

Pflegequalitätserhebung

12.-14. November 2025

Dekubitus | Inkontinenz | Mangelernährung | Stürze
Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen | Schmerzen

Herausgabe: Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Silvia Bauer, MSc, BSc
Medizinische Universität Graz
Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaften
Neue Stiftingtalstraße 6/P06 - WEST
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>

© 2026 Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Berichtes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie oder einem anderen Verfahren) ohne Genehmigung der Herausgeberin 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 im Jahr 2025 teilgenommen haben.

Unser besonderer Dank gilt den Patient*innen und Bewohner*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

Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Silvia Bauer, MSc BSc
Projektleiterin

Dr.ⁱⁿ Lena Lampersberger, MSc BSc
Universitätsassistentin

Dr.ⁱⁿ Selvedina Osmanovic, MSc BSc
Universitätsassistentin

Mag.^a Sandra Klein
Organisatorische/Lektorielle Unterstützung

Chiara Kavar, BSc
Lektorielle Unterstützung

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	15
Stichprobe und Pflegeabhängigkeit	15
Dekubitus	15
Inkontinenz	16
Mangelernährung	16
Sturz	17
Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen	17
Schmerz	17
Überblick über alle Erhebungsjahre	18
2. Einleitung	21
Beschreibung der Pflegeindikatoren und Methode der Pflegequalitätserhebung	22
Ziel und Zweck von Pflegequalitätserhebungen	22
Der Gesamtbericht zur Pflegequalitätserhebung 2025	23
3. Qualitätsindikatoren	25
Einleitung	25
Einrichtungsebene	25
Stationsebene	25
4. Stichprobe	31
Einleitung	31
Teilnehmer*innen und Rücklaufquote	31
Gründe für eine Nicht-Teilnahme	31
Charakteristika der Patient*innen	32
Pflegeabhängigkeit	32
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
Maßnahmen bei Urininkontinenz	48
Prävalenz von Inkontinenz-assoziiierter Dermatitis (IAD)	50
7. Mangelernährung	53
Einleitung	53
Prävalenz von Mangelernährungsrisiko	53
Ernährungsbezogene Maßnahmen	54
8. Sturz	57
Einleitung	57
Sturzrisiko und -inzidenz	57
Maßnahmen zur Sturzprävention	58
9. Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen	61
Einleitung	61
Inzidenz von freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen	61
Art der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen	62
10. Schmerz	65
Einleitung	65
Prävalenz von Schmerz	65
Intensität des Schmerzes	66
Maßnahmen bei Schmerz	67
11. Schlussbemerkung	73

Fazit	74
Anhang	75
Glossar/Abkürzungsverzeichnis	77
Literatur	79

Die nächste Pflegequalitätserhebung
findet vom **11. - 13. November 2026** statt.



The poster is divided into two main sections. The left section has a solid green background. At the top left, there is a white logo consisting of a stylized 'M' and 'U' with the text 'Medizinische Universität Graz' and 'Institut für Pflegewissenschaft' below it. At the bottom left, there is a logo with an orange magnifying glass icon over the letters 'PQE' and the text 'Pflegequalitätserhebung' below it. The right section has a light gray background with a faint grid pattern. In the center, the title 'Pflegequalitätserhebung' is written in a large, bold, dark gray font, with the dates '11.-13. November 2026' below it in a smaller, bold, dark gray font. At the bottom of the right section, there is a list of topics: 'Dekubitus | Inkontinenz | Mangelernährung | Stürze' and 'Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen | Schmerzen'. Below this list, in a very small font, is the text: 'Der österreichische Projektname PQE basiert auf dem niederländischen Projektnamen LPZ (entwickelt an der Universität Maastricht)'.

MU
Medizinische
Universität Graz Institut für
Pflegewissenschaft

Pflegequalitätserhebung
11.-13. November 2026

Dekubitus | Inkontinenz | Mangelernährung | Stürze
Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen | Schmerzen

Der österreichische Projektname PQE basiert auf dem niederländischen Projektnamen LPZ (entwickelt an der Universität Maastricht)

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1 Überblick der Prävalenzraten der teilnehmenden Krankenhäuser von 2015 - 2025	19
Tabelle 3.1 Qualitätsindikatoren auf Einrichtungsebene in den Allgemeinen Krankenhäusern	26
Tabelle 3.2 Qualitätsindikatoren auf Einrichtungsebene in den Pflegeheimen	27
Tabelle 3.3 Qualitätsindikatoren auf Stationsebene in den Allgemeinen Krankenhäusern	28
Tabelle 3.4 Qualitätsindikatoren auf Stationsebene in den Pflegeheimen	29
Tabelle 4.1 Gründe für Nicht-Teilnahme	31
Tabelle 4.2 Charakteristika der Teilnehmer*innen	32
Tabelle 4.3 Verteilung der Pflegeabhängigkeit	33
Tabelle 4.4 Pflegeabhängigkeit je Item in den Allgemeinen Krankenhäusern	34
Tabelle 4.5 Pflegeabhängigkeit je Item in den Pflegeheimen	35
Tabelle 4.6 Krankheitsbilder	37
Tabelle 4.7 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 Dekubitus nach Kategorien und Entstehungsort	42
Tabelle 5.5 Lokalisation des Dekubitus	43
Tabelle 6.1 Inkontinenz	47
Tabelle 6.2 Kategorien der IAD lt. GLOBIAD	50
Tabelle 6.3 Kategorien der IAD	51
Tabelle 7.1 Mangelernährungsrisiko (basierend auf dem MUST und dem SNAQ-RC)	54
Tabelle 8.1 Sturzrisiko und Sturzinzidenz in den letzten 30 Tagen	58
Tabelle 9.1 Freiheitsein- und beschränkende Maßnahmen	61
Tabelle 9.2 Art der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahme bei Personen mit freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen	62
Tabelle 10.1 Prävalenz von Schmerzen	65
Tabelle 10.2 Chronische und akute Schmerzen	65
Tabelle 10.3 Intensität des Schmerzes in Allgemeinen Krankenhäusern mit akuten und chronischen Schmerzen in den letzten 7 Tagen	66
Tabelle 10.4 Intensität des Schmerzes in Pflegeheimen mit akuten und chronischen Schmerzen in den letzten 7 Tagen	66
Tabelle 10.4 Durchgeführte Maßnahmen bei Personen mit Schmerzen in Allgemeinen Krankenhäusern	68
Tabelle 10.5 Durchgeführte Maßnahmen bei Personen mit Schmerzen in Pflegeheimen	68

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 4.1 Verteilung der durchschnittlichen Pflegeabhängigkeit je Item	36
Abbildung 5.1 Präventionsmaßnahmen bei Personen mit Dekubitusrisiko laut Bradenskala	44
Abbildung 6.1 Maßnahmen bei Urininkontinenz (exkl. Katheter)	49
Abbildung 7.1 Maßnahmen bei Personen mit einem Risiko für Mangelernährung lt. MUST bzw. SNAQ-RC	55
Abbildung 8.1 Sturzpräventive Maßnahmen bei Personen mit Sturzrisiko (Sturz in den letzten 12 Monaten)	59
Abbildung 9.1 Begleitmaßnahmen bei freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen in den letzten 30 Tagen	63
Abbildung 9.2 Hauptgründe für die freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen	64
Abbildung 10.1 Nicht-pharmakologische Maßnahmen bei Personen mit Schmerzen in Allgemeinen Krankenhäusern	69
Abbildung 10.2 Nicht-pharmakologische Maßnahmen bei Personen mit Schmerzen in Pflegeheimen	70
Abbildung 10.4 Pharmakologische Maßnahmen bei Personen mit Schmerzen in Pflegeheimen	72

**Kostenlos
&
persönlich**

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

SPRECHSTUNDE ZUR PFLEGEQUALITÄTSERHEBUNG

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 2025 wurde vom 12.-14. November 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

Insgesamt lag von 2379 Teilnehmer*innen eine informierte Zustimmung zur Datenerhebung vor, davon waren 2275 Patient*innen in den Allgemeinen Krankenhäusern und 104 Bewohner*innen in den Pflegeheimen. Das Durchschnittsalter lag insgesamt bei 70 Jahren, wobei die Bewohner*innen in den Pflegeheimen deutlich älter waren. Die vier häufigsten Erkrankungen waren Krankheiten des Kreislaufsystems (54,4 %), Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes (29,6 %), Krankheiten des Urogenitalsystems (23,7 %) und Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (22,6 %). Der Großteil der Patient*innen in den Allgemeinen Krankenhäusern war pflegeunabhängig, wohingegen der Großteil der Bewohner*innen in den Pflegeheimen teilweise/überwiegend abhängig war.

Dekubitus

Das Dekubitusrisiko wurde im Rahmen der Pflegequalitätserhebung anhand der Bradenskala (1) und dem klinischen Blick der Pflegepersonen eingeschätzt. Das Dekubitusrisiko gemäß Bradenskala lag insgesamt bei 27,2 % und gemäß klinischem Blick bei 18,2 %. Der Anteil an Teilnehmer*innen mit einem Risiko (gemäß Braden) war in den Pflegeheimen höher als in den Allgemeinen Krankenhäusern. Der Anteil an Teilnehmer*innen mit mindestens einem Dekubitus lag bei 4,2 % und war in den Pflegeheimen niedriger als in den Allgemeinen Krankenhäusern. Die meisten Dekubitus entstanden vor der Aufnahme in die jeweilige Einrichtung (70,0 %) und konnten der Kategorie 2 (44,0 %) zugeordnet werden. Die häufigsten Lokalisationen waren das Kreuzbein (48,6 %) und die Ferse (27,5 %). Im Rahmen der Pflegequalitätser-

hebung 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 Druckentlastung. Bei 0,9 % der Personen 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 insgesamt 19 % und war in den Pflegeheimen höher als in den Allgemeinen Krankenhäusern. Die Urininkontinenz bestand beim Großteil der Betroffenen bereits vor der Aufnahme in die Einrichtung. Die Prävalenz von Stuhlinkontinenz betrug 7,8 % und 6,2 % der Teilnehmer*innen litten an einer Doppelinkontinenz. Eine inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD) wurde bei 2,3 % der inkontinenten Patient*innen festgestellt. Es gibt eine Vielzahl von Maßnahmen, die bei inkontinenten 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 in Allgemeinen Krankenhäusern und regelmäßiger Toilettengang (individuell) in Pflegeheimen. Die am seltensten umgesetzte Maßnahme war der regelmäßige Toilettengang gemäß eines Stationsplans in Allgemeinen Krankenhäusern, beziehungsweise Überweisung zum/zur Expert*in in Pflegeheimen. Bei 5,7 % aller urininkontinenten Patient*innen in den Allgemeinen Krankenhäusern wurden keine Maßnahmen durchgeführt.

Mangelernährung

Die Daten zum Ernährungszustand der Teilnehmer*innen wurden mithilfe des MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) bei den Patient*innen in den Allgemeinen Krankenhäusern und mit dem SNAQ-RC (Short Nutritional Assessment Questionnaire for the Residential Care) bei den Bewohner*innen in den Pflegeheimen gesammelt. 18,3 % der Patient*innen und 44,3 % der Bewohner*innen hatten ein Risiko für Mangelernährung. Bei einem Mangelernährungsrisiko sowie bei bestehender Mangelernährung wird die Durch-

Führung von ernährungsbezogenen Maßnahmen empfohlen. Die häufigsten 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 Wunschkost. Bei 11 % der Patient*innen mit einem Risiko für Mangelernährung wurden keine Maßnahmen durchgeführt.

Sturz

Daten zu Stürzen in den Einrichtungen wurden innerhalb der letzten 30 Tage vor der Erhebung gesammelt. Innerhalb der letzten 30 Tage stürzten 4,2 % der Patient*innen in den Allgemeinen Krankenhäusern und 13,1 % der Bewohner*innen in den Pflegeheimen. Alle Teilnehmer*innen, die in den letzten 12 Monaten gestürzt waren, wurden als Teilnehmer*innen mit Sturzrisiko eingestuft. Dies betraf 22 % der Patient*innen und 53,5 % der Bewohner*innen. Die häufigsten eingesetzten sturzpräventiven Maßnahmen waren die Evaluierung des Schuhwerks und der Hilfsmittel sowie die Sicherheitsanpassung der Umgebung. Bei 5,6 % der Patient*innen der Allgemeinen Krankenhäuser mit einem Sturzrisiko wurden keine sturzpräventiven Maßnahmen gesetzt.

Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen

Bei 3,7 % der Teilnehmer*innen wurden freiheitsein- und beschränkende Maßnahmen angewendet. Die Prävalenz war in den Pflegeheimen höher als in den Allgemeinen Krankenhäusern. Dabei kamen vor allem mechanische Maßnahmen wie Seitenteile und Fixierungen zum Einsatz. Die Dokumentation der freiheitsein- und beschränkenden Maßnahmen war vor der Evaluierung von freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen und der Informationsweitergabe an Betroffene/Angehörige die häufigste Begleitmaßnahme. Hauptgrund für freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen war die Sturzprävention.

