



Pflegequalitätserhebung 2.0

13. November 2018



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

© 2019 Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Berichtes darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie oder einem anderen Verfahren) ohne Genehmigung der Vorständin des Instituts für Pflegewissenschaft reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

DANK

Wir bedanken uns bei den Einrichtungen, Pflegedienstleitungen, KoordinatorInnen und Pflegenden, die an der *Pflegequalitätserhebung 2.0* im Jahr 2018 teilgenommen haben.

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

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

(Elaine Maxwell, 2013)

Projektteam

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

Doris Eglseer, MSc, BBS
Universitätsassistentin

Selvedina Osancevic, MSc BSc
Universitätsassistentin

Dr.ⁱⁿ Manuela Hödl, MSc, BSc
Universitätsassistentin

Mag.^a phil. Sandra Klein
Organisatorische/Lektorielle Unterstützung

Vanessa Osep, BScN
Lektorielle Unterstützung

Claudia Voithofer, BScN
Lektorielle Unterstützung

Kooperation

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

Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ)

Projektleiter: Associate Prof. Dr. Ruud Halfens



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	13
Beschreibung der Pflegeindikatoren	14
Qualitätsindikatoren	18
Ziel und Zweck von Pflegequalitätserhebungen	19
Vorgehen	20
Fragebogen	21
Studienpopulation	22
Verarbeitung der Daten	22
Der Gesamtbericht zur <i>Pflegequalitätserhebung 2.0</i> 2018	23
Stichprobe	25
Einleitung	25
TeilnehmerInnen und Rücklaufquote	25
Gründe für eine Nicht-Teilnahme	25
Demographische Merkmale	26
Krankheitsbilder	28
Fachbereiche	30
TeilnehmerInnen am Ende des Lebens	30
Pflegeabhängigkeit	33
Einleitung	33
Pflegeabhängigkeit im Überblick	33
Dekubitus	37
Einleitung	37
Dekubitusrisiko	38
Dekubitusprävalenz	38
Merkmale der Dekubitus	40
Maßnahmen zur Dekubitusprävention	42
Qualitätsindikatoren Dekubitus	44

Kontinenz	47
Einleitung	47
Prävalenz von Urininkontinenz	47
Prävalenz von Stuhlinkontinenz	49
Prävalenz von Doppelinkontinenz	50
Prävalenz von Inkontinenz-assoziiertes Dermatitis (IAD)	52
Maßnahmen bei Urininkontinenz	53
Qualitätsindikatoren Inkontinenz	55
Mangelernährung	57
Einleitung	57
Prävalenz von Mangelernährungsrisiko	57
Ernährungsbezogene Maßnahmen	59
Qualitätsindikatoren Mangelernährung	61
Sturz	63
Einleitung	63
Sturzrisiko und -inzidenz	63
Sturzfolgen	65
Maßnahmen zur Sturzprävention	66
Qualitätsindikatoren Sturz	68
Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen	71
Einleitung	71
Inzidenz von freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen	71
Art der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen	72
Qualitätsindikatoren freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen	75

Schmerz	77
Einleitung	77
Prävalenz von Schmerz	77
Merkmale von Schmerz	79
Maßnahmen bei Schmerz	80
Qualitätsindikatoren Schmerz	83
Zusammenfassung	85
Stichprobe und Pflegeabhängigkeit	85
Dekubitus	85
Kontinenz	86
Mangelernährung	87
Sturz	87
Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen	88
Schmerz	88
Qualitätsindikatoren	89
Schlussbemerkung	91
Limitationen	91
Evaluierung der teilnehmenden Einrichtungen	92
Anhang	95
Glossar/Abkürzungsverzeichnis	97
Literatur	98

Die nächste *Pflegequalitätserhebung 2.0*
findet am **12. November 2019** statt

12. November 2019

Pflegequalitätserhebung 2.0

Doktorat | Kontinenz | Mangelernährung | Sturz | Fallschirm- (beschränkende Maßnahmen) | Schmerzen

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

„Sprechstunde zur *Pflegequalitätserhebung 2.0*“.

Jeweils dienstags zwischen 14 und 16 Uhr stehen wir für Ihre Fragen und Anliegen (entweder persönlich oder telefonisch) zur Verfügung.

Individuelle Terminvereinbarungen sind möglich.

Um telefonische Terminvereinbarung wird gebeten!

Tel.: 0316 385 72083

EINLEITUNG

Pflegequalität ist eines der wichtigsten Themen in der heutigen pflegerischen Versorgung. Alle Beschäftigten im Gesundheitssystem tragen die Verantwortung für eine qualitativ hochwertige Pflege und Betreuung und somit für die Sicherheit von PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen. Diese Sicherheit kann durch fehlende Einschätzung von Bedürfnissen und Risiken, inadäquate Maßnahmen oder fehlende Information und Aufklärung beeinträchtigt werden¹.

Zu häufig auftretenden Mängeln in der Sicherheit von PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen zählen Dekubitus, Mangelernährung, Inkontinenz oder Sturz²⁻⁴. Diese Mängel oder Pflegeindikatoren stehen einer Genesung entgegen und können die Lebensqualität von Betroffenen erheblich beeinträchtigen. Darüber hinaus führen diese Indikatoren zu unnötigen Schmerzen und Belastungen für die Betroffenen bis hin zur Pflegeabhängigkeit. Hinzu kommen hohe Kosten, welche die einzelnen Einrichtungen sowie das gesamte Gesundheitssystem belasten^{5,6}.

Pflegende können und wollen die Herausforderung annehmen, die genannten Pflegeindikatoren zu minimieren und qualitativ hochwertige Pflege anzubieten. Die kritische Reflektion und Evaluation des täglichen Handelns, der kollegiale Dialog sowie die Bereitschaft, Änderungen in der täglichen Pflegepraxis vorzunehmen, stellen entscheidende Weichen auf dem Weg zu einer hohen Pflegequalität. Diese Bestrebungen beginnen mit dem Bewusstsein und der Auseinandersetzung mit durchgeführten, unterlassenen, effektiven oder ineffektiven Präventionen und Interventionen, sowie den dadurch entstandenen (positiven oder negativen) Ergebnissen in der täglichen Pflegepraxis⁷.

Das Modell von Donabedian bietet eine gute Möglichkeit der Betrachtung von Pflegequalität⁸. Dieses Modell besagt, dass die vorhandenen Strukturen einer Einrichtung (z.B. verfügbares Personal, Nutzung evidenzbasierter Leitlinien) die durchgeführten Prozesse (z.B. regelmäßiges Risikoassessment und darauf aufbauende Interventionen) beeinflussen können. Diese wiederum beeinflussen die Ergebnisse für PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen (z.B. Prävalenz von Dekubitus). Dieses Modell wird international in unterschiedlichen Einrichtungen des Gesundheitswesens zur Analyse und gegebenenfalls zur Verbesserung von Pflegequalität verwendet^{9,10}.

Die *Pflegequalitätserhebung 2.0* orientiert sich ebenfalls an dem Modell von Donabedian. Dabei werden in verschiedenen österreichischen Gesundheitseinrichtungen Daten zu Dekubitus, Kontinenz, Mangelernährung, Sturz, freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen und Schmerz, auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene erhoben. Durch die Teilnahme an der *Pflegequalitätserhebung 2.0* erhalten Einrichtungen umfassende Informationen zu allen Ebenen der Pflegequalität. Diese Daten liefern Ansatzpunkte für die Reflexion der täglichen Praxis, um letztendlich qualitativ hochwertige, individuelle und sichere Pflege anbieten zu können. Somit stellt die Teilnahme an der *Pflegequalitätserhebung 2.0* den ersten und damit auch wichtigsten Schritt zur Sicherstellung und Entwicklung der Pflegequalität in Gesundheitseinrichtungen dar^{11, 12}.

Beschreibung der Pflegeindikatoren

Dekubitus, Inkontinenz, Mangelernährung, Stürze und freiheitsein-/ beschränkende Maßnahmen sowie Schmerzen treten in der pflegerischen Praxis häufig auf und können zu erhöhter Pflegeabhängigkeit, Einschränkung der Lebensqualität bei PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen und zu hohen Kosten für das gesamte Gesundheitssystem führen.

Aus diesem Grund findet im Rahmen der *Pflegequalitätserhebung 2.0* eine intensive Auseinandersetzung mit diesen Pflegeindikatoren statt. Nachfolgend werden die einzelnen Themen, beginnend mit Dekubitus, genauer erläutert:

Dekubitus sind Bereiche lokalisierter Schädigungen der Haut und der darunterliegenden Gewebeschichten, die durch Druck, Scherkräfte und Reibung oder einer Kombination dieser Faktoren verursacht werden¹³. Das Auftreten von Dekubitus wird als bedeutender Qualitätsindikator in der Versorgung von PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen betrachtet¹⁴⁻¹⁶. Internationale Studien zeigen in Krankenhäusern Dekubitusprävalenzraten von 2,2 % bis hin zu 24,7 %¹⁷⁻²³. In den Pflegeheimen werden international Dekubitusprävalenzraten zwischen 3,1 % und 16,9 % beschrieben^{3, 17, 18, 24-27}. PatientInnen auf Intensivstationen haben ein höheres Dekubitusrisiko als PatientInnen anderer Stationen^{21, 28-30}. Dekubitus stellen schwerwiegende Gesundheitsprobleme dar, die zu einer erhöhten Aufenthaltsdauer³¹, einem erhöhten Pflegeaufwand und der Reduzierung von Lebensqualität³² und damit auch zu erhöhten Kosten führen können^{6, 33}. Die Kosten für die Behandlung eines Dekubitus belaufen

sich auf 7 bis 470 Euro pro Tag abhängig von der Einrichtungsart (Krankenhaus, Pflegeheim etc.)³³.

Neben Dekubitus kommt auch **Inkontinenz** häufig bei institutionalisierten Personen vor³⁴. Dabei wird zwischen Urin- und Stuhlinkontinenz unterschieden. Urininkontinenz bedeutet einen unfreiwilligen Verlust von Urin³⁵ und Stuhlinkontinenz bedeutet einen unfreiwilligen Verlust von Stuhl³⁵. Studien in Krankenhäusern berichten von Prävalenzraten zwischen 15 % und 18,4 % bei Urininkontinenz³⁶ und bis zu 30 % bei Stuhlinkontinenz³⁷. In österreichischen Pflegeheimen liegt die Inkontinenzprävalenzrate bei 69,2 %³⁸. Internationale Studien zeigen Raten bei Urininkontinenz zwischen 73 % und 75 %^{3, 36} und bei Stuhlinkontinenz bis zu 70 %^{3, 37}. Die Prävalenz von Urininkontinenz steigt mit dem Alter an^{34, 35, 39}. Neben psychischen und sozialen Auswirkungen⁴⁰⁻⁴², sowie erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität^{40, 43-46} führt Inkontinenz auch zu beträchtlichen ökonomischen Folgen^{39, 47, 48}. In Deutschland belaufen sich die Gesundheitsausgaben für die Urininkontinenz auf etwa 396 Millionen Euro pro Jahr⁴⁹. In den Vereinigten Staaten werden durchschnittlich 656 bis 860 US-Dollar jährlich pro PatientIn mit einer Drang-Inkontinenz ausgegeben⁵⁰.

Des Weiteren werden im Rahmen der *Pflegequalitätserhebung 2.0* Daten zu **Mangelernährung** erhoben. Mangelernährung wird in der Literatur definiert als Mangel oder Ungleichgewicht von Kalorien, Proteinen oder anderen Nährstoffen⁵¹. Dieser Mangel bzw. dieses Ungleichgewicht führt zu messbaren Effekten auf den Körper und dessen Funktionen sowie zu klinischen Ergebnissen z.B. erhöhter Mortalität oder Dauer des Krankenhausaufenthaltes^{51, 52}. Mangelernährung tritt vor allem bei älteren Menschen auf⁵²⁻⁵⁴. Internationale Prävalenzen von Mangelernährung bei KrankenhauspatientInnen reichen von 21,6 % bis zu 60 %^{52, 55-58}. In Österreich lagen die Prävalenzraten für Mangelernährung im Jahr 2017 bei 14,6 % in den Krankenhäusern und bei 18,8 % in den Pflegeheimen⁵⁹. In Pflegeheimen werden international Prävalenzraten von bis zu 66,5 % beschrieben^{3, 58, 60-63}. Zu den Risikofaktoren von Mangelernährung zählen unter anderem ein höheres Alter, Polypharmazie, Multimorbidität und bestimmte Erkrankungen wie z.B. Parkinson, Magen-Darm-Erkrankungen und Schluckstörungen. Aber auch soziale Isolation und psychische Erkrankungen, wie Demenz und Depression, zählen zu den Risikofaktoren^{53, 60, 64, 65}. Eine frühzeitige Erfassung von RisikopatientInnen/-bewohnerInnen ist notwendig, um den Konsequenzen einer Mangelernährung durch gezielte Interventionen

vorzubeugen⁶⁶. Die Folgen einer Mangelernährung sind vielfältig und oftmals verbunden mit längeren Liegezeiten, Institutionalisierung und einer höheren Mortalität im Krankenhaus sowie einer Senkung der Lebensqualität^{53, 67-69}. Laut der Studie von Khalatbari-Soltani & Marques-Vidal (2015) liegen die zusätzlichen Kosten von PatientInnen mit einer Mangelernährung im Krankenhaus bei bis zu 5000 Euro und mehr pro Person und Krankenhausaufenthalt⁶⁸.

Stürze sind ein weiteres relevantes Problem in der täglichen Pflegepraxis⁷⁰⁻⁷². Unter einem Sturz sind alle Ereignisse zu verstehen, bei denen die/der PatientIn bzw. PflegeheimbewohnerIn unbeabsichtigt auf den Boden, oder nach unten fällt⁷³. Zwischen 1,6 % und 3,6 % der PatientInnen stürzen mindestens einmal während eines Krankenhausaufenthaltes^{74, 75}. In Österreich lag die Sturzinzidenz 2016 in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung bei 12,5 % in den Krankenhäusern und bei 22,9 % in sonstigen Einrichtungen¹⁹. Über 65-jährige Personen stürzen öfter als jüngere Personen^{75, 76} und über 50 % der über 80-jährigen Personen stürzen mindestens einmal jährlich⁷⁷. Internationale Studien schätzen, dass ein Drittel der PflegeheimbewohnerInnen mindestens einmal pro Jahr stürzen⁷⁷. Als Risikofaktoren für Stürze werden in der Literatur kognitive und funktionale Einschränkungen, Inkontinenz, Multimorbidität, Umgebungsfaktoren, wie mangelnde Beleuchtung oder rutschige Böden, sowie Polypharmazie identifiziert^{75, 76, 78, 79}. Stürze stellen ein großes Problem in Gesundheitseinrichtungen dar, da sie zu erheblichen Konsequenzen, wie Verletzungen (Hämatome, Gewebsverletzungen, Platzwunden, Knochenbrüche), erhöhter Pflegeabhängigkeit oder zu einem frühzeitigen Tod führen können⁸⁰⁻⁸³. Im Jahr 2017 wurden in Österreich 856 Todesfälle auf Grund von Stürzen gemeldet⁸⁴. Alekna et al. (2015) beschreiben durchschnittliche Kosten pro gestürzter PatientIn mit einer Hüftfraktur von 1289 Euro⁸⁰.

Unter **freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen** werden Mittel, Materialien, Medikamente, elektronische Maßnahmen oder Applikationen (oder deren Androhung) verstanden, die am oder in der Nähe des Körpers einer Person angebracht sind. Diese können von der entsprechenden Person nicht selbstständig entfernt oder kontrolliert werden und halten diese Person absichtlich davon ab, sich frei zu bewegen⁸⁵. Internationale Prävalenzraten zu freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen betragen bis zu 32 % in Krankenhäusern, wobei auf Intensivstationen die Raten sogar bis zu 90 % reichen⁸⁶⁻⁸⁸. In Pflegeheimen liegen international die Prävalenzraten bei 2,6 % bis 84,9 %⁸⁹⁻⁹¹. In

Österreich lagen die Prävalenzraten im Jahr 2015 bei 6,1 % in den Krankenhäusern und bei 12,9 % in den Pflegeheimen²⁶. Häufige Gründe für freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen sind Schutz vor Verletzungen bzw. Stürzen oder Verhaltenskontrolle bei kognitiven Einschränkungen^{91, 92}. Die Literatur zeigt, dass freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen in den meisten Fällen negative Folgen hervorrufen und zu Problemen wie Kontrakturen, Inkontinenz, Stürzen und Pflegeabhängigkeit führen können. Für die betroffenen Personen bedeutet dies eine Verschlechterung ihres physischen und psychischen Gesundheitszustandes⁹³. Auch Pflegenden verknüpfen mit freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen negative Empfindungen und Schuldgefühle⁹².

Des Weiteren werden im Zuge der *Pflegequalitätserhebung 2.0* Daten zum Pflegeindikator **Schmerz** erhoben. Bei Schmerzen wird zwischen zwei Formen unterschieden. Akuter Schmerz ist ein plötzlich auftretender und auf einen begrenzten Zeitraum andauernder Schmerz, der in einem offensichtlichen Zusammenhang mit einer Gewebe- oder Organschädigung steht⁹⁴. Chronischer Schmerz wird definiert als ein Schmerz, der länger als drei oder sechs Monate anhält⁹⁴. Chronischer Schmerz ist ein häufig und global auftretendes Gesundheitsproblem⁹⁵⁻¹⁰⁰. Im Jahre 2010 waren international 4 von 10 der häufigsten Gründe für langfristige Einschränkungen in der Bevölkerung Schmerzereignisse, wie Rückenschmerzen, Migräne und Nackenschmerzen¹⁰¹. Aus der internationalen Literatur geht hervor, dass die Häufigkeit von Schmerzen bei PatientInnen im Krankenhaus bei 63 % bis 83 % liegt^{102, 103}. 35 % der PatientInnen berichten über starke Schmerzen (≥ 7 auf einer Schmerzskala von 0-10)¹⁰². Die Schmerzhäufigkeit steigt mit dem Alter an¹⁰⁴. Schmerz führt bei den Betroffenen zu erheblichen Einschränkungen der Aktivitäten im täglichen Leben, vor allem das Berufsleben ist beeinträchtigt¹⁰⁵. Eine Studie in Deutschland zeigt auf, dass es einen starken Zusammenhang zwischen dem Erkranken an Depression und chronischen Rückenschmerzen gibt¹⁰⁶. Zudem stellen Schmerzen einen wesentlichen Einflussfaktor auf den Heilungs- und Genesungsprozess dar^{105, 107}, was zu einer verlängerten Krankenhausaufenthaltsdauer bei PatientInnen führt¹⁰⁵. Eine systematische Übersichtsarbeit zeigt, dass die Kosten für PatientInnen mit chronischen Schmerzen zumindest 2,6 Mal höher sind als für PatientInnen ohne chronische Schmerzen oder leichte Schmerzen¹⁰⁵.

Alle genannten Pflegeindikatoren stehen in engem Zusammenhang mit der Pflegeabhängigkeit von PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen, d.h. sie

können die Pflegeabhängigkeit fördern oder verstärken¹⁰⁸⁻¹¹⁰. Gerade PflegeheimbewohnerInnen sind mehrheitlich pflegeabhängig sowohl in physischen als auch in psychosozialen Aspekten. Mobilitätsprobleme und funktionelle Einbußen führen zur Pflegeabhängigkeit, welche jedoch bei entsprechender Einschätzung und durch gezielte Interventionen reduziert werden kann. Die Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) basiert auf den Grundbedürfnissen nach Virginia Henderson und wird von Pflegenden zur Einschätzung der Pflegeabhängigkeit von PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen genutzt^{111, 112}. Die psychometrischen Eigenschaften der PAS wurden umfassend in unterschiedlichen Settings überprüft, wobei die PAS als ein gültiges und zuverlässiges Instrument bestätigt werden konnte¹¹². Die PAS besteht aus 15 Aspekten, die verschiedene physische und psychosoziale Aspekte umfassen (z.B. Essen und Trinken, Mobilität, Alltagsaktivitäten, Kommunikation). Zu jedem Item gibt es eine fünfstufige Bewertungsskala (Likertskala), die von völlig unabhängig bis völlig abhängig reicht. So kann abgebildet werden in welchen Bereichen eine Selbstständigkeit vorliegt, wo die/der jeweilige PatientIn bzw. PflegeheimbewohnerIn einen Bedarf an Unterstützung aufweist bzw. in welchen Bereichen eine Übernahme durch die Pflege notwendig ist¹¹³. Das Hauptziel dieses Instrumentes ist es, den Pflegenden eine Unterstützung zur systematischen Einschätzung der Grundbedürfnisse von PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen sowie zur Planung des Pflegeprozesses anzubieten¹¹¹. Dadurch bildet die PAS die Basis für die Durchführung individueller Pflegeinterventionen^{112, 114}.

Qualitätsindikatoren

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

der Pflege¹¹⁵. Qualitätsindikatoren sind in der österreichischen Praxis jedoch noch unzureichend vorhanden^{18, 26, 116-118}.

