strukturelle Qualitätsindikatoren auf Einrichtungs- und Stationsebene erhoben. Dazu gehören unter anderem wissenschaftliche Leitlinien, Expert*innenteams und Fortbildungen.

Folgende Qualitätsindikatoren zu den sechs Pflegeindikatoren werden erhoben:

Einrichtungsebene

Standards/Leitlinien: schriftliche, wissenschaftlichbasierte 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 indivi-

duelle Risikofaktoren oder vorhandene Probleme (z.B. Dekubitus oder Sturz) weitergegeben werden.

Da eine Risikoerfassung bei den Pflegeindikatoren Inkontinenz, freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen und Schmerzen nicht adäquat 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.

In Tabelle 3.1 sind die Qualitätsindikatoren auf Einrichtungsebene dargestellt.

Tabelle 3.1 Qualitätsindikatoren auf Einrichtungsebene

	Standard/Leitlinie	Multidisziplinäres Expert*innenteam
Dekubitus (N=17)	13 (76,5 %)	13 (76,5 %)
Inkontinenz (N=15)	8 (53,3 %)	10 (66,7 %)
Mangelernährung (N=13)	29 (69,2 %)	8 (61,5 %)
Sturz (N=17)	15 (88,2 %)	12 (70,6 %)
FEM* (N=15)	13 (86,7 %)	10 (66,7 %)
Schmerz (N=16)	11 (68,8 %)	12 (75,0 %)

*FEM = freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen

Im Großteil der teilnehmenden Krankenhäuser gab es einen Standard/eine Leitlinie zum Thema Sturz (88,6 %) und freiheitsein- und beschränkende Maßnahmen (86,7 %). Einen Standard/eine Leitlinie zu Dekubitus gab es in 76,5 % der Einrichtungen. Zu den Themen Mangelernährung und Schmerz gab es in knapp 70 % der Einrichtungen Standards/Leitlinien und zu Inkontinenz in etwas mehr als die Hälfte der Einrichtungen. Multidisziplinäre Expert*innenteams zum Thema Dekubitus gab es in 76,5 % und zu Schmerz in 75,0 % der Einrichtungen. Knapp 70 % der Einrichtungen hatten ein Expert*innenteam zum Thema Sturz und in 66,7 % der Einrichtungen gab

es entsprechende Expert*innenteams zu Inkontinenz und freiheitsein- und beschränkenden Maßnahmen.

In Tabelle 3.2 sind die Qualitätsindikatoren auf Stationsebene dargestellt.

Tabelle 3.2 Qualitätsindikatoren auf Stationsebene

	Audits zur Einhaltung von Standard/ Leitlinie	Multidisziplinäre Beratung	Diskussion von Prävalenzraten	Aufzeichnung der Risikobeurteilung in Pflegedokumentation	Fortbildung
Dekubitus (N=128)	105 (82,0 %)	111 (86,7 %)	116 (90,6 %)	128 (100 %)	70 (54,7 %)
Inkontinenz (N=110)	80 (72,7 %)	-	-	-	58 (52,7 %)
Mangelernährung (N=87)	63 (72,4 %)	74 (85,1 %)	68 (78,2 %)	85 (97,7 %)	42 (48,3 %)
Sturz (N=128)	106 (82,8 %)	110 (85,9 %)	116 (90,6 %)	128 (100 %)	56 (43,8 %)
FEM* (N=120)	89 (74,2 %)	-	-	-	86 (71,7 %)
Schmerz (N=112)	70 (62,5 %)	-	-	-	57 (50,9 %)

*FEM = freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen

Audits zur Einhaltung des Standards/der Leitlinie gab es zu den Themen Sturz auf 82,8 % und Dekubitus auf 82,0 % der teilnehmenden Stationen. Zum Thema Schmerz gab es auf 62,5 % der Stationen Audits. Multidisziplinäre Beratungen zu den Themen Dekubitus, Mangelernährung und Sturz gab es auf knapp 85 % aller Stationen. Fortbildungen gab es am häufigsten zum Thema freiheitsein- und beschränkende Maßnahmen (71,7 %) und am seltensten zum Thema Sturz (43,8 %).

4. STICHPROBE

Einleitung

Im November 2024 beteiligten sich in Österreich 17 Allgemeine Krankenhäuser. Insgesamt wurden 2322 Patient*innen am Tag der Erhebung in den teilnehmenden Einrichtungen betreut.

Teilnehmer*innen und Rücklaufquote

Die gesamte Rücklaufquote betrug 76,0 %. Das bedeutet, dass von 2322 anwesenden Patient*innen, 1764 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 4.1).

Tabelle 4.1 Gründe für Nicht-Teilnahme

	Nicht-Teilnehmer*innen Gesamt (N=558)
Teilnahme verweigert	28,3 %
Kognitiver Zustand zu schlecht	21,5 %
Nicht erreichbar	17,7 %
Sonstiges	14,0 %
Versteht oder spricht die Sprache nicht	9,3 %
Terminal	5,0 %
Covid-19 Verdachtsfall oder Betroffene*r	3,0 %
Komatös	1,1 %

Die häufigsten Gründe für die Nicht-Teilnahme an der Erhebung waren die Verweigerung der Teilnahme (28,3 %) und der schlechte kognitive Zustand der Patient*innen (21,5 %).

Charakteristika der Patient*innen

Zu den erhobenen Charakteristiken der Patient*innen gehörten Geschlecht, Alter und die Befolgung eines Behandlungspfades für Patient*innen am Ende des Lebens (Tabelle 4.2).

Tabelle 4.2 Patient*innencharakteristika

	Patient*innen Gesamt (N=1764)
Männer	48,2 %
Frauen	51,7 %
Keine Angaben	0,1 %
Durchschnittsalter Männer (in Jahren)	67
Durchschnittsalter Frauen (in Jahren)	67
Durchschnittsalter Gesamt (in Jahren)	67
Patient*innen am Ende des Lebens	4,9 %

Insgesamt wurden geringfügig mehr Frauen (51,7 %) als Männer (48,2 %) befragt. Der Altersdurchschnitt aller Patient*innen lag bei 67 Jahren. Bei insgesamt 4,9 % der Patient*innen wurde ein Pflege- und Behandlungspfad für Patient*innen am Ende des Lebens befolgt.

Pflegeabhängigkeit

Die Pflegeabhängigkeit wurde im Rahmen der Erhebung mit der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) eingeschätzt (3, 20). 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 (3).

In Tabelle 4.3 wird die prozentuale Verteilung der Patient*innen über die 5 Kategorien der Pflegeabhängigkeit (von „völlig abhängig“ bis „völlig unabhängig“) aufgezeigt.

Tabelle 4.3 Verteilung der Pflegeabhängigkeit in den einzelnen Kategorien

	Patient*innen Gesamt (N=1764)
Völlig abhängig [15-24 Punkte]	3,1 %
Überwiegend abhängig [25-44 Punkte]	7,9 %
Teilweise abhängig [45-59 Punkte]	14,9 %
Überwiegend unabhängig [60-69 Punkte]	20,0 %
Völlig unabhängig [70-75 Punkte]	54,1 %
Summenscore PAS	64,3

Es zeigt sich, dass 54,1 % der Patient*innen völlig unabhängig von pflegerischer Unterstützung waren. 20 % waren überwiegend oder völlig abhängig. Der Summenscore der PAS beträgt 64,3 Punkte, womit sich die Patient*innen größtenteils im unabhängigen Bereich befinden.

Nachfolgend wird der Anteil der Patient*innen je Item und je Pflegeabhängigkeitskategorie dargestellt (Tabelle 4.4).