Schmerz

Im letzten Abschnitt der Erhebung wurden Daten zu Schmerzen erfasst. 51,7 % der gesamten Teilnehmer*innen litten in den letzten 7 Tagen vor

der Befragung unter Schmerzen, wobei in den Pflegeheimen häufiger Schmerzen angegeben wurden als in den Allgemeinen Krankenhäusern. Etwas mehr als die Hälfte der Schmerzen waren akut und fast die Hälfte der Teilnehmer*innen gab mäßig starke Schmerzen an, wobei Teilnehmer*innen mit chronischen Schmerzen häufiger mäßige oder starke Schmerzen hatten als Teilnehmer*innen mit akuten Schmerzen. Schmerzlindernde Maßnahmen können in pharmakologische und nicht-pharmakologische Maßnahmen unterteilt werden. Unabhängig von der Art des Schmerzes (chronisch oder akut), erhielten 67,8 % der Patient*innen mit Schmerzen in den Allgemeinen Krankenhäusern nicht-pharmakologische Maßnahmen und bei 88,1 % der Patient*innen wurden pharmakologische Maßnahmen ergriffen. Bewohner*innen erhielten zu 34,6 % nicht-pharmakologische Maßnahmen und bei 96,2 % wurden pharmakologische Maßnahmen durchgeführt, wobei auch hier die Art des Schmerzes keine Rolle spielte. 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 wird bereits seit 2009 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 letzten 10 Jahre (2015-2025). Im Jahr 2020 fand aufgrund der Covid-19 Pandemie keine Pflegequalitätserhebung statt. Der Pflegeindikator Schmerz wird erst seit 2017 erhoben, daher gibt es keine Daten aus den vorherigen Jahren.

Tabelle 1.1 Überblick der Prävalenzraten der teilnehmenden Krankenhäuser von 2015 - 2025

	2015	2016	2017	2018	2019	2021	2022	2023	2024	2025
Anzahl Teilnehmer*innen	5274	1560	2955	3382	2690	984	2869	2684	1764	2275
Durchschnittswert Pflegeabhängigkeit*	66,3	67,8	66,0	67,0	63,9	67,1	65,4	63,0	64,3	64,2
Dekubitus	4,1 %	2,2 %	3,7 %	3,9 %	3,7 %	2,1 %	4,0 %	3,8 %	3,3 %	4,4 %
Urininkontinenz (ohne Katheter)	13,0 %	10,4 %	15,6 %	14,3 %	19,4 %	13,7 %	12,7 %	17,0 %	14,9 %	16,9 %
Stuhlinkontinenz	8,6 %	5,0 %	8,3 %	7,5 %	10,8 %	4,0 %	5,9 %	9,0 %	8,6 %	7,3 %
Mangelernährung (MUST)	20,6 %**	19,1 %**	23,4 %	24,2 %	24,8 %	22,2 %	21,3 %	22,0 %	21,2 %	18,3 %
Sturz (der letzten 30 Tage in der Einrichtung)	2,7 %	2,7 %	3,9 %	3,4 %	4,4 %	4,3 %	2,7 %	4,3 %	4,3 %	4,2 %
Freiheitsein- und beschränkende Maßnahmen (der letzten 30 Tage)	6,1 %	7,5 %	7,8 %	4,1 %	5,2 %	7,1 %	4,0 %	3,6 %	2,6 %	3,3 %
Schmerz (der letzten 7 Tage)	-	-	59,3 %	60,4 %	58,1 %	55,9 %	57,2 %	51,8 %	51,7 %	53,1 %

*Der Durchschnittswert der Pflegeabhängigkeit gemessen mit der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) liegt zwischen 15 und 75 Punkten. Je kleiner der Wert, desto pflegeabhängiger ist der*die Teilnehmer*in. (2)

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

Der Überblick über die letzten 10 Jahre zeigt, dass sich die Pflegeabhängigkeit der befragten Teilnehmer*innen kaum verändert hat und konstant niedrig ist. Die Häufigkeit von Dekubituswunden stieg im letzten Jahr geringfügig an und lag bei 4,2 %. Die Prävalenz von Urininkontinenz ist geringfügig gestiegen, wobei die Prävalenzrate bei Stuhlinkontinenz geringfügig gesunken ist. Die Prävalenzrate von Mangelernährung ist im Jahresvergleich ebenfalls etwas gesunken. Im Jahr 2025 lag diese bei 18,3 %. Der Pflegeindikator Sturz ist anfangs etwas angestiegen und nun bereits seit mehreren Jahren konstant. Hier lag die Prävalenz im Jahr 2025 bei 4,2 % und somit fast gleich wie bereits im Jahr 2024 (4,3 %). Einen Rückgang in der Prävalenz gab es bei freiheitsein- und beschränkenden Maßnahmen. Diese sanken von 7,1 % im Jahr 2021 auf 3,3 % im Jahr 2025. Die Prävalenz von Schmerzen sank ebenfalls und belief sich im Jahr 2025 auf 53,1 %.

2. EINLEITUNG

Pflegequalität ist eines der wichtigsten Themen in der heutigen pflegerischen Versorgung (3). Die Verantwortung für eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung – und damit für die Sicherheit von Patient*innen und Bewohner*innen – liegt bei allen Beschäftigten im Gesundheitswesen. Mangelhafte Assessments, unzureichende Risikoeinschätzungen, inadäquate Maßnahmen sowie fehlende Information und Aufklärung können diese Sicherheit gefährden (4).

Zu häufig auftretenden Problemen bei der Pflege von Patient*innen und Bewohner*innen zählen Dekubitus, Mangelernährung, Inkontinenz, Sturz, freiheitsein- und beschränkende Maßnahmen und Schmerz (5). Diese Probleme bzw. Pflegeindikatoren wirken sich negativ auf den Genesungsverlauf aus und können die Lebensqualität der Betroffenen deutlich reduzieren. Zudem können sie vermeidbare Folgen bis hin zur Pflegeabhängigkeit nach sich ziehen und stellen sowohl für Betroffene als auch für Pflegepersonen eine erhebliche Belastung dar. Nicht zuletzt sind sie mit hohen Kosten für Einrichtungen und das Gesundheitssystem verbunden (6, 7).

Pflegende können und wollen dazu beitragen, die genannten Pflegeindikatoren zu minimieren und eine hohe Pflegequalität zu gewährleisten. Entscheidend hierfür sind die kritische Reflexion und Evaluation des täglichen Handelns, der kollegiale Dialog sowie die Bereitschaft, Veränderungen in der Pflegepraxis umzusetzen. Diese Prozesse beginnen mit dem bewussten Nachdenken über durchgeführte und unterlassene Maßnahmen, deren Wirksamkeit sowie die daraus resultierenden positiven und negativen Ergebnisse im Pflegealltag (8).

Das Modell von Donabedian bietet eine gute Möglichkeit für die Betrachtung von Pflegequalität (9). Das Modell beschreibt, dass die strukturellen Rahmenbedingungen einer Einrichtung (z. B. die Anwendung evidenzbasierter Leitlinien) die pflegerischen Prozesse (z. B. regelmäßige Risikoassessments und darauf aufbauende Interventionen) beeinflussen. Diese Prozesse wirken sich wiederum auf patient*innen-/bewohner*innenbezogene Ergebnisse aus (z. B. die Häufigkeit von Dekubitus). Das Modell wird seit vielen Jahren international sowie im Rahmen der jährlichen Pflegequalitätserhebung in unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens zur Analyse und Weiterentwicklung der Pflegequalität eingesetzt (10, 11).

Zusammenfassend zeigt die Literatur, dass Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Stürze, freiheitsein- und beschränkende Maßnahmen sowie Schmerzen bei Patient*innen und Bewohner*innen zu erheblichen Einschränkungen, Folgeproblemen und einer verminderten Lebensqualität führen können. Für Pflegende gehen diese Pflegeindikatoren häufig mit Unzufriedenheit und Frustration im Arbeitsalltag einher. Zudem erfordern sie erhebliche pflegerische und medizinische Ressourcen und verursachen hohe Kosten für das Gesundheitssystem. Daher ist die systematische Erfassung von Daten zu diesen Pflegeindikatoren notwendig, um die pflegerische Praxis zu reflektieren und gegebenenfalls Änderungen zu initiieren.

Beschreibung der Pflegeindikatoren und Methode der Pflegequalitätserhebung

Im Rahmen der Pflegequalitätserhebung werden Daten zu Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Sturz, freiheitsein- und beschränkenden Maßnahmen und Schmerz erhoben. Im Supplement 1 finden Sie eine umfassende Beschreibung der genannten Pflegeindikatoren. In Supplement 2 finden Sie eine genaue Darstellung der Methode der Pflegequalitätserhebung. Darin wird beschrieben, wie bei der Erhebung vorgegangen, mit welchen Instrumenten die Datenerhebung erfolgt und wie die Daten verarbeitet werden.

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 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.

Der Gesamtbericht zur Pflegequalitätserhebung 2025

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. Es werden nur die wichtigsten Ergebnisse der Pflegequalitätserhebung dargestellt.

3. QUALITÄTSINDIKATOREN

Einleitung

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

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

Stationsebene

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

Multidisziplinäre Beratung: Besprechung von Risikopatient*innen/-bewohner*innen (z. B. Mangelernährung) im multidisziplinären Team.

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

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

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

Da eine Risikoerfassung bei den Pflegeindikatoren Inkontinenz, freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen und Schmerzen nicht standardmäßig vorgeschrieben ist, werden folgende Fragen für diese Indikatoren nicht erhoben: Multidisziplinäre Beratung von Risikopatient*innen, Aufzeichnung der Risiko- beurteilung in der Krankenakte sowie die standardisierte Informationswei- tergabe bezüglich individueller Risikofaktoren.

In den Tabellen 3.1 und 3.2 sind die Qualitätsindikatoren auf Einrichtungs- ebene dargestellt.

Tabelle 3.1 Qualitätsindikatoren auf Einrichtungsebene in den Allgemeinen Krankenhäusern

	Standard/Leitlinie	Multidisziplinäres Expert*innenteam
Dekubitus (N=24)	21 (87,5 %)	22 (91,7 %)
Inkontinenz (N=19)	8 (42,1 %)	13 (68,4 %)
Mangelernährung (N=19)	12 (63,2 %)	18 (94,7 %)
Sturz (N=24)	23 (95,8 %)	21 (87,5 %)
FEM* (N=18)	16 (88,9 %)	15 (83,3 %)
Schmerz (N=23)	14 (60,9 %)	21 (91,3 %)

*FEM = freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen

Im Großteil der teilnehmenden Krankenhäuser gab es einen Standard/ eine Leitlinie zum Thema Sturz (95,8 %) und freiheitsein- und beschrän- kende Maßnahmen (88,9 %). Einen Standard/eine Leitlinie zu Dekubitus gab es in 87,5 % der Einrichtungen. Zu den Themen Mangelernährung und Schmerz gab es in knapp über 60 % der Einrichtungen Standards/Leitlinien und zu Inkontinenz in knapp über 40 % der Einrichtungen. Multidiszipli- näre Expert*innenteams zum Thema Mangelernährung gab es in 94,7 %, zu Dekubitus in 91,7 % und zu Schmerz in 91,3 % der Einrichtungen. Über 80 % der Einrichtungen hatten ein Expert*innenteam zum Thema Sturz und frei- heitsein- und beschränkenden Maßnahmen.

Tabelle 3.2 Qualitätsindikatoren auf Einrichtungsebene in den Pflegeheimen

	Standard/Leitlinie	Multidisziplinäres Expert*innenteam
Dekubitus (N=4)	3 (75,0 %)	3 (75,0 %)
Inkontinenz (N=4)	2 (50,0 %)	4 (100 %)
Mangelernährung (N=4)	3 (75,0 %)	4 (100 %)
Sturz (N=4)	2 (50,0 %)	2 (50,0 %)
FEM* (N=4)	3 (75,0 %)	4 (100 %)
Schmerz (N=4)	3 (75,0 %)	4 (100 %)

*FEM = freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen

In 3 von den 4 teilnehmenden Pflegeheimen gab es einen Standard/eine Leitlinie zu Dekubitus, Mangelernährung, freiheitsein- und beschränkende Maßnahmen und Schmerz. Die Hälfte der Pflegeheime hatten entsprechende Standards zu Inkontinenz und Sturz. Es gab in allen Pflegeheimen multidisziplinäre Expert*innenteams zu Inkontinenz, Mangelernährung, freiheitsein- und beschränkende Maßnahmen und Schmerz. Die Hälfte der Pflegeheime hatte ein multidisziplinäres Sturz-Expert*innenteam.

In den Tabellen 3.3 und 3.4 sind die Qualitätsindikatoren auf Stationsebene dargestellt.