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

Ziel und Zweck von Pflegequalitätserhebungen

In vielen Fällen können die oben genannten Indikatoren vermieden und somit in ihrer Häufigkeit reduziert werden. Voraussetzung dafür sind präzise und detaillierte Informationen über das Auftreten der genannten Pflegeindikatoren (Ergebnisebene), diesbezüglich durchgeführte Maßnahmen zur Prävention und Behandlung (Prozessebene) sowie Informationen über verschiedene Qualitätsindikatoren (Strukturebene) in den einzelnen österreichischen Gesundheitseinrichtungen. Diese Informationen bilden die Basis, um die bisher gängige Praxis zu reflektieren und gegebenenfalls Veränderungen zu initiieren. Solche Informationen (Daten) müssen objektiv, standardisiert und auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse erhoben werden. Dazu können Prävalenzstudien genutzt werden, welche sich sehr gut eignen, landesweit einheitliche Daten zur Häufigkeit einer Krankheit/eines Problems in einer Population zu erheben^{119, 120}. Sie ermöglichen einen Einblick in die derzeitige Pflegepraxis und geben Anregungen für Verbesserungen¹²¹. Bei regelmäßiger Teilnahme der Einrichtungen an Prävalenzstudien können initiierte Verbesserungen erkannt und die so erzielten Erfolge sichtbar gemacht werden. In Österreich gab es bis 2009 kaum umfassende und standardisiert erhobene Daten zu den vorgestellten Pflegeindikatoren.

Ziel dieser jährlich stattfindenden *Pflegequalitätserhebung 2.0* ist es, Daten zur Häufigkeit, Prävention und Behandlung von Dekubitus, (In)kontinenz, Mangelernährung, Stürzen und Schmerz sowie zur Häufigkeit, Art und Begründung freiheitsein-/beschränkender Maßnahmen in Gesundheitseinrichtungen zu erheben. Die gewonnenen Daten sollen den Einrichtungen die Möglichkeit

bieten, zielgerichtete Maßnahmen zu initiieren wie z.B. die Einführung eines Assessmentinstruments. Darüber hinaus können diese Daten im Sinne von Benchmarking zum Vergleich mit anderen Einrichtungen genutzt werden. Zudem geben die Daten einen guten Einblick in die Pflegequalität der österreichischen Einrichtungen. Die Daten dienen ferner auch als Grundlage für die Planung und Durchführung weiterer (internationaler) Forschungsprojekte.

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

Eine regelmäßige Teilnahme (jährlich) der österreichischen Einrichtungen mit allen Stationen/Wohnbereichen wird empfohlen, um einen Vergleich über die Jahre (Längsschnittvergleich) zu ermöglichen und um ein umfassendes Bild der jeweiligen Einrichtung zu erhalten. Dadurch kann festgestellt werden, ob eingeleitete pflegerische Maßnahmen zur Senkung der jeweiligen Prävalenzrate(n) beigetragen haben ^{122, 123}.

Vorgehen

Für die Erhebung 2018 wurden im Juni 2018 alle allgemeinen und sonstigen Gesundheitseinrichtungen, Pflegeheime und Rehabilitationseinrichtungen in Österreich ab einer Größe von 50 Betten ¹²⁴ per Email vom Institut für Pflegewissenschaft zur Teilnahme an der Erhebung eingeladen. Darüber hinaus fanden Informationsveranstaltungen für InteressentInnen statt. Die Teilnahme an der Studie war für alle Einrichtungen freiwillig. Ein positives Votum für die Durchführung der Studie gab es von der zuständigen Ethikkommission (Medizinische Universität Graz). Es wurden nur Daten von PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen erhoben für die eine informierte Zustimmung vorlag. Die teilnehmenden Einrichtungen erhielten im Vorfeld eine Schulung sowie Informations- und Erhebungsmaterialien, welche für die Datenerhebung in den jeweiligen Einrichtungen notwendig waren. Die Daten wurden von einem Erhebungsteam bestehend aus zwei Personen (i.d.R. diplomierte Pflegepersonen) erhoben. Dieses Team bestand aus einer unabhängigen (externen) Pflege-

person (von einer anderen Station/einem anderen Wohnbereich) sowie einer zweiten (internen) Pflegeperson, die auf der Station/dem Wohnbereich tätig war. Beim Ausfüllen des Fragebogens sollte Übereinstimmung erzielt werden. Gelingt dies nicht, entschied die unabhängige Pflegeperson.

Fragebogen

Der im Rahmen der *Pflegequalitätserhebung 2.0* verwendete originale Fragebogen wurde innerhalb der internationalen Forschungsgruppe entwickelt. Die Fragen wurden anhand der internationalen wissenschaftlichen Literatur und von ExpertInnen auf dem Gebiet der jeweiligen Pflegeindikatoren zusammengestellt und werden regelmäßig nach neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen aktualisiert. Bei der Zusammenstellung des Fragebogens wurde auf vorhandene wissenschaftlich getestete (psychometrisch geprüfte) Messinstrumente, wie die Braden-Skala¹²⁵ oder die Pflegeabhängigkeitsskala^{111, 112} zurückgegriffen.

Generell enthält der Fragebogen Fragen auf 3 Ebenen:

- (1) Fragen zum Profil der Einrichtung (Art der Einrichtung) und zu vorhandenen Qualitätsindikatoren,
- (2) Fragen zum Profil der Station bzw. des Wohnbereichs (Art der Station bzw. des Wohnbereichs) und zu vorhandenen Qualitätsindikatoren,
- (3) Fragen zu den genannten Pflegeproblemen auf PatientInnen/Bewohner-Innenebene. Ein allgemeiner Teil erfasst demographische Merkmale (wie Alter und Geschlecht) und ein spezifischer Abschnitt erhebt Daten und Merkmale zu den Pflegeindikatoren sowie Präventionen und Interventionen.

Die nachfolgende Beschreibung der Qualitätsindikatoren trifft auf alle Pflegeindikatoren zu¹²⁶.

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

Einrichtungsebene

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

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

Stationsebene

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

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

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

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

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

Studienpopulation

Die *Pflegequalitätserhebung 2.0* fand an einem vorab festgelegten Stichtag (**13. November 2018**) statt. Zur Population der Studie zählten alle PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen, die sich am Tag der Erhebung auf den teilnehmenden Stationen bzw. Wohnbereichen befanden.

Verarbeitung der Daten

Einrichtungen, die mittels schriftlicher Fragebögen die Daten erhoben haben, geben innerhalb eines Zeitraums von 6 Wochen nach Ablauf der Erhebung

(i.d.R. von den KoordinatorInnen der Einrichtungen) die Daten in ein spezifisches passwortgeschütztes Computerprogramm ein.

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

Bitte beachten Sie, dass aufgrund unschlüssiger und/oder fehlender Daten, sowohl auf PatientInnen-/BewohnerInnenebene als auch auf Stations-/Wohnbereichsebene, die Bezugsgrößen (N) variieren können.

Der Gesamtbericht zur *Pflegequalitätserhebung 2.0* 2018

Der vorliegende Bericht ermöglicht es den Einrichtungen, die eigenen Ergebnisse mit dem landesweiten Durchschnitt zu vergleichen. Der Bericht ist derart gestaltet, dass keine Rückschlüsse auf einzelne Einrichtungen gezogen werden können. Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse der *Pflegequalitätserhebung 2.0* 2018 im Vergleich zwischen Allgemeinen Krankenhäusern und Pflegeheimen dargestellt. Unter Allgemeinen Krankenhäusern wurden Allgemeine Krankenhäuser und Universitätskrankenhäuser zusammengefasst.

STICHPROBE

Einleitung

Im November 2018 beteiligten sich in Österreich 40 Einrichtungen, 35 Allgemeine Krankenhäuser mit 222 Stationen und 5 Pflegeheime mit 24 Wohnbereichen. Insgesamt konnten Daten von 4974 PatientInnen bzw. PflegeheimbewohnerInnen erhoben werden.

TeilnehmerInnen und Rücklaufquote

Am Erhebungstag wurden 4974 PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen der teilnehmenden Einrichtungen gefragt, ob sie an der Studie teilnehmen möchten. Nachfolgend wird in Tabelle 1.1 die Rücklaufquote pro Einrichtungsart und die Anzahl der PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen dargestellt.

Tabelle 1.1 Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen und Rücklaufquote

	Allgemeine Krankenhäuser	Pflegeheime	Einrichtungen Gesamt
Anzahl Einrichtungen	35	5	40
Rücklaufquote	73,4 %	75,6 %	73,5 %
Anzahl TeilnehmerInnen	3382	276	3658

Die Rücklaufquote betrug im Durchschnitt 73,5 %. Das bedeutet, dass von 4974 anwesenden PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen für 3658 eine informierte Zustimmung vorlag. Die Rücklaufquote war in den Pflegeheimen höher als in den Allgemeinen Krankenhäusern.

Gründe für eine Nicht-Teilnahme

Bei PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen, die nicht an der Erhebung teilnehmen wollten/konnten, wurden die Gründe erfragt (Tabelle 1.2).

Tabelle 1.2 Gründe für Nicht-Teilnahme

	Allgemeine Krankenhäuser (N=1227)	Pflegeheime (N=89)	Einrichtungen Gesamt (N=1316)
Teilnahme verweigert	41,1 %	51,7 %	41,8 %
Nicht erreichbar	15,0 %	13,5 %	14,9 %
Kognitiver Zustand zu schlecht	17,3 %	20,2 %	17,5 %
Versteht oder spricht die Sprache nicht	10,0 %	-	9,3 %
Sonstiges	8,6 %	4,5 %	8,4 %
Terminal	6,4 %	9,0 %	6,5 %
Komatös	1,6 %	1,1 %	1,6 %

Von den PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen, die nicht an der Studie teilnahmen, lehnten 41,1 % der PatientInnen in den Allgemeinen Krankenhäusern und 51,7 % der PflegeheimbewohnerInnen die Teilnahme an der Datenerhebung ab. Weitere 17,3 % der PatientInnen in den Allgemeinen Krankenhäusern und 20,2 % der BewohnerInnen in den Pflegeheimen konnten nicht teilnehmen, weil deren kognitiver Zustand eine Teilnahme nicht ermöglichte.

Demographische Merkmale

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

Tabelle 1.3 Geschlecht und Durchschnittsalter der TeilnehmerInnen

	Allgemeine Krankenhäuser (N=3382)	Pflegeheime (N=276)	Einrichtungen Gesamt (N=3658)
Männer	48,2 %	25,0 %	46,4 %
Frauen	51,8 %	75,0 %	53,6 %
Durchschnittsalter Gesamt (in Jahren)	65	85	67

In den Allgemeinen Krankenhäusern betrug der Frauenanteil unter den PatientInnen 51,8 % und in den Pflegeheimen 75 %. PflegeheimbewohnerInnen waren im Durchschnitt älter als PatientInnen in den Allgemeinen Krankenhäusern.

In Abbildung 1.1 werden die Altersgruppen in den verschiedenen Einrichtungen dargestellt.

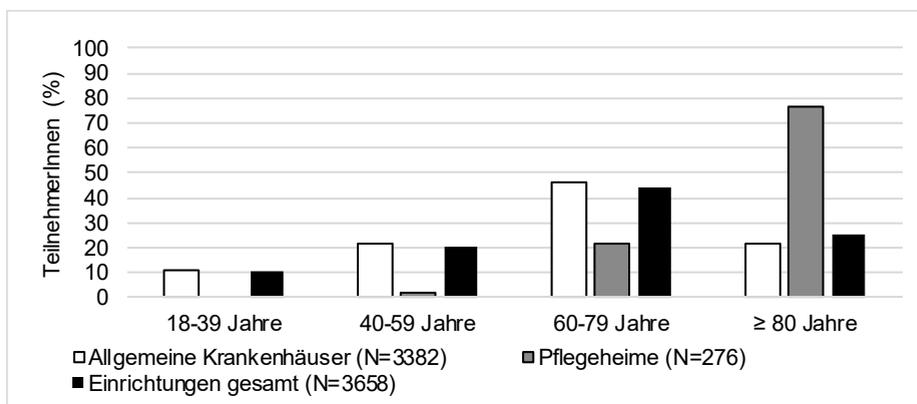


Abbildung 1.1 Anteil der TeilnehmerInnen in den unterschiedlichen Altersgruppen

In den Allgemeinen Krankenhäusern war die größte Gruppe der PatientInnen zwischen 60 und 79 Jahre alt. Der Großteil der PflegeheimbewohnerInnen war über 80 Jahre alt.

Krankheitsbilder

In Tabelle 1.4 sind die verschiedenen Krankheitsbilder angeführt.

Tabelle 1.4 Krankheitsbilder (Mehrfachantworten möglich)

	Allgemeine Krankenhäuser (N=3382)	Pflegeheime (N=276)	Einrichtungen Gesamt (N=3658)
Krankheiten des Kreislaufsystems (ohne Schlaganfall)	46,7 %	68,5 %	48,3 %
Krankheiten des Muskel-Skelett- Systems und des Bindegewebes	26,9 %	52,5 %	28,9 %
Krankheiten des Urogenitalsystems	22,2 %	25,0 %	22,4 %
Endokrine, Ernährungs- und Stoff- wechselkrankheiten (ohne Diabetes mellitus)	20,6 %	30,1 %	21,3 %
Krankheiten des Verdauungssystems	20,9 %	20,7 %	20,9 %
Krankheiten des Atmungssystems	19,5 %	19,2 %	19,4 %
Diabetes Mellitus	16,7 %	21,4 %	17,0 %
Bösartige Neubildungen	17,7 %	7,2 %	16,9 %
Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen (z.B. Depres- sion) (ohne Demenz, Störungen durch psychotrope Substanzen, Sucht)	13,9 %	30,1 %	15,1 %
Krankheiten des Nervensystems (ohne Verletzungen des Rücken- marks/Querschnittlähmung)	12,6 %	27,2 %	13,7 %
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	8,2 %	7,2 %	8,1 %
Krankheiten des Blutes und der blut- bildenden Organe	7,6 %	7,6 %	7,6 %
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	6,1 %	22,1 %	7,3 %
Demenz	3,6 %	48,6 %	7,0 %
Schlaganfall	6,4 %	10,9 %	6,8 %
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	6,1 %	2,9 %	5,9 %
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (ohne Überdosis)	3,5 %	8,0 %	3,9 %

Psychotroper Substanzmissbrauch/ Sucht	3,8 %	4,3 %	3,8 %
Faktoren, die den Gesundheitszu- stand beeinflussen und zur Inan- spruchnahme des Gesundheitswe- sens führen	3,5 %	5,1 %	3,6 %
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	2,3 %	6,9 %	2,6 %
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	1,7 %	6,5 %	2,1 %
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1,1 %	-	1,0 %
Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität	0,5 %	2,9 %	0,7 %
Verletzungen des Rückenmarks/ Querschnittlähmung	0,3 %	1,1 %	0,4 %
Überdosis	0,4 %	0,4 %	0,4 %
Angeborene Fehlbildungen, Deformi- täten und Chromosomenanomalien	0,1 %	1,4 %	0,2 %

Die drei häufigsten Erkrankungen in Krankenhäusern waren Krankheiten des Kreislaufsystems, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sowie Krankheiten des Urogenitalsystems. In Pflegeheimen waren die drei häufigsten Diagnosen Krankheiten des Kreislaufsystems, Demenz und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems.

Fachbereiche

In der Tabelle 1.5 sind die Häufigkeiten der PatientInnen in den verschiedenen Fachbereichen dargestellt.

Tabelle 1.5 PatientInnen differenziert nach Fachbereichen in Allgemeinen Krankenhäusern

	Allgemeine Krankenhäuser (N=3382)
Konservativ (nicht-operativ)	42,4 %
Operativ	38,4 %
Psychiatrie	7,3 %
(Akut-) Geriatrie	4,2 %
Sonstiges	3,3 %
Gynäkologie/Obstetrik	2,2 %
Intensiv-/Überwachungsstation	2,0 %
Palliativ	0,3 %

42,4 % der PatientInnen in den Allgemeinen Krankenhäusern wurden auf konservativen und 38,4 % auf operativen Fachbereichen betreut.

Die Mehrzahl der BewohnerInnen in den Pflegeheimen wurden auf Pflegestationen (83,7 %) betreut. Die restlichen 16,3 % der BewohnerInnen waren auf gemischten Stationen/Wohnbereichen untergebracht.

TeilnehmerInnen am Ende des Lebens

In Tabelle 1.6 sind die Häufigkeiten von PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen, bei denen ein *Pflege- und Behandlungspfad für Personen am Ende des Lebens* befolgt wird, dargestellt.

Tabelle 1.6 PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen, bei denen ein Pflege- und Behandlungspfad für Personen am Ende des Lebens befolgt wird

	Allgemeine Krankenhäuser (N=3382)	Pflegeheime (N=276)	Einrichtungen Gesamt (N=3658)
Pflege- und Behandlungspfad für PatientInnen am Ende des Lebens	4,9 %	23,2 %	6,3 %

In den Pflegeheimen wurden bei nahezu einem Viertel (23,2 %) der teilnehmenden BewohnerInnen ein Pflege- und Behandlungspfad am Ende des Lebens befolgt.

PFLEGEABHÄNGIGKEIT

Einleitung

Die Pflegeabhängigkeit wurde im Rahmen der Erhebung mit der Pflegeabhängigkeitsskala (PAS) eingeschätzt^{111, 112}. Diese besteht aus 15 Items, wie z.B. Essen und Trinken, Mobilität, Alltagsaktivitäten oder Kommunikation. Jedem Item wird ein entsprechender Wert (1-5) zugeordnet. Es können bei der Einschätzung Gesamtskalenwerte zwischen 15 und 75 Punkten erzielt werden. Je kleiner der Wert, desto abhängiger ist die/der PatientIn/PflegeheimbewohnerIn von Pflege. Ein/e PatientIn/ PflegeheimbewohnerIn, die den Gesamtskalenwert 15 aufweist, wäre demnach völlig pflegeabhängig und ein/e PatientIn/ PflegeheimbewohnerIn mit einem Gesamtskalenwert von 75 wäre völlig pflegeunabhängig¹¹².

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

Pflegeabhängigkeit im Überblick

In Tabelle 2.1 wird sowohl die prozentuale Verteilung der PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen über die 5 Kategorien der Pflegeabhängigkeit (von „völlig abhängig“ bis „völlig unabhängig“) aufgezeigt, als auch der Durchschnittswert (Mittelwert) in den unterschiedlichen Einrichtungsarten.

Tabelle 2.1 Verteilung der Pflegeabhängigkeit in den einzelnen Kategorien

	Allgemeine Krankenhäuser (N=3382)	Pflegeheime (N=276)	Einrichtungen Gesamt (N=3658)
PAS Mittelwert	67	46	65
Völlig abhängig [15-24 Punkte]	3,5 %	10,1 %	4,0 %
Überwiegend abhängig [25-44 Punkte]	6,1 %	33,0 %	8,1 %
Teilweise abhängig [45-59 Punkte]	9,3 %	41,3 %	11,7 %
Überwiegend unabhängig [60-69 Punkte]	15,2 %	13,4 %	15,0 %
Völlig unabhängig [70-75 Punkte]	65,9 %	2,2 %	61,1 %

Betrachtet man die einzelnen Kategorien genauer, wird deutlich, dass in den Allgemeinen Krankenhäusern beinahe zwei Drittel der PatientInnen (65,9 %) völlig unabhängig von pflegerischer Unterstützung waren. In den Pflegeheimen waren 43,1 % völlig oder überwiegend und 41,3 % teilweise pflegeabhängig.

In Tabelle 2.2 wird die durchschnittliche Pflegeabhängigkeit in den einzelnen Altersgruppen gezeigt. Je kleiner der Wert, desto abhängiger ist die/der PatientIn/PflegeheimbewohnerIn von Pflege.

Tabelle 2.2 Durchschnittliche Pflegeabhängigkeit und Altersgruppen

	Allgemeine Krankenhäuser	Pflegeheime	Einrichtungen Gesamt
18-39 Jahre	73,2	-	73,2
40-59 Jahre	70,2	39,2	69,9
60-79 Jahre	66,9	48,8	66,2
≥ 80 Jahre	59,0	44,8	55,8

Insgesamt betrachtet steigt der Grad der Pflegeabhängigkeit mit dem Alter an.

Darstellung der einzelnen Items der PAS

Nachfolgend wird der Anteil der PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen je Pflegeabhängigkeitsstufe und je Einschätzungsitem dargestellt (Tabelle 2.3 und 2.4).

Tabelle 2.3 Einzelne Items der Pflegeabhängigkeitsskala in Allgemeinen Krankenhäusern

	Völlig abhängig	Überwiegend abhängig	Teilweise abhängig	Überwiegend unabhängig	Völlig unabhängig
Essen und Trinken	3,7 %	4,1 %	9,5 %	11,5 %	71,2 %
Kontinenz	7,8 %	4,0 %	8,2 %	9,1 %	70,8 %
Körperhaltung	4,8 %	5,3 %	8,8 %	10,7 %	70,4 %
Mobilität	6,5 %	7,0 %	12,2 %	12,9 %	61,4 %
Tages- und Nachtrhythmus	2,7 %	2,7 %	7,4 %	10,6 %	76,6 %
An- und Auskleiden	6,1 %	5,8 %	12,5 %	11,4 %	64,2 %
Körpertemperatur	3,4 %	2,4 %	4,6 %	6,4 %	83,1 %
Körperpflege	6,4 %	7,7 %	15,8 %	10,5 %	59,6 %
Vermeiden von Gefahren	5,1 %	4,3 %	7,5 %	10,8 %	72,3 %
Kommunikation	2,3 %	2,0 %	4,0 %	6,2 %	85,6 %
Kontakte mit Anderen	2,9 %	2,6 %	4,1 %	6,5 %	83,8 %
Sinn für Regeln und Werte	3,9 %	2,2 %	3,1 %	6,0 %	84,8 %
Alltagsaktivitäten	5,5 %	4,5 %	7,6 %	9,5 %	72,9 %
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung	4,8 %	3,6 %	5,8 %	8,4 %	77,4 %
Lernfähigkeit	4,0 %	3,9 %	5,6 %	8,6 %	78,0 %

PatientInnen in den Allgemeinen Krankenhäusern waren in allen Items größtenteils pflegeunabhängig. Der Anteil an völlig oder überwiegend pflegeabhängigen PatientInnen war bei der Körperpflege (6,4 % + 7,7 % = 14,1 %), der Mobilität (6,5 % + 7 % = 13,5 %), beim An- und Auskleiden (6,1 % + 5,8 % = 11,9 %), der Kontinenz (7,8 % + 4 % = 11,8 %) und bei der Körperhaltung (4,8 % + 5,3 % = 10,1 %) am höchsten.