Tabelle 4.4 Anteil der Patient*innen je Item und je Pflegeabhängigkeitskategorie

	Völlig abhängig	Überwiegend abhängig	Teilweise abhängig	Überwiegend unabhängig	Völlig unabhängig
Essen und Trinken	4,4 %	3,7 %	12,6 %	15,3 %	64,0 %
Kontinenz	10,1 %	5,3 %	11,6 %	10,9 %	62,1 %
Körperhaltung	5,3 %	6,9 %	11,6 %	15,8 %	60,4 %
Mobilität	7,1 %	7,8 %	15,6 %	17,4 %	52,0 %
Tages- und Nachtrhythmus	3,3 %	4,0 %	9,9 %	12,5 %	70,2 %
An- und Auskleiden	7,2 %	8,2 %	14,7 %	15,4 %	54,5 %
Körpertemperatur	3,7 %	1,9 %	5,3 %	9,8 %	79,3 %
Körperpflege	7,5 %	10,3 %	17,1 %	15,0 %	50,1 %
Vermeiden von Gefahren	5,8 %	6,5 %	11,0 %	15,8 %	60,9 %
Kommunikation	2,7 %	2,3 %	5,4 %	9,8 %	79,8 %
Kontakte mit Anderen	2,8 %	2,8 %	6,7 %	10,4 %	77,3 %
Sinn für Regeln und Werte	4,0 %	2,7 %	6,3 %	10,8 %	76,1 %
Alltagsaktivitäten	6,4 %	5,8 %	11,4 %	14,1 %	62,3 %
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung	4,9 %	4,6 %	10,2 %	12,6 %	67,6 %
Lernfähigkeit	5,2 %	5,0 %	9,1 %	12,5 %	68,3 %

Die Patient*innen waren bei fast allen Items größtenteils überwiegend oder völlig pflegeunabhängig. Bei den Items Körperpflege (17,8 %), Kontinenz (15,4 %) und An- und Auskleiden (15,4 %) war der Anteil an völlig oder überwiegend pflegeabhängigen Personen am höchsten.

Krankheitsbilder

In Tabelle 4.5 sind die zehn häufigsten Krankheitsbilder angeführt.

Tabelle 4.5 Krankheitsbilder (Mehrfachantworten möglich)

	Patient*innen Gesamt (N=1764)
Krankheiten des Kreislaufsystems (ohne Schlaganfall)	41,8 %
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ohne Diabetes mellitus)	21,8 %
Krankheiten des Verdauungstraktes	19,8 %
Krankheiten des Urogenitalsystems	19,7 %
Krankheiten des Atmungssystems	19,2 %
Bösartige Neubildungen	18,7 %
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	17,7 %
Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen (z.B. Depression) (ohne Demenz, Störungen durch psychotrope Substanzen, Sucht)	16,3 %
Diabetes Mellitus	15,5 %
Krankheiten des Nervensystems (ohne Verletzungen des Rückenmarks/ Querschnittlähmung)	14,3 %

Die häufigsten Erkrankungen waren Krankheiten des Kreislaufsystems (41,8 %), Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ohne Diabetes mellitus) (21,8 %) und Krankheiten des Verdauungstraktes (19,8 %).

Fachbereiche

In der Tabelle 4.6 sind die verschiedenen Fachbereiche dargestellt.

Tabelle 4.6 Patient*innen differenziert nach Fachbereichen

	Patient*innen Gesamt (N=1764)
Nicht-operativ (konservativ)	46,8 %
Operativ	31,5 %
Psychiatrie	10,4 %
Akutgeriatrie	7,0 %
Sonstiges	3,5 %
ICU/MC	0,6 %
Palliativ	0,4 %

46,8 % der Patient*innen wurden in konservativen und 31,5 % in operativen Fachbereichen betreut. 10,4 % der Patient*innen befanden sich in psychiatrischen Fachbereichen.

5. DEKUBITUS

Einleitung

Dieses Kapitel enthält Angaben über das Dekubitusrisiko der untersuchten Patient*innen, erhoben mittels der Bradenskala und des klinischen Blicks (1, 23, 25). Es werden die Dekubitushäufigkeit (Prävalenz), Merkmale des Dekubitus und die anatomischen Lokalisationen beschrieben. Die Einschätzung 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) (23) (siehe Tabelle 5.1). Es folgen Angaben über die Häufigkeit durchgeführter Präventionsmaßnahmen sowie Angaben zum Einsatz von Hilfsmitteln.

In allen 17 teilnehmenden Einrichtungen wurde der Indikator Dekubitus erhoben.

Hinweis: 67 Personen konnten nicht in die nachfolgenden Analysen eingeschlossen werden, weil sie eine Hautinspektion ablehnten.

Tabelle 5.1 Dekubitusklassifikation nach EPUAP, NPIAP & PPPIA (23)

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 Gewebe-schichten – Tiefe unbekannt	Livid oder rötlich-brauner, lokalisierter Bereich von verfärbter, intakter Haut oder blutgefüllte Blase aufgrund einer Schädigung des darunter-liegenden 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. Die Einschätzung des Dekubitusrisikos erfolgt in zweifacher Ausführung, weil aus der aktuellen internationalen Literatur bekannt ist, dass die Einschätzung mit Risikoskalen (wie z.B. der Braden-skala) Grenzen hat und daher mit der Bewertung individueller Risikofaktoren, mithilfe des klinischen Blicks, ergänzt werden soll (23, 24). Auf der Braden-

skala werden Patient*innen mit ≤ 18 Punkten als dekubitusgefährdet eingestuft.

In Tabelle 5.2 wird das Dekubitusrisiko nach Braden und dem klinischen Blick dargestellt.

Tabelle 5.2 Dekubitusrisiko nach Braden und dem klinischen Blick

	Patient*innen Gesamt (N=1697)
Braden	38,1 %
Klinischer Blick	15,1 %

Laut der Bradenskala wiesen 38,1 % der Patient*innen ein Dekubitusrisiko auf. Anhand des klinischen Blicks der Pflegepersonen wurden 15,1 % der Patient*innen als dekubitusgefährdet eingestuft.

Dekubitusprävalenz

In Tabelle 5.3 wird die Prävalenz von Dekubitus (alle Kategorien und ohne Kategorie 1) dargestellt.

Tabelle 5.3 Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe

	Risikopatient*innen Gesamt (N=647)
Dekubitus (alle Kategorien)	8,5 %
Dekubitus (ohne Kategorie 1)	6,2 %

Von allen Personen, die ein Risiko aufwiesen, hatten 8,5 % einen Dekubitus und 6,2 % hatten einen Dekubitus der Kategorie 2 oder höher.

Dekubitusmerkmale

In Tabelle 5.4 wird gezeigt, welcher Kategorie der/die Dekubitus zugeordnet sind und ob der Dekubitus vor oder nach der Aufnahme in die jeweilige Einrichtung entstanden ist. Bei mehreren Dekubitus wurde jeweils der Dekubitus mit der höchsten Kategorie erfasst. Die teilweise geringe Gesamtanzahl ist bei der Interpretation der nachfolgenden Tabellen zu beachten.

Tabelle 5.4 Dekubitusprävalenz nach Kategorien

	Patient*innen mit Dekubitus Gesamt (N=56)
Kategorie 1	17,9 %
Kategorie 2	46,4 %
Kategorie 3	21,4 %
Kategorie 4	7,1 %
Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt	5,4 %
Dekubitus nicht kategorisierbar	1,8 %
Zeitpunkt der Entstehung	
Vor der Aufnahme in die Einrichtung	69,6 %
Nach der Aufnahme in die Einrichtung	30,4 %

Bei allen Patient*innen, die einen Dekubitus hatten, gab es am häufigsten Dekubitus der Kategorie 2 (46,4 %). Die meisten Dekubitus (69,6 %) entstanden vor der Aufnahme in die Einrichtung.

In der Tabelle 5.5 sind die anatomischen Lokalisationen des Dekubitus dargestellt. In der nachfolgenden Tabelle handelt es sich nicht um die Anzahl der Personen mit Dekubitus, sondern um die Anzahl der Dekubituswunden.

Tabelle 5.5 Lokalisation des Dekubitus

	Dekubitus Gesamt (N=77)
Kreuzbein	55,8 %
Ferse	20,8 %
Sonstiges	13,0 %
Trochanter	5,2 %
Knöchel	2,6 %
Kopf	2,6 %
Sitzbein	-
Ellbogen	-

Die meisten Dekubitus wurden am Kreuzbein (55,8 %) und an der Ferse (20,8 %) lokalisiert.