Tabelle 3.3 Qualitätsindikatoren auf Stationsebene in den Allgemeinen Krankenhäusern

	Audits zur Einhaltung von Standard/ Leitlinie	Multidis- ziplinäre Beratung	Diskussion von Präva- lenzraten	Aufzeichnung der Risikobe- urteilung in Pflegedoku- mentation	Fortbildung
Dekubitus (N=154)	144 (93,5 %)	119 (77,3 %)	136 (88,3 %)	139 (90,3 %)	89 (57,8 %)
Inkontinenz (N=123)	94 (76,4 %)	-	-	-	36 (29,3 %)
Mangelernährung (N=137)	107 (78,1 %)	101 (73,7 %)	84 (61,3 %)	112 (81,8 %)	46 (33,6 %)
Sturz (N=154)	146 (94,8 %)	121 (78,6 %)	137 (89,0 %)	152 (98,7 %)	66 (42,9 %)
FEM* (N=135)	109 (80,7 %)	-	-	-	64 (47,4 %)
Schmerz (N=138)	115 (83,3 %)	-	-	-	66 (47,8 %)

*FEM = freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen

Audits zur Einhaltung des Standards/der Leitlinie gab es am häufigsten zu den Themen Sturz (94,8 %) und Dekubitus (93,5 %). Multidisziplinäre Beratungen zu den Themen Dekubitus, Mangelernährung und Sturz gab es auf mehr oder weniger 75% aller Stationen. Eine Diskussion der Prävalenzraten und Aufzeichnung des Risikos in der Pflegedokumentation gab es vor allem zu Sturz und Dekubitus. Fortbildungen gab es am häufigsten zum Thema Dekubitus (57,8 %) und am seltensten zum Thema Inkontinenz (29,3 %).

Tabelle 3.4 Qualitätsindikatoren auf Stationsebene in den Pflegeheimen

	Audits zur Einhaltung von Standard/ Leitlinie	Multidis- ziplinäre Beratung	Diskussion von Prävalenz- raten	Aufzeichnung der Risikobe- urteilung in Pflegedoku- mentation	Fortbildung
Dekubitus (N=13)	9 (69,2 %)	13 (100 %)	9 (69,2 %)	13 (100 %)	0
Inkontinenz (N=13)	5 (38,5 %)	-	-	-	5 (38,5 %)
Mangelernährung (N=13)	9 (69,2 %)	13 (100 %)	13 (100 %)	13 (100 %)	8 (61,5 %)
Sturz (N=128)	5 (38,5 %)	9 (69,2 %)	9 (69,2 %)	9 (69,2 %)	0
FEM* (N=13)	9 (69,2 %)	-	-	-	7 (53,8 %)
Schmerz (N=13)	7 (53,8 %)	-	-	-	4 (30,8 %)

*FEM = freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen

In den Wohnbereichen der teilnehmenden Pflegeheime wurden Audits zur Überprüfung der Einhaltung von Standards bzw. Leitlinien durchgeführt, insbesondere zu den Themen Dekubitus, Mangelernährung sowie freiheitsein- und freiheitsbeschränkende Maßnahmen (jeweils 69,2 %). In allen teilnehmenden Wohnbereichen gab es eine multidisziplinäre Beratung zu Dekubitus und Mangelernährung. Ebenfalls fanden in allen Wohnbereichen sowohl Diskussionen der Prävalenzraten zu Mangelernährung als auch die Dokumentation des Dekubitus- und Mangelernährungsrisikos statt. Fortbildungen gab es am häufigsten zu Mangelernährung (61,5 %) und freiheitsein- und beschränkende Maßnahmen (53,8 %). Zu Dekubitus und Sturz gab es keine Fortbildungen.

4. STICHPROBE

Einleitung

Im November 2025 beteiligten sich in Österreich 28 Einrichtungen, davon 24 Allgemeine Krankenhäuser mit 154 Stationen und 4 Pflegeheime mit 13 Wohnbereichen, an der Pflegequalitätserhebung.

Teilnehmer*innen und Rücklaufquote

Die Rücklaufquote lag insgesamt bei 77,7 %, wobei 2.379 von 3.066 anwesenden Patient*innen und Bewohner*innen an der Studie teilnahmen. Von den 2.926 Patient*innen in den Allgemeinen Krankenhäusern nahmen 77,8 % an der Erhebung teil. In den teilnehmenden Pflegeheimen lag die Rücklaufquote bei 76,5 % bezogen auf insgesamt 136 befragte Bewohner*innen.

Gründe für eine Nicht-Teilnahme

Bei den befragten Personen, die nicht an der Erhebung teilnehmen wollten/konnten, wurden die Gründe erfragt (Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1 Gründe für Nicht-Teilnahme

	Allgemeine Krankenhäuser (N=651)	Pflegeheime (N=32)	Teilnehmer*innen Gesamt (N=683)
Nicht erreichbar	24,9 %	9,4 %	24,2 %
Teilnahme verweigert	21,5 %	50,0 %	22,8 %
Kognitiver Zustand zu schlecht	20,1 %	37,5 %	20,9 %
Sonstiges	15,1 %	-	14,3 %
Versteht oder spricht die Sprache nicht	12,3 %	3,1 %	11,9 %
Terminal	2,3 %	-	2,2 %
Komatös	2,2 %	-	2,0 %
Covid-19 Verdachtsfall oder Betroffene*r	1,7 %	-	1,6 %

Die häufigsten Gründe für eine Nichtteilnahme an der Erhebung waren das Nichterreichen der Personen (24,2 %), die Verweigerung der Teilnahme (22,8 %) sowie ein schlechter kognitiver Zustand der Befragten (20,9 %).

Charakteristika der Teilnehmer*innen

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

Tabelle 4.2 Charakteristika der Teilnehmer*innen

	Allgemeine Krankenhäuser (N=2275)	Pflegeheime (N=104)	Teilnehmer*innen Gesamt (N=2379)
Männer	49,0 %	37,5 %	48,5 %
Frauen	51,0 %	62,5 %	51,5 %
Durchschnittsalter Gesamt in Jahren	70	85	70
Patient*innen am Ende des Lebens	4,6 %	17,3 %	5,1 %

Insgesamt haben geringfügig mehr Frauen (51,5 %) als Männer (48,5 %) an der Erhebung teilgenommen. Das Durchschnittsalter aller Teilnehmer*innen lag bei 70 Jahren. Bei insgesamt 5,1 % der Teilnehmer*innen wurde ein Pflege- und Behandlungspfad am Ende des Lebens befolgt.

Pflegeabhängigkeit

Die Pflegeabhängigkeit wurde im Rahmen der Erhebung mit der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) eingeschätzt (2, 12). Diese besteht aus 15 Items wie z. B. Essen und Trinken, Mobilität, Alltagsaktivitäten oder Kommunikation. Jedem Item wird ein entsprechender Wert (1-5) zugeordnet. Es können bei der Einschätzung Gesamtskalenwerte zwischen 15 und 75 Punkten erzielt werden. Je kleiner der Wert, desto abhängiger ist die Person von Pflege. Eine Person, die den Gesamtskalenwert 15 aufweist, wäre demnach völlig pflege-

abhängig und eine Person mit einem Gesamtskalenwert von 75 wäre völlig pflegeunabhängig (2).

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

Tabelle 4.3 Verteilung der Pflegeabhängigkeit

	Allgemeine Krankenhäuser (N=2275)	Pflegeheime (N=104)	Teilnehmer*innen Gesamt (N=2379)
Völlig abhängig [15-24 Punkte]	4,9 %	9,6 %	5,1 %
Überwiegend abhängig [25-44 Punkte]	7,6 %	23,1 %	8,3 %
Teilweise abhängig [45-59 Punkte]	12,9 %	43,3 %	14,2 %
Überwiegend unabhängig [60-69 Punkte]	17,2 %	16,3 %	17,2 %
Völlig unabhängig [70-75 Punkte]	57,3 %	7,7 %	55,1 %
Durchschnittswert Pflegeabhängigkeit PAS	64,2	49,9	63,6

Es zeigt sich, dass 57,3 % der Patient*innen völlig unabhängig von pflegerischer Unterstützung waren. 12,5 % waren überwiegend oder völlig abhängig. Der Durchschnittswert der Pflegeabhängigkeitsskala bei allen Teilnehmer*innen beträgt 63,6 Punkte und bei den Patient*innen der Allgemeinen Krankenhäuser 64,2 Punkte, womit sich diese größtenteils im unabhängigen Bereich befinden. Die durchschnittliche Pflegeabhängigkeit bei den Pflegeheimbewohner*innen betrug 49,9 Punkte, d.h. diese waren teilweise pflegeabhängig.

Nachfolgend wird die Pflegeabhängigkeit in den einzelnen Items der Pflegeabhängigkeitsskala von den Patient*innen und der Pflegeheimbewohner*innen dargestellt (Tabellen 4.4 und 4.5).

Tabelle 4.4 Pflegeabhängigkeit je Item in den Allgemeinen Krankenhäusern

	Völlig abhängig	Überwiegend abhängig	Teilweise abhängig	Überwiegend unabhängig	Völlig unabhängig
Essen und Trinken	5,3 %	4,4 %	11,9 %	13,4 %	65,0 %
Kontinenz	10,3 %	5,8 %	10,5 %	10,1 %	63,4 %
Körperhaltung	6,0 %	6,5 %	12,1 %	12,0 %	63,4 %
Mobilität	8,0 %	8,0 %	15,4 %	15,7 %	52,8 %
Tages- und Nachtrhythmus	4,4 %	2,2 %	6,1 %	10,1 %	77,2 %
An- und Auskleiden	8,1 %	7,8 %	15,6 %	13,6 %	54,8 %
Körpertemperatur	5,5 %	2,2 %	5,3 %	8,5 %	78,5 %
Körperpflege	8,4 %	9,1 %	18,8 %	13,0 %	50,7 %
Vermeiden von Gefahren	8,0 %	5,2 %	10,1 %	12,8 %	63,9 %
Kommunikation	4,1 %	2,6 %	4,4 %	8,0 %	80,9 %
Kontakte mit Anderen	4,7 %	2,6 %	4,7 %	8,5 %	79,4 %
Sinn für Regeln und Werte	5,9 %	2,4 %	5,5 %	8,8 %	77,5 %
Alltagsaktivitäten	6,8 %	5,9 %	9,5 %	11,9 %	65,9 %
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung	6,0 %	4,9 %	7,1 %	11,7 %	70,3 %
Lernfähigkeit	5,5 %	5,2 %	7,9 %	11,3 %	70,2 %

Die Patient*innen waren bei fast allen Items größtenteils überwiegend oder völlig pflegeunabhängig. Bei den Items Körperpflege (17,5 %), Kontinenz

(16,1 %) und Mobilität (16,0 %) war der Anteil an völlig oder überwiegend pflegeabhängigen Personen am höchsten.

Tabelle 4.5 Pflegeabhängigkeit je Item in den Pflegeheimen

	Völlig abhängig	Über- wiegend abhängig	Teilweise abhängig	Über- wiegend unabhängig	Völlig unabhängig
Essen und Trinken	6,7 %	8,7 %	21,2 %	43,3 %	20,2 %
Kontinenz	15,4 %	13,5 %	34,6 %	25,0 %	11,5 %
Körperhaltung	5,8 %	16,3 %	19,2 %	34,6 %	24,0 %
Mobilität	12,5 %	13,5 %	18,3 %	32,7 %	23,1 %
Tages- und Nachtrhythmus	5,8 %	7,7 %	12,5 %	53,8 %	20,2 %
An- und Auskleiden	11,5 %	18,3 %	36,5 %	24,0 %	9,6 %
Körpertemperatur	3,8 %	13,5 %	20,2 %	41,3 %	21,2 %
Körperpflege	14,4 %	26,9 %	36,5 %	20,2 %	1,9 %
Vermeiden von Gefahren	13,5 %	25,0 %	17,3 %	38,5 %	5,8 %
Kommunikation	1,9 %	12,5 %	18,3 %	38,5 %	28,8 %
Kontakte mit Anderen	5,8 %	16,3 %	19,2 %	40,4 %	18,3 %
Sinn für Regeln und Werte	8,7 %	11,5 %	17,3 %	45,2 %	17,3 %
Alltagsaktivitäten	13,5 %	9,6 %	26,0 %	38,5 %	12,5 %
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung	15,4 %	7,7 %	26,9 %	38,5 %	11,5 %
Lernfähigkeit	14,4 %	20,2 %	31,7 %	26,9 %	6,7 %

Unter den teilnehmenden Pflegeheimbewohner*innen war der Anteil an völlig oder überwiegend pflegeabhängigen Personen bei den Items Körperpflege (41,3 %), Vermeiden von Gefahren (38,5 %), Lernfähigkeit (34,6 %) und An- und Auskleiden (29,8 %) am höchsten.

In Abbildung 4.1 wird die Verteilung der Pflegeabhängigkeit im Durchschnitt in den einzelnen Items grafisch dargestellt. Höhere Werte bedeuten hier eine niedrigere Pflegeabhängigkeit.