Tabelle 2.4 Einzelne Items der Pflegeabhängigkeitsskala in Pflegeheimen

	Völlig abhängig	Überwiegend abhängig	Teilweise abhängig	Überwiegend unabhängig	Völlig unabhängig
Essen und Trinken	5,8 %	11,6 %	30,1 %	38,8 %	13,8 %
Kontinenz	18,1 %	14,9 %	32,2 %	27,2 %	7,6 %
Körperhaltung	6,5 %	13,0 %	33,3 %	33,3 %	13,8 %
Mobilität	10,1 %	15,6 %	31,5 %	33,7 %	9,1 %
Tages- und Nachtrhythmus	4,0 %	14,9 %	30,1 %	38,8 %	12,3 %
An- und Auskleiden	17,4 %	20,3 %	31,5 %	22,5 %	8,3 %
Körpertemperatur	7,2 %	11,6 %	29,3 %	37,0 %	14,9 %
Körperpflege	18,5 %	23,9 %	36,6 %	17,8 %	3,3 %
Vermeiden von Gefahren	17,0 %	22,1 %	32,6 %	24,3 %	4,0 %
Kommunikation	6,5 %	15,9 %	28,6 %	29,7 %	19,2 %
Kontakte mit Anderen	7,6 %	22,8 %	28,3 %	27,5 %	13,8 %
Sinn für Regeln und Werte	11,2 %	19,9 %	33,3 %	23,9 %	11,6 %
Alltagsaktivitäten	15,2 %	24,3 %	33,3 %	22,8 %	4,3 %
Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung	16,3 %	24,6 %	32,2 %	21,0 %	5,8 %
Lernfähigkeit	18,1 %	30,1 %	35,1 %	13,8 %	2,9 %

Der Anteil an völlig oder überwiegend pflegeabhängigen BewohnerInnen in den Pflegeheimen war bei der Lernfähigkeit (18,1 % + 30,1 % = 48,2 %), bei der Körperpflege (18,5 % + 23,9 % = 42,4 %), beim den Aktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung (16,3 % + 24,6 % = 40,9 %) und bei den Alltagsaktivitäten (15,2 % + 24,3 % = 39,5) am höchsten.

DEKUBITUS

Einleitung

Dieses Kapitel enthält Angaben über das Dekubitusrisiko der untersuchten PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen, erhoben mittels der Bradenskala und klinischem Blick^{13, 125}. Es werden außerdem die Dekubitushäufigkeit (Prävalenz), Merkmale der festgestellten Dekubitus und anatomische Lokalisationen beschrieben. Die Einschätzung der Dekubitus erfolgte anhand der Dekubitusklassifikation des National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel und Pan Pacific Pressure Injury Alliance¹³ (siehe Tabelle 3.1). Es folgen Angaben über die Häufigkeit durchgeführter Präventionsmaßnahmen sowie Angaben zum Einsatz von Hilfsmitteln. Die Prävalenz von Dekubitus in der Risikogruppe wird nach Altersgruppen dargestellt.

Tabelle 3.1 Dekubitusklassifikation nach NPUAP, EPUAP & PPIIA (2014)

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

Dekubitusrisiko

Jede/r PatientIn/PflegeheimbewohnerIn wurde in einem standardisierten Verfahren mit Hilfe der Bradenskala als auch mittels klinischem Blick hinsichtlich des individuellen Dekubitusrisikos eingeschätzt. In Tabelle 3.2 ist der Anteil derer, die ein Risiko haben, d.h. einen Wert ≤ 20 auf der Bradenskala aufweisen oder laut klinischem Blick als dekubitusgefährdet eingestuft werden, dargestellt.

Tabelle 3.2 Dekubitusrisiko

	Allgemeine Krankenhäuser (N=3382)	Pflegeheime (N=276)	Einrichtungen Gesamt (N=3658)
Bradenskala	31,7 %	71,4 %	34,7 %
Klinischer Blick	15,0 %	25,0 %	15,7 %

31,7 % der PatientInnen der Allgemeinen Krankenhäuser und 71,4 % der BewohnerInnen in den Pflegeheimen hatten gemäß Bradenskala ein Dekubitusrisiko. Anhand des klinischen Blicks wurden insgesamt weniger PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen als dekubitusgefährdet eingestuft.

Dekubitusprävalenz

In Tabelle 3.3 werden zunächst die „rohen“ Dekubitusprävalenzen je Einrichtungsart gezeigt, d.h. der Anteil an PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen mit mindestens einem Dekubitus gemessen an allen teilgenommenen Personen. Zusätzlich werden die Ergebnisse nur für PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen mit Dekubitus der Kategorie 2 oder höher dargestellt (Tabelle 3.3).

Tabelle 3.3 „Rohe“ Dekubitusprävalenz

	Allgemeine Krankenhäuser (N=3369)*	Pflegeheime (N=264)*	Einrichtungen Gesamt (N=3633)*
PatientInnen mit Dekubitus (alle Kategorien)	2,9 %	5,7 %	3,1 %
PatientInnen mit Dekubitus (ohne Kategorie 1)	2,0 %	4,9 %	2,2 %

* 25 Personen konnten nicht in die nachfolgenden Analysen eingeschlossen werden, weil diese Personen eine Hautinspektion ablehnten.

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

In Tabelle 3.4 wird die Dekubitusprävalenz ausschließlich für die Gruppe der PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen mit bestehendem Dekubitusrisiko (Bradenwert ≤ 20) dargestellt.

Tabelle 3.4 Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe (Bradenwert ≤ 20)

	Allgemeine Krankenhäuser (N=1072)*	Pflegeheime (N=191)*	Einrichtungen Gesamt* (N=1270)
RisikopatientInnen mit Dekubitus (alle Kategorien)	8,4 %	7,9 %	8,3 %
RisikopatientInnen mit Dekubitus (ohne Kategorie 1)	6,0 %	6,8 %	6,1 %

* 7 Personen konnten nicht in die nachfolgenden Analysen eingeschlossen werden, weil diese Personen eine Hautinspektion ablehnten.

Von allen Personen, die ein Risiko laut Bradenskala hatten, hatten 8,3% einen Dekubitus.

In Abbildung 3.1 wird die Dekubitusprävalenz (alle Kategorien) in der Risikogruppe nach Altersgruppen dargestellt.

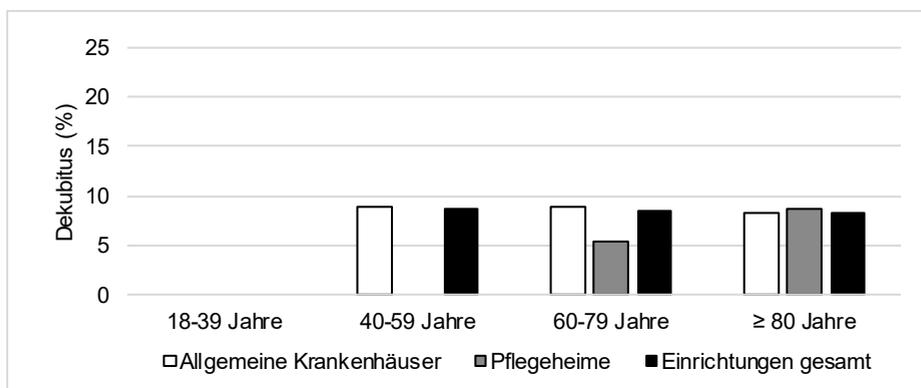


Abbildung 3.1 Dekubitusprävalenz in der Risikogruppe (Bradenwert ≤ 20) nach Altersgruppen

In den Allgemeinen Krankenhäusern war die Prävalenz von Dekubitus in der Gruppe der Personen mit Risiko in den Altersgruppen 40-59 Jahre und 60-79 Jahre gleich hoch (8,8 %) und höher als in der Altersgruppe ab 80 Jahren (8,2 %). In den Pflegeheimen war die Prävalenz von Dekubitus in der Gruppe der Personen mit Risiko in der Altersgruppe ab 80 Jahren am höchsten (8,7 %).

Merkmale der Dekubitus

In Tabelle 3.5 wird gezeigt, ob der Dekubitus vor oder nach der Aufnahme in die jeweilige Einrichtung entstanden ist. Bei mehreren Dekubitus wurde jeweils der mit der höchsten Kategorie erfasst. Die teilweise geringe Gesamtanzahl ist bei der Interpretation der nachfolgenden Tabellen zu beachten.

Tabelle 3.5 Zeitpunkt des Entstehens der Dekubitus

	Allgemeine Krankenhäuser (N=97)	Pflegeheime (N=15)	Einrichtungen Gesamt (N=112)
Vor der Aufnahme in die Einrichtung	57,7 %	33,3 %	54,5 %
Nach der Aufnahme in die Einrichtung	42,3 %	66,7 %	45,5 %

In den Allgemeinen Krankenhäusern entstanden die meisten Dekubitus vor der Aufnahme in die Einrichtung. Bei den BewohnerInnen der Pflegeheime entstanden zwei Drittel der Dekubitus nach der Aufnahme in die Einrichtung.

In Tabelle 3.6 wird jeweils der Dekubitus mit der höchsten Kategorie dargestellt.

Tabelle 3.6 Dekubitus nach Kategorien

	Allgemeine Krankenhäuser (N=97)	Pflegeheime (N=15)	Einrichtungen Gesamt (N=112)
Kategorie 1	29,9 %	13,3 %	27,7 %
Kategorie 2	45,4 %	53,3 %	46,4 %
Kategorie 3	12,4 %	13,3 %	12,5 %
Kategorie 4	7,2 %	20,0 %	8,9 %
Dekubitus nicht kategorisierbar	4,1 %	-	3,6 %
Verdacht auf Schädigung	1,0%	-	0,9 %

In beiden Einrichtungsarten gab es am häufigsten Dekubitus der Kategorie 2.

In der Tabelle 3.7 sind pro Einrichtungsart die anatomischen Lokalisationen der festgestellten Dekubitus dargestellt. In der nachfolgenden Tabelle handelt es sich nicht um die Anzahl der Personen mit Dekubitus sondern um die Anzahl der Dekubituswunden.

Tabelle 3.7 Lokalisation der Dekubituswunden

	Allgemeine Krankenhäuser (N=132)	Pflegeheime (N=22)	Einrichtungen Gesamt (N=154)
Kreuzbein	52,3 %	36,4 %	50,0 %
Ferse	22,0 %	27,3 %	22,7 %
Sonstiges	12,1 %	9,1 %	11,7 %
Trochanter	6,1 %	18,2 %	7,8 %
Knöchel	4,5 %	9,1 %	5,2 %
Kopf	2,3 %	-	1,9 %
Ellbogen	0,8 %	-	0,6 %
Sitzbein	-	-	-
Gesicht	-	-	-
Sonstiges	9,8 %	-	14,7 %

Sowohl in den Allgemeinen Krankenhäusern als auch in den Pflegeheimen waren das Kreuzbein (52,3% bzw. 36,4 %) und die Ferse (22 % bzw. 27,3 %) die häufigsten Lokalisationen der Dekubitus.

Maßnahmen zur Dekubitusprävention

Zur Dekubitusprävention eignen sich beispielsweise Wechsellagerung/Positionswechsel im Liegen/Sitzen gemäß einem Zeitplan, sowie das Vorbeugen und Beheben von Flüssigkeits- und Ernährungsdefiziten. Beratung von PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen und deren Angehörigen, die Freilageung der Fersen und die Nutzung von Feuchtigkeits- oder Hautschutzcremes/-produkten stellen weitere präventive Maßnahmen dar¹³.

In Abbildung 3.2 sind alle beschriebenen Präventionsmaßnahmen, die bei PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen mit Dekubitusrisiko (Bradenwert ≤ 20) durchgeführt wurden, dargestellt.

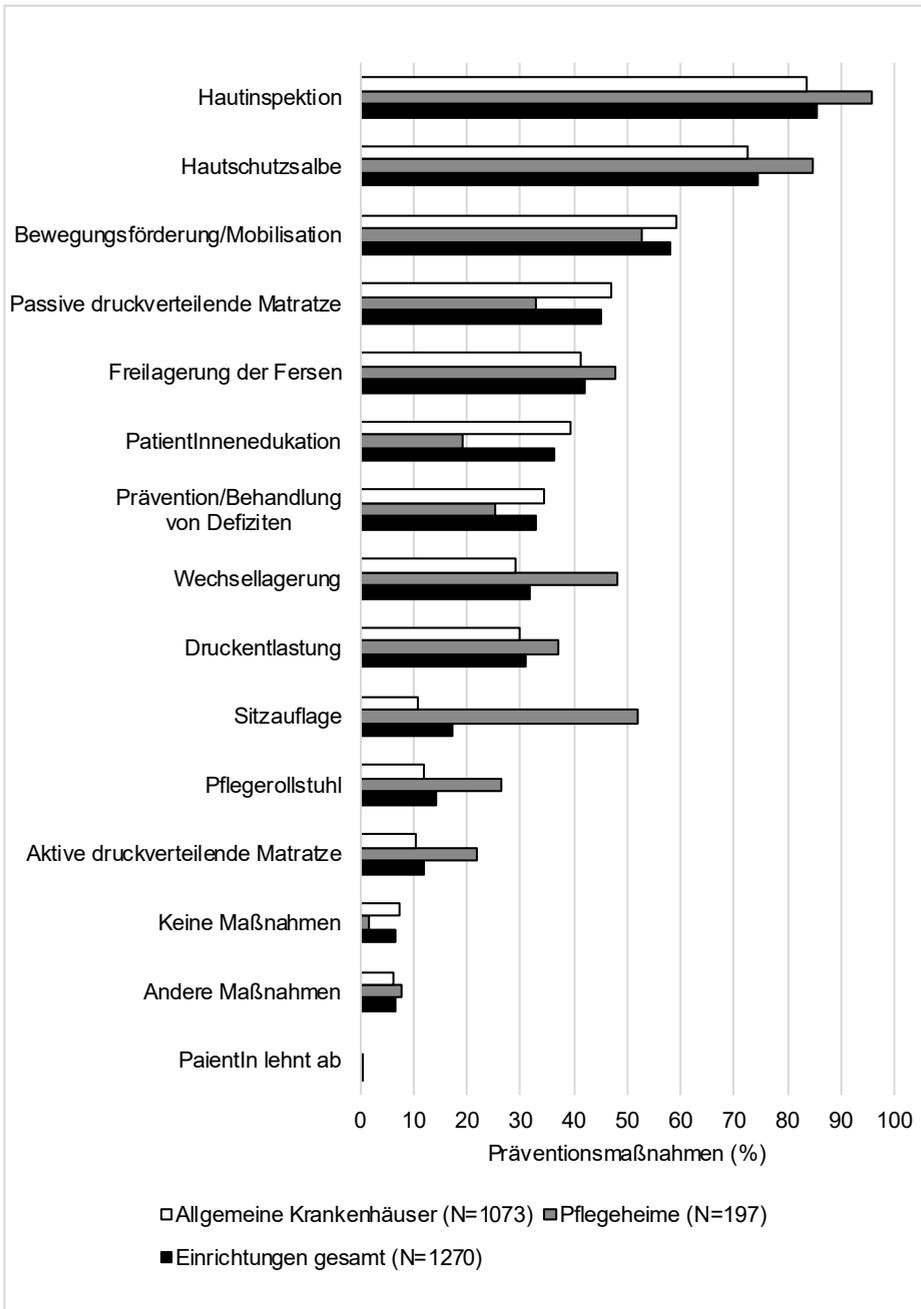


Abbildung 3.2 Prozentualer Anteil an Präventionsmaßnahmen bei PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen mit Dekubitusrisiko (Mehrfachantworten möglich)

Zur Dekubitusprävention wurden bei PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen mit Risiko in allen teilnehmenden Einrichtungen am häufigsten Hautinspektionen durchgeführt und Feuchtigkeits- oder Hautschutzcremes/-produkte verwendet. Weitere häufige Präventionsmaßnahmen in allen Einrichtungen waren die gezielte Bewegungsförderung/Mobilisation, die Verwendung von passiv druckverteilenden Matratzen und die Freilagerung der Fersen. Wechsellagerungen wurden in den Pflegeheimen (48,2 %) öfter durchgeführt und Sitzauflagen (51,8 %) häufiger verwendet als in den Allgemeinen Krankenhäusern (28,9 % bzw. 10,7 %).

Qualitätsindikatoren Dekubitus

Eine allgemeine Beschreibung der Qualitätsindikatoren finden Sie auf Seite 22.

Es liegen auswertbare Daten von 35 Allgemeinen Krankenhäusern und 5 Pflegeheimen mit insgesamt 242 Stationen/Wohnbereichen vor. Für diese Einrichtungen werden die Qualitätsindikatoren für Dekubitus auf Einrichtungs- und Stations- bzw. Wohnbereichsebene dargestellt (Tabelle 3.8 und Tabelle 3.9).

Tabelle 3.8 Anzahl der Qualitätsindikatoren zu Dekubitus auf Einrichtungsebene

	Allgemeine Krankenhäuser (N=35)	Pflegeheime (N=5)	Einrichtungen Gesamt (N=40)
Standard/ Leitlinie	32	4	36
Multidisziplinäres ExpertInnenteam	29	4	33

Ein Standard oder eine Leitlinie zur Dekubitusprävention/-behandlung war in 32 von 35 Allgemeinen Krankenhäusern und in 4 von 5 Pflegeheimen vorhanden. In 29 Allgemeinen Krankenhäusern sowie in 4 Pflegeheimen gab es eine multidisziplinäre DekubitusexpertInnengruppe.

Tabelle 3.9 Qualitätsindikatoren Dekubitus auf Stations- und Wohnbereichsebene

	Allgemeine Krankenhäuser (N=222)	Pflegeheime (N=20)	Einrichtungen Gesamt (N=242)
Regelmäßige Audits	61,3 %	100 %	64,5 %
Multidisziplinäre Beratung	72,5 %	100 %	74,8 %
Risiko in Dokumentation aufgezeichnet	99,1 %	100 %	99,2 %
Fortbildung	58,1 %	5,0 %	53,7 %
Standardisierte Informationsweitergabe	99,5 %	100 %	99,6 %

Am häufigsten gab es in allen teilnehmenden Stationen/Wohnbereichen die standardisierte Informationsweitergabe sowie die Aufzeichnung des Dekubitusrisikos. In den Pflegeheimen gab es am seltensten eine Fortbildung zum Thema Dekubitus.

KONTINENZ

Einleitung

Dieses Kapitel behandelt Urin-, Stuhl- und Doppelinkontinenz. Es werden die Prävalenzraten verschiedener Inkontinenzformen, die Häufigkeit und Behandlung von Inkontinenzläsionen und Maßnahmen bei Urin- und Stuhlinkontinenz bzw. zur Kontinenzförderung dargestellt. Die Prävalenz von Urin- sowie von Stuhl- und Doppelinkontinenz wird nach Geschlecht und Altersgruppen unterteilt angegeben.

Prävalenz von Urininkontinenz

Die Prävalenz von Urininkontinenz exklusive Katheter wurde gesamt und getrennt nach Männern und Frauen sowie nach Altersgruppen analysiert (Tabelle 4.1; Abbildung 4.1).

Tabelle 4.1 Prävalenz von Urininkontinenz (exkl. Katheter) gesamt und nach Geschlecht

	Allgemeine Krankenhäuser (N=3292)	Pflegeheime (N=269)	Einrichtungen Gesamt (N=3561)*
Prävalenz Urininkontinenz	14,3 %	62,5 %	17,9 %
Frauen	19,2 %	67,8 %	24,3 %
Männer	9,0 %	46,3 %	10,5 %

* Insgesamt 97 Personen konnten nicht in die nachfolgenden Analysen eingeschlossen werden, da Sie aufgrund der Urininkontinenz einen Katheter hatten.

Insgesamt lag die Prävalenz der Urininkontinenz exklusive Katheter zwischen 14,3 % (Allgemeine Krankenhäuser) und 62,5 % (Pflegeheime). In beiden Einrichtungsarten waren Frauen häufiger von Urininkontinenz betroffen als Männer.

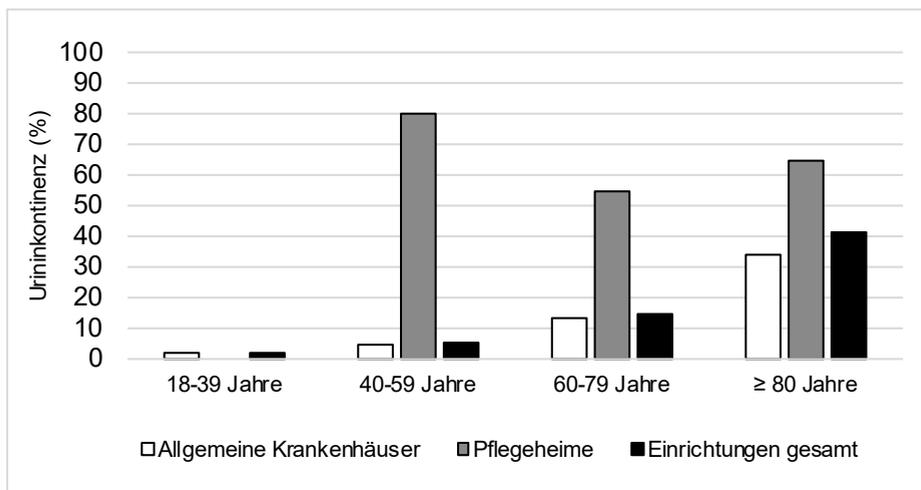


Abbildung 4.1 Prävalenz der Urininkontinenz (exkl. Katheter) nach Altersgruppen

In den Allgemeinen Krankenhäusern kam Urininkontinenz in den höheren Altersgruppen häufiger vor als in den niedrigeren Altersgruppen. In den Pflegeheimen kam Urininkontinenz am häufigsten in der Altersgruppe der 40 bis 59-Jährigen (80%) vor gefolgt von der Gruppe der über 80-Jährigen (64,3%).