Maßnahmen zur Dekubitusprävention

Zur Dekubitusprävention eignen sich beispielsweise Wechsellagerung/Positionswechsel im Liegen/Sitzen gemäß eines Zeitplans, 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 mögliche präventive Maßnahmen dar (25).

In Abbildung 5.1 sind alle Präventionsmaßnahmen, die bei Patient*innen mit Dekubitusrisiko (Bradenwert ≤ 18) durchgeführt wurden, dargestellt.

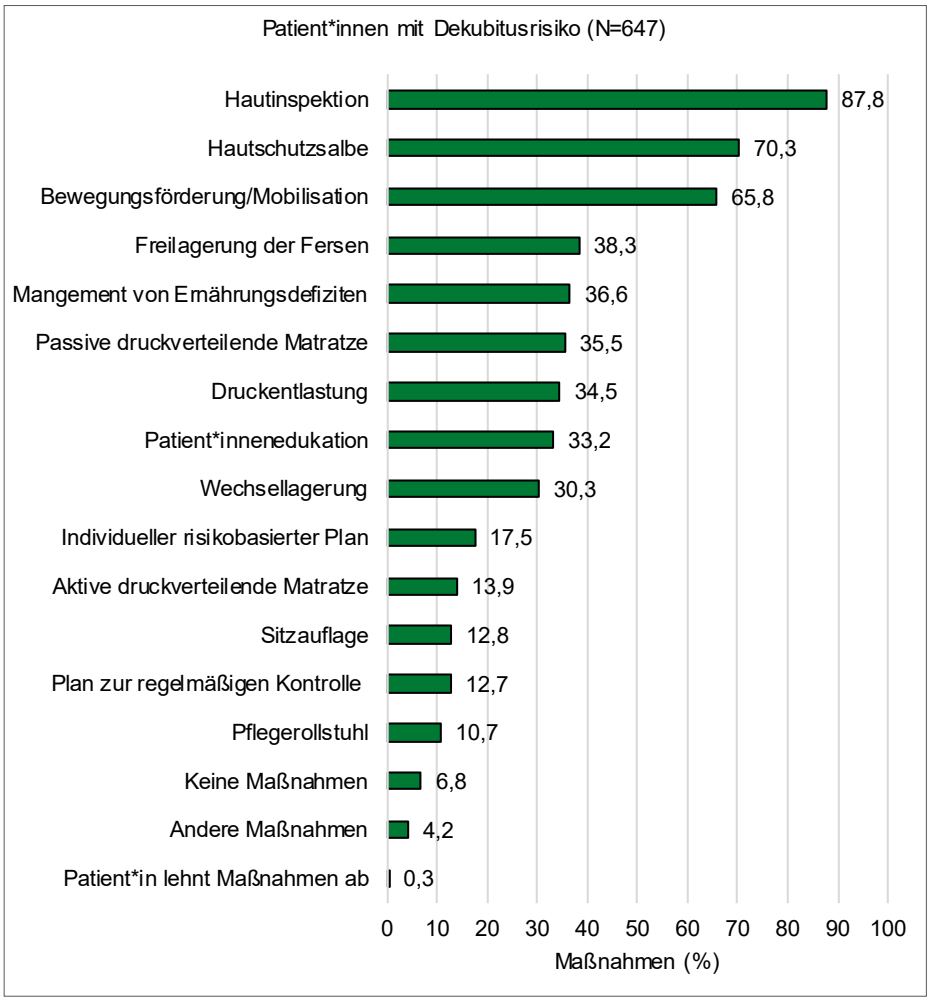

Abbildung 5.1 Präventionsmaßnahmen bei Patient*innen mit Dekubitusrisiko laut Bradenskala (Mehrfachantworten möglich)

Zur Dekubitusprävention wurden bei Patient*innen mit Risiko am häufigsten eine regelmäßige Hautinspektion (87,8 %) durchgeführt sowie Feuchtigkeits- oder Hautschutzcremes/-produkte (70,3 %) verwendet. Weitere häufige Präventionsmaßnahmen waren die gezielte Bewegungsförderung/

Mobilisation (65,8 %) und die Freilagerung der Fersen (38,3 %). Bei 6,8 % der Patient*innen mit einem Dekubitusrisiko wurden keine präventiven Maßnahmen durchgeführt.

6. INKONTINENZ

Einleitung

Dieses Kapitel behandelt Urin-, Stuhl- und Doppelinkontinenz. Es werden die Prävalenzraten verschiedener Inkontinenzformen und die Häufigkeit inkontinenz-assoziierter Dermatitis (IAD) sowie die Maßnahmen bei Urininkontinenz dargestellt.

In 15 von 17 teilnehmenden Einrichtungen wurde der Indikator Inkontinenz erhoben.

Hinweis: 89 Personen wurden nicht in die nachfolgenden Analysen zu Inkontinenz eingeschlossen, da sie aufgrund der Urininkontinenz einen Katheter hatten.

Prävalenz von Inkontinenz

In Tabelle 6.1 wird die Prävalenz von Inkontinenz im Vergleich zwischen den Einrichtungsarten dargestellt.

Tabelle 6.1 Inkontinenz

	Patient*innen Gesamt (N=1394)
Urininkontinenz	14,9 %
Nosokomiale Urininkontinenz	2,2 %
Stuhlinkontinenz	8,6 %
Nosokomiale Stuhlinkontinenz	1,7 %
Doppelinkontinenz	5,4 %

Insgesamt litten 14,9 % an Urininkontinenz und 8,6 % an Stuhlinkontinenz. Die nosokomiale Prävalenz von Urin- und Stuhlinkontinenz lag bei 2,2 % bzw. 1,7 %.

Prävalenz von Inkontinenz-assoziierter 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 (26).

Nachfolgend werden die einzelnen Kategorien der IAD lt. GlOBIAD beschrieben (27).

Tabelle 6.2 Kategorien der IAD lt. GlOBIAD (27)

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 schuppende Haut (Hinweis auf eine Pilzinfektion) oder Satellitenläsionen mit Pusteln um die Läsion (Hinweis auf eine Pilzinfektion mit Candida albicans).
Kategorie 2A	Hautverlust ohne klinische Anzeichen einer Infektion: Der Hautverlust kann sich als Erosion (Verlust eines Teils oder der gesamten Epidermis z.B. durch beschädigte kleine oder große Blasen) großflächiger Hautverlust oder Exkoriation (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 schuppende Haut (Hinweis auf eine Pilzinfektion) oder Satellitenläsionen mit Pusteln um die Läsion (Hinweis auf eine Pilzinfektion mit Candida albicans), sichtbare Beläge im Wundgrund (gelblich/bräunlich/gräulich), grünlich erscheinender Wundgrund (Hinweis auf eine bakterielle Infektion mit Pseudomonas aeruginosa), starke Exsudation, eitriges Exsudat oder glänzend erscheinender Wundgrund.

Die Prävalenz von Inkontinenz-assoziierter Dermatitis (IAD) wurde bei Personen, die entweder urin-, stuhl- oder doppelinkontinent waren, analysiert. Von den 253 inkontinenten Personen hatten 8 (3,2 %) Personen eine IAD.

In Tabelle 6.3 werden die einzelnen Kategorien der IAD dargestellt.

Tabelle 6.3 Kategorien der IAD

	Patient*innen mit IAD (N=8)
Kategorie 1a	25,0 %
Kategorie 1b	37,5 %
Kategorie 2a	25,0 %
Kategorie 2b	12,5 %

Der Großteil der betroffenen Patient*innen hatte eine IAD, die der Kategorie 1b zuzuordnen ist (37,5 %).

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 (28). Weitere Behandlungsmöglichkeiten sind spezielle Medikamente sowie die Auswertung und ggf. Anpassung der Medikation (29). Außerdem können Beckenboden-, Blasen- oder Toilettentraining (28) 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 6.1 dargestellt.