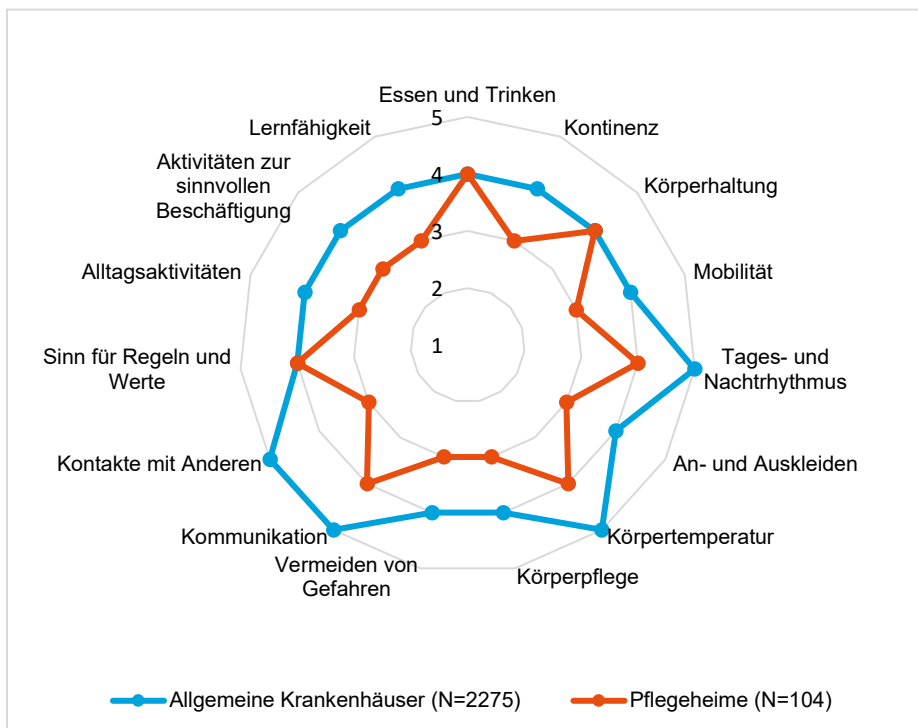


Abbildung 4.1 Verteilung der durchschnittlichen Pflegeabhängigkeit je Item

Patient*innen der Allgemeinen Krankenhäusern waren in allen Items der Pflegeabhängigkeitsskala unabhängiger als die Pflegeheimbewohner*innen.

Krankheitsbilder

In Tabelle 4.6 sind die zehn häufigsten Krankheitsbilder angeführt.

Tabelle 4.6 Krankheitsbilder (Mehrfachantworten möglich)

	Allgemeine Krankenhäuser (N=2275)	Pflegeheime (N=104)	Teilnehmer*innen Gesamt (N=2379)
Krankheiten des Kreislaufsystems (ohne Schlaganfall)	53,7 %	69,2 %	54,4 %
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	29,5 %	32,7 %	29,6 %
Krankheiten des Urogenitalsystems	23,1 %	36,5 %	23,7 %
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (ohne Diabetes mellitus)	22,5 %	26,0 %	22,6 %
Krankheiten des Atmungssystems	20,9 %	18,3 %	20,8 %
Diabetes Mellitus	19,3 %	26,0 %	19,6 %
Krankheiten des Verdauungstraktes	19,0 %	23,1 %	19,2 %
Bösartige Neubildungen	17,3 %	4,8 %	16,7 %
Krankheiten des Nervensystems (ohne Verletzungen des Rückenmarks/ Querschnittlähmung)	11,6 %	26,9 %	12,2 %
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	12,3 %	3,8 %	11,9 %

Die häufigsten Erkrankungen waren Krankheiten des Kreislaufsystems (53,7 % bei Patient*innen und 69,2 % bei Bewohner*innen) und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (29,5 % bei Patient*innen und 32,7 % bei Bewohner*innen).

Fachbereiche

In der Tabelle 4.7 sind die verschiedenen Fachbereiche der Allgemeinen Krankenhäuser dargestellt.

Tabelle 4.7 Patient*innen differenziert nach Fachbereichen

	Allgemeine Krankenhäuser (N=2275)
Nicht-operativ (konservativ)	56,8 %
Operativ	33,8 %
Akutgeriatrie	6,2 %
ICU/MC	1,3 %
Psychiatrie	0,8 %
Sonstiges	0,8 %
Obstetrik	0,4 %

56,8 % der Patient*innen wurden in konservativen und 33,8 % in operativen Fachbereichen betreut. 6,2 % der Patient*innen befanden sich in der Akutgeriatrie.

In den Pflegeheimen wurden alle Bewohner*innen (N=104) in den Wohnbereichen betreut.

5. DEKUBITUS

Einleitung

Dieses Kapitel enthält Angaben über das Dekubitusrisiko der untersuchten Teilnehmer*innen, erhoben mittels der Bradenskala und des klinischen Blicks (1, 13, 14). Es werden die Dekubitusprävalenz, 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) (13) (siehe Tabelle 5.1). Es folgen Angaben über die Häufigkeit durchgeführter Präventionsmaßnahmen sowie Angaben zum Einsatz von Hilfsmitteln.

In allen teilnehmenden Einrichtungen wurde der Indikator Dekubitus erhoben.

Hinweis: 9 Personen konnten nicht in die nachfolgenden Analysen eingeschlossen werden, weil diese Personen eine Hautinspektion ablehnten.

Tabelle 5.1 Dekubitusklassifikation nach EPUAP, NPIAP & PPPIA (13)

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. Subkutanen 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 Teilnehmer*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 Bradenskala) Grenzen hat und daher mit der Bewertung individueller Risikofaktoren mithilfe des klinischen Blicks ergänzt erfolgen soll (13, 15). Auf der Bradenskala werden Patient*innen mit ≤ 18 Punkten als Dekubitus gefährdet 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

	Allgemeine Krankenhäuser (N=2266)	Pflegeheime (N=104)	Teilnehmer*innen Gesamt (N=2370)
Braden	26,7 %	39,4 %	27,2 %
Klinischer Blick	18,3 %	15,4 %	18,2 %

Laut der Bradenskala wiesen 27,2 % aller Teilnehmer*innen ein Dekubitusrisiko auf. Anhand des klinischen Blicks der Pflegepersonen wurden 18,2 % der Teilnehmer*innen als dekubitusgefährdet eingestuft. Laut Bradenskala wiesen 26,7 % der Patient*innen und 39,4 % der Pflegeheimbewohner*innen ein Dekubitusrisiko auf.

Dekubitusprävalenz

In Tabelle 5.3 werden die Prävalenz von Dekubitus (alle Kategorien und Kategorie 2 oder höher) und die nosokomiale Prävalenz von Dekubitus dargestellt.

Tabelle 5.3 Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe

	Allgemeine Krankenhäuser (N=2266)	Pflegeheime (N=104)	Teilnehmer*innen Gesamt (N=2370)
Dekubitus (alle Kategorien)	4,4 %	1,0 %	4,2 %
Dekubitus (Kategorie 2 oder höher)	3,4 %	1,0 %	3,3 %
Nosokomiale Dekubitus (alle Kategorien)	1,3 %	1,0 %	1,3 %
Nosokomiale Dekubitus (Kategorie 2 oder höher)	0,9 %	1,0 %	0,9 %

4,2 % von allen teilnehmenden Personen hatten einen Dekubitus und 3,3 % hatten einen Dekubitus der Kategorie 2 oder höher. Die Dekubitusprävalenz war in den Allgemeinen Krankenhäusern höher als in den Pflegeheimen. Die nosokomiale Dekubitusprävalenz lag insgesamt bei 1,3 % und ist damit in den Allgemeinen Krankenhäusern und den Pflegeheimen beinahe gleich hoch.

Dekubitusmerkmale

In Tabelle 5.4 wird gezeigt, welchen Kategorien 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 Dekubitus nach Kategorien und Entstehungsort

	Allgemeine Krankenhäuser (N=86)	Pflegeheime (N=1)	Teilnehmer*innen Gesamt (N=87)
Kategorie 1	22,2 %	-	22,0 %
Kategorie 2	43,4 %	100 %	44,0 %
Kategorie 3	20,2 %	-	20,0 %
Kategorie 4	9,1 %	-	9,0 %
Vermutete tiefe Gewebeschädigung: Tiefe unbekannt	2,0 %	-	2,0 %
Dekubitus nicht kategorisierbar	3,0 %	-	3,0 %
Zeitpunkt der Entstehung			
Vor der Aufnahme in die Einrichtung	70,7 %	-	70,0 %
Nach der Aufnahme in die Einrichtung	29,3 %	100 %	30,0 %

Bei allen Teilnehmer*innen, die einen Dekubitus hatten, gab es am häufigsten Dekubitus der Kategorie 2 (44,0 %). Die meisten Dekubitus (70,0 %) entstanden vor der Aufnahme in die Einrichtung.

entstanden vor der Aufnahme in die Einrichtung. In den Pflegeheimen gab es nur ein*e Bewohner*in, die/der einen Dekubitus hatte und dieser wurde der Kategorie 2 zugeordnet.

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 in Allgemeinen Krankenhäusern (N=137)	Dekubitus in Pflegeheimen (N=1)	Dekubitus Gesamt (N=138)
Kreuzbein	48,6 %	100 %	48,6 %
Ferse	27,5 %	-	27,5 %
Sonstiges	13,0 %	-	13,0 %
Knöchel	3,6 %	-	3,6 %
Trochanter	2,8 %	-	2,8 %
Kopf	1,4 %	-	1,4 %
Sitzbein	1,4 %	-	1,4 %
Ellbogen	1,4 %	-	1,4 %

Die meisten Dekubitus wurden am Kreuzbein (48,6 %) und an der Ferse (27,5 %) 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 (14).

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

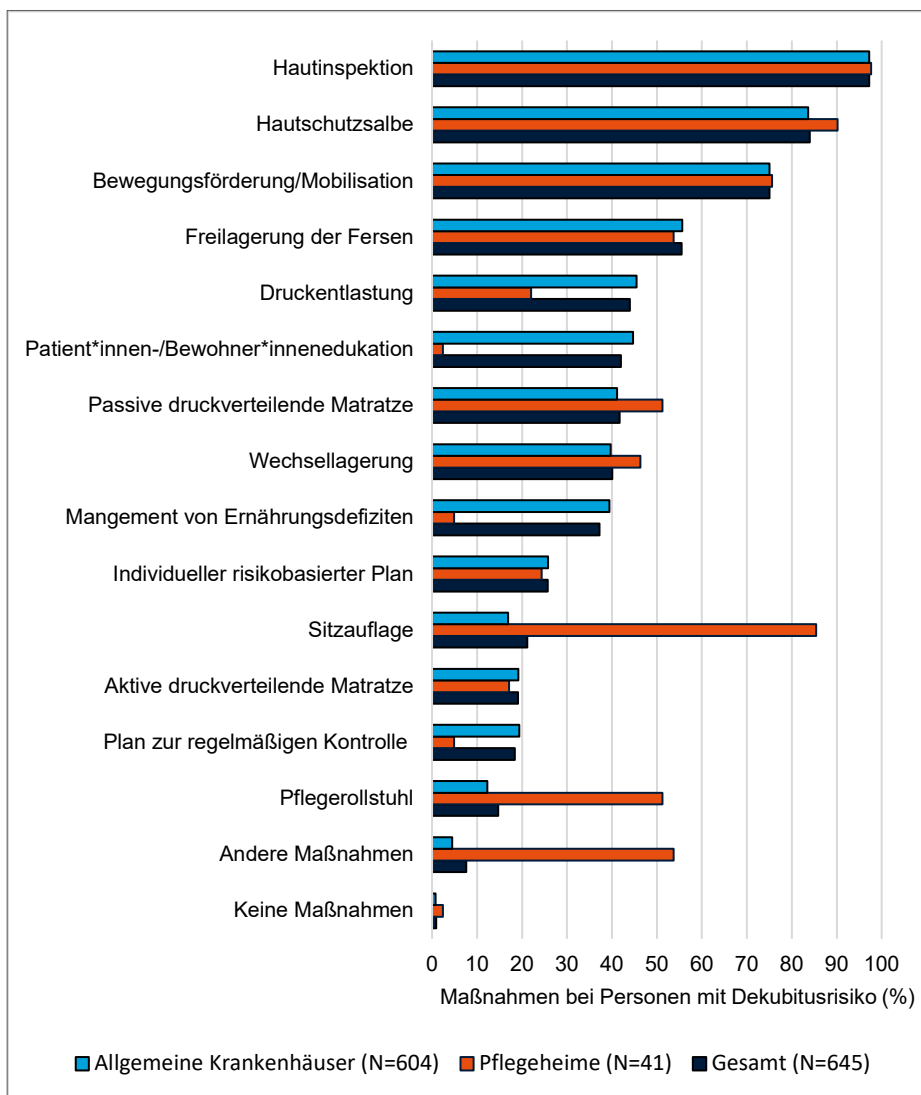


Abbildung 5.1 Präventionsmaßnahmen bei Personen mit Dekubitusrisiko laut Bradenskala (Mehrfachantworten möglich)

Zur Dekubitusprävention wurden bei Teilnehmer*innen mit Risiko am häufigsten eine regelmäßige Hautinspektion (bei 97,2 % der Patient*innen und bei 97,6 % der Pflegeheimbewohner*innen) durchgeführt sowie Feuchtigkeits- oder Hautschutzcremes/-produkte (bei 83,6 % der Patient*innen und bei 90,2 % der Pflegeheimbewohner*innen) verwendet. Weitere häufige Präventionsmaßnahmen waren die gezielte Bewegungsförderung/Mobilisation und die Freilagerung der Ferse. Bei 0,8 % der Patient*innen und 2,4 % der Pflegeheimbewohner*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-assoziiierter Dermatitis (IAD) sowie die Maßnahmen bei Urininkontinenz dargestellt.