Es wurde außerdem erfragt, wo die Urininkontinenz erstmals auftrat (Tabelle 4.2).

Tabelle 4.2 Zeitpunkt des erstmaligen Auftretens der Urininkontinenz (exklusive Katheter)

	Allgemeine Krankenhäuser (N=470)	Pflegeheime (N=168)	Einrichtungen Gesamt (N=638)
Vor der Aufnahme in die Einrichtung	84,5 %	85,7 %	84,8 %
Nach der Aufnahme in die Einrichtung	15,5 %	14,3 %	15,2 %

In allen teilnehmenden Einrichtungen bestand beim Großteil der urininkontinenten PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen die Urininkontinenz bereits vor der Aufnahme in die Einrichtung.

Prävalenz von Stuhlinkontinenz

In Tabelle 4.3 und Abbildung 4.2 ist die Prävalenz der Stuhlinkontinenz nach Geschlecht und nach Altersgruppen dargestellt.

Tabelle 4.3 Prävalenz der Stuhlinkontinenz nach Geschlecht

	Allgemeine Krankenhäuser (N=3382)	Pflegeheime (N=276)	Einrichtungen Gesamt (N=3658)
Prävalenz Stuhlinkontinenz	7,5 %	23,9 %	8,7 %
Frauen	8,3 %	26,1 %	10,2 %
Männer	6,6 %	17,4 %	7,1 %

Stuhlinkontinenz trat häufiger bei BewohnerInnen von Pflegeheimen auf (23,9 %) als bei PatientInnen der Allgemeinen Krankenhäuser (7,5 %). Sowohl in den Allgemeinen Krankenhäusern als auch in den Pflegeheimen waren Frauen häufiger von Stuhlinkontinenz betroffen als Männer.

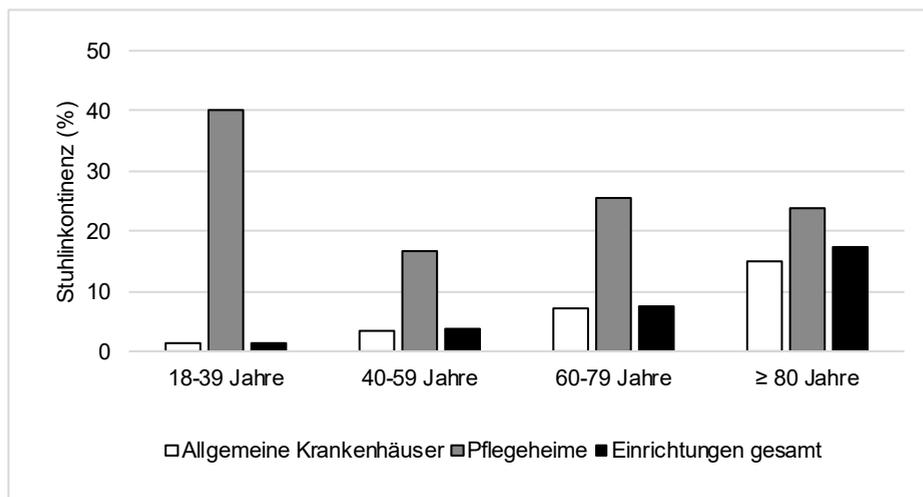


Abbildung 4.2 Prävalenz der Stuhlinkontinenz nach Altersgruppen

In den Allgemeinen Krankenhäusern trat die Stuhlinkontinenz am häufigsten bei über 80-jährigen PatientInnen auf.

Prävalenz von Doppelinkontinenz

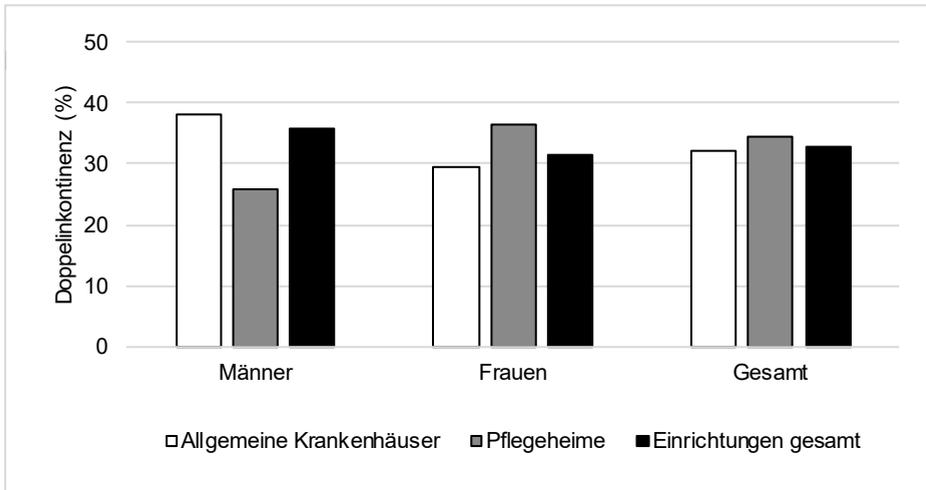


Abbildung 4.3 Prävalenz von Doppelinkontinenz (exklusive Katheter) nach Geschlecht

32,1 % der PatientInnen in den Allgemeinen Krankenhäusern sowie 34,5 % der BewohnerInnen in den Pflegeheimen litten unter einer doppelten Inkontinenz (exklusive Katheter). Insgesamt waren Männer (35,8 %) häufiger betroffen als Frauen (31,6 %).

In Abbildung 4.4 ist die Prävalenz der Doppelinkontinenz nach Altersgruppen dargestellt.

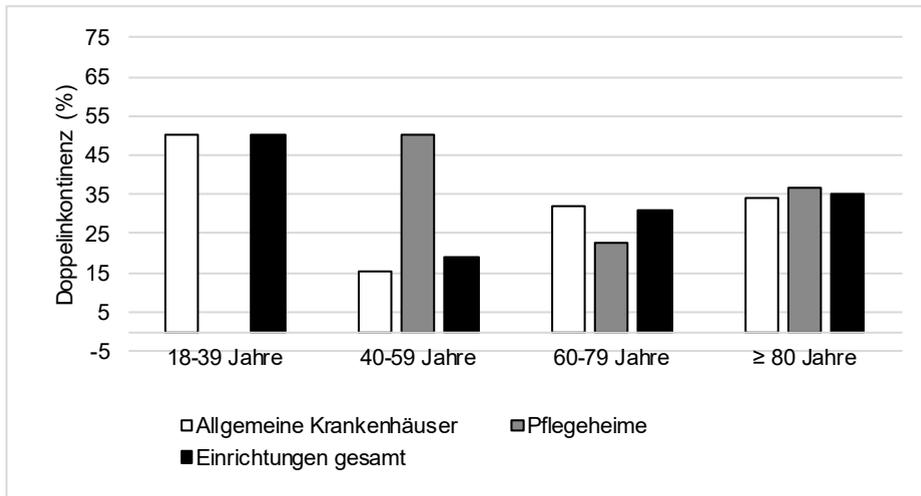


Abbildung 4.4 Prävalenz der Doppelinkontinenz (exklusive Katheter) nach Altersgruppen

In den Allgemeinen Krankenhäusern waren die PatientInnen der Altersgruppe der 18 bis 39-Jährigen (50 %) am häufigsten von Doppelinkontinenz betroffen. In den Pflegeheimen waren 40-59 Jahre alte BewohnerInnen (50 %) am häufigsten von einer Doppelinkontinenz betroffen.

Prävalenz von Inkontinenz-assoziiertes Dermatitis (IAD)

Die Inkontinenz-assoziiertes Dermatitis (IAD) wurde mit dem GLOBIAD-Instrument (Ghent Global IAD Categorisation Tool) erhoben. Dieses Instrument wurde entwickelt, um international anerkannte einheitliche diagnostische Kriterien zur Einstufung des Schweregrads der IAD zu nutzen ¹²⁷.

Nachfolgend werden die einzelnen Kategorien der IAD lt. GIOBIAD beschrieben ¹²⁸.

Kategorie 1A – Anhaltende Rötung ohne klinische Anzeichen einer Infektion

Es können verschiedene Rottöne vorhanden sein. Bei PatientInnen/BewohnerInnen mit dunklerem Hauttyp, kann die Haut blasser als normal, dunkler als normal oder violett erscheinen.

Kategorie 1B – Anhaltende Rötung mit klinischen Anzeichen einer Infektion

Zusätzlich zu den Merkmalen aus Kategorie 1A sind Anzeichen einer Infektion vorhanden: eine weiße Skalierung der Haut (Hinweis Pilzinfektion) oder Satellitenläsionen (Pusteln in der Wundumgebung, Hinweis für *Candida albicans*, Pilzinfektion)

Kategorie 2A – Hautverlust ohne klinische Anzeichen einer Infektion

Der Hautverlust kann sich als Hauterosion (z.B. durch offene/beschädigte Blase), Denudation, Exkoration zeigen. Die Form des Hautschadens kann diffus sein.

Kategorie 2B – Hautverlust mit klinischen Anzeichen einer Infektion

Zusätzlich zu den Merkmalen aus Kategorie 2A sind Anzeichen einer Infektion vorhanden: eine weiße Skalierung der Haut (Hinweis einer Pilzinfektion) oder Satellitenläsionen (Pusteln in der Wundumgebung, Hinweis für *Candida albicans*, Pilzinfektion). Im Wundbett sind Beläge sichtbar (gelb/braun/gräulich); grünliches Erscheinungsbild im Wundbett (Hinweis einer bakteriellen Infektion mit *Pseudomonas aeruginosa*): Exzessive Exsudatmengen, eitriges Exsudat (Eiter) oder ein glänzendes Aussehen des Wundbettes.

Die Prävalenz von Inkontinenz-assoziiertes Dermatitis (IAD) gesamt und getrennt nach Männern und Frauen sowie nach Altersgruppen wurde bei Personen, die entweder urin- oder stuhl- oder doppelinkontinent waren, analysiert (Tabelle 4.4).

Tabelle 4.4 Prävalenz von IAD

	Allgemeine Krankenhäuser (N=628)	Pflegeheime (N=170)	Einrichtungen Gesamt (N=798)
Prävalenz IAD	4,4 %	3,4 %	4,2 %

Die Prävalenz einer IAD lag den Allgemeinen Krankenhäusern etwas über der Prävalenz in den Pflegeheimen.

Wenn eine Inkontinenz-assoziierte Dermatitis vorlag, wurde nach der Kategorie gefragt (Tabelle 4.5).

Tabelle 4.5 Kategorie der IAD

	Allgemeine Krankenhäuser (N=28)	Pflegeheime (N=6)	Einrichtungen Gesamt (N=34)
Kategorie 1A	50,0 %	66,7 %	52,9 %
Kategorie 1B	35,7 %	-	29,4 %
Kategorie 2A	10,7 %	33,3 %	14,7 %
Kategorie 2B	3,6 %	-	2,9 %

Am häufigsten in allen Einrichtungsarten trat eine IAD der Kategorien 1A auf.

Maßnahmen bei Urininkontinenz

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

Zu den erhobenen Maßnahmen gehörten die Anpassung der Umgebung, d.h. die Beseitigung eventueller Hindernisse auf dem Weg zur Toilette, sowie angepasste, leichte und nicht einengende Kleidung. Weitere Behandlungsmöglichkeiten sind spezielle Medikamente sowie die Auswertung und ggf. Anpassung der Medikation. Außerdem können Beckenboden-, Blasen- oder Toilettentraining durchgeführt werden. Beim Toilettentraining wird unterschieden zwischen regelmäßigen Toilettengängen nach einem individuell festgelegten Plan oder

einem standardisierten Schema, welches für die ganze Station gültig ist. Die durchgeführten Maßnahmen werden in der Abbildung 4.5 dargestellt.

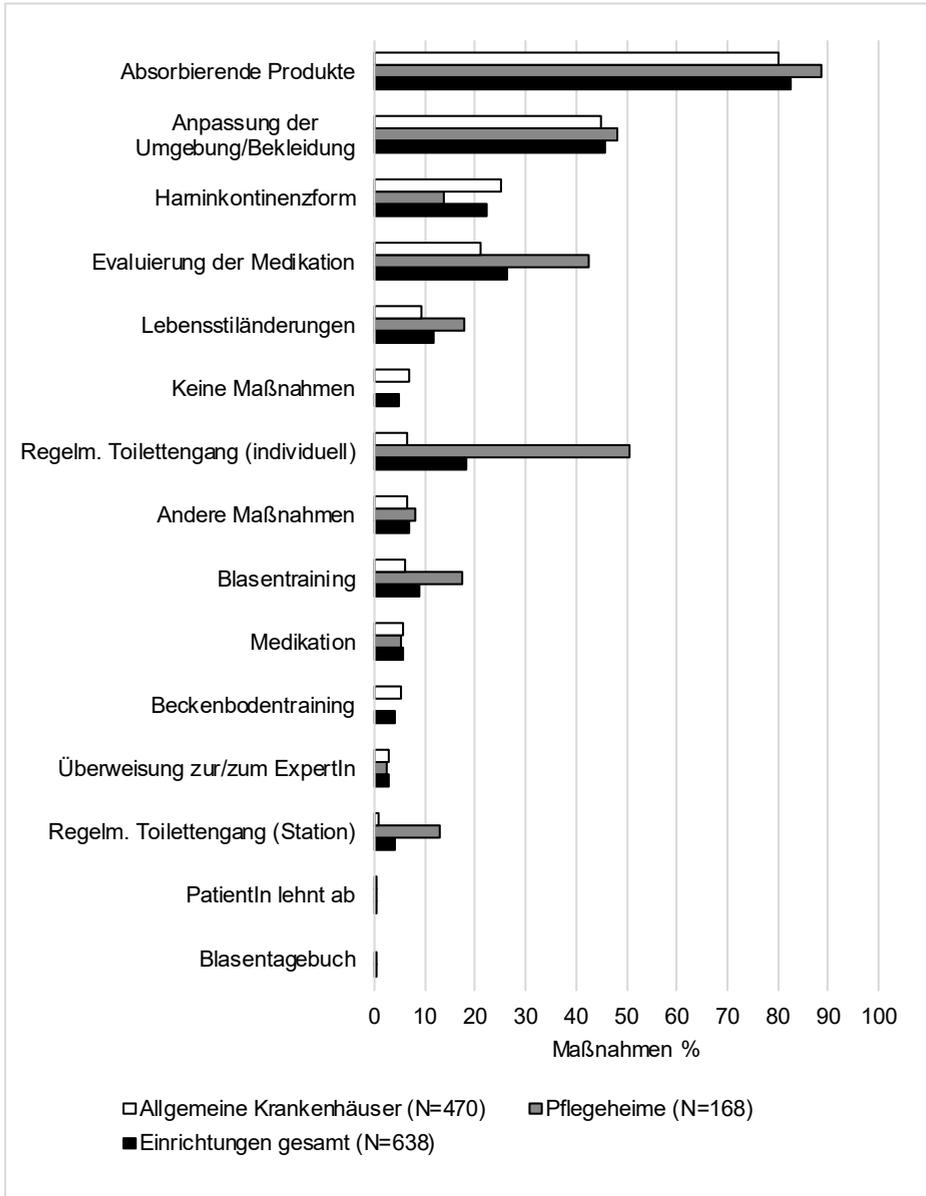


Abbildung 4.5 Prozentueller Anteil an Maßnahmen bei Urininkontinenz (exkl. Katheter) (Mehrfachantworten möglich)

Die häufigsten Maßnahmen in allen Einrichtungen waren die Nutzung absorbierender Produkte sowie die Anpassung der Bekleidung und der Umgebung. Bei knapp mehr als einem Viertel (26,5 %) aller PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen wurde eine Evaluierung der Medikation durchgeführt und bei 22,1 % aller PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen wurde die Form der Harninkontinenz festgestellt. Am seltensten wurde in beiden Einrichtungsarten ein Blasentagebuch geführt. In den Pflegeheimen wurden außerdem häufig regelmäßige individuelle Toilettengänge durchgeführt (50,6 %).

Qualitätsindikatoren Inkontinenz

Eine allgemeine Beschreibung der Qualitätsindikatoren finden Sie auf Seite 22.

Es liegen auswertbare Daten von 35 Allgemeinen Krankenhäusern und 5 Pflegeheimen mit insgesamt 235 Stationen/Wohnbereichen vor.

In Tabelle 4.6 sind die Häufigkeiten von Qualitätsindikatoren auf Einrichtungsebene im Umgang mit Inkontinenz dargestellt.

Tabelle 4.6 Anzahl der Qualitätsindikatoren Inkontinenz auf Einrichtungsebene

	Allgemeine Krankenhäuser (N=35)	Pflegeheime (N=5)	Einrichtungen Gesamt (N=40)
Standard/Leitlinie	26	3	29
Multidisziplinäres ExpertInnenteam	26	2	28

Standards oder Leitlinien zur Prävention/Behandlung von Inkontinenz waren in 26 von 35 Allgemeinen Krankenhäusern und in 3 von 5 Pflegeheimen vorhanden. Ein multidisziplinäres ExpertInnenteam gab es in 26 der Allgemeinen Krankenhäusern und in 2 der 5 Pflegeheime.

In Tabelle 4.7 werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren auf Stations-/Wohnbereichsebene dargestellt.

Tabelle 4.7 Qualitätsindikatoren Inkontinenz auf Stations- und Wohnbereichsebene

	Allgemeine Krankenhäuser (N=215)	Pflegeheime (N=20)	Einrichtungen Gesamt (N=235)
Regelmäßige Audits	56,3 %	95,0 %	59,6 %
Fortbildung	55,3 %	-	50,6 %

Der häufigste Qualitätsindikator in beiden Einrichtungsarten waren regelmäßige Audits. In Pflegeheimen gab es keine Fortbildung zum Thema Inkontinenz.

MANGELERNÄHRUNG

Einleitung

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

Prävalenz von Mangelernährungsrisiko

Für die Bestimmung des Mangelernährungsrisikos gibt es unterschiedliche Parameter und Instrumente. Im Rahmen dieser Studie wurden drei verwendet. Diese sind:

1. *Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)*¹²⁹ für PatientInnen im Krankenhaus

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

2. *Short Nutritional Assessment Questionnaire for Residential Care (SNAQ-RC)*¹³⁰ für BewohnerInnen in Pflegeheimen

Das SNAQ-RC beinhaltet 4 Risikofaktoren (Gewichtsverlust, Unterstützungsbedarf bei der Nahrungsaufnahme, reduzierter Appetit, BMI).

3. Definition von *Halfens et al.*¹³¹ für alle PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen

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

Unter 65 Jahren

Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (> 6kg in den letzten 6 Monaten oder > 3kg im letzten Monat) und/oder BMI < 18,5 kg/m

Über 65 Jahren

Unbeabsichtigter Gewichtsverlust (> 6kg in den letzten 6 Monaten oder > 3kg im letzten Monat) und/oder BMI ≤ 20 kg/m²

In Tabelle 5.1 ist das Auftreten eines Mangelernährungsrisikos entsprechend dargestellt.

Hinweis: Aus den Analysen zur Prävalenz eines Mangelernährungsrisikos wurden PatientInnen/BewohnerInnen, bei denen keine Angaben zu Gewicht/ Gewichtsverlust vorlagen, ausgeschlossen.

Tabelle 5.1 Prävalenz des Mangelernährungsrisikos

	Allgemeine Krankenhäuser (N=2978)	Pflegeheim (N=272)	Einrichtungen Gesamt (N=3250)*
lt. MUST	24,2 %	-	24,2 %
lt. SNAQ	-	42,6 %	42,6 %
lt. Halfens et al.	12,2 %	18,0 %	12,7 %

* Aufgrund fehlender Daten weicht N geringfügig ab.

Der Anteil der Personen mit einem Risiko für Mangelernährung lag laut MUST in den Allgemeinen Krankenhäusern bei 24,2 %. Die Prävalenz eines Risikos für Mangelernährung laut SNAQ beträgt in den Pflegeheimen 42,6 %. Wenn die Definition von Halfens et al. herangezogen wird, ist die Prävalenz in Pflegeheimen mit 18,0 % höher als in Allgemeinen Krankenhäusern (12,2 %). Im Nachfolgenden wird die Definition von Halfens et al.¹³¹ benutzt.

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

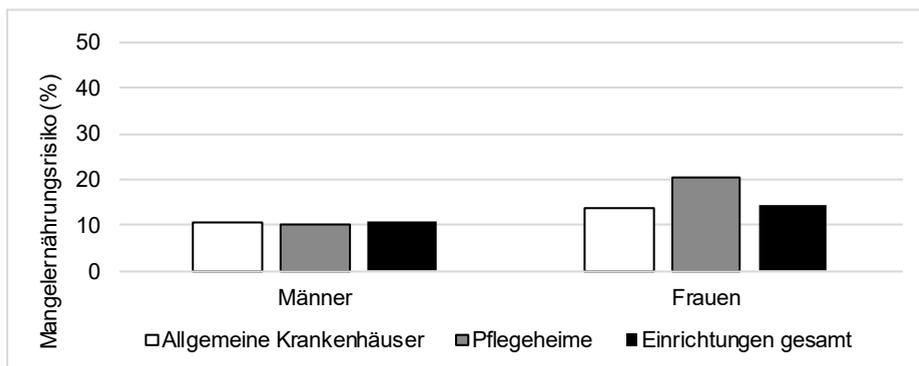


Abbildung 5.1 Mangelernährungsrisiko nach Geschlecht

In beiden Einrichtungsarten hatten Frauen häufiger ein Mangelernährungsrisiko als Männer.