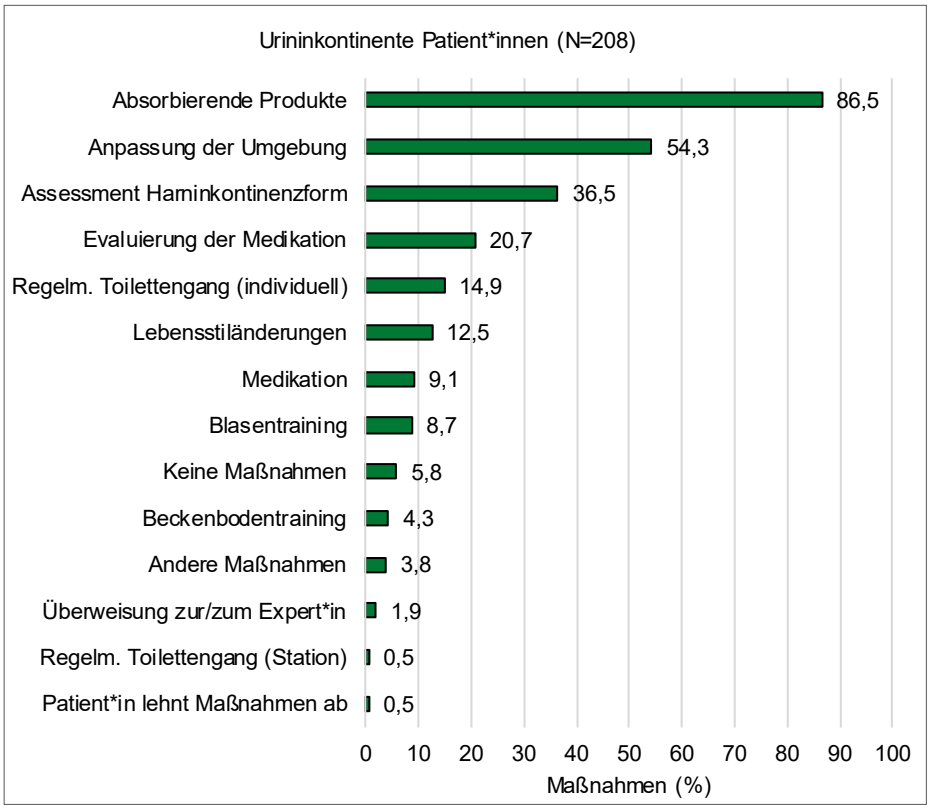

Abbildung 6.1 Maßnahmen bei Urininkontinenz (exkl. Katheter) (Mehrfachantworten möglich)

Die häufigsten Maßnahmen waren die Nutzung absorbierender Produkte (86,5 %) sowie die Anpassung der Bekleidung und der Umgebung (54,3 %). Bei rund einem Drittel der Betroffenen (36,5 %) wurde die Art der Urininkontinenz abgeklärt. Bei insgesamt 5,8 % aller urininkontinenten Patient*innen wurden keine Maßnahmen durchgeführt. Sehr selten wurde eine Überweisung zur*zum Expert*in (1,9 %) angeordnet.

7. MANGELERNÄHRUNG

Einleitung

Dieses Kapitel enthält Angaben über den Ernährungszustand von Patient*innen. Außerdem wurde erfragt, welche ernährungsbezogenen Interventionen durchgeführt werden.

In 13 von 17 Einrichtungen wurde der Indikator Mangelernährung erhoben.

Hinweis: Es wurden nur diejenigen Patient*innen eingeschlossen, bei denen vollständige Daten zum Gewicht/Gewichtsverlust vorhanden waren (N=1163).

Prävalenz von Mangelernährungsrisiko

Für die Bestimmung des Mangelernährungsrisikos gibt es unterschiedliche Parameter und Instrumente. Im Rahmen dieser Studie wird für das Setting Krankenhaus das Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) verwendet (2). Das MUST beinhaltet 3 Risikofaktoren (Body Mass Index (BMI), unbeabsichtigter Gewichtsverlust, reduzierte Nahrungszufuhr).

Es hatten 21,2 % der Patient*innen ein Mangelernährungsrisiko.

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 (30).

In der Abbildung 7.1 werden die durchgeführten Maßnahmen bei Patient*innen mit einem Risiko für Mangelernährung laut MUST dargestellt.

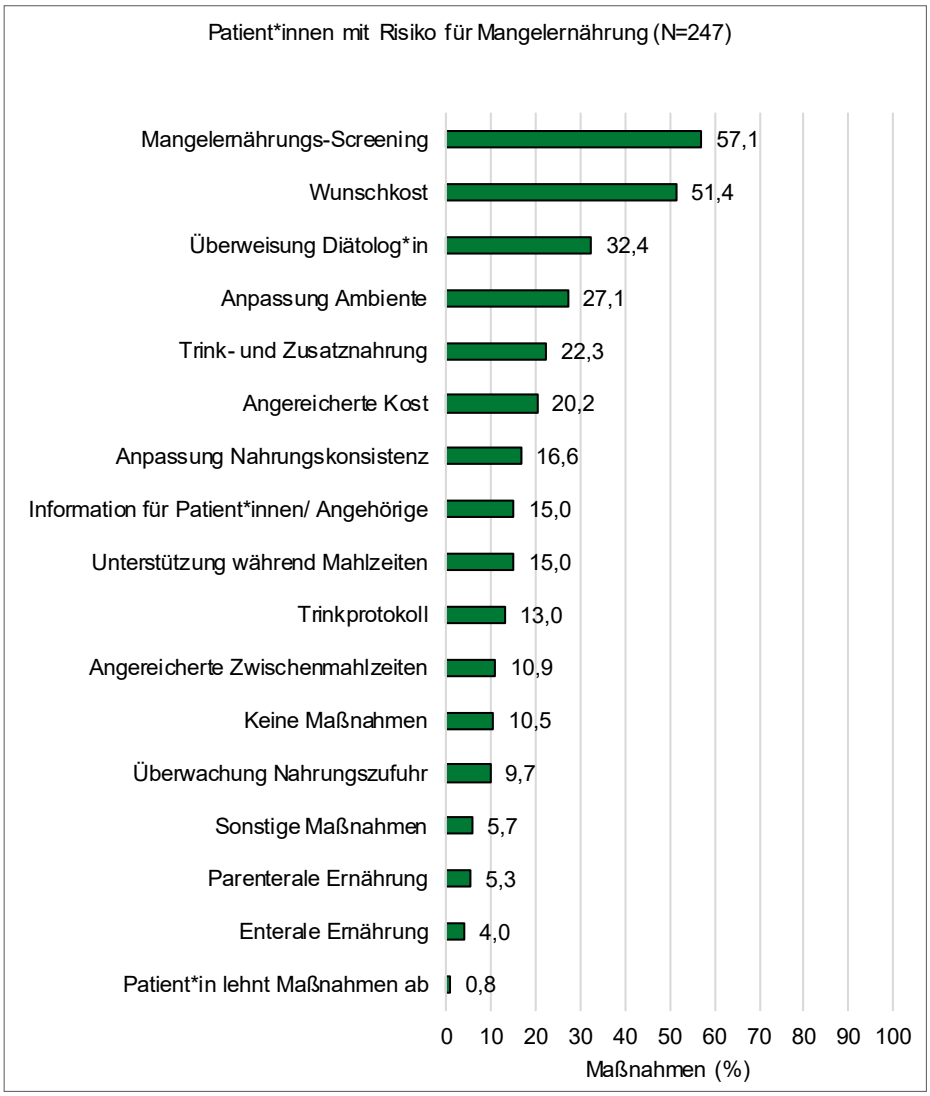

Abbildung 7.1 Maßnahmen bei Patient*innen mit einem Risiko für Mangelernährung lt. MUST (Mehrfachantworten möglich)

Die häufigsten Maßnahmen waren das Durchführen eines Mangelernährungs-Screenings (57,1 %), das Anbieten von Wunschkost (51,4 %) und die Überweisung zu einer*m Diätolog*in (32,4 %). 15 % der Patient*innen wurden beim Essen unterstützt und 10,5 % der Risikopatient*innen erhielten keine Maßnahmen.