In 23 von 28 teilnehmenden Einrichtungen wurde der Indikator Inkontinenz erhoben.

Hinweis: 88 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

	Allgemeine Krankenhäuser (N=1779)	Pflegeheime (N=95)	Teilnehmer*innen Gesamt (N=1874)
Urininkontinenz	16,9 %	58,9 %	19,0 %
Nosokomiale Urininkontinenz	2,8 %	22,1 %	3,8 %
Stuhlinkontinenz	7,3 %	17,9 %	7,8 %
Nosokomiale Stuhlinkontinenz	1,7 %	10,5 %	2,2 %
Doppelinkontinenz	5,6 %	16,8 %	6,2 %

Insgesamt litten 19,0 % aller Teilnehmer*innen an Urininkontinenz und 7,8 % an Stuhlinkontinenz. Die nosokomiale Prävalenz von Urin- und Stuhlinkontinenz lag bei 3,8 % bzw. 2,2 %. In Allgemeinen Krankenhäusern hatten 16,9 % der Patient*innen eine Urininkontinenz, wohingegen in Pflegeheimen die Prävalenz bei 58,9 % lag. Die Prävalenz der Stuhlinkontinenz lag in Allgemeinen Krankenhäusern bei 7,3 % und in Pflegeheimen bei 17,9 %.

Maßnahmen bei Urininkontinenz

Bei der Versorgung von Teilnehmer*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 (16). Weitere Behandlungsmöglichkeiten sind spezielle Medikamente sowie die Auswertung und ggf. Anpassung der Medikation (17). Außerdem können Beckenboden-, Blasen- oder Toilettentraining (16) 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 bei betroffenen Personen werden in Abbildung 6.1 für Allgemeine Krankenhäuser und Pflegeheime dargestellt.

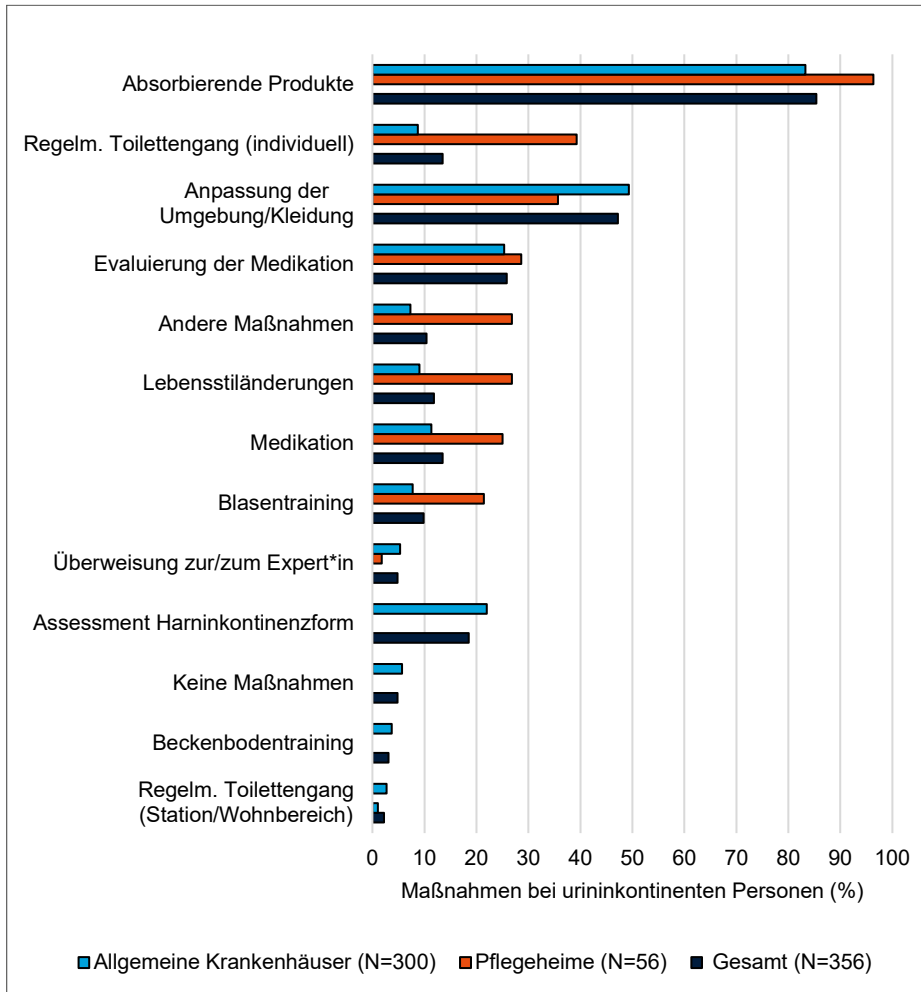


Abbildung 6.1 Maßnahmen bei Urininkontinenz (exkl. Katheter) (Mehrfachantworten möglich)

Die häufigsten Maßnahmen waren die Nutzung absorbierender Produkte (83,3 % in Allgemeinen Krankenhäusern, 96,4 % in Pflegeheimen) sowie die Anpassung der Bekleidung und der Umgebung bei Patient*innen in Allgemeinen Krankenhäusern (49,3 %) und individuelle Toilettengänge bei Pflegeheimbewohner*innen (39,3 %). Bei insgesamt 5,7 % aller urinkontinenten Patient*innen in Allgemeinen Krankenhäusern wurden keine

Maßnahmen durchgeführt. Sehr selten wurde in Allgemeinen Krankenhäusern und Pflegeheimen eine Überweisung zur*zum Expert*in angeordnet.

Prävalenz von Inkontinenz-assoziiierter Dermatitis (IAD)

Die Inkontinenz-assoziierte Dermatitis (IAD) wurde mit dem Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD) erhoben. Dieses Instrument wurde entwickelt, um international anerkannte einheitliche diagnostische Kriterien zur Einstufung des Schweregrads der IAD zu nutzen (18)

Nachfolgend werden die einzelnen Kategorien der IAD lt. GLOBIAD beschrieben (19).

Tabelle 6.2 Kategorien der IAD lt. GLOBIAD (19)

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-assoziiierter Dermatitis (IAD) wurde bei Personen, die entweder urin-, stuhl- oder doppelinkontinent waren, analysiert. Von den insgesamt 387 inkontinenten Personen hatten 9 (2,3 %) Personen eine IAD. Alle Betroffenen waren im Krankenhaus.

In Tabelle 6.3 werden die einzelnen Kategorien der IAD dargestellt. Da es im Pflegeheim keine*n Bewohner*in mit IAD gab, werden Bewohner*innen im Pflegeheim nicht in der Tabelle dargestellt.

Tabelle 6.3 Kategorien der IAD

IAD in Allgemeinen Krankenhäusern (N=9)	
Kategorie 1A	33,3 %
Kategorie 1B	44,4 %
Kategorie 2A	22,2 %
Kategorie 2B	-

Der Großteil der betroffenen Patient*innen hatte eine IAD, die der Kategorie 1B zuzuordnen ist (44,4 %).

7. MANGELERNÄHRUNG

Einleitung

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

In 23 von 28 Einrichtungen wurde der Indikator Mangelernährung erhoben.

Hinweis: Es wurden nur diejenigen Personen eingeschlossen, bei denen vollständige Daten zum Gewicht/Gewichtsverlust vorhanden waren (N=1975).

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 (20). Das MUST beinhaltet 3 Risikofaktoren (Body Mass Index [BMI], unbeabsichtigter Gewichtsverlust, reduzierte Nahrungszufuhr). Für das Setting Pflegeheim wird der Short Nutritional Assessment Questionnaire for the Residential Care (SNAQ-RC) verwendet (21). Damit wird neben dem ungewollten Gewichtsverlust und dem BMI auch der Unterstützungsbedarf bei der Nahrungsaufnahme sowie der Appetit erhoben. Aufgrund der beiden unterschiedlichen Screeninginstrumente wurde in diesem Modul auf eine Auswertung aller Personen gemeinsam (Allgemeines Krankenhaus und Pflegeheim) verzichtet.

In der Tabelle 7.1 wird das Risiko für Mangelernährung laut MUST (für Patient*innen in Allgemeinen Krankenhäusern) und laut SNAQ-RC (für Pflegeheimbewohner*innen) dargestellt.

Tabelle 7.1 Mangelernährungsrisiko (basierend auf dem MUST und dem SNAQ-RC)

	Allgemeine Krankenhäuser (N=1887)	Pflegeheime (N=88)
Mangelernährungsrisiko	18,3 %	44,3 %

18,3 % der Patient*innen in den Krankenhäusern und 44,3 % der Bewohner*innen in den Pflegeheimen hatten ein Risiko für Mangelernährung.

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 (22).

In der Abbildung 7.1 werden die durchgeführten Maßnahmen bei Teilnehmer*innen mit einem Risiko für Mangelernährung laut MUST (für Allgemeine Krankenhäuser) und laut SNAQ-RC (für Pflegeheime) dargestellt.

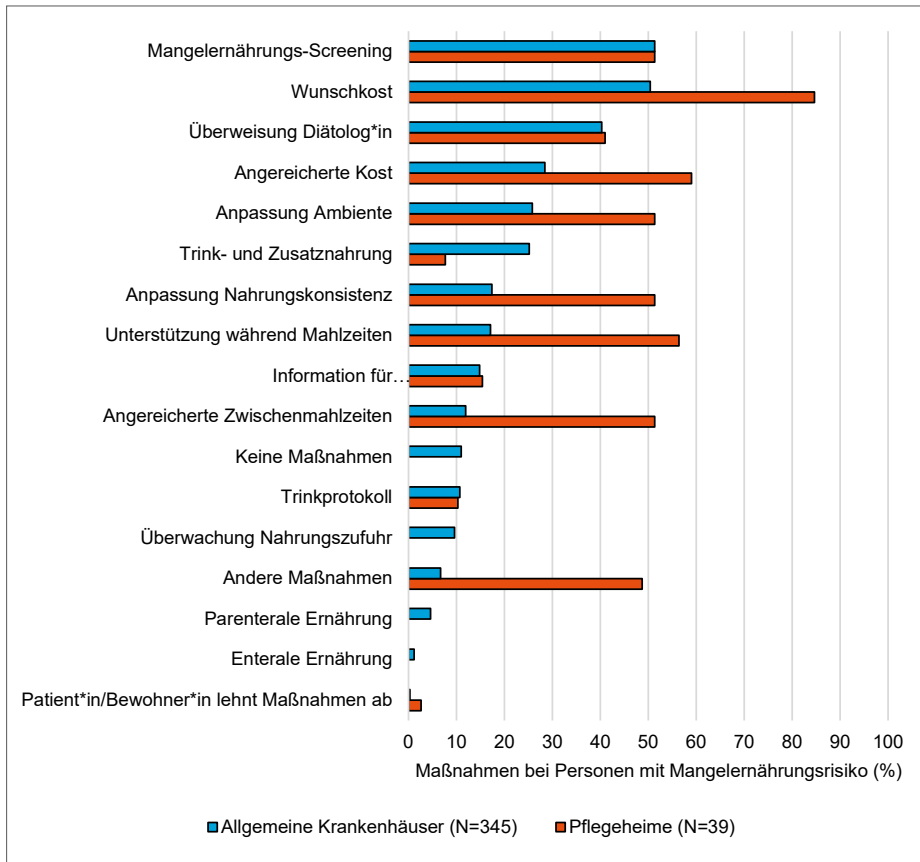


Abbildung 7.1 Maßnahmen bei Personen mit einem Risiko für Mangelernährung lt. MUST bzw. SNAQ-RC (Mehrfachantworten möglich)

Die häufigsten Maßnahmen bei Patient*innen in Allgemeinen Krankenhäusern waren das Durchführen eines Mangelernährungs-Screenings (51,3 %), das Anbieten von Wunschkost (50,4 %) und die Überweisung zu einer/m Diätolog*in (40,3 %). Knapp 17 % der Patient*innen mit einem Risiko wurden beim Essen unterstützt und 11 % der Patient*innen mit einem Risiko erhielten keine Maßnahmen. In den Pflegeheimen war die Wunschkost die häufigste Maßnahme (84,6 %), gefolgt von angereicherter Kost (59,0 %) und Unterstützung während der Mahlzeiten (56,4 %). Bei 48,7 % der Bewohner*innen wurden andere Maßnahmen, als die von uns angeführten, durchgeführt. Alle Bewohner*innen mit einem Risiko erhielten Maßnahmen.

8. STURZ

Einleitung

In diesem Kapitel werden Angaben zu Sturzereignissen der Teilnehmer*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 Teilnehmer*innen mit Sturzrisiko eingestuft (23). Unter Inzidenz wird die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit/eines Problems in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem bestimmten Zeitraum verstanden (24). 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/Bewohner*innen bzw. für die Pflegenden in der Regel gut überschaubar ist.

In allen 28 teilnehmenden Einrichtungen wurde der Indikator Sturz erhoben.