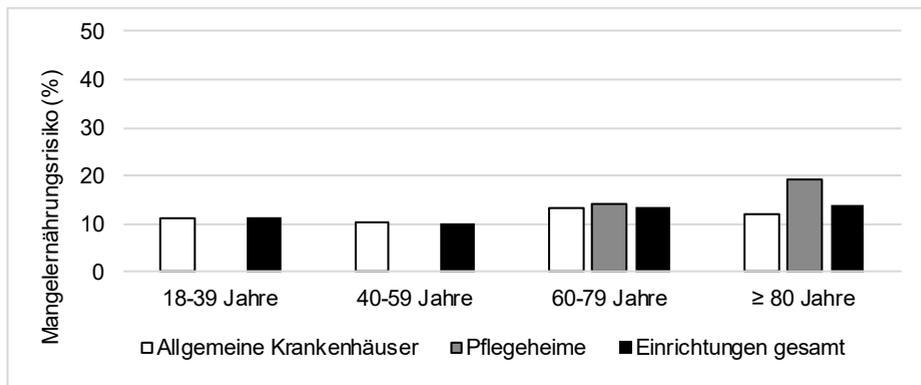


Abbildung 5.2 Mangelernährungsrisiko nach Altersgruppen

In den Allgemeinen Krankenhäusern ist der größte Anteil an PatientInnen mit einem Risiko für eine Mangelernährung (13,5 %) in der Altersgruppe der 60-79-Jährigen. In den Pflegeheimen ist die Prävalenz des Risikos für eine Mangelernährung in der Altersgruppe der über 80-Jährigen mit 19,4 % am höchsten.

Ernährungsbezogene Maßnahmen

Mögliche Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Mangelernährung können die Durchführung eines Mangelernährungs-Screenings, das Hinzuziehen von DiätologInnen, eine energie- und eiweißreiche Kostform bzw. energie- und eiweißreiche Snacks sein. Des Weiteren wurde gefragt, ob eine Anpassung der Nahrungskonsistenz erfolgte oder hochkalorische und eiweißreiche Trinknahrungen eingesetzt wurden. Weitere erfasste ernährungsbezogene Maßnahmen waren enterale Ernährung, parenterale Ernährung, eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr, Information von PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen und Angehörigen sowie die Anpassung der Umgebung bzw. des Ambientes bei den Mahlzeiten¹³².

In Abbildung 5.3 werden die durchgeführten Maßnahmen bei PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen mit einem Risiko für Mangelernährung dargestellt.

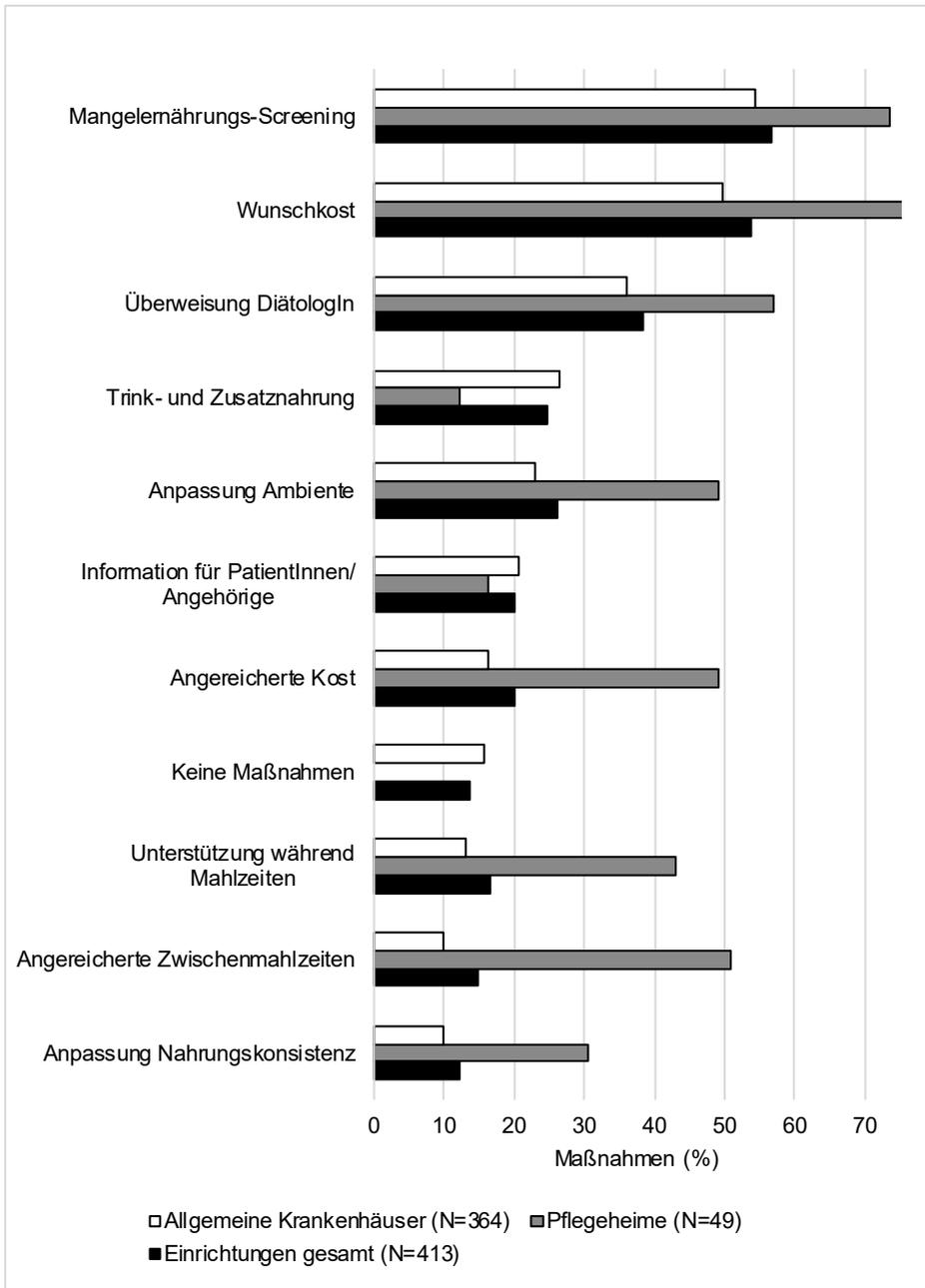


Abbildung 5.3 Maßnahmen bei PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen mit Risiko für Mangelernährung (Mehrfachantworten möglich)

Qualitätsindikatoren Mangelernährung

Eine allgemeine Beschreibung der Qualitätsindikatoren finden Sie auf Seite 22.

Es liegen auswertbare Daten von 35 Allgemeinen Krankenhäusern und 5 Pflegeheimen mit 202 Stationen/Wohnbereichen vor.

In Tabelle 5.2 sind ernährungsbezogenen Qualitätsmerkmale der teilnehmenden Einrichtungen auf Einrichtungsebene dargestellt.

Tabelle 5.2 Anzahl der Qualitätsindikatoren Mangelernährung auf Einrichtungsebene

	Allgemeine Krankenhäuser (n=35)	Pflegeheime (n=5)	Einrichtungen Gesamt (n=40)
Standard/ Leitlinie	23	4	27
Multidisziplinäres ExpertInnenteam	27	4	31

Einen Standard/eine Leitlinie zur Prävention und/oder Behandlung von Mangelernährung lag in 23 Allgemeinen Krankenhäusern und in 4 Pflegeheimen auf. Ein multidisziplinäres Ernährungsteam gab es in 27 von 35 Allgemeinen Krankenhäusern und in 4 von 5 Pflegeheimen.

In Tabellen 5.3 werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren auf Stations-/Wohnbereichsebene dargestellt.

Tabelle 5.3 Qualitätsindikatoren Mangelernährung auf Stations- und Wohnbereichsebene

	Allgemeine Krankenhäuser (n=182)	Pflegeheime (n=20)	Einrichtungen Gesamt (n=202)
Regelmäßige Audits	47,3 %	100 %	52,5 %
Multidisziplinäre Beratung	78,6 %	100 %	80,7 %
Risiko in Dokumentation aufgezeichnet	91,8 %	100 %	92,6 %
Fortbildung	39,6 %	5,0 %	36,1 %
Standardisierte Informationsweitergabe	91,2 %	100 %	92,1 %

Die am häufigsten erfüllten Qualitätsindikatoren auf Stations-/Wohnbereichsebene waren die Aufzeichnung des Mangelernährungsrisikos in der Dokumentation (92,6 %), die standardisierte Informationsweitergabe bei Verlegung/Entlassung (92,1 %) und Beratungen im multidisziplinären Team (80,7 %). Auf 39,6 % der Stationen in den Allgemeinen Krankenhäusern und 5,0 % der Wohnbereiche in den Pflegeheimen fanden Fortbildungen zum Thema Mangelernährung statt.

STURZ

Einleitung

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

Sturzrisiko und -inzidenz

Alle TeilnehmerInnen, die in den letzten 12 Monaten bereits einmal gestürzt sind, werden als PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen mit Sturzrisiko eingestuft (siehe Tabelle 6.1). Unter Inzidenz wird die Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit/eines Problems in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem bestimmten Zeitraum verstanden¹¹⁹. Es wurde rückblickend nach Stürzen in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung in der jeweiligen Einrichtung gefragt. 30 Tage wurde als Bezugszeitraum gewählt, weil dieser Zeitraum für PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen bzw. für die Pflegenden in der Regel gut überschaubar ist. Die Sturzinzidenz der letzten 30 Tage in der jeweiligen Einrichtung wird in Tabelle 6.1 dargestellt. In Abbildung 6.1 wird der Unterschied zwischen Altersgruppen dargestellt.

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

Tabelle 6.1 TeilnehmerInnen mit Sturzrisiko und Sturzinzidenz in den letzten 30 Tagen in der Einrichtung

	Allgemeine Krankenhäuser (N=3270)	Pflegeheime (N=269)	Einrichtungen Gesamt (N=3539)*
TeilnehmerInnen mit Sturzrisiko	22,8 %	57,6 %	25,5 %
Sturzinzidenz	3,4 %	18,6 %	4,6 %

* Insgesamt 119 Personen konnten aufgrund unschlüssiger und/oder fehlender Daten nicht in die Analyse eingeschlossen werden.

In den Allgemeinen Krankenhäusern wurden 22,8 % der PatientInnen als sturzgefährdet eingestuft und in den Pflegeheimen 57,6 % der BewohnerInnen. Die Sturzinzidenz in den letzten 30 Tagen in der Einrichtung lag in den Allgemeinen Krankenhäusern bei 3,4 % und in den Pflegeheimen bei 18,6 %.

In Abbildung 6.1 wird die Sturzrate in den unterschiedlichen Altersgruppen dargestellt.

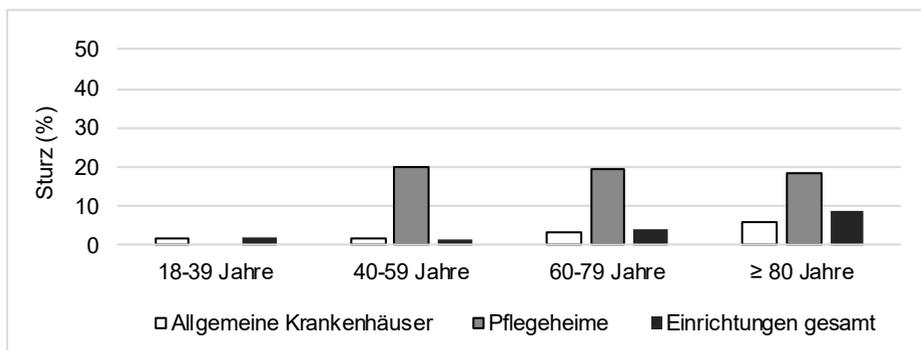


Abbildung 6.1 Sturzinzidenz in den letzten 30 Tagen in der jeweiligen Einrichtung nach Altersgruppen

Der Anteil an gestürzten Personen in beiden Einrichtungsarten ist bei den über 80-Jährigen mit 8,9 % am höchsten. In den Allgemeinen Krankenhäusern betrug die Sturzinzidenz bei den über 80-Jährigen 6,0 % und in Pflegeheimen 18,3 %.

In Tabelle 6.2 wird die Anzahl der TeilnehmerInnen, die sedierende und/oder psychotrope Medikamente einnehmen, dargestellt.

Tabelle 6.2 TeilnehmerInnen, die sedierende/psychotrope Medikamente einnehmen

	Allgemeine Krankenhäuser (N=3270)	Pflegeheime (N=269)	Einrichtungen Gesamt (N=3539)*
Einnahme sedierender und/oder psychotroper Medikamente	33,2 %	57,2 %	35,0 %

* Insgesamt 119 Personen konnten aufgrund unschlüssiger und/oder fehlender Daten nicht in die Analyse eingeschlossen werden.

In den Pflegeheimen nahmen mehr BewohnerInnen sedierende und/oder psychotrope Medikamente ein als PatientInnen in den Allgemeinen Krankenhäusern.

Sturzfolgen

Bei 41,4 % der gestürzten Personen konnten sturzinduzierte Verletzungen festgestellt werden. In den Allgemeinen Krankenhäusern führten 42,9 % und in den Pflegeheimen 38,0 % der einrichtungsinternen Stürze zu Verletzungen.

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

In Abbildung 6.2 ist der Schweregrad von sturzbedingten Folgen/Verletzungen dargestellt.

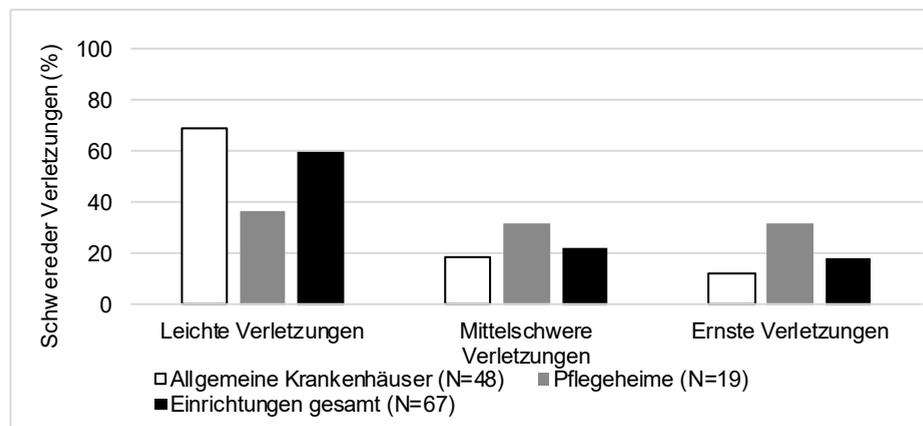


Abbildung 6.2 Schweregrad der sturzbedingten Folgen/Verletzungen

Es zeigte sich, dass der Großteil der sturzbedingten Verletzungen in allen Einrichtungsarten leichte Verletzungen waren.

Maßnahmen zur Sturzprävention

Zusätzlich zu Aspekten wie Sturzfolgen wurden auch Fragen zu sturzpräventiven Maßnahmen gestellt. Dazu gehören die Evaluierung der Medikation hinsichtlich möglicher Nebenwirkungen, Übungstherapien, Begleitung beim Gehen und die Untersuchung der benutzten Hilfsmittel auf ihre Angemessenheit. Des Weiteren wurden die Evaluierung des Sehvermögens sowie des Schuhwerkes erfragt. Die Information von PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen und Angehörigen, die Anpassung der Umgebung sowie Beaufsichtigung der PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen wurden als weitere sturzpräventive Maßnahmen untersucht¹³³. Alle sturzpräventiven Maßnahmen wurden nur für jene Personen ausgewertet, die in den letzten 12 Monaten gestürzt sind (Abbildung 6.3)⁷¹.

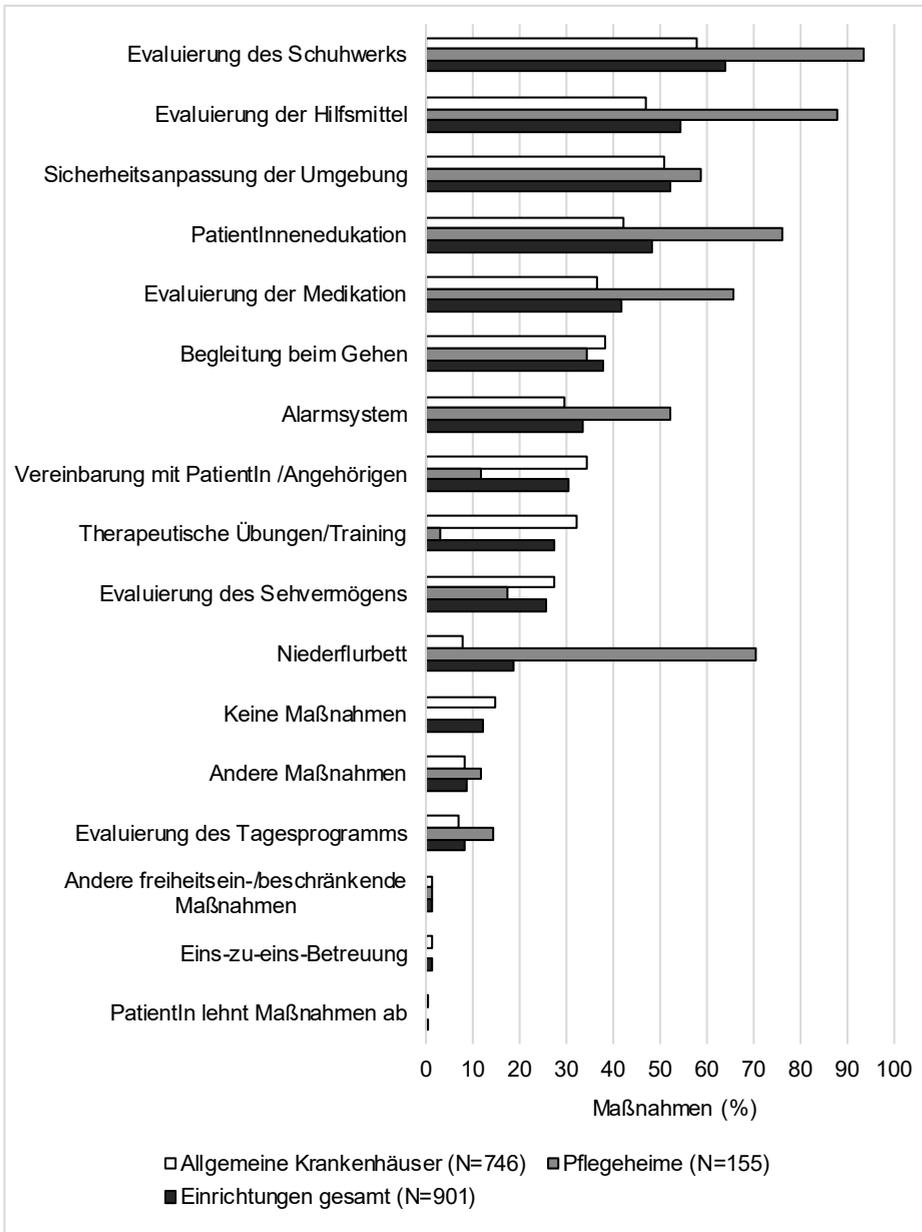


Abbildung 6.3 Sturzpräventive Maßnahmen bei Personen, die in den letzten 12 Monaten gestürzt sind (Mehrfachantworten möglich)

Insgesamt wurden die Evaluierung des Schuhwerks der PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen, die Evaluierung der Hilfsmittel, die Sicherheitsanpassung der Umgebung sowie die PatientInnenbildung und die Evaluierung der Medikation häufig als sturzpräventive Maßnahmen eingesetzt.

Qualitätsindikatoren Sturz

Eine allgemeine Beschreibung der Qualitätsindikatoren finden Sie auf Seite 22.

Es liegen auswertbare Daten von 35 Allgemeinen Krankenhäusern und 5 Pflegeheimen und von 225 Stationen/Wohnbereichen vor.

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

Tabelle 6.3 Anzahl der Qualitätsindikatoren Sturz auf Einrichtungsebene

	Allgemeine Krankenhäuser (n=35)	Pflegeheime (n=5)	Einrichtungen Gesamt (n=40)
Standard/Leitlinie	34	4	38
Multidisziplinäres ExpertInnenteam	30	1	31

In 34 von 35 Allgemeinen Krankenhäusern und 4 von 5 Pflegeheimen gab es einen Standard/eine Leitlinie zur Prävention von Stürzen. Multidisziplinäre ExpertInnenteams zum Thema Sturz gab es in 30 Allgemeinen Krankenhäusern und in einem Pflegeheim.

In Tabelle 6.4 werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren auf Stations-/Wohnbereichsebene beschrieben.