8. STURZ

Einleitung

In diesem Kapitel werden Angaben zu Sturzereignissen der Patient*innen innerhalb der letzten 30 Tage in den Einrichtungen dargestellt. Es werden Häufigkeiten, Umstände und Folgen von Stürzen sowie Maßnahmen zur Prävention von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen beschrieben.

Sturzrisiko und -inzidenz

Alle Teilnehmer*innen, die in den letzten 12 Monaten bereits einmal gestürzt waren, werden als Patient*innen mit Sturzrisiko eingestuft. Unter Inzidenz wird die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit/eines Problems in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem bestimmten Zeitraum verstanden (14). 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.

In allen 17 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 sedierende Medikamente einnehmen, in den letzten 30 Tagen innerhalb der Einrichtung oder in den letzten 12 Monaten (N=192) gestürzt sind, ausgeschlossen.

In Tabelle 8.1 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 zusätzlich das Sturzrisiko erhöhen (14).

Tabelle 8.1 Sturzrisiko, Medikamente und Sturzinzidenz in den letzten 30 Tagen

	Patient*innen Gesamt (N=1572)
Sturzrisiko	17,9 %
Einnahme sedierender/psychotroper Medikamente	33,0 %
Sturzinzidenz	4,3 %

In den teilnehmenden Einrichtungen wurden 17,9 % der Patient*innen als sturzgefährdet eingestuft. 33,0 % der Personen nahmen sedierende und/oder psychotrope Medikamente ein. Die Sturzinzidenz in den letzten 30 Tagen in der Einrichtung lag bei 4,3 %.

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 (31). Alle sturzpräventiven Maßnahmen wurden nur für jene Personen ausgewertet, die in den letzten 12 Monaten gestürzt sind (Abbildung 8.1) (32).

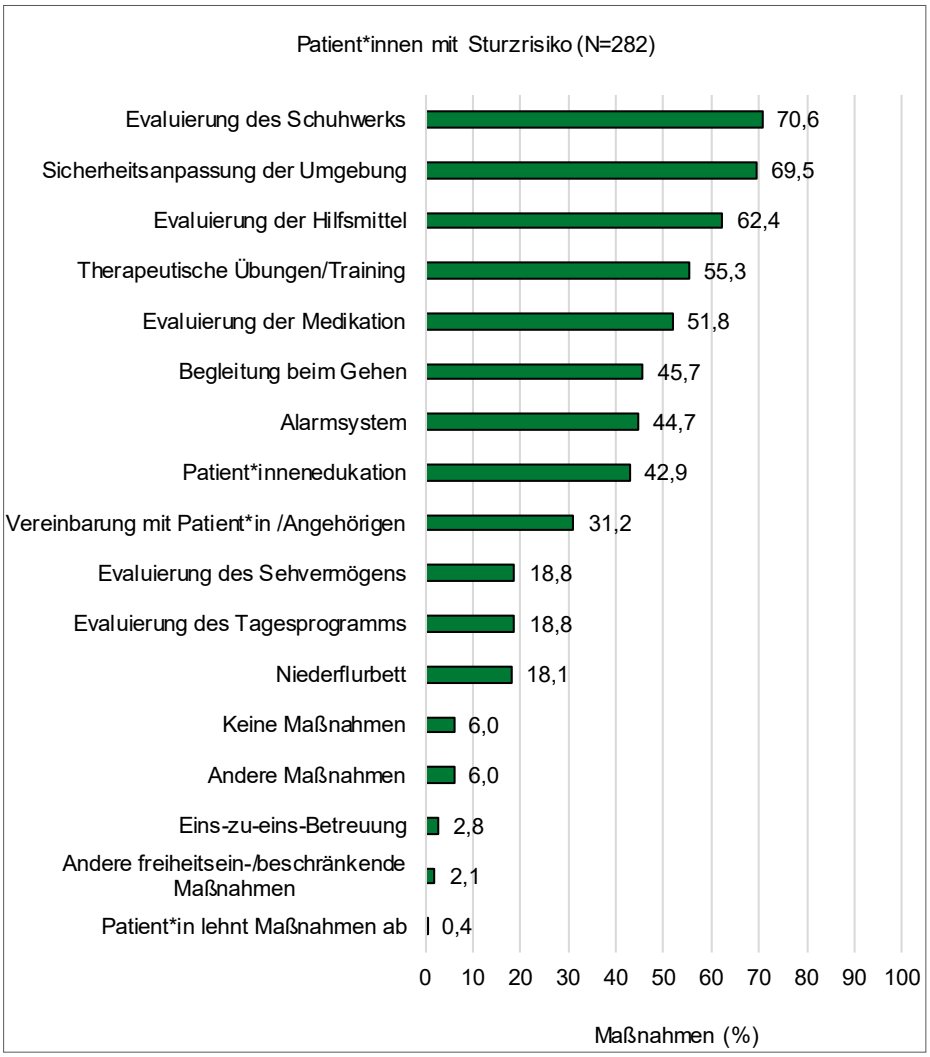

Abbildung 8.1 Sturzpräventive Maßnahmen bei Personen mit Sturzrisiko (Sturz in den letzten 12 Monaten) (Mehrfachantworten möglich)

Insgesamt wurde die Evaluierung des Schuhwerks (70,6 %), die Sicherheitsanpassung der Umgebung (69,6 %) und die Evaluierung der Hilfsmittel (62,4 %) häufig als sturzpräventive Maßnahmen eingesetzt. Bei 6,0 % der Patient*innen mit einem Sturzrisiko wurden keine präventiven Maßnahmen gesetzt.

9. FREIHEITSEIN-/BESCHRÄNKENDE MASSNAHMEN

Einleitung

Dieses Kapitel enthält Angaben zur Inzidenz, Art der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen (FEM), 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. Unter Inzidenz wird die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit/eines Problems in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem bestimmten Zeitraum verstanden (14). 30 Tage wurde als Bezugszeitraum gewählt, weil dieser Zeitraum in der Regel für Patient*innen bzw. für die Pflegenden gut überschaubar ist.

Der Indikator freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen wurde von 15 teilnehmenden Einrichtungen erhoben.

Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen wurden in den letzten 30 Tagen bei 2,6 % der Patient*innen angewendet.

Art der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen

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

In Tabelle 9.1 ist die Art der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen dargestellt.

Tabelle 9.1 Art der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahme bei Patient*innen mit freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen (Mehrfachantworten möglich)

	Patient*innen mit freiheitsein-/ beschränkenden Maßnahmen Gesamt (N=44)
Mechanische Maßnahmen	50,0 %
Elektronische Maßnahmen*	45,5 %
Pharmakologische Maßnahmen	29,5 %
Verschlossene Abteilung	29,5 %
Andere Maßnahmen	2,3 %
Eins-zu-eins Überwachung	9,1 %
Einschließen in einem Raum/ Deprivation	4,5 %
Psychologische Maßnahmen	2,3 %
Körperliche Maßnahmen	-

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

Bei den Patient*innen, bei denen eine freiheitsein-/beschränkende Maßnahme erfolgte, kamen am häufigsten mechanische Maßnahmen wie Seitenteile und Fixiergurte (50,0 %) zur Anwendung. Darüber hinaus wurden häufig elektronische Maßnahmen (45,5 %) gefolgt von pharmakologischen Maßnahmen (29,5 %) und verschlossene Abteilungen (29,5 %) eingesetzt.

Des Weiteren wurde nach Begleitmaßnahmen bei freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen in den letzten 30 Tagen gefragt (Abbildung 9.1).