Hinweis: Aus der Analyse zum Sturzrisiko/zur Sturzinzidenz wurden Personen, bei denen nicht bekannt war, ob sie in den letzten 30 Tagen innerhalb der Einrichtung oder in den letzten 12 Monaten gestürzt sind (N=161), ausgeschlossen.

In Tabelle 8.1 werden das Sturzrisiko (mindestens ein Sturz in den letzten 12 Monaten) und die Sturzinzidenz in den letzten 30 Tagen dargestellt.

Tabelle 8.1 Sturzrisiko und Sturzinzidenz in den letzten 30 Tagen

	Allgemeine Krankenhäuser (N=2119)	Pflegeheime (N=99)	Teilnehmer*innen Gesamt (N=2218)
Sturzrisiko	22,0 %	53,5 %	23,4 %
Sturzinzidenz	4,2 %	13,1 %	4,6 %

In den teilnehmenden Einrichtungen wurden insgesamt 23,4 % der Personen als sturzgefährdet eingestuft. In den Pflegeheimen war das Sturzrisiko (53,5 %) höher als in den Allgemeinen Krankenhäusern (22,0 %). Die Sturzinzidenz in den letzten 30 Tagen in den Einrichtungen lag insgesamt bei 4,6 % und unterschied sich ebenfalls zwischen Allgemeinen Krankenhäusern (4,2 %) und Pflegeheimen (13,1 %).

Maßnahmen zur Sturzprävention

Zu sturzpräventiven Maßnahmen 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 (23, 25). Alle sturzpräventiven Maßnahmen wurden nur für jene Personen ausgewertet, die in den letzten 12 Monaten gestürzt sind (Abbildung 8.1) (26).

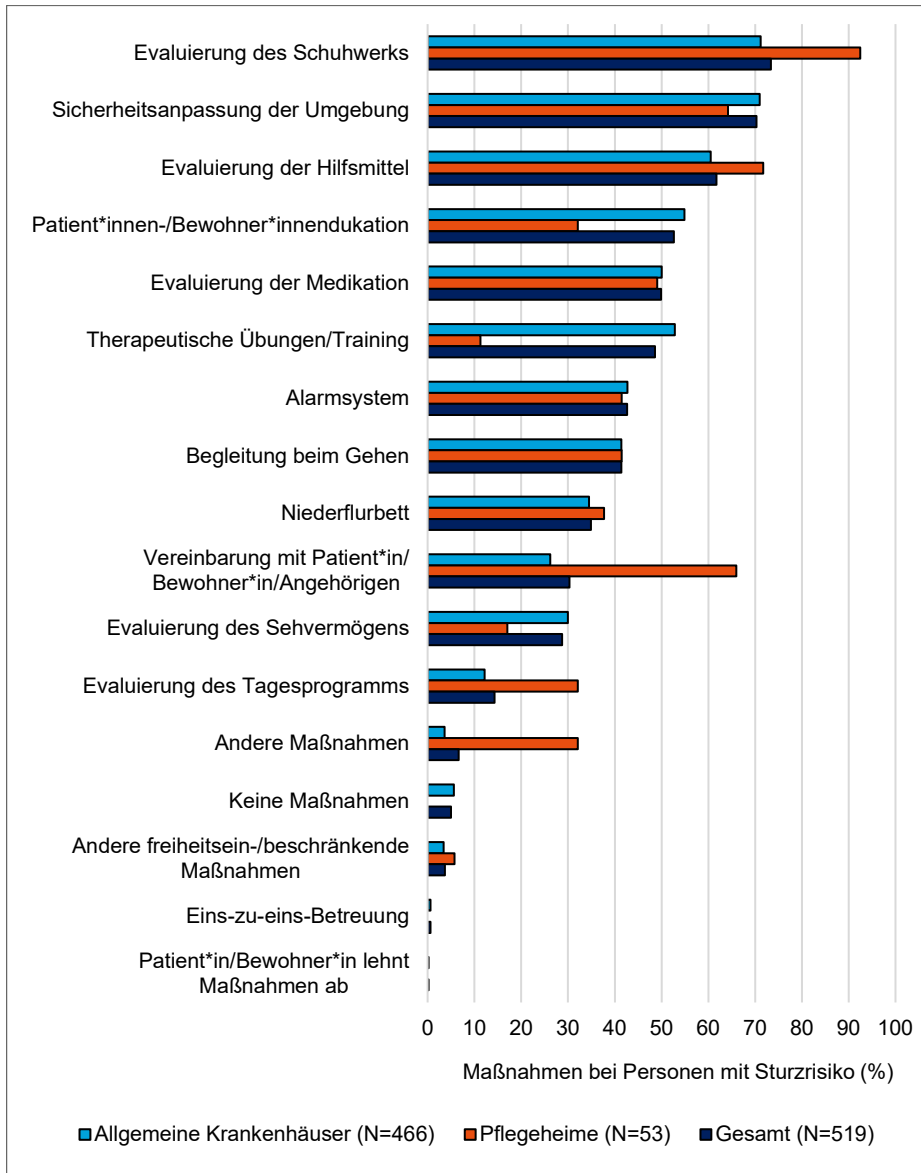


Abbildung 8.1 Sturzpräventive Maßnahmen bei Personen mit Sturzrisiko (Sturz in den letzten 12 Monaten) (Mehrfachantworten möglich)

Insgesamt wurden die Evaluierung des Schuhwerks (73,4 %), die Sicherheitsanpassung der Umgebung (70,3 %) und die Evaluierung der Hilfsmittel (61,7 %) häufig als sturzpräventive Maßnahmen eingesetzt. Allgemeine Krankenhäuser führten häufiger Sicherheitsanpassungen der Umgebung, Patient*innenedukation und therapeutische Übungen durch, wobei Pflegeheime häufiger Hilfsmittel evaluierten und Vereinbarungen mit Bewohner*innen/Angehörigen trafen. Bei 5,6 % der Patient*innen mit einem Sturzrisiko in Allgemeinen Krankenhäusern wurden keine sturzpräventiven Maßnahmen gesetzt. In Pflegeheimen erhielten alle Bewohner*innen präventive Maßnahmen.

9. 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. Unter Inzidenz wird die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit/eines Problems in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem bestimmten Zeitraum verstanden (24). 30 Tage wurde als Bezugszeitraum gewählt, weil dieser Zeitraum in der Regel für Patient*innen/Bewohner*innen bzw. für die Pflegenden gut überschaubar ist.

Freiheitsein- und beschränkende Maßnahmen wurde in 22 von 28 teilnehmenden Einrichtungen erhoben.

In der Tabelle 9.1 wird die Häufigkeit von freiheitsein- und beschränkenden Maßnahmen in den letzten 30 Tagen dargestellt.

Tabelle 9.1 Freiheitsein- und beschränkende Maßnahmen

	Allgemeine Krankenhäuser (N=2022)	Pflegeheime (N=104)	Teilnehmer*innen Gesamt (N=2126)
Freiheitsein- und beschränkende Maßnahmen	3,3 %	12,5 %	3,7 %

Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen wurden in den letzten 30 Tagen insgesamt bei 3,7 % der Teilnehmer*innen angewendet. In Allgemeinen Krankenhäusern wurden bei 3,3 % der Patient*innen und in Pflegeheimen bei 12,5 % der Bewohner*innen freiheitsein- bzw. freiheitsbeschränkende Maßnahmen angewendet.

Art der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen

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

In Tabelle 9.2 ist die Art der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen dargestellt.

Tabelle 9.2 Art der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahme bei Personen mit freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen (Mehrfachantworten möglich)

	Allgemeine Krankenhäuser (N=66)	Pflegeheime (N=13)	Teilnehmer*innen Gesamt (N=79)
Mechanische Maßnahmen	80,3 %	15,4 %	69,6 %
Pharmakologische Maßnahmen	25,8 %	92,3 %	36,7 %
Elektronische Maßnahmen*	15,2 %	-	12,7 %
Andere Maßnahmen	3,0 %	7,7 %	3,8 %
Psychologische Maßnahmen	1,5 %	-	1,3 %
Eins-zu-eins Überwachung	4,5 %	-	3,8 %

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

Bei Patient*innen in Allgemeinen Krankenhäusern, bei denen eine freiheitsein-/beschränkende Maßnahme erfolgte, kamen am häufigsten mechanische Maßnahmen wie Seitenteile und Fixiergurte (80,3 %) zur Anwendung. Bei Pflegeheimbewohner*innen kamen am häufigsten pharmakologische Maßnahmen zum Einsatz (92,3 %). Darüber hinaus wurden in Allgemeinen Krankenhäusern häufig pharmakologische Maßnahmen (25,8 %) und in Pflegeheimen mechanische Maßnahmen (15,4 %) eingesetzt.

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

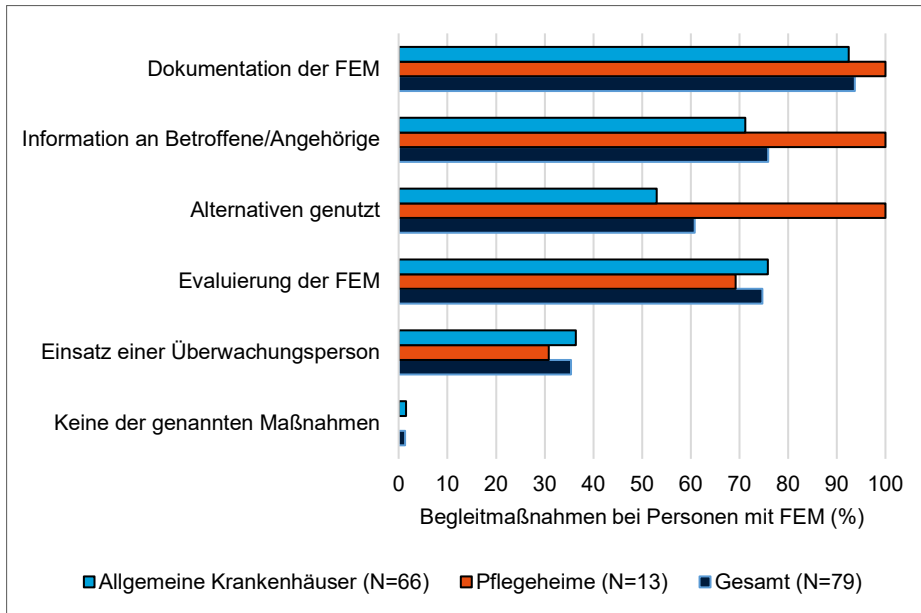


Abbildung 9.1 Begleitmaßnahmen bei freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen in den letzten 30 Tagen (Mehrfachantworten möglich)

Am häufigsten wurden in Allgemeinen Krankenhäusern die Dokumentation der freiheitsein- und beschränkenden Maßnahmen (92,4 %) sowie die Evaluierung der freiheitsein- und beschränkenden Maßnahmen (75,8%) durchgeführt. In Pflegeheimen wurden die Dokumentation der freiheitsein- und beschränkenden Maßnahmen, die Information an Betroffene oder Angehörige und das Nutzen von Alternativen bei 100 % der Betroffenen angewendet.

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

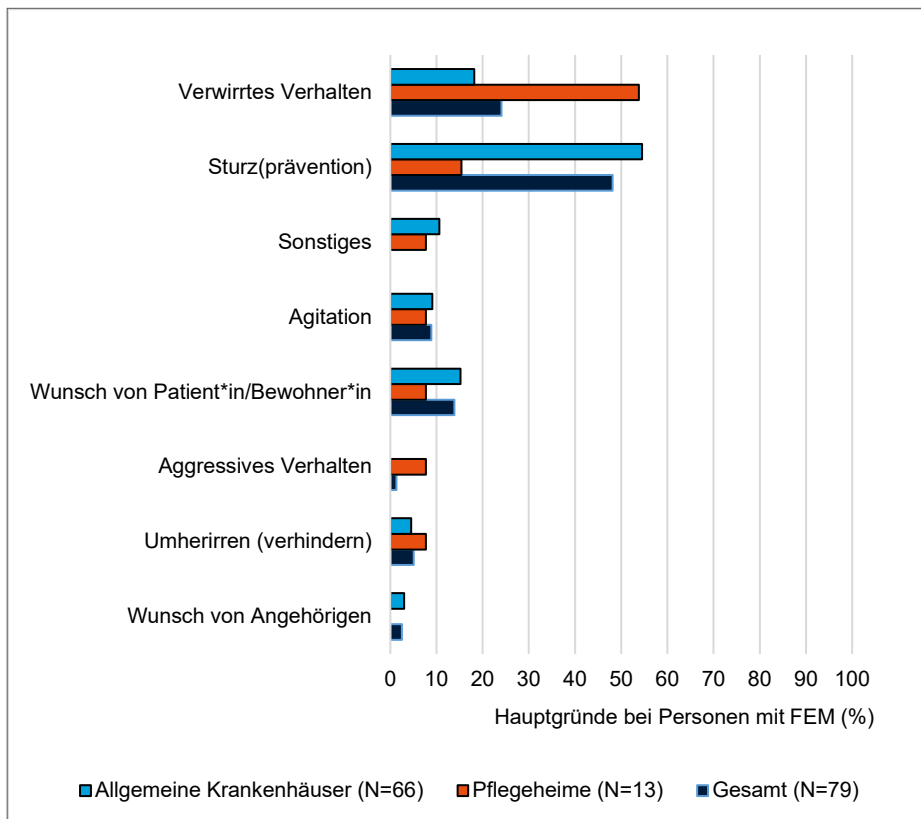


Abbildung 9.2 Hauptgründe für die freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen (Mehrfachantworten möglich)

Am häufigsten wurden freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen zur Sturzprävention (54,5 %) in Allgemeinen Krankenhäusern und aufgrund von verwirrtem Verhalten (53,8 %) in Pflegeheimen eingesetzt.