Tabelle 6.4 Qualitätsindikatoren Sturz auf Stations- und Wohnbereichsebene

	Allgemeine Krankenhäuser (n=205)	Pflegeheime (n=20)	Einrichtungen Gesamt (n=225)
Regelmäßige Audits	70,2 %	100 %	72,9 %
Multidisziplinäre Beratung	73,2 %	100 %	75,6 %
Sturzrisiko in Dokumentation aufgezeichnet	99,0 %	100 %	99,1 %
Fortbildung	62,0 %	5,0 %	56,9 %
Standardisierte Informationsweitergabe	98,5 %	100 %	98,7 %

Regelmäßige Audits zur Überprüfung der Einhaltung des Standards/der Leitlinie wurden auf 72,9 % der Stationen aller Einrichtungen durchgeführt. Eine Aufzeichnung des Sturzrisikos in der Dokumentation bei der Aufnahme in die Einrichtung erfolgte auf beinahe allen Stationen und Wohnbereichen der teilnehmenden Einrichtungen (99,1 %). Alle Wohnbereiche der Pflegeheime führten eine multidisziplinäre Beratung bei Personen mit Sturzrisiko durch. In den Allgemeinen Krankenhäusern waren es 73,2 % der teilnehmenden Stationen. Eine Fortbildung in den letzten 2 Jahren wurden auf ungefähr der Hälfte der Stationen aller Einrichtungen angeboten (56,9 %), jedoch nur auf 5 % der Wohnbereiche in Pflegeheimen.

FREIHEITSEIN-/BESCHRÄNKENDE MASSNAHMEN

Einleitung

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

Inzidenz von freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen

Es wurde die Inzidenz freiheitsein-/beschränkender Maßnahmen in den Einrich- tungen in den letzten 30 Tagen vor der Erhebung erfasst. 30 Tage wurde als Bezugszeitraum gewählt, weil dieser Zeitraum in der Regel für PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen bzw. für Pflegende gut überschaubar ist.

In Tabelle 7.1 werden die Häufigkeiten der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen dargestellt.

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

	Allgemeine Krankenhäuser (N=3382)	Pflegeheime (N=276)	Einrichtungen Gesamt (N=3658)
Freiheitsein-/beschrän- kende Maßnahmen	4,1 %	8,3 %	4,4 %

Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen wurden doppelt so häufig in Pflege- heimen (8,3 %) wie in den Allgemeinen Krankenhäusern (4,1%) angewendet.

Art der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen

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

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

Tabelle 7.2 Art der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen in den letzten 30 Tagen (Mehrfachantworten möglich)

	Allgemeine Krankenhäuser (N=137)	Pflegeheime (N=23)	Einrichtungen Gesamt (N=160)
Mechanische	54,7 %	30,4 %	51,2 %
Körperliche	1,5 %	-	1,3 %
Pharmakologische	30,7 %	65,2 %	35,6 %
Psychische	4,4 %	-	3,8 %
Elektronische*	20,4 %	21,7 %	20,6 %
Eins-zu-eins Überwachung	-	-	-
Einschließen in einem Raum	13,9 %	-	11,9 %
Verschlossene Abteilung	26,3 %	-	22,5 %
Andere Maßnahme	0,7 %	-	0,6 %

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

Bei PatientInnen in Allgemeinen Krankenhäusern wurden am häufigsten mechanische Maßnahmen wie Seitenteile und Fixiergurte (54,7 %) angewendet. In Pflegeheimen kamen am häufigsten pharmakologische Maßnahmen (65,2 %) zum Einsatz.

Weiters wurde nach Begleitmaßnahmen gefragt (Tabelle 7.3).

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

	Allgemeine Krankenhäuser (N=137)	Pflegeheime (N=23)	Einrichtungen Gesamt (N=160)
Alternativen genutzt	42,3 %	65,2 %	45,6 %
Einsatz einer Überwachungs- person	47,4 %	47,8 %	47,5 %
Dokumentation der FEM	73,0 %	82,6 %	74,4 %
Information an Betroffene/ Angehörige	75,2 %	73,9 %	75,0 %
Evaluierung der FEM	60,6 %	87,0 %	64,4 %
Keine der genannten Maßnahmen	8,0 %	4,3 %	7,5 %

Am häufigsten wurden Informationen an die Betroffenen/Angehörigen über den gesamten Ablauf freiheitsein-/beschränkender Maßnahmen weitergegeben und die freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen dokumentiert. In Pflegeheimen wurden 87,0 % der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen evaluiert, in Allgemeinen Krankenhäusern 60,6 %.

Abschließend wurde nach dem ausschlaggebenden Motiv zur Anwendung der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen gefragt (Tabelle 7.4)

Tabelle 7.4 Hauptgrund für die freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen

	Allgemeine Krankenhäuser (N=137)	Pflegeheime (N=23)	Einrichtungen Gesamt (N=160)
Sturz(prävention)	19,7 %	13,0 %	18,8 %
Umherirren der PatientIn (verhindern)	7,3 %	17,4 %	8,8 %
Aggressives Verhalten (verhindern)	5,8 %	21,7 %	8,1 %
Verwirrtes/delirantes Verhalten	13,1 %	8,7 %	12,5 %
Agitation	2,2 %	13,0 %	3,8 %
Verweigerung der Behandlung	1,5 %	-	1,3 %
Auf Wunsch der PatientIn/ Angehörigen	11,7 %	17,4 %	12,5 %
Sonstiges	38,7 %	8,7 %	34,4 %
Unbekannt	-	-	-

Neben der Angabe von sonstigen Gründen (38,7 %) war in Allgemeinen Krankenhäusern der Hauptgrund für freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen die Prävention von Stürzen (19,7 %). In Pflegeheimen wurden freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen hauptsächlich aufgrund von aggressivem Verhalten (21,7 %), Umherirren der BewohnerInnen (17,4 %) oder auf Wunsch der BewohnerIn/Angehörigen (17,4 %) angewendet.

Qualitätsindikatoren freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen

Eine allgemeine Beschreibung der Qualitätsindikatoren finden Sie auf Seite 22.

Es liegen auswertbare Daten von 35 Allgemeinen Krankenhäusern mit 222 Stationen und 5 Pflegeheimen vor.

In Tabelle 7.5 werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren zu freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen auf Einrichtungsebene dargestellt.

Tabelle 7.5 Anzahl der Qualitätsindikatoren freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen auf Einrichtungsebene

	Allgemeine Krankenhäuser (N=35)	Pflegeheime (N=5)	Einrichtungen Gesamt (N=40)
Standard/ Leitlinie	31	1	32
Multidisziplinäres ExpertInnenteam	26	5	31

Ein Standard/eine Leitlinie waren in 31 von insgesamt 35 Allgemeinen Krankenhäusern und einem der 5 Pflegeheime verfügbar. Ein multidisziplinäres ExpertInnenteam für freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen gab es in 26 Allgemeinen Krankenhäusern und in allen Pflegeheimen.

In Tabelle 7.6 werden die Qualitätsindikatoren zu freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen auf Stations-/Wohnbereichsebene beschrieben.

Tabelle 7.6 Qualitätsindikatoren freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen auf Stations- und Wohnbereichsebene

	Allgemeine Krankenhäuser (N=222)	Pflegeheime*	Einrichtungen Gesamt (N=222)
Regelmäßige Audits	66,7 %	-	66,7 %
Fortbildung	63,1 %	-	63,1 %
Risiko in Dokumentation aufgezeichnet	84,4 %	-	84,4 %
Fortbildung	40,2 %	-	40,2 %
Standardisierte Informationsweitergabe	85,9 %	-	85,9 %

*Aufgrund unschlüssiger und/oder fehlender Daten konnte keine Analyse durchgeführt werden.

SCHMERZ

Einleitung

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

Prävalenz von Schmerz

Tabelle 8.1 Schmerzprävalenz in den letzten 7 Tagen sowie momentane Schmerzprävalenz

	Allgemeine Krankenhäuser (N=3382)	Pflegeheime (N=276)	Einrichtungen Gesamt (N=3658)
Schmerzen in den letzten 7 Tagen	60,4 %	40,9 %	59,0 %
Tägliche Schmerzen in den letzten 7 Tagen	35,0 %	15,6 %	33,5 %
Momentane Schmerzen	39,3 %	24,3 %	38,2 %

60,4 % der PatientInnen in Allgemeinen Krankenhäusern und 40,9 % der BewohnerInnen in Pflegeheimen litten in den letzten 7 Tagen vor der Befragung unter Schmerzen. Ein Drittel (33,5 %) aller TeilnehmerInnen hatte tägliche Schmerzen. 38,2 % aller TeilnehmerInnen hatten zum Zeitpunkt der Befragung Schmerzen.

Weiters wird die Schmerzprävalenz in den letzten 7 Tagen nach Altersgruppen dargestellt (Abbildung 8.1).

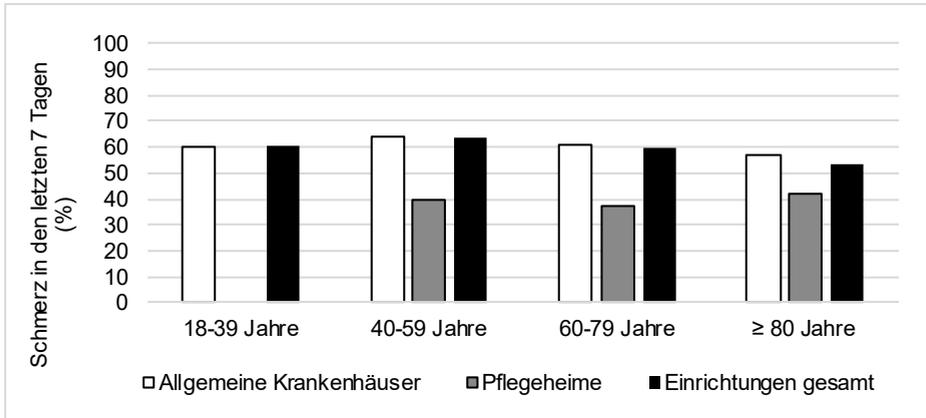


Abbildung 8.1 Schmerz in den letzten 7 Tagen nach Altersgruppen

In den Allgemeinen Krankenhäusern lag bei den über 80-Jährigen die Schmerzprävalenz in den letzten 7 Tagen bei 56,6 % und in den Pflegeheimen bei 42,0 %.

In der Abbildung 8.2 wird die Schmerzprävalenz in den letzten 7 Tagen nach Geschlecht dargestellt.

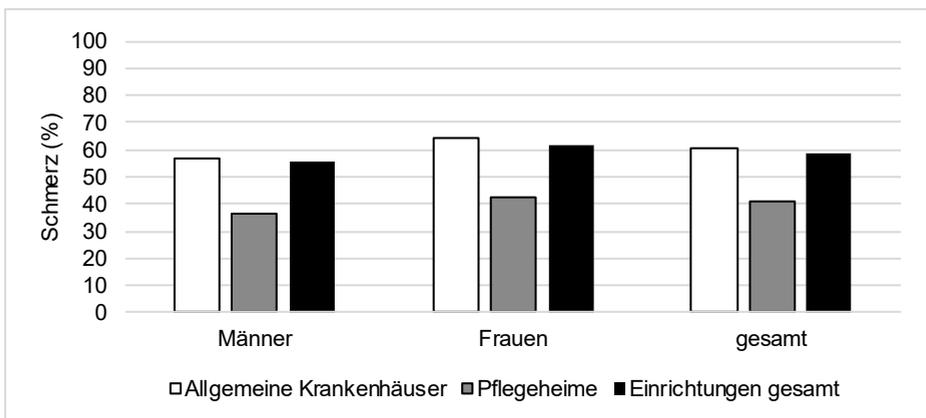


Abbildung 8.2 Schmerz in den letzten 7 Tagen nach Geschlecht

Das Auftreten von Schmerzen in den letzten 7 Tagen war bei Frauen in beiden Einrichtungen häufiger als bei Männern. Insgesamt gaben 55,7 % der Männer und 61,8 % der Frauen an, Schmerzen in den letzten 7 Tagen gehabt zu haben.

Merkmale von Schmerz

Bei allen TeilnehmerInnen, die Schmerzen hatten, wurde nach der Intensität des Schmerzes gefragt (Tabelle 8.2).

Tabelle 8.2 Intensität des Schmerzes bei TeilnehmerInnen mit Schmerz in den letzten 7 Tagen

	Allgemeine Krankenhäuser (N=2044)	Pflegeheime (N=113)	Einrichtungen Gesamt (N=2157)
Leichte Schmerzen	23,3 %	27,4 %	23,6 %
Mäßige Schmerzen	40,0 %	59,3 %	41,0 %
Starke Schmerzen	23,7 %	12,4 %	23,1 %
Sehr starke Schmerzen	10,1 %	0,9 %	9,6 %
Unerträgliche Schmerzen	2,8 %	-	2,7 %

Am häufigsten wurden Schmerzen mäßiger Intensität (41,0 %) angegeben. In den Allgemeinen Krankenhäusern hatten 3,7 % der PatientInnen starke Schmerzen. In den Pflegeheimen galt dies für 12,4 % der BewohnerInnen.

Abbildung 8.3 stellt die Art der Schmerzen bei TeilnehmerInnen mit Schmerz in den letzten 7 Tagen dar.

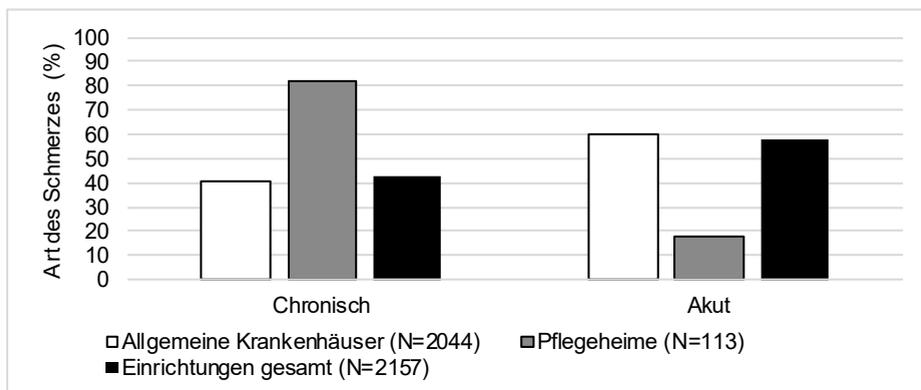


Abbildung 8.3 Art des Schmerzes bei TeilnehmerInnen mit Schmerz in den letzten 7 Tagen

59,7 % der PatientInnen in Allgemeinen Krankenhäusern gaben einen akuten Schmerz an. In den Pflegeheimen litten die BewohnerInnen hauptsächlich an chronischen Schmerzen (82,3 %).

Maßnahmen bei Schmerz

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

Von allen TeilnehmerInnen mit Schmerzen in den letzten 7 Tagen erhielten 56,1 % nicht-pharmakologische Maßnahmen und 84,6 % pharmakologische Maßnahmen.

In Abbildung 8.4 und Abbildung 8.5 werden die nicht-pharmakologischen und pharmakologischen Maßnahmen detailliert dargestellt.

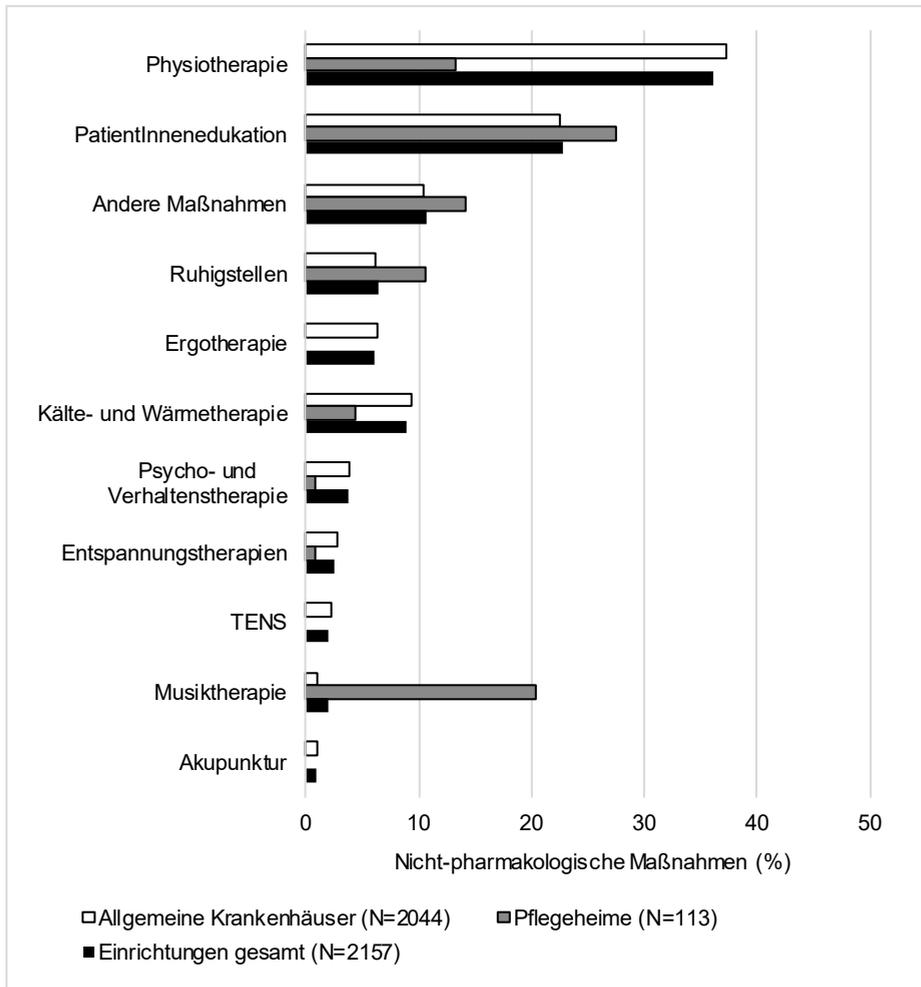


Abbildung 8.4. Nicht-pharmakologische Maßnahmen zur Schmerzreduktion

Zur Behandlung von Schmerzen wurde als häufigste nicht-pharmakologische Maßnahme in den Allgemeinen Krankenhäusern Physiotherapie und in den Pflegeheimen eine PatientInnenedukation durchgeführt. Zudem wurde in den Pflegeheimen Musiktherapie zur Behandlung von Schmerzen angewendet.

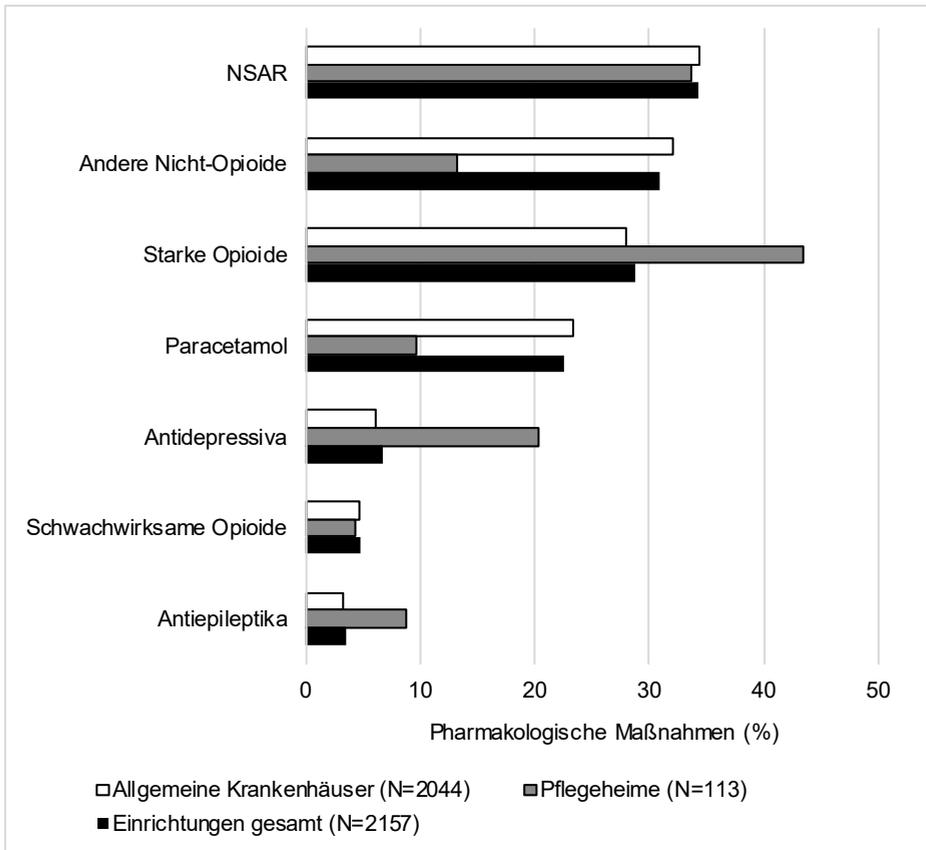


Abbildung 8.5 Pharmakologische Maßnahmen zur Schmerzreduktion

Die häufigsten eingesetzten Medikamente zur Behandlung von Schmerz waren in Allgemeinen Krankenhäusern Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR), andere Nicht-Opioide, starke Opioide und Paracetamol. In Pflegeheimen wurden am häufigsten starke Opioide und NSAR eingesetzt.

Qualitätsindikatoren Schmerz

Eine allgemeine Beschreibung der Qualitätsindikatoren finden Sie auf Seite 22.

Es liegen auswertbare Daten von 35 Allgemeinen Krankenhäusern und 5 Pflegeheimen mit insgesamt 240 Stationen/Wohnbereichen vor.

In Tabelle 8.3 werden die vorhandenen Qualitätsindikatoren zu Schmerz auf Einrichtungsebene dargestellt und in Tabelle 8.4 die Qualitätsindikatoren auf Stations- und Wohnbereichsebene.

