



universität
wien

Fakultät für
Sozialwissenschaften
Institut für Pflegewissenschaft

Prävalenzerhebung zur Bettlägerigkeit und Ortsfixierung

- eine Pilotstudie



ENDBERICHT

November 2011

Dieses Projekt ist im Rahmen des „Dialog Universität und Praxis in der Pflege“ zwischen dem Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien und der Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung entstanden:



Dialog
Universität & Praxis in
der Pflege



Teilnehmende Geriatriezentren/Pflegewohnhäuser des Projekts

- Geriatriezentrum Baumgarten
- Sozialmedizinisches Zentrum Ost - Geriatriezentrum Donaustadt
- Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf - Geriatriezentrum
- Geriatriezentrum Liesing
- Pflegewohnhaus Leopoldstadt
- Sozialmedizinisches Zentrum Süd - Geriatriezentrum Favoriten
- Geriatriezentrum Am Wienerwald
- Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe - Otto Wagner Pflegezentrum
- Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital - Geriatriezentrum
- Geriatriezentrum Klosterneuburg
- Therapiezentrum Ybbs - Geriatriezentrum, Sozialmedizinisches Zentrum
- Geriatriezentrum St. Andrä/Traisen

Projektstab und Berichtverfassung

Projektleitung:	Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer
Wiss. Planung und Mitarbeit:	Hon.-Prof. Dr. Angelika Zegelin
Wiss. Mitarbeit und Statistik:	Prof. Dr. Herbert Mayer
Wiss. Mitarbeit:	Mag. Sabine Schrank

Kontaktadresse

Institut für Pflegewissenschaft
1080 Wien, Alserstraße 23/12
Telefon: +43/1/4277- 49801, Fax: +43/1/4277-9498
E-Mail: pflegewissenschaft@univie.ac.at

Dieses Projekt wurde aus Mitteln des Felix-Mandl Fonds finanziell unterstützt.

Inhaltsverzeichnis

1. Zusammenfassung	1
2. Projektbeschreibung und –architektur	7
3. Definitionen.....	8
3.1 Bettlägerigkeit	8
3.2 Ortsfixierung.....	8
4. Ausgangslage und theoretischer Hintergrund	9
5. Begründung der Studie und Studienziel	11
6. Studiendesign.....	12
6.1 Vollerhebung und Einschlusskriterien	12
6.2 Datenerhebung	13
6.3 Datenauswertung.....	14
6.3.1 Fehlende Antworten	14
7. Anzahl der teilgenommenen Institutionen und