10. SCHMERZ

Einleitung

Dieses Kapitel enthält Angaben zur Schmerzprävalenz, zur Schmerzintensität sowie zu Maßnahmen bei Personen mit Schmerzen. Es wird eine Kategorisierung zwischen chronischen und akuten Schmerzen vorgenommen, da sich Ursachen und Behandlungsansätze deutlich unterscheiden.

Der Indikator Schmerz wurde in 27 von 28 teilnehmenden Einrichtungen erhoben.

Prävalenz von Schmerz

In der Tabelle 10.1 wird die Prävalenz von Schmerzen in den letzten 7 Tagen angegeben. In Tabelle 10.2 befindet sich die Unterscheidung zwischen chronisch und akuten Schmerzen bei Personen mit Schmerzen.

Tabelle 10.1 Prävalenz von Schmerzen

	Allgemeine Krankenhäuser (N=2013)	Pflegeheime (N=104)	Teilnehmer*innen Gesamt (N=2117)
Schmerz	53,1 %	25,0 %	51,7 %

Insgesamt hatten 53,1 % der Patient*innen in Allgemeinen Krankenhäusern und 25,0 % der Pflegeheimbewohner*innen Schmerzen in den letzten 7 Tagen.

Tabelle 10.2 Chronische und akute Schmerzen

	Allgemeine Krankenhäuser (N=1069)	Pflegeheime (N=26)	Teilnehmer*innen Gesamt (N=1095)
Chronisch	45,3 %	80,8 %	46,1 %
Akut	54,7 %	19,2 %	53,9 %

Die meisten Patient*innen in den Allgemeinen Krankenhäusern mit Schmerzen litten unter akuten Schmerzen. In Pflegeheimen hingegen hatten 80,8 % der Bewohner*innen chronische Schmerzen.

Intensität des Schmerzes

Tabelle 10.3 und 10.4 zeigen die Intensität des Schmerzes der letzten 7 Tage Gesamt und aufgeteilt in akute und chronische Schmerzen.

Tabelle 10.3 Intensität des Schmerzes in Allgemeinen Krankenhäusern mit akuten und chronischen Schmerzen in den letzten 7 Tagen

	Akute Schmerzen (N=585)	Chronische Schmerzen (N=484)	Teilnehmer*innen Gesamt (N=1069)
Leichte Schmerzen	24,8 %	20,2 %	22,7 %
Mäßige Schmerzen	45,0 %	44,6 %	44,8 %
Starke Schmerzen	20,3 %	25,2 %	22,5 %
Sehr starke Schmerzen	8,4 %	8,9 %	8,6 %
Unerträgliche Schmerzen	1,5 %	1,0 %	1,3 %

Tabelle 10.4 Intensität des Schmerzes in Pflegeheimen mit akuten und chronischen Schmerzen in den letzten 7 Tagen

	Akute Schmerzen (N=5)	Chronische Schmerzen (N=21)	Teilnehmer*innen Gesamt (N=26)
Leichte Schmerzen	80,0 %	28,6 %	38,5 %
Mäßige Schmerzen	20,0 %	47,6 %	42,3 %
Starke Schmerzen	-	23,8 %	19,2 %
Sehr starke Schmerzen	-	-	-
Unerträgliche Schmerzen	-	-	-

Beim Großteil der Patient*innen und Bewohner*innen (44,8 % in Allgemeinen Krankenhäusern und 42,3 % in Pflegeheimen) waren die Schmerzen

mäßig stark. Unter sehr starken oder unerträglichen Schmerzen litten 8,6 % bzw. 1,3 % der Patient*innen. Sehr starke oder unerträgliche Schmerzen kamen bei Pflegeheimbewohner*innen nicht vor. Bewohner*innen mit chronischen Schmerzen hatten häufiger mäßige oder starke Schmerzen als Bewohner*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/Bewohner*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 (27, 28).

In Tabelle 10.4 und 10.5 wird eine Übersicht über die durchgeführten Maßnahmen gegeben und in den Abbildungen 10.1 bis 10.4 werden die nicht-pharmakologischen und pharmakologischen Maßnahmen detailliert dargestellt. Die Darstellungen erfolgen jeweils getrennt nach Einrichtungsart und akut/chronisch.

Tabelle 10.4 Durchgeführte Maßnahmen bei Personen mit Schmerzen in Allgemeinen Krankenhäusern (Mehrfachantworten möglich)

	Akute Schmerzen (N=585)	Chronische Schmerzen (N=484)	Teilnehmer*innen Gesamt (N=1069)
Pharmakologische Maßnahmen	89,6 %	86,4 %	88,1 %
Nicht-pharmakologische Maßnahmen	67,9 %	67,8 %	67,8 %
Andere Maßnahmen	4,8 %	6,6 %	5,6 %
Keine Maßnahmen	4,8 %	4,1 %	4,5 %
Patient*in lehnt Maßnahmen ab	0,3 %	0,8 %	0,6 %

Tabelle 10.5 Durchgeführte Maßnahmen bei Personen mit Schmerzen in Pflegeheimen (Mehrfachantworten möglich)

	Akute Schmerzen (N=5)	Chronische Schmerzen (N=21)	Teilnehmer*innen Gesamt (N=26)
Pharmakologische Maßnahmen	80,0 %	100 %	96,2 %
Nicht-pharmakologische Maßnahmen	60,0 %	28,6 %	34,6 %
Andere Maßnahmen	40,0 %	9,5 %	15,4 %
Keine Maßnahmen	-	-	-
Patient*in lehnt Maßnahmen ab	-	-	-

Von allen Patient*innen mit Schmerzen in den letzten 7 Tagen, erhielten 88,1 % pharmakologische Maßnahmen und 67,8 % nicht-pharmakologische Maßnahmen zur Schmerzlinderung. Pflegeheimbewohner*innen erhielten zu 96,2 % pharmakologische Maßnahmen und zu 34,6 % nicht-pharmakologische Maßnahmen zur Schmerzlinderung. Bei 4,5 % der Patient*innen mit Schmerzen wurden keine Maßnahmen durchgeführt. Pflegeheimbewohner*innen mit akuten Schmerzen erhielten häufiger nicht-pharmakologische Maßnahmen als Pflegeheimbewohner*innen mit chronischen Schmerzen.

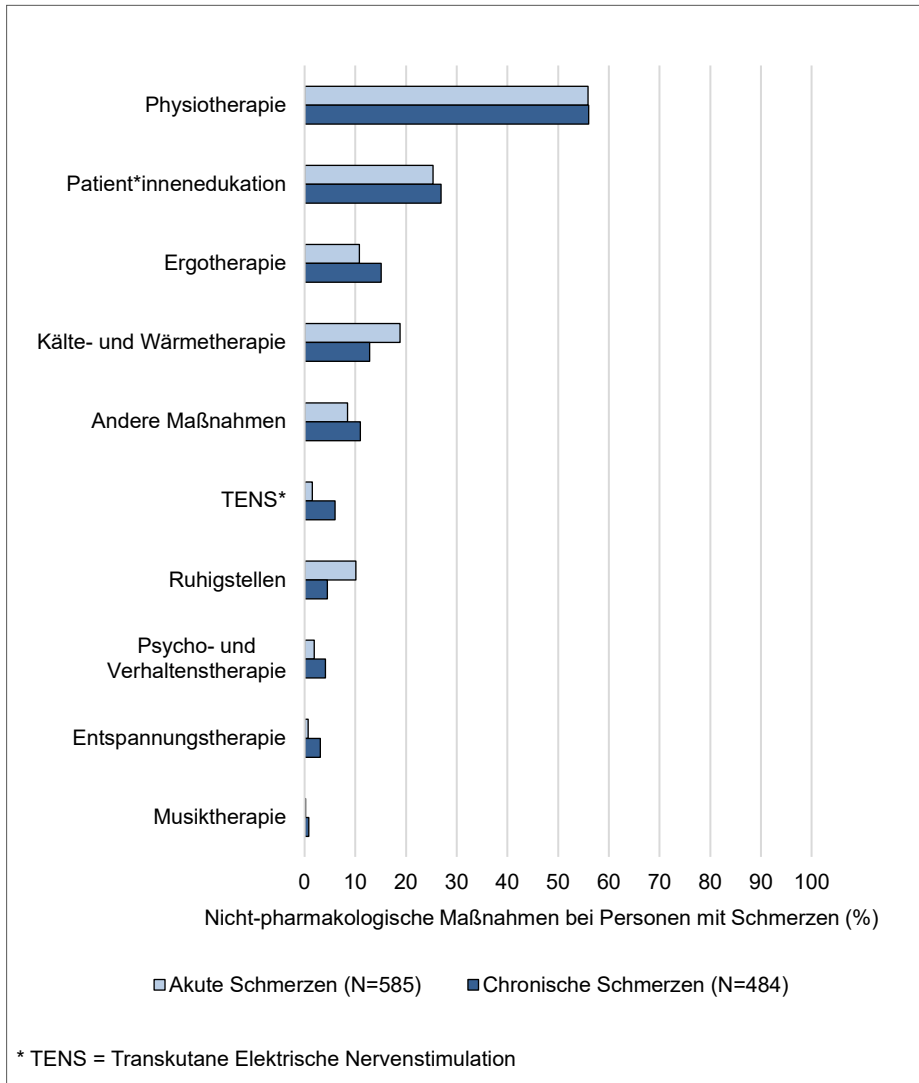


Abbildung 10.1 Nicht-pharmakologische Maßnahmen bei Personen mit Schmerzen in Allgemeinen Krankenhäusern (Mehrfachantworten möglich)

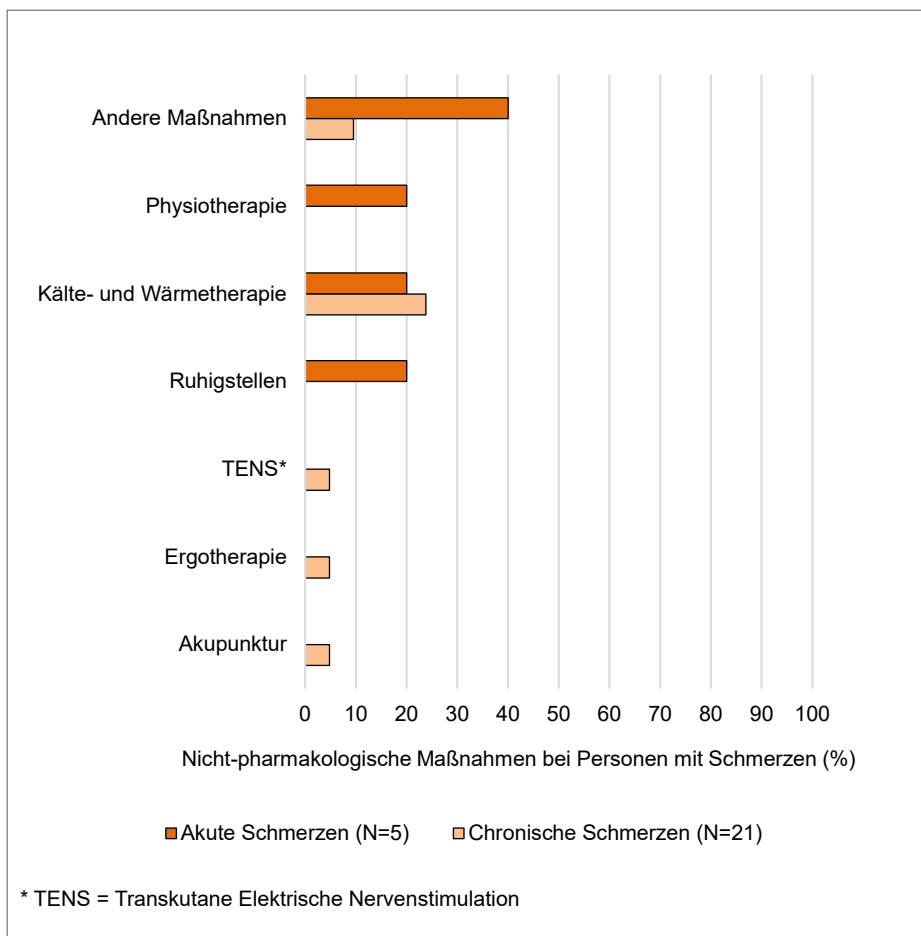


Abbildung 10.2 Nicht-pharmakologische Maßnahmen bei Personen mit Schmerzen in Pflegeheimen (Mehrfachantworten möglich)

Zur nicht-pharmakologischen Behandlung von Schmerzen wurden in Allgemeinen Krankenhäusern am häufigsten Physiotherapie (55,9 % bei akuten und 56 % bei chronischen Schmerzen) sowie Patient*innenedukation (25,3 % bei akuten und 26,9 % bei chronischen Schmerzen) durchgeführt. In Pflegeheimen wurden bei akuten Schmerzen am häufigsten andere Maßnahmen, Physiotherapie, Kälte- und Wärmetherapie, und Ruhigstellen durchgeführt. Bei chronischen Schmerzen haben Bewohner*innen am häufigsten eine Kälte- und Wärmetherapie erhalten (23,8 %).