Tabelle 8.3 Anzahl der Qualitätsindikatoren Schmerz auf Einrichtungsebene

	Allgemeine Krankenhäuser (n=35)	Pflegeheime (n=5)	Einrichtungen Gesamt (n=40)
Standard/ Leitlinie	29	4	33
Multidisziplinäres ExpertInnenteam	28	4	32

Tabelle 8.4 Qualitätsindikatoren Schmerz Maßnahmen auf Stations- und Wohnbereichsebene

	Allgemeine Krankenhäuser (n=220)	Pflegeheime (n=20)	Einrichtungen Gesamt (n=240)
Regelmäßige Audits	71,8 %	100 %	74,2 %
Fortbildung	41,8 %	95,0 %	46,3 %

ZUSAMMENFASSUNG

Die *Pflegequalitätserhebung 2.0* wurde am 13. November 2018 durchgeführt. Dabei konnte erneut ein guter Einblick in die Prävalenz, Prävention und Behandlung der Pflegeindikatoren Dekubitus, Kontinenz, Mangelernährung, Sturz und freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen sowie Schmerzen gewonnen werden. Darüber hinaus konnten Erkenntnisse zu verschiedenen Qualitätsindikatoren auf Einrichtungs- und Stationsebene erzielt werden. Im Jahr 2018 konnten Daten von 40 österreichischen Gesundheitseinrichtungen analysiert werden. Nachfolgend werden die wichtigsten Ergebnisse zu den einzelnen Pflegeindikatoren, die aus den Daten dieser Einrichtungen gewonnen werden konnten, zusammengefasst.

Stichprobe und Pflegeabhängigkeit

Zum Zeitpunkt der Erhebung wurden 4974 Personen auf den teilnehmenden Stationen betreut. Insgesamt lag von 3658 PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen eine schriftliche informierte Zustimmung zur Datenerhebung vor. Generell konnte festgestellt werden, dass der Anteil an teilnehmenden Frauen in allen Einrichtungen höher war als der Anteil an teilnehmenden Männern. BewohnerInnen der Pflegeheime waren älter als PatientInnen der Allgemeinen Krankenhäuser. Die durchschnittliche Pflegeabhängigkeit in Allgemeinen Krankenhäusern lag bei 67 Punkten, was eine überwiegende Pflegeunabhängigkeit darstellt. In Pflegeheimen betrug die durchschnittliche Pflegeabhängigkeit 46 Punkte, was eine teilweise Abhängigkeit bedeutet.

Dekubitus

Das Dekubitusrisiko wurde im Rahmen der *Pflegequalitätserhebung 2.0* anhand der Bradenskala und dem klinischen Blick eingeschätzt. Das Dekubitusrisiko gemäß Bradenskala war in den Pflegeheimen mit 71,4 % höher als in den Allgemeinen Krankenhäusern (31,7 %). Die meisten Dekubitus der Allgemeinen Krankenhäuser entstanden bereits vor der Aufnahme in die Einrichtung. Zwei Drittel (66,7 %) aller Dekubitus in den Pflegeheimen entstanden nach der Aufnahme in die Einrichtung. Die Dekubitus in beiden Einrichtungsarten wurden am häufigsten der Kategorie 2 zugeordnet. Insgesamt lässt sich festhalten, dass die meisten Dekubitus sowohl in den Allgemeinen Kranken-

häusern als auch in den Pflegeheimen am Kreuzbein (50 %) und der Ferse (22,7 %) lokalisiert waren. Im Rahmen der *Pflegequalitätserhebung 2.0* wurden auch die durchgeführten Präventionsmaßnahmen erhoben. In Allgemeinen Krankenhäusern wurden bei 7,5 % der PatientInnen mit Risiko keine präventiven Maßnahmen durchgeführt. Die häufigsten Maßnahmen zur Prävention von Dekubitus waren die Hautinspektion und die Verwendung von Feuchtigkeits- oder Hautschutzcremes/-produkten, gezielte Bewegungsförderung/Mobilisation, die Verwendung von passiv druckverteilenden Matratzen oder die Freilagerung der Fersen/Anheben der Fersen. Wechsellagerungen wurden in den Pflegeheimen (48,2 %) öfter durchgeführt als in den Allgemeinen Krankenhäusern (28,9 %). Sitzaufgaben wurden in den Pflegeheimen (51,8 %) häufiger verwendet als in den Allgemeinen Krankenhäusern (10,7 %).

Kontinenz

Neben Dekubitus wurden auch Informationen zur Häufigkeit, Prävention und Behandlung von Inkontinenz erhoben. Urininkontinenz (exklusive Katheter) kam in den Pflegeheimen (62,5 %) häufiger vor als in den Allgemeinen Krankenhäusern (14,3 %). In beiden Einrichtungsarten waren Frauen häufiger von Urininkontinenz betroffen als Männer. Die Urininkontinenz bestand, sowohl bei den meisten betroffenen PatientInnen als auch PflegeheimbewohnerInnen, schon vor der Aufnahme in die Einrichtung. Stuhlinkontinenz trat häufiger bei BewohnerInnen von Pflegeheimen (23,9 %) auf als bei PatientInnen der Allgemeinen Krankenhäuser (7,5 %). 32,1 % der PatientInnen in den Allgemeinen Krankenhäusern sowie 34,5 % der BewohnerInnen in den Pflegeheimen litten unter einer Doppelinkontinenz (exklusive Katheter). 4,4% der PatientInnen der Allgemeinen Krankenhäuser und 3,4 % der BewohnerInnen der Pflegeheime mit Inkontinenz litten unter einer Inkontinenz-assoziierten Dermatitis. Es gibt eine Vielzahl von Maßnahmen, die bei inkontinenten PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen eingeleitet werden können. Die häufigsten Maßnahmen bei urininkontinenten PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen in beiden Einrichtungsarten waren absorbierende Produkte/ableitende Hilfsmittel. Die zweithäufigste Maßnahme war die Anpassung der Bekleidung und der Umgebung. In den Pflegeheimen wurden außerdem häufig regelmäßige individuelle Toilettengänge durchgeführt (50,6 %). Am seltensten wurden in beiden Einrichtungsarten gesamt betrachtet ein Blasentagebuch geführt.

Mangelernährung

Es wurde die Häufigkeit von ernährungsrelevanten Risikofaktoren, die Erfassung des Ernährungszustandes und die Durchführung ernährungsbezogener Interventionen erfragt. Gemäß der Definition von Halfens et al.¹³¹ hatten 12,2 % der PatientInnen in den Allgemeinen Krankenhäusern und 18,0 % der PflegeheimbewohnerInnen ein Risiko für Mangelernährung. Insgesamt betrachtet waren eher Frauen als Männer sowie über 80-jährige Personen von einem Mangelernährungsrisiko betroffen. Bei einem Mangelernährungsrisiko sowie bei bestehender Mangelernährung bietet sich die Durchführung von ernährungsbezogenen Maßnahmen, wie beispielsweise das Hinzuziehen einer/s DiätologIn oder das Anbieten von Zusatznahrungen, an. Die häufigsten eingeleiteten Maßnahmen aller Einrichtungen bei PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen mit einem Mangelernährungsrisiko waren die Durchführung eines Screenings hinsichtlich Mangelernährung sowie das Angebot von Wunschkost, gefolgt von der Überweisung an eine/n DiätologIn. Weitere häufig durchgeführte Maßnahmen in den Pflegeheimen waren die Anreicherung von (Zwischen-)Mahlzeiten und das Anpassen des Ambientes.

Sturz

Daten zu Stürzen in der Einrichtung wurden innerhalb der letzten 30 Tage vor der Erhebung erhoben. Innerhalb der letzten 30 Tage stürzten 3,4 % der PatientInnen und 18,6 % der BewohnerInnen in der jeweiligen Einrichtung. Alle PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen, die in den letzten 12 Monaten bereits gestürzt waren, wurden als PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen mit Sturzrisiko eingestuft. Dies betraf nahezu ein Viertel der PatientInnen und mehr als die Hälfte der BewohnerInnen. BewohnerInnen nahmen häufiger sedierende und/oder psychotrope Medikamente ein, die einen Sturz begünstigen/verursachen können als PatientInnen (57,2 % vs. 33,2 %).

In den Allgemeinen Krankenhäusern führten 42,9 % und in den Pflegeheimen 38,0 % der einrichtungsinternen Stürze zu Verletzungen. Bezogen auf die einrichtungsinternen Stürze zeigte sich, dass der Großteil der resultierenden Verletzungen in beiden Einrichtungsarten leichte Verletzungen waren. Die am häufigsten eingesetzte sturzpräventive Maßnahme war die Evaluierung des Schuhwerks, gefolgt von der Evaluierung der Hilfsmittel, die Sicherheitsanpassung der Umgebung, die PatientInnenedukation sowie die Evaluierung der

Medikation. Es konnte festgestellt werden, dass in den Allgemeinen Krankenhäusern weniger sturzpräventive Maßnahmen ergriffen wurden als in den Pflegeheimen.

Freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen

Die Daten zu freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen zeigen, dass bei 4,1 % der PatientInnen der Allgemeinen Krankenhäuser und 8,3 % der BewohnerInnen in den Pflegeheimen freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen angewendet wurden. Dabei kamen vor allem mechanische Maßnahmen wie Seitenteile und Fixierungen zum Einsatz. Die Weitergabe an Information an Betroffene/Angehörige war die häufigsten Begleitmaßnahme in den beiden Einrichtungsarten. In den Pflegeheimen wurde die Evaluierung der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen sowie die Dokumentation der freiheitsein-/beschränkenden Maßnahmen häufig als Begleitmaßnahme gesetzt. Hauptgrund für freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen war, neben der Angabe von sonstigen Gründen, die Sturzprävention.

Schmerz

Im letzten Abschnitt der Erhebung wurden Daten zu Schmerzen erfasst. 60,4 % der PatientInnen in Allgemeinen Krankenhäusern und 40,9 % der BewohnerInnen in Pflegeheimen litten in den letzten 7 Tagen vor der Befragung unter Schmerzen. 38,2 % aller PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen hatten zum Zeitpunkt der Befragung Schmerzen (momentane Schmerzen). Insgesamt gaben 61,8 % der Frauen und 55,7 % der Männer an, in den letzten 7 Tagen Schmerzen gehabt zu haben. Von allen TeilnehmerInnen gaben 35,4 % an, starke, sehr starke oder unerträgliche Schmerzen zu haben. 56,1 % der PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen mit Schmerzen in den letzten 7 Tagen haben nicht-pharmakologische Maßnahmen erhalten und 84,6 % der PatientInnen/PflegeheimbewohnerInnen pharmakologische Maßnahmen. Zur Behandlung von Schmerzen wurde als häufigste nicht-pharmakologische Maßnahme in beiden Einrichtungsarten Physiotherapie durchgeführt. Eine weitere häufig angewendete, nicht-pharmakologische Maßnahme war die PatientInnenedukation. Die häufigsten eingesetzten Medikamente zur Behandlung von Schmerz waren NSAR, gefolgt von anderen Nicht-Opioiden, starken Opioiden und Paracetamol.

Qualitätsindikatoren

Standards oder Leitlinien und Multidisziplinäre ExpertInnenteams waren vor allem zu Dekubitus, Sturz und Schmerz vorhanden.

Qualitätsindikatoren auf Stations-/Wohnbereichsebene wurden in Pflegeheimen häufiger erfüllt als in Allgemeinen Krankenhäusern. Die Aufzeichnung des Risikos/der Maßnahmen in der Krankenakte waren neben der standardisierten Informationsweitergabe die am häufigsten erfüllten Indikatoren. Regelmäßige Audits wurden am häufigsten zum Thema Schmerz abgehalten. Multidisziplinäre Beratungen wurden häufig bezüglich Mangelernährung durchgeführt.

In Pflegeheimen wurden zu allen Pflegeindikatoren seltener Fortbildungen angeboten als in Allgemeinen Krankenhäusern.

SCHLUSSBEMERKUNG

Durch die *Pflegequalitätserhebung 2.0* 2018 konnten Daten zur Prävalenz, Prävention und Behandlung der Pflegeindikatoren Dekubitus, Kontinenz, Mangelernährung, Sturz, freiheitsein-/beschränkende Maßnahmen und Schmerz auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene in österreichischen Einrichtungen gewonnen werden.

Limitationen

Jedes Forschungsprojekt weist Einschränkungen/Limitationen auf. Im Vorfeld zur Datenerhebung war es notwendig, die schriftliche Einverständniserklärung der PatientInnen und PflegeheimbewohnerInnen bzw. der gesetzlichen VertreterInnen einzuholen. Dies war in manchen Einrichtungen nicht einfach. Vor allem ältere Personen scheuten vor einer Unterschrift zurück, obwohl sie gegen die Befragung und Inspektion keine Einwände gehabt hätten. Die Erhebung der schriftlichen Zustimmung führte dazu, dass einige Personen nicht teilnehmen konnten/wollten, dadurch wurden eventuell gerade diejenigen Personen ausgeschlossen, die hinsichtlich der Pflegeindikatoren wie z.B. Sturz und Dekubitus, risikogefährdet oder betroffen waren.

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

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

Evaluierung der teilnehmenden Einrichtungen

Bei einer Befragung in regelmäßig teilnehmenden österreichischen Einrichtungen (d.h. Teilnahme seit mindestens 3 Jahren) gaben die beteiligten Pflegenden an, dass die Möglichkeit der Qualitätssicherung sowie die Nutzung der Daten für interne Diskussionen und Reflexion große Vorteile der *Pflegequalitätserhebung 2.0* sind. Es wurde auch hervorgehoben, dass es die österreichweit einzige Möglichkeit zur Erfassung der Pflegequalität ist, mit dem Zusatz auch Vergleiche mit anderen Einrichtungen durchführen zu können. Die Möglichkeit, die Entwicklung der eigenen Einrichtung über verschiedene Jahre hinweg zu beobachten, um Erfolge feststellen zu können, war ein weiterer wesentlicher Punkt, der von den teilnehmenden Einrichtungen genannt wurde.

Es wurde betont, dass im pflegerischen Alltag oftmals Organisations- und Managementbelange fokussiert werden und pflegerische Themen dabei oft verloren gehen. Durch diese Erhebung wird die fachliche Auseinandersetzung mit den pflegerischen Themen gestärkt und vermehrt in den Fokus des Teams gerückt. Diese fachliche Auseinandersetzung und die damit gewonnenen Zahlen und Fakten helfen dabei Verbesserungspotentiale zu erkennen. Die teilnehmenden Einrichtungen betrachteten die Erhebung und die gewonnenen Daten als eine gute Möglichkeit zur Anerkennung und Wertschätzung der geleisteten Arbeit ihrer MitarbeiterInnen. Die Datenerhebung durch zwei Pflegenden (eine/einer von der Station/Wohnbereich und eine/einer von einer anderen Station/Wohnbereich) ermöglicht es den Beteiligten auch andere Stationen kennenzulernen und so „über den Tellerrand zu blicken“, was ebenfalls als sehr positiv wahrgenommen wurde.

Es werden jedoch nicht nur regelmäßig teilnehmende Einrichtungen um Feedback gebeten, sondern alle Einrichtungen, die an der *Pflegequalitätserhebung 2.0* teilnehmen. Dieses Feedback war bisher jedes Jahr durchgehend sehr positiv und die *Pflegequalitätserhebung 2.0* wurde als interessant, hilfreich und wichtig für die Pflegepraxis bewertet.

**Wir ermutigen alle Gesundheitseinrichtungen
in Österreich (weiterhin) teilzunehmen!**

ANHANG

Glossar/Abkürzungsverzeichnis

Assessment	Ermittlung, Einschätzung
Benchmarking	Kontinuierlicher Vergleich mit anderen Einrichtungen um Unterschiede und gegebenenfalls Möglichkeiten zur Verbesserung zu identifizieren ¹³⁴
Bradenskala	Instrument zur Einschätzung des Dekubitusrisikos
Inzidenz	Häufigkeit des Auftretens einer Krankheit/eines Problems in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einem bestimmten Zeitraum ¹¹⁹
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool, Instrument zur Erfassung des Mangelernährungsrisikos ^{129, 135}
n	Absolute Anzahl an Einrichtungen/Stationen
N	Absolute Anzahl an PatientInnen/BewohnerInnen
NSAR	Nichsteroidales Antirheumatikum
PAS	Pflegeabhängigkeitsskala
Prävalenz	Die Prävalenz ist der Anteil von Personen mit einem bestimmten Pflegeindikator wie Dekubitus, etc., welche zu einem bestimmten Zeitpunkt (z.B. am 13. November 2018) festgestellt wird. ¹¹⁹
SNAQ	Short Nutritional Assessment Questionnaire

Literatur

1. Hughes R. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*; 2008.
2. Kottner J, Dassen T. Dekubitusprävalenzmessung und Interrater-Reliabilität. *Pflegewissenschaft*. 2008;9:499-503.
3. Carryer J, Weststrate J, Yeung P, Rodgers V, Towers A, Jones M. Prevalence of key care indicators of pressure injuries, incontinence, malnutrition, and falls among older adults living in nursing homes in New Zealand. *Research in nursing & health*. Dec 2017;40(6):555-563.
4. Lahmann NA, Halfens RJ, Dassen T. Prevalence of pressure ulcers in Germany. *Journal of clinical nursing*. Feb 2005;14(2):165-172.
5. Abizanda P, Sinclair A, Barcons N, Lizan L, Rodriguez-Manas L. Costs of Malnutrition in Institutionalized and Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*. Jan 2016;17(1):17-23.
6. Guest JF, Fuller GW, Vowden P. Venous leg ulcer management in clinical practice in the UK: costs and outcomes. *International wound journal*. Feb 2018;15(1):29-37.
7. Eglseer D, Hödl M, Lohrmann C. „Das Unsichtbare sichtbar machen“. *ProCare*. March 01 2017;22(3):46-46.
8. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *The Milbank quarterly*. 2005;83(4):691-729.
9. Amir Y, Tan FE, Halfens R, Lohrmann C, Schols J. Pressure Ulcer Prevalence and Care in Indonesian Hospitals: A Multicenter, Cross-sectional Evaluation Using an Extended Donabedian Model. *Ostomy/wound management*. Feb 2017;63(2):8-23.
10. Van Nie-Visser N. *Malnutrition in nursing home residents in the Netherlands, Germany and Austria*, Maastricht University; 2014.

11. Simon M, Schmidt S, Schwab C, Hasselhorn H, Bartholomeyczik S. Messung der Pflegequalität in der Langzeitpflege Eine vergleichende Analyse von Pflegetransparentenzkriterien, bewohnerbezogenen Indikatoren und Beurteilungen der Mitarbeiter. *Bundesgesundheitsblatt*. 2013;56: 1088-1097.
12. Schönherr S, Mandl M, Lohrmann C. Gutes Sehen, Gutes Hören, Gutes Sagen - Pflegequalität als ein Thema für Österreich. *Österreichische Pflegezeitschrift*. 2012;12:20-22.
13. National Pressure Ulcer Advisory Panel EPUAPaPPPIAN, EPUAP & PPPIA). 'Prevention and treatment of pressure ulcer: quick reference guide. *Cambridge Media*:. Available at: <http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/quick-reference-guide-digital-npuap-epuap-pppia-jan2016.pdf>.
14. Hauss A, Greshake S, Skiba T, Schmidt K, Rohe J, Jurgensen JS. Systematic pressure ulcer risk management.: Results of implementing multiple interventions at Charite-Universitätsmedizin Berlin. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2016;113:19-26.
15. Serraes B, van Leen M, Schols J, Van Hecke A, Verhaeghe S, Beeckman D. Prevention of pressure ulcers with a static air support surface: A systematic review. *International wound journal*. Jun 2018;15(3):333-343.
16. Wogamon CL. Exploring the Effect of Educating Certified Nursing Assistants on Pressure Ulcer Knowledge and Incidence in a Nursing Home Setting. *Ostomy/wound management*. Sep 2016;62(9):42-50.
17. Baath C, Idvall E, Gunningberg L, Hommel A. Pressure-reducing interventions among persons with pressure ulcers: results from the first three national pressure ulcer prevalence surveys in Sweden. *Journal of evaluation in clinical practice*. Feb 2014;20(1):58-65.
18. Lohrmann CH. *Pflegequalitätserhebung 08. April 2014*: Institut für Pflegewissenschaften, Medizinische Universität Graz; 2014.
19. Lohrmann CH. *Pflegequalitätserhebung 12. April 2016*: Insitut für Pflegewissenschaften, Medizinische Universität Graz 2016.

20. Eglseer D, Hodl M, Lohrmann C. Nutritional management of older hospitalised patients with pressure injuries. *International wound journal*. Feb 2019;16(1):226-232.
21. Kasikci M, Aksoy M, Ay E. Investigation of the prevalence of pressure ulcers and patient-related risk factors in hospitals in the province of Erzurum: A cross-sectional study. *Journal of tissue viability*. Aug 2018;27(3):135-140.
22. Rasero L, Simonetti M, Falciani F, Fabbri C, Collini F, Dal Molin A. Pressure Ulcers in Older Adults: A Prevalence Study. *Advances in skin and wound care*. Oct 2015;28(10):461-464.
23. Tsaousi G, Stavrou G, Ioannidis A, Salonikidis S, Kotzampassi K. Pressure ulcers and malnutrition: results from a snapshot sampling in a university hospital. *Medical principles and practice*. 2015;24(1):11-16.
24. Aljezawi M, Al Qadire M, Tubaishat A. Pressure ulcers in long-term care: a point prevalence study in Jordan. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*. Mar-Apr 2014;23(6):S4, s6, s8, s10-11.
25. Igarashi A, Yamamoto-Mitani N, Gushiken Y, Takai Y, Tanaka M, Okamoto Y. Prevalence and incidence of pressure ulcers in Japanese long-term-care hospitals. *Archives of gerontology and geriatrics*. Jan-Feb 2013;56(1):220-226.
26. Lohrmann CH. *Pflegequalitätserhebung 14. April 2015*: Institut für Pflegewissenschaften, Medizinische Universität Graz 2015.
27. Woo KY, Sears K, Almost J, Wilson R, Whitehead M, VanDenKerkhof EG. Exploration of pressure ulcer and related skin problems across the spectrum of health care settings in Ontario using administrative data. *International wound journal*. Feb 2017;14(1):24-30.
28. Akbari Sari A, Doshmanghir L, Neghaban Z, Ghiasipour M, Beheshtizavareh Z. Rate of Pressure Ulcers in Intensive Units and General Wards of Iranian Hospitals and Methods for Their Detection. *Iranian journal of public health*. Jun 2014;43(6):787-792.