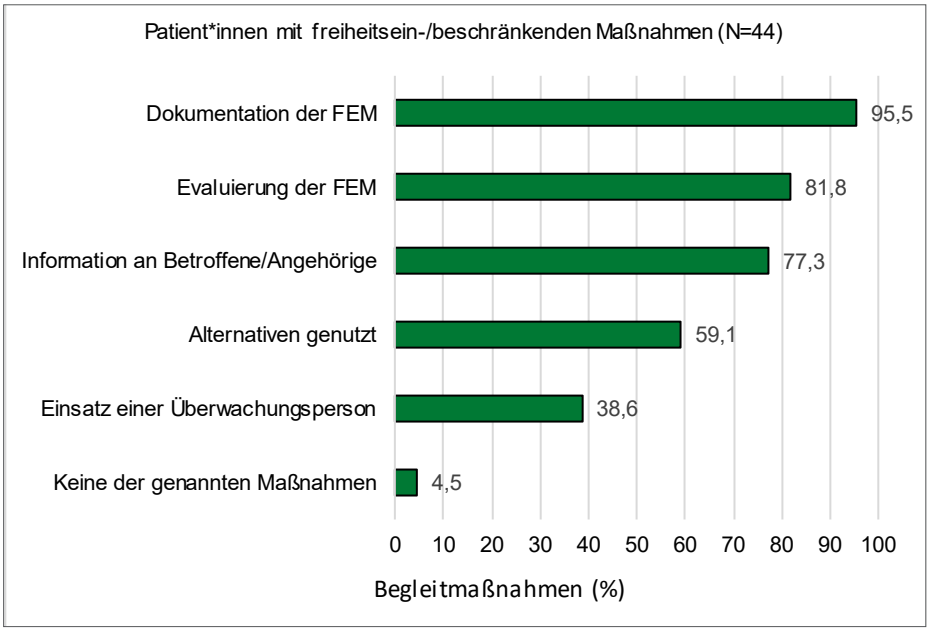

Abbildung 9.1 Begleitmaßnahmen bei freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen in den letzten 30 Tagen (Mehrfachantworten möglich)

Am häufigsten wurden die Dokumentation der freiheitsein- und beschränkenden Maßnahmen (95,5 %) sowie die Evaluation der Maßnahmen (81,8 %) durchgeführt.

Abschließend wurde nach den Motiven zur Anwendung der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen gefragt (Abbildung 9.2)

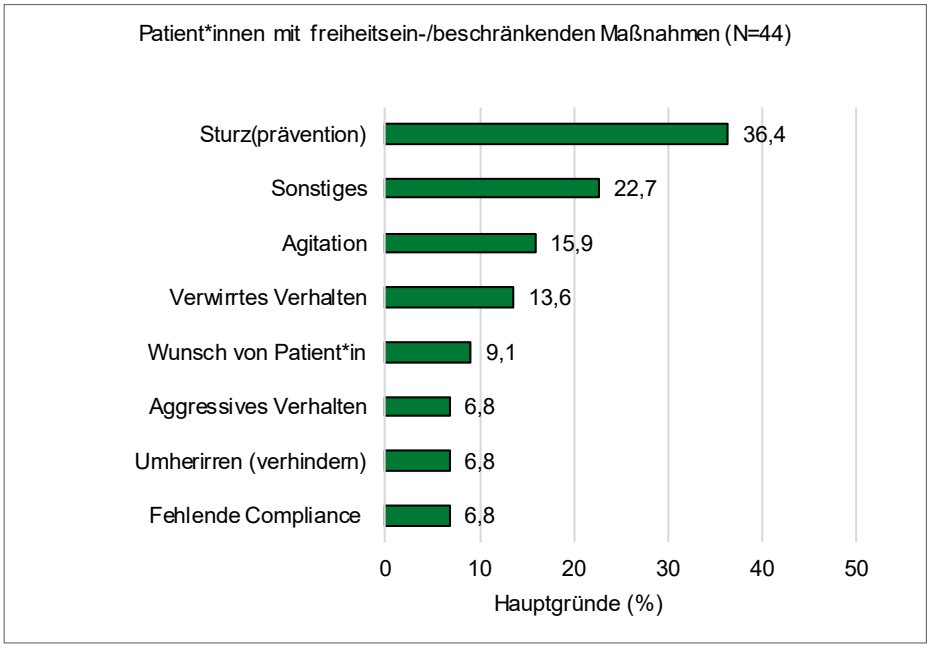

Abbildung 9.2 Hauptgründe für die freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen (Mehrfachantworten möglich)

Am häufigsten wurden freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen zur Sturzprävention (36,4 %), aus sonstigen Gründen (22,7 %) oder aufgrund von Agitation (15,9 %) eingesetzt.

10. SCHMERZ

Einleitung

Dieses Kapitel enthält Angaben zur Schmerzprävalenz, zur Schmerzintensität sowie zu Maßnahmen bei Patient*innen mit Schmerzen.

Der Indikator Schmerz wurde in 16 teilnehmenden Einrichtungen erhoben.

Prävalenz von Schmerz

Insgesamt hatten 51,7 % der Patient*innen Schmerzen, davon waren knapp mehr als die Hälfte (53,7 %) der Schmerzen akut.

In Tabelle 10.1 wird die Prävalenz von täglichen Schmerzen in den letzten 7 Tagen und momentane Schmerzen von Patient*innen mit chronischen, bzw. akuten Schmerzen oder Schmerzen in den letzten 7 Tagen Gesamt dargestellt.

Tabelle 10.1 Prävalenz von Schmerzen in den letzten 7 Tagen

	Akute Schmerzen (N=415)	Chronische Schmerzen (N=358)	Gesamt (N=773)
Tägliche Schmerzen	37,1 %	55,6 %	45,7 %
Momentaner Schmerz	69,6 %	75,4 %	72,3 %

Insgesamt hatten 45,7 % der teilnehmenden Patient*innen täglich Schmerzen. Zum Zeitpunkt der Erhebung hatten 72,3 % der Patient*innen Schmerzen. Patient*innen mit chronischen Schmerzen hatten eine höhere Prävalenz an täglichen und momentanen Schmerzen als Patient*innen mit akuten Schmerzen.

Intensität des Schmerzes

Tabelle 10.2 zeigt die Intensität des Schmerzes in den letzten 7 Tagen Gesamt und aufgeteilt in akute und chronische Schmerzen.

Tabelle 10.2 Intensität des Schmerzes bei Patient*innen mit akuten und chronischen Schmerzen in den letzten 7 Tagen

	Akute Schmerzen (N=415)	Chronische Schmerzen (N=358)	Gesamt (N=773)
Leichte Schmerzen	30,4 %	22,1 %	26,5 %
Mäßige Schmerzen	44,3 %	45,3 %	44,8 %
Starke Schmerzen	15,7 %	22,6 %	18,9 %
Sehr starke Schmerzen	7,5 %	8,9 %	8,2 %
Unerträgliche Schmerzen	2,2 %	1,1 %	1,7 %

Beim Großteil der Patient*innen (44,8 %) waren die Schmerzen mäßig stark. Unter sehr starken oder unerträglichen Schmerzen litten 8,2 % bzw. 1,7 % der Patient*innen. Patient*innen mit chronischen Schmerzen hatten häufiger mäßige oder starke Schmerzen als Patient*innen mit akuten Schmerzen.

Maßnahmen bei Schmerz

Schmerzlindernde Maßnahmen können in pharmakologische und nicht-pharmakologische Maßnahmen unterteilt werden. Nicht-pharmakologische Maßnahmen umfassen beispielsweise Physio- und Ergotherapie, Psychotherapie und Verhaltenstherapie, Musiktherapie, Kälte- und Wärmetherapie oder auch die Aufklärung der Patient*innen. Die pharmakologischen Maßnahmen wurden im Rahmen dieser Erhebung in Nicht-Opioide und Opioide aufgeteilt. Bei den Opioiden wird zwischen schwach wirksamen und starken Opioiden unterschieden. Zu den Nicht-Opioiden zählen Paracetamol, Nichtsteroidale Antirheumatika, Antidepressiva, Antiepileptika und andere Nicht-Opioide (33, 34).

In Tabelle 10.3 wird eine Übersicht über die durchgeführten Maßnahmen gegeben und in den Abbildungen 10.1 und 10.2 werden die nicht-pharmakologischen und pharmakologischen Maßnahmen detailliert dargestellt.