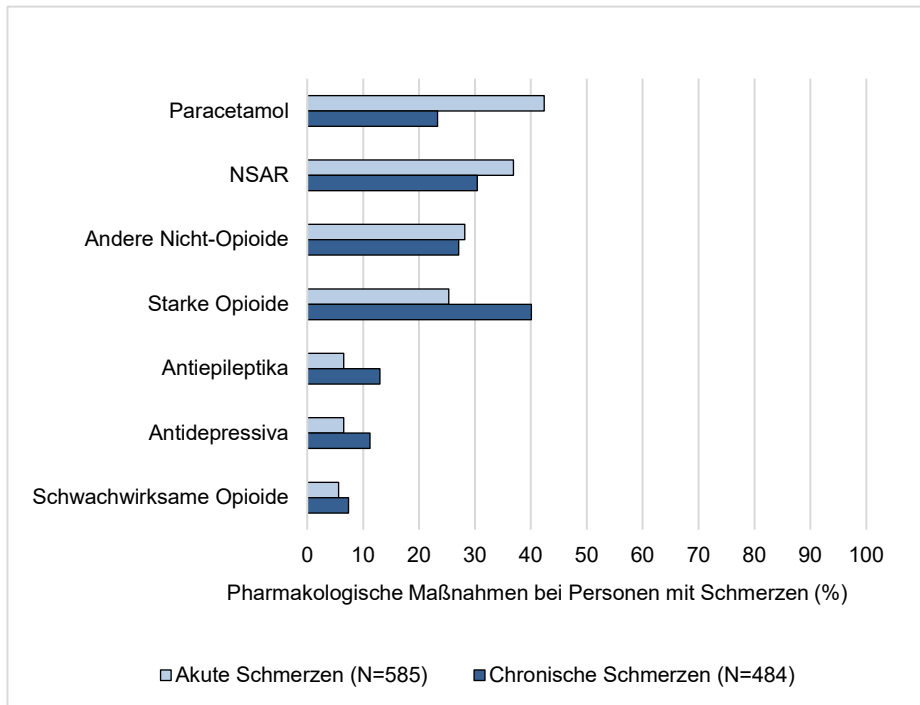


Abbildung 10.3 Pharmakologische Maßnahmen bei Personen mit Schmerzen in Allgemeinen Krankenhäusern (Mehrfachantworten möglich)

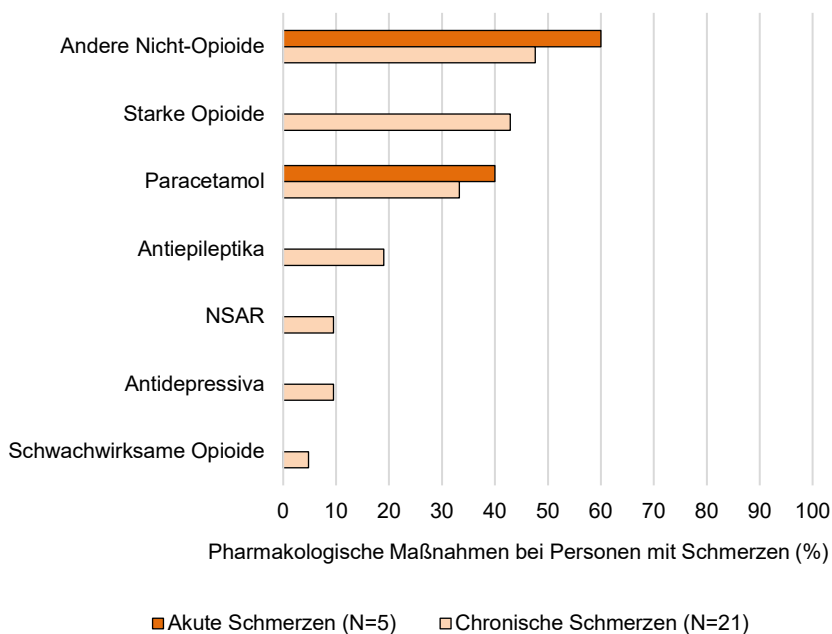


Abbildung 10.4 Pharmakologische Maßnahmen bei Personen mit Schmerzen in Pflegeheimen (Mehrfachantworten möglich)

In Allgemeinen Krankenhäusern war Paracetamol (42,4 %) das am häufigsten eingesetzte Medikament zur Behandlung von akuten Schmerzen. In Pflegeheimen waren es bei akuten Schmerzen andere Nicht-Opioide (60,0 %). Schwachwirksame Opioide wurden am seltensten angewendet. Bei chronischen Schmerzen wurden in Allgemeinen Krankenhäusern am häufigsten starke Opioide (40,1 %) angewendet und in Pflegeheimen andere Nicht-Opioide (47,6 %).

11. SCHLUSSBEMERKUNG

Im Rahmen der Pflegequalitätserhebung 2025 wurden Daten zur Prävalenz, Prävention und Behandlung der Pflegeindikatoren Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Sturz, freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen und Schmerz auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene in teilnehmenden österreichischen Allgemeinen Krankenhäusern und Pflegeheimen erhoben.

Die Ergebnisse der Pflegequalitätserhebung bieten einen aktuellen Einblick in die Pflegequalität in österreichischen Gesundheitseinrichtungen und können als Impuls für gezielte Verbesserungsmaßnahmen dienen. So gibt es auf struktureller Ebene beispielsweise eine vergleichsweise niedrige Rate an Fortbildungen für das Pflegepersonal. Vor allem niedrig ist die Rate bei Inkontinenz und Mangelernährung. Die geringe Teilnahme an Fortbildungen spiegelt sich auch auf Prozessebene wider, insbesondere in einer niedrigen Rate an Patient*innen-/Bewohner*innenedukation. Diese Erkenntnisse ermöglichen es, entsprechende Interventionen einzuleiten und Projekte zu planen.

Zahlreiche Einrichtungen nehmen bereits seit mehreren Jahren regelmäßig an der Pflegequalitätserhebung teil und nutzen die gewonnenen Daten zur Darstellung, Evaluation und Optimierung ihrer Pflegequalität. Auf Basis der Ergebnisse wurden in vielen Einrichtungen konkrete Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt, etwa die Einführung von Standards und Leitlinien oder die Ausweitung von Fortbildungsangeboten. Diese Initiativen führten zu messbaren Erfolgen, wie beispielsweise einer Reduktion der Prävalenz einzelner Pflegeindikatoren. So konnte etwa die Dekubitusprävalenz durch gezielte präventive Maßnahmen gesenkt werden. Diese positiven Entwicklungen spiegeln sich auch in den österreichweiten Gesamtdaten wider: Präventive Maßnahmen wie die Freilagerung der Fersen sowie Interventionen zur Vermeidung von Ernährungs- und Flüssigkeitsdefiziten bei Teilnehmer*innen mit Dekubitusrisiko wurden vermehrt umgesetzt. Die durch die Pflegequalitätserhebung angestoßenen Veränderungen tragen somit unmittelbar zum Wohl der Patient*innen bei.

Die Ergebnisse unterstreichen das Potenzial der Pflegequalitätserhebung als wirksames Audit-&-Feedback-Instrument. Wissenschaftliche Evidenz zeigt, dass Audit & Feedback eine einfache und effektive Strategie zur Implementierung von Verbesserungsmaßnahmen darstellt. Im Rahmen eines „Audits“

werden relevante Daten erhoben und den teilnehmenden Einrichtungen anschließend im Sinne eines „Feedbacks“ rückgemeldet (29). Die Pflegequalitätserhebung folgt diesem Prinzip in konsequenter Weise. Die Teilnahme an der Pflegequalitätserhebung bietet daher eine wertvolle Möglichkeit um zu überprüfen, ob die Pflege und Versorgung in den Einrichtungen aktuellen Qualitätsstandards entsprechen, sowie Stärken und Verbesserungspotenziale sichtbar zu machen.

FAZIT

Seit über 15 Jahren leistet die Pflegequalitätserhebung einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Pflegequalität in Österreich. Gemeinsam mit den teilnehmenden Einrichtungen konnten in diesem Zeitraum bedeutende Fortschritte erzielt werden. Dieses Engagement soll auch künftig fortgeführt werden. Daher möchten wir alle Gesundheitseinrichtungen in Österreich ermutigen, (weiterhin) an der Pflegequalitätserhebung teilzunehmen und damit aktiv zur nachhaltigen Verbesserung der Pflegequalität beizutragen.

ANHANG

Glossar/Abkürzungsverzeichnis

Assessment	Ermittlung, Einschätzung
Benchmarking	Kontinuierlicher Vergleich mit anderen Einrichtungen, um Unterschiede und gegebenenfalls Möglichkeiten zur Verbesserung zu identifizieren (30)
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 (24)
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool, Instrument zur Erfassung des Mangelernährungsrisikos (20, 31)
N	Anzahl an Patient*innen/Bewohner*innen
NSAR	Nichtsteroidales Antirheumatikum
PAS	Pflegeabhängigkeitsskala (2)
Prävalenz	Anteil von Personen mit einem bestimmten Pflegeindikator wie Dekubitus etc., welcher zu einem bestimmten Zeitpunkt (z. B. am 12. November 2025) festgestellt wird (24).

Literatur

1. Bergstrom, N., et al., *The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk*. Nurs Res, 1987. 36(4): p. 205-10.
2. 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.
3. LPZ. *Eine Lösung für jede Art von Gesundheitseinrichtung*. 2023 [cited 2023 23.02.]; Available from: <https://at.lpz-um.eu/de>.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Paul, M., *Costs Associated with Pressure Wounds in the U.S. Inpatient Hospital Population*. Innovation in Aging, 2018. 2(Suppl 1): p. 920-921.
8. Eglseer, D., M. Hödl, and C. Lohrmann, *Das Unsichtbare sichtbar machen*. ProCare, 2017. 22(3): p. 46-46.
9. Donabedian, A., *Evaluating the quality of medical care*. 1966. Milbank Q, 2005. 83(4): p. 691-729.
10. 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.

11. Van Nie-Visser, N., *Malnutrition in nursing home residents in the Netherlands, Germany and Austria*. 2014, Maastricht University.
12. Dijkstra, A., G. Buist, and T. Dassen, *Nursing-Care Dependency*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 1996. 10(3): p. 137-143.
13. EPUAP, NPIAP, and PPPIA, *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline*. The International Guideline. 2019.
14. 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 [cited 2023 03.05.]; Available from: <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf>.
15. Kottner, J., S. Coleman, and K. Balzer, *Pressure ulcer risk assessment: Where will the journey take us?* International Journal of Nursing Studies, 2024. 150: p. 104646.
16. NICE, *Urinary incontinence and pelvic organ prolapse in women: management*. 2019, National Institute for Health and Care Excellence: London. p. 74.
17. Abrams, P., International Continence Society, *Incontinence: 6th International Consultation on Incontinence*, in *6th International Consultation on Incontinence*. 2017, International Continence Society: Tokyo.
18. 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.
19. 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.

20. 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).
21. Krui­zen­ga, H.M., et al., *The SNAQ(RC), an easy traffic light system as a first step in the recognition of undernutrition in residential care.* J Nutr Health Aging, 2010. 14(2): p. 83-9.
22. Dutch Malnutrition Steering Group (DMSG), *Guideline on malnutrition recognising, diagnosing and treating malnutrition in adults.* 2017.
23. Schoberer, D.W., D, *Leitlinie 4.0: Evidenzbasierte Leitlinie zur Sturzprävention älterer Erwachsener in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen.* 2025: Graz, Austria.
24. Polit, D. and C. Beck, *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice.* 2016: Lippincott, Williams & Wilkins Philadelphia.
25. 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
26. National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Falls in older people: assessing risk and Falls in older people: assessing risk and prevention.* 2013 [cited 2023 03.05.]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161>
27. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen.* 2015: Osnabrück.
28. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen.* 2011, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.

29. Ivers, N., et al., *Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes*. Cochrane Database Syst Rev, 2012(6): p. Cd000259.
30. 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.
31. Todorovic, V., Russell, C & Elia, M *'The "MUST" Explanatory Booklet A Guide to the "Malnutrition Universal Screening Tool" (MUST) for Adults*. 2011 [cited 2026 18.02]; Available from: http://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_explan.pdf.

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaften
Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Silvia Bauer, MSc, BSc

Neue Stiftingtalstraße 6
8010 Graz

Tel: 0316/385-72083

E-Mail: pflegequalitaetserhebung@medunigraz.at

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

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