29. Coyer F, Miles S, Gosley S, et al. Pressure injury prevalence in intensive care versus non-intensive care patients: A state-wide comparison. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*. Sep 2017;30(5):244-250.
30. Eberlein-Gonska M, Petzold T, Helass G, Albrecht DM, Schmitt J. The incidence and determinants of decubitus ulcers in hospital care: an analysis of routine quality management data at a university hospital. *Deutsches Ärzteblatt*. Aug 2013;110(33-34):550-556.
31. Vetrano DL, Landi F, De Buyser SL, et al. Predictors of length of hospital stay among older adults admitted to acute care wards: a multicentre observational study. *European journal of internal medicine*. Jan 2014;25(1):56-62.
32. Sebba Tosta de Souza DM, Veiga DF, Santos ID, Abla LE, Juliano Y, Ferreira LM. Health-Related Quality of Life in Elderly Patients With Pressure Ulcers in Different Care Settings. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*. Jul-Aug 2015;42(4):352-359.
33. Demarre L, Van Lancker A, Van Hecke A, et al. The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review. *International journal of nursing studies*. Nov 2015;52(11):1754-1774.
34. Gibson W, Wagg A. Incontinence in the elderly, 'normal' ageing, or unaddressed pathology? *Nature reviews urology*. Jul 2017;14(7):440-448.
35. Abrams PICS. Incontinence: 6th International Consultation on Incontinence. *6th International Consultation on Incontinence*. Tokyo: International Continence Society; 2017.
36. Halfens RJ, Meesterberends E, van Nie-Visser NC, et al. International prevalence measurement of care problems: results. *Journal of advanced nursing*. Sep 2013;69(9):e5-17.
37. Frieling T. Incontinence - Etiology, diagnostics and Therapy. *Deutsche medizinische Wochenschrift (1946)*. Aug 2016;141(17):1251-1260.

38. Mandl M, Halfens RJG, Lohrmann C. Incontinence care in nursing homes: a cross-sectional study. *Journal of advanced nursing*. 2015;71(9):2142-2152.
39. Minassian VA, Bazi T, Stewart WF. Clinical epidemiological insights into urinary incontinence. *International urogynecology journal*. May 2017;28(5):687-696.
40. Saiki L, Meize-Grochowski R. Urinary incontinence and psychosocial factors associated with intimate relationship satisfaction among midlife women. *Journal of obstetric, gynecologic, & neonatal nursing: Clinical scholarship for the care of women, childbearing families, & newborns*. 2017;46(4):555-566.
41. Sze EHM, Barker CD, Hobbs G. A cross-sectional survey of the relationship between fecal incontinence and constipation. *International urogynecology journal*. Jan 2013;24(1):61-65.
42. Yip SO, Dick MA, McPencow AM, Martin DK, Ciarleglio MM, Erekson EA. The association between urinary and fecal incontinence and social isolation in older women. *American journal of obstetrics and gynecology*. Feb 2013;208(2):146.e141-147.
43. Avery JC, Stocks NP, Duggan P, et al. Identifying the quality of life effects of urinary incontinence with depression in an Australian population. *BMC urology*. Feb 16 2013;13:11.
44. Bedretdinova D, Fritel X, Zins M, Ringa V. The Effect of Urinary Incontinence on Health-related Quality of Life: Is It Similar in Men and Women? *Urology*. May 2016;91:83-89.
45. Minassian VA, Devore E, Hagan K, Grodstein F. Severity of urinary incontinence and effect on quality of life in women by incontinence type. *Obstetrics and gynecology*. May 2013;121(5):1083-1090.
46. Townsend MK, Matthews CA, Whitehead WE, Grodstein F. Risk factors for fecal incontinence in older women. *The American journal of gastroenterology*. Jan 2013;108(1):113-119.

47. Coyne KS, Wein A, Nicholson S, Kvasz M, Chen CI, Milsom I. Economic burden of urgency urinary incontinence in the United States: a systematic review. *Journal of managed care pharmacy*. Feb 2014;20(2):130-140.
48. Tapia CI, Khalaf K, Berenson K, Globe D, Chancellor M, Carr LK. Health-related quality of life and economic impact of urinary incontinence due to detrusor overactivity associated with a neurologic condition: a systematic review. *Health and quality of life outcomes*. Jan 31 2013;11:13.
49. Graf von der Schulenburg JM, Mittendorf T, Clouth J, Stoeber Y, Greiner W. Kosten der Harninkontinenz in Deutschland. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*. 22.10.2007 2007;12(05):301-309.
50. Powell LC, Szabo SM, Walker D, Gooch K. The economic burden of overactive bladder in the United States: A systematic literature review. *Neurourology and urodynamics*. Apr 2018;37(4):1241-1249.
51. Elia M. *Clinical Nutrition*: Gibney, MJ, Nutrition Society, Elia, M, Ljungqvist, O & Dowsett, ; 2005.
52. Ruiz AJ, Buitrago G, Rodriguez N, et al. Clinical and economic outcomes associated with malnutrition in hospitalized patients. *Clinical nutrition*. Jun 1 2018.
53. O'Shea E, Trawley S, Manning E, Barrett A, Browne V, Timmons S. Malnutrition in Hospitalised Older Adults: A Multicentre Observational Study of Prevalence, Associations and Outcomes. *The journal of nutrition, health & aging*. 2017;21(7):830-836.
54. Roller RE, Eglseer D, Eisenberger A, Wirnsberger GH. The Graz Malnutrition Screening (GMS): a new hospital screening tool for malnutrition. *The British journal of nutrition*. Feb 28 2016;115(4):650-657.
55. Correia M, Perman MI, Waitzberg DL. Hospital malnutrition in Latin America: A systematic review. *Clinical nutrition*. Aug 2017;36(4):958-967.
56. Lee H, Kang J, Kim E, Kim W. Prevalence of Malnutrition in Hospitalized Elderly Korean Patients Based on Mini Nutritional Assessment-Short Form. *Journal of clinical Nutrition*. 2014;6(1):24-29.

57. Schönherr S, Halfens R, Lohrmann C. Mangelernährung in österreichischen Krankenhäusern und Pflegeheimen- Ergebnisse von wiederholten Querschnittstudien. *Aktuelle Ernährungsmedizin*. 2014;39:110-116.
58. Wham C, Fraser E, Buhs-Catterall J, Watkin R, Gammon C, Allen J. Malnutrition risk of older people across district health board community, hospital and residential care settings in New Zealand. *Australasian journal on ageing*. Sep 2017;36(3):205-211.
59. Lohrmann CH. *Pflegequalitätserhebung 14. November 2017*: Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz 2017.
60. Bell CL, Lee AS, Tamura BK. Malnutrition in the nursing home. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*. Jan 2015;18(1):17-23.
61. Madeira T, Peixoto-Placido C, Sousa-Santos N, et al. Malnutrition among older adults living in Portuguese nursing homes: the PEN-3S study. *Public health nutrition*. Oct 15 2018:1-12.
62. Stange I, Poeschl K, Stehle P, Sieber CC, Volkert D. Screening for malnutrition in nursing home residents: comparison of different risk markers and their association to functional impairment. *The journal of nutrition, health & aging*. Apr 2013;17(4):357-363.
63. Vandewoude M, van Wijngaarden J, De Maesschalck L, Luiking Y, Van Gossom A. The prevalence and health burden of malnutrition in Belgian older people in the community or residing in nursing homes: results of the NutriAction II study. *Ageing clinical and experimental research*. Apr 30 2018.
64. Boulos C, Salameh P, Barberger-Gateau P. Social isolation and risk for malnutrition among older people. *Geriatrics & gerontology international*. 2017;17(2):286-294.
65. Favaro-Moreira NC, Krausch-Hofmann S, Matthys C, et al. Risk Factors for Malnutrition in Older Adults: A Systematic Review of the Literature Based on Longitudinal Data. *Advances in nutrition*. May 2016;7(3):507-522.

66. Omidvari AH, Vali Y, Murray SM, Wonderling D, Rashidian A. Nutritional screening for improving professional practice for patient outcomes in hospital and primary care settings. *The Cochrane database of systematic reviews*. Jun 2013(6):Cd005539.
67. Hernandez-Galiot A, Goni I. Quality of life and risk of malnutrition in a home-dwelling population over 75 years old. *Nutrition*. Mar 2017;35:81-86.
68. Khalatbari-Soltani S, Marques-Vidal P. The economic cost of hospital malnutrition in Europe; a narrative review. *Clinical nutrition ESPEN*. Jun 2015;10(3):e89-e94.
69. Torres Torres B, Ballesteros Pomar MD, Garcia Calvo S, et al. [Clinical and economic implications of disease-related malnutrition in a surgical service]. *Nutricion hospitalaria*. Feb 2018;35(2):384-391.
70. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *The Cochrane database of systematic reviews*. Sep 2015(9):Cd007146.
71. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Falls in older people: assessing risk and Falls in older people: assessing risk and prevention. *NICE clinical guideline 161*. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg161>. Accessed 01.02.2019.
72. Rowan L, Veenema TG. Decreasing Falls in Acute Care Medical Patients: An Integrative Review. *Journal of nursing care quality*. Oct/Dec 2017;32(4):340-347.
73. Group KIW. The prevention of falls in later life. A report of the Kellogg International Work Group on the Prevention of Falls by the Elderly. *Danish medical bulletin*. Apr 1987;34 Suppl 4:1-24.
74. Morello RT, Barker AL, Watts JJ, et al. The extra resource burden of in-hospital falls: a cost of falls study. *The Medical journal of Australia*. Nov 2015;203(9):367.

75. Jacobi L, Petzold T, Hanel A, Albrecht M, Eberlein-Gonska M, Schmitt J. Epidemiology and prediction of the risk of falling in patients in acute care settings: Analysis of routine data from a university hospital. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. Feb 2017;120:9-15.
76. Sharif SI, Al-Harbi AB, Al-Shihabi AM, Al-Daour DS, Sharif RS. Falls in the elderly: assessment of prevalence and risk factors. *Pharmacy practice*. Jul-Sep 2018;16(3):1206.
77. Bor A, Matuz M, Csator dai M, et al. Medication use and risk of falls among nursing home residents: a retrospective cohort study. *International journal of clinical pharmacy*. Apr 2017;39(2):408-415.
78. Lukaszyc C, Harvey L, Sherrington C, et al. Risk factors, incidence, consequences and prevention strategies for falls and fall-injury within older indigenous populations: a systematic review. *Australian and New Zealand journal of public health*. Dec 2016;40(6):564-568.
79. Zeeh J, Reinhardt, Y & Heppner, HJ Stürze im Alter. *MMW Fortschritte der Medizin*. 2017;13.
80. Alekna V, Stukas R, Tamulaityte-Morozoviene I, Surkiene G, Tamulaitiene M. Self-reported consequences and healthcare costs of falls among elderly women. *Medicina*. 2015;51(1):57-62.
81. Buchele G, Becker C, Cameron ID, König HH, Robinovitch S, Rapp K. Predictors of serious consequences of falls in residential aged care: analysis of more than 70,000 falls from residents of Bavarian nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*. Aug 2014;15(8):559-563.
82. Evans D, Pester J, Vera L, Jeanmonod D, Jeanmonod R. Elderly fall patients triaged to the trauma bay: age, injury patterns, and mortality risk. *The American journal of emergency medicine*. Nov 2015;33(11):1635-1638.
83. Gazibara T, Kurtagic I, Kistic-Tepavcevic D, et al. Falls, risk factors and fear of falling among persons older than 65 years of age. *Psychogeriatrics: the official journal of the Japanese Psychogeriatric Society*. Jul 2017;17(4):215-223.

84. Statistik Austria. Todesursachenstatistik 2017. Available at: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/todesursachen/todesursachen_im_ueberblick/index.html. Accessed 01.02.2019.
85. Wirtschaftsstandort ABfDu. Bundesrecht: Gesamte Rechtsvorschrift für Heimaufenthaltsgesetz. Available at: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=2000323>. Accessed 01.02.2019.
86. Gu T, Wang X, Deng N, Weng W. Investigating influencing factors of physical restraint use in China intensive care units: A prospective, cross-sectional, observational study. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*. Jul 2018.
87. Kruger C, Mayer H, Haastert B, Meyer G. Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: a multi-centre cross-sectional study. *International journal of nursing studies*. Dec 2013;50(12):1599-1606.
88. van der Kooi AW, Peelen LM, Raijmakers RJ, et al. Use of physical restraints in Dutch intensive care units: a prospective multicenter study. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*. Nov 2015;24(6):488-495.
89. Estevez-Guerra GJ, Farina-Lopez E, Nunez-Gonzalez E, Gandoy-Crego M, Calvo-Frances F, Capezuti EA. The use of physical restraints in long-term care in Spain: a multi-center cross-sectional study. *BMC geriatrics*. Jan 21 2017;17(1):29.
90. Hofmann H, Schorro E, Haastert B, Meyer G. Use of physical restraint in nursing homes: a multicentre cross-sectional study. *BMC geriatrics*. Oct 2015;15:129.
91. Huang HC, Huang YT, Lin KC, Kuo YF. Risk factors associated with physical restraints in residential aged care facilities: a community-based epidemiological survey in Taiwan. *Journal of advanced nursing*. Jan 2014;70(1):130-143.
92. Möhler R, Meyer G. Attitudes of nurses towards the use of physical restraints in geriatric care: A systematic review of qualitative and quantitative studies. *International journal of nursing studies*. 2014;51.

93. Hofmann H, Hahn S. Characteristics of nursing home residents and physical restraint: a systematic literature review. *Journal of clinical nursing*. Nov 2014;23(21-22):3012-3024.
94. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen*: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege; 2011.
95. Assadeck H, Toudou Daouda M, Hassane Djibo F, Douma Maiga D, Adehossi Omar E. Prevalence and characteristics of chronic pain: Experience of Niger. *Scandinavian journal of pain*. Oct 2017;17:252-255.
96. Dahlhamer J, Lucas J, Zelaya C, et al. Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults - United States, 2016. *MMWR Morbidity and mortality weekly report*. Sep 2018;67(36):1001-1006.
97. Fayaz A, Croft P, Langford RM, Donaldson LJ, Jones GT. Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ open*. Jun 2016;6(6):e010364.
98. Gobina I, Villberg J, Valimaa R, et al. Prevalence of self-reported chronic pain among adolescents: Evidence from 42 countries and regions. *European journal of pain*. Aug 11 2018.
99. Shupler MS, Kramer JK, Cragg JJ, Jutzeler CR, Whitehurst DGT. Pan-Canadian estimates of chronic pain prevalence from 2000 to 2014: A Repeated Cross-Sectional Survey Analysis. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*. Nov 2018.
100. de Souza JB, Grossmann E, Perissinotti DMN, de Oliveira Junior JO, da Fonseca PRB, Posso IP. Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life Activities: Brazilian Population-Based Survey. *Pain research & management*. 2017;2017:4643830.
101. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. Dec 2012;380(9859):2163-2196.

102. Zoega S, Sveinsdottir H, Sigurdsson GH, Aspelund T, Ward SE, Gunnarsdottir S. Quality pain management in the hospital setting from the patient's perspective. *Pain practice : the official journal of World Institute of Pain*. Mar 2015;15(3):236-246.
103. Xiao H, Liu H, Liu J, et al. Pain Prevalence and Pain Management in a Chinese Hospital. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*. Nov 2018;24:7809-7819.
104. Abdulla A, Adams N, Bone M, et al. Guidance on the management of pain in older people. *Age and ageing*. Mar 2013;42 Suppl 1:i1-57.
105. Andrew R, Derry S, Taylor RS, Straube S, Phillips CJ. The costs and consequences of adequately managed chronic non-cancer pain and chronic neuropathic pain. *Pain practice : the official journal of World Institute of Pain*. Jan 2014;14(1):79-94.
106. Martini L, Hoffmann F. Comorbidity of chronic back pain and depression in Germany: Results from the GEDA study, 2009 and 2010. *Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen*. 2018;137:62-68.
107. Corbett A, Husebo BS, Achterberg WP, Aarstrand D, Erdal A, Flo E. The importance of pain management in older people with dementia. *British medical bulletin*. Sep 2014;111(1):139-148.
108. Amaral TF, Matos LC, Tavares MM, et al. The economic impact of disease-related malnutrition at hospital admission. *Clinical nutrition*. Dec 2007;26(6):778-784.
109. Heinze C, Halfens RJ, Dassen T. Falls in German in-patients and residents over 65 years of age. *Journal of clinical nursing*. 2007;16(3):495-501.
110. Suominen M, Muurinen S, Routasalo P, et al. Malnutrition and associated factors among aged residents in all nursing homes in Helsinki. *European journal of clinical nutrition*. Apr 2005;59(4):578-583.
111. Dijkstra A, Buist G, Dassen T. Nursing-Care Dependency. *Scandinavian journal of caring sciences*. 1996;10(3):137-143.

112. Lohrmann CH. *Die Pflegeabhängigkeitsskala: ein Einschätzungsinstrument für Heime und Kliniken – Eine methodologische Studie*: Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft, Charité Universitätsmedizin Berlin; 2003.
113. Mertens E, Tannen A, Lohrmann C, Dassen T. Nursing care dependence in the hospital. A descriptive study. *Pflege*. Oct 2002;15(5):195-201.
114. Bartholomeyczik, S & Halek, M. (Hrsg). *Assessmentinstrumente in der Pflege*. Wittener Schriften, 2009.
115. Marshall M, Campbell, S, Hacker, J & Roland, M. *Quality indicators for general practice A practical guide for health professionals and managers*: Royal Society of Medicine Press Ltd London; 2002.
116. Lohrmann CH. *Prävalenzerhebung 07. April 2009*: Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz; 2009.
117. Lohrmann CH. *Europäische Pflegequalitätserhebung 13. April 2010*: Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz; 2010.
118. Lohrmann CH. 2012, *Europäische Pflegequalitätserhebung 17. April 2012*: Institut für Pflegewissenschaft, Medizinische Universität Graz.; 2012.
119. Polit D, Beck C. *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*: Lippincott, Williams & Wilkins Philadelphia.; 2016.
120. Pirlich M, Schutz T, Norman K, et al. The German hospital malnutrition study. *Clinical nutrition*. Aug 2006;25(4):563-572.
121. Bours GJ, Halfens R, Berger M, Huijjer Abu-Saad H, Grol R. Development of a model for case-mix adjustment of pressure ulcer prevalence rates. *Medical Care*. Jan 2003;41(1):45-55.
122. Lahmann NA, Halfens RJ, Dassen T. Auditing pressure ulcer prevalence. Structure, processes and outcomes in annual surveys. *Verpleegkunde*. 2007;22(1):55.

123. Meijers JM, Candel MJMM, Schols JMGA, van Bokhorst-de van der Schueren MAE, Halfens RJG. Decreasing Trends in Malnutrition Prevalence Rates Explained by Regular Audits and Feedback. *The journal of nutrition*. 2009;139(7):1381-1386.
124. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Alten- und Pflegeheime in Österreich. Available at: <https://www.infoservice.sozialministerium.at/InfoService2/?jsessionid=F6253B8A4CF21FC5043D953D318C77CB?execution=e1s1>. Accessed 01.02.2019.
125. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, Holman V. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursing research*. Jul-Aug 1987;36(4):205-210.
126. Lohrmann CH. *Anleitung zur Pflegequalitätserhebung 14. November 2017*: Institut für Pflegewissenschaften, Medizinische Universität Graz 2017.
127. Beeckman D, Van den Bussche K, Alves P, et al. Towards an international language for Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): design and evaluation of psychometric properties of the Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD) in 30 countries. *The British journal of dermatology*. Jan 8 2018.
128. Beeckman D. A decade of research on Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): Evidence, knowledge gaps and next steps. *Journal of tissue viability*. 2017;26(1):47-56.
129. Elia M. *The ‚MUST‘ report. Nutritional screening for adults: a multidisciplinary responsibility. Development and use of the ‚Malnutrition Universal Screening Tool‘ (MUST) for adults*: British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN); 2003.
130. Kruizenga HM, de Vet HC, Van Marissing CM, et al. The SNAQ(RC), an easy traffic light system as a first step in the recognition of undernutrition in residential care. *The journal of nutrition, health & aging*. Feb 2010;14(2):83-89.
131. Lohrmann C. *Pflegequalitätserhebung 2.0 14.November 2017*. Graz: Medical University of Graz, Institute of Nursing Science; 2018.

132. Dutch Malnutrition Steering Group. Guideline on malnutrition: Recognising, diagnosing and treating malnutrition in adults. 2017. Available at: <http://www.fightmalnutrition.eu/wp-content/uploads/2017/09/Guideline-malnutrition-DMSG-2017.pdf>. Accessed 01.02.2019.
133. Schoberer D. *EBN-Sturzleitlinie*. Graz 2018.
134. Von Eiff W. *International Best Practices in Health Care Management*: Emerald Group Publishing Limited.
135. Todorovic V, Russell, C, Stratton, R, Ward, J & Elia, M 'The "MUST" Explanatory Booklet A Guide to the "Malnutrition Universal Screening Tool" (MUST) for Adults. Available at: http://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_explan.pdf. Accessed 01.02.2019.