Tabelle 10.3 Durchgeführte Maßnahmen bei Patient*innen mit Schmerzen (Mehrfachantworten möglich)

	Akute Schmerzen (N=415)	Chronische Schmerzen (N=358)	Gesamt (N=773)
Pharmakologische Maßnahmen	93,7 %	87,4 %	90,8 %
Nicht-pharmakologische Maßnahmen	57,3 %	74,0 %	65,1 %
Andere Maßnahmen	5,5 %	9,8 %	7,5 %
Keine Maßnahmen	1,4 %	2,8 %	2,1 %
Patient*in lehnt Maßnahmen ab	0,5 %	0,8 %	0,6 %

Von allen Patient*innen mit Schmerzen in den letzten 7 Tagen erhielten 90,8 % pharmakologische Maßnahmen und 65,1 % nicht-pharmakologische Maßnahmen zur Schmerzlinderung. Bei 2,1 % der Patient*innen mit Schmerzen wurden keine Maßnahmen durchgeführt. Patient*innen mit akuten Schmerzen erhielten häufiger pharmakologische Maßnahmen als Patient*innen mit chronischen Schmerzen, wohingegen nicht-pharmakologische Maßnahmen häufiger bei Patient*innen mit chronischen Schmerzen angewendet wurden.

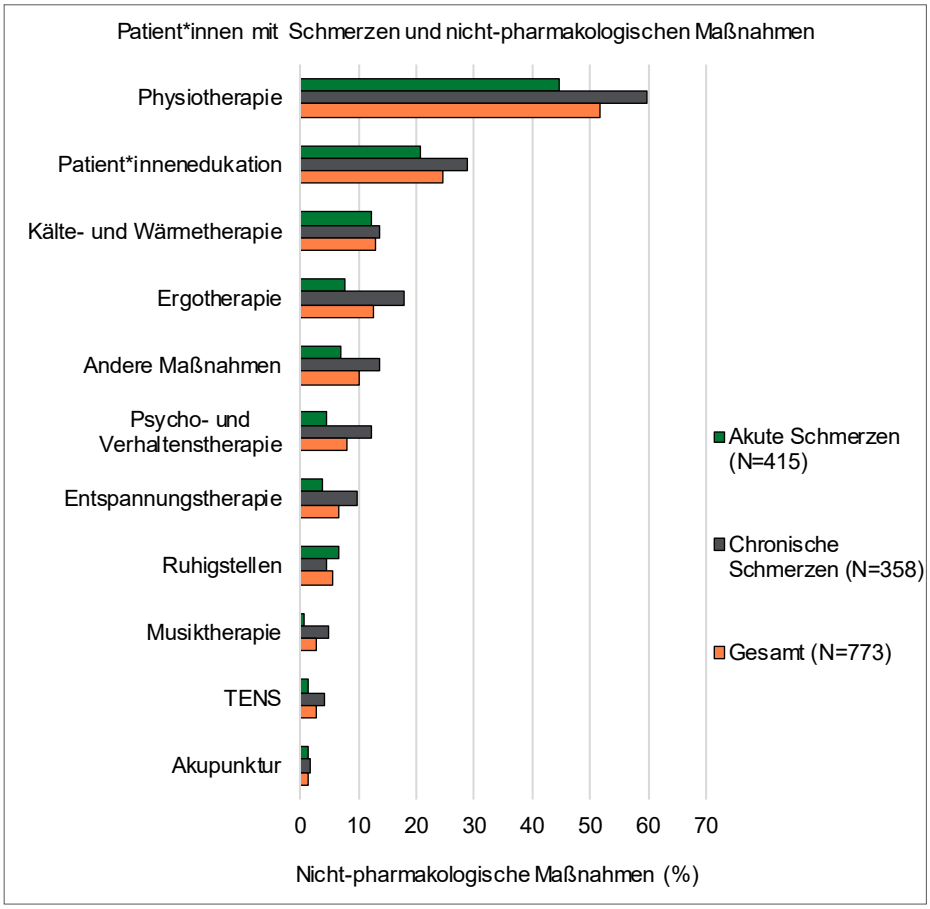

Abbildung 10.1 Nicht-pharmakologische Maßnahmen zur Schmerzreduktion (Mehrfachantworten möglich)

Zur nicht-pharmakologischen Behandlung von Schmerzen wurden insgesamt am häufigsten Physiotherapie (51,6 %) sowie Patient*innenedukation (24,5 %) durchgeführt. Akupunktur und TENS (Transkutane elektrische Nervenstimulation) wurden am seltensten angewendet. Der Großteil der nicht-pharmakologischen Maßnahmen wurde häufiger bei Patient*innen mit chronischen Schmerzen angewendet als bei Patient*innen mit akuten Schmerzen.

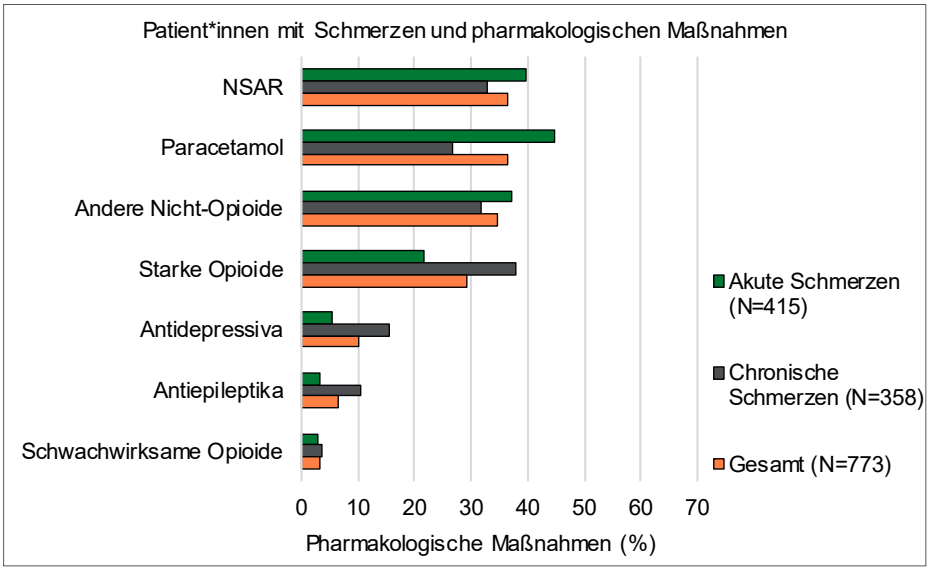

Abbildung 10.2 Pharmakologische Maßnahmen zur Schmerzreduktion (Mehrfachantworten möglich)

Insgesamt waren Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) (36,5 %), gefolgt von Paracetamol (36,4 %), anderen Nicht-Opioiden (34,5 %) und starken Opioiden (29,2 %) die häufigsten eingesetzten Medikamente zur Behandlung von Schmerzen. Schwachwirksame Opioide wurden am seltensten angewendet. Bei chronischen Schmerzen wurden am häufigsten starke Opioide (38,0 %) angewendet, wobei bei akuten Schmerzen am häufigsten Paracetamol (44,6 %) eingesetzt wurde.

11. SCHLUSSBEMERKUNG

Durch die *Pflegequalitätserhebung 2.0* - 2024 wurden 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 gesammelt.

Die Ergebnisse der *Pflegequalitätserhebung 2.0* geben einen aktuellen Einblick in die Pflegequalität in österreichischen Krankenhäusern 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 Verbesserungspotential. So bekamen beispielsweise 6,8 % der Patient*innen mit einem Dekubitusrisiko keine präventiven Maßnahmen. Diese Ergebnisse können einen Anstoß geben, gezielt bei diesen Patient*innen hinzuschauen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Zahlreiche Einrichtungen nehmen nun schon seit Jahren regelmäßig an der *Pflegequalitätserhebung 2.0* teil und nutzen die Erhebung um die Pflegequalität zu optimieren, zu evaluieren und zu präsentieren. In diesen Einrichtungen wurden basierend auf den Daten Veränderungen durchgeführt wie z.B. Einführung von Standards/ Leitlinien oder das Angebot von Fortbildungen. 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. Diese Anstrengungen zeigen sich auch in den österreichweiten Daten. So stiegen beispielsweise die Maßnahmen, wie die Freilagerung der Fersen und die Prävention von Ernährungs- und Flüssigkeitsdefiziten bei Patient*innen mit einem Dekubitusrisiko an. Diese Veränderungen, die durch die *Pflegequalitätserhebung 2.0* initiiert wurden, kommen direkt dem Wohl der Patient*innen zugute.

Diese Ergebnisse zeigen das Potential der *Pflegequalitätserhebung 2.0* als sogenanntes Audit & Feedback Instrument. Es ist aus der Literatur bekannt, dass Audit & Feedback eine einfache und effektive Strategie zur Implementierung von Veränderungen ist. Im Zuge des „Audits" werden Daten erhoben und dann in einem „Feedback" den Teilnehmer*innen rückgemeldet (35). Die

Pflegequalitätserhebung 2.0 verfolgt eben genau diesen Prinzipien. Daher stellt die Teilnahme an der *Pflegequalitätserhebung 2.0* 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 gegebenenfalls Verbesserungspotentiale gibt.

FAZIT

Seit 15 Jahren gibt es nun die *Pflegequalitätserhebung 2.0*. Gemeinsam mit unseren teilnehmenden Einrichtungen konnten wir beträchtliche Erfolge feiern und so zu einer Verbesserung der Pflegequalität in Österreich beitragen. Dieses Ziel möchten wir mit den Einrichtungen weiterhin verfolgen. Daher möchten wir alle Gesundheitseinrichtungen in Österreich ermutigen (weiterhin) teilzunehmen, um somit einen Beitrag zur Pflegequalität zu leisten.

ANHANG

Unterschiede der Prävalenzraten zwischen Männern und Frauen

	Männlich	Weiblich	Gesamt
Dekubitus	9,2 %	7,8 %	8,5 %
Urininkontinenz *	12,4 %	17,1 %	14,9 %
Stuhlinkontinenz *	9,2 %	8,1 %	8,6 %
Mangelernährung *	19,4 %	22,9 %	21,2 %
Sturz*	5,0 %	3,7 %	4,3 %
Freiheitsein- und beschränkende Maßnahmen*	2,7 %	2,5 %	2,6 %
Schmerz*	49,4 %	53,6 %	51,7 %

*zwei Personen wollten das Geschlecht nicht angeben und wurden aus Gründen der Anonymität aus dieser Analyse ausgeschlossen

Glossar/Abkürzungsverzeichnis

Assessment	Ermittlung, Einschätzung
Benchmarking	Kontinuierlicher Vergleich mit anderen Einrichtungen, um Unterschiede und gegebenenfalls Möglichkeiten zur Verbesserung zu identifizieren (36)
Bradenskala	Instrument zur Einschätzung des Dekubitusrisikos (1)
FEM	Freiheitsein- und beschränkende Maßnahmen
IAD	Inkontinenz-assoziierte Dermatitis
Inzidenz	Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit/ eines Problems in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem bestimmten Zeitraum (14)
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool, Instrument zur Erfassung des Mangelernährungsrisikos (2, 37)
N	Anzahl an Patient*innen
NSAR	Nichtsteroidale Antirheumatika
PAS	Pflegeabhängigkeitsskala (3)
Prävalenz	Anteil von Personen mit einem bestimmten Pflegeindikator wie Dekubitus etc., welche zu einem bestimmten Zeitpunkt (z.B. am 13. November 2024) festgestellt wird (14).

Literatur

1. Bergstrom, N., et al., *The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk.* Nurs Res, 1987. 36(4): p. 205-10.

2. 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).

3. 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.

4. LPZ. *Eine Lösung für jede Art von Gesundheitseinrichtung.* 2023 [cited 2025 24.03.]; Available from: https://at.lpz-um.eu/de.

5. 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

6. Carryer, J., et al., *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.

7. Abizanda, P., et al., *Costs of Malnutrition in Institutionalized and Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review.* J Am Med Dir Assoc, 2016. 17(1): p. 17-23.

8. Paul, M., *Costs Associated with Pressure Wounds in the U.S. Inpatient Hospital Populaiton.* Innovation in Aging, 2018. 2(Suppl 1): p. 920-921.

9. Eglseer, D., M. Hödl, and C. Lohrmann, *Das Unsichtbare sichtbar machen.* ProCare, 2017. 22(3): p. 46-46.

10. Donabedian, A., *Evaluating the quality of medical care. 1966.* Milbank Q, 2005. 83(4): p. 691-729.

11. Amir, Y., et al., *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.

12. Van Nie-Visser, N., *Malnutrition in nursing home residents in the Netherlands, Germany and Austria.* 2014, Maastricht University.

13. Pirlich, M., et al., *The German hospital malnutrition study.* Clin Nutr, 2006. 25(4): p. 563-72.

14. Polit, D. and C. Beck, *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* 2016: Lippincott, Williams & Wilkins Philadelphia.

15. Bours, G.J., et al., *Development of a model for case-mix adjustment of pressure ulcer prevalence rates.* Med Care, 2003. 41(1): p. 45-55.

16. Schönherr, S., M. Mandl, and C. Lohrmann, *Gutes Sehen, Gutes Hören, Gutes Sagen - Pflegequalität als ein Thema für Österreich.* Österrichische Pflegezeitschrift, 2012. 12: p. 20-22.

17. Simon, M., et al., *Messung der Pflegequalität in der Langzeitpflege Eine vergleichende Analyse von Pflegetransparenzkriterien, bewohnerbezogenen Indikatoren und Beurteilungen der Mitarbeiter.* Bundesgesundheitsblatt, 2013. 56: p. 1088-1097.

18. Lahmann, N., R. Halfens, and T. Dassen, *Auditing pressure ulcer prevalence. Structures, processes and outcomes in annual surveys.* Verpleegkunde, 2007. 22(1): p. 55.

19. Meijers, J.M., et al., *Decreasing Trends in Malnutrition Prevalence Rates Explained by Regular Audits and Feedback.* The Journal of Nutrition, 2009. 139(7): p. 1381-1386.

20. Dijkstra, A., G. Buist, and T. Dassen, *Nursing-Care Dependency.* Scandinavian Journal of Caring Sciences, 1996. 10(3): p. 137-143.

21. Cascio, B.L. and J.V. Logomarsino, E*valuating 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.

22. Huang, C., et al., *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.

23. EPUAP, NPIAP, and PPPIA, *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline.* The International Guideline. 2019.

24. Kottner, J., S. Coleman, and K. Balzer, P*ressure ulcer risk assessment: Where will the journey take us?* International Journal of Nursing Studies, 2024. 150: p. 104646.

25. 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.* 2019 [cited 2025 03.25.]; Available from: https://epuap.org/download/8565/.

26. Beeckman, D., et al., *Towards an international language for Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): design and evaluation of psychometric properties of the Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD) in 30 countries.* Br J Dermatol, 2018.

27. 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.

28. NICE, *Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management.* 2019, National Institue for Health and Care Excellence: London. p. 74.

29. Abrams, P., International Continence Society, *Incontinence: 6th International Consultation on Incontinence*, in *6th International Consultation on Incontinence*. 2017, International Continence Society: Tokyo.

30. Dutch Malnutrition Steering Group (DMSG), *Guideline on malnutrition recognising, diagnosing and treating malnutrition in adults.* 2017.

31. Schoberer, D., et al. *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

32. National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Falls in older people: assessing risk and Falls in older people: assessing risk and prevention.* 2013 [cited 2025 03.24.]; Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/cg161

33. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen.* 2015: Osnabrück.

34. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen.* 2011, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.

35. Ivers, N., et al., *Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes.* Cochrane Database Syst Rev, 2012(6): p. Cd000259.

36. Von Eiff, W., *International Best Practices in Health Care Managemen.* International Benchmarking and Best Practice Management: In Search of Health Care and Hospital Excellence. Emerald Group Publishing Limited.

37. 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 [cited 2023 03.05.]; Available from: http://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_explan.pdf.

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

Neue Stiftingtalstraße 6/P06 - WEST
8010 Graz

Tel: 0316/385-72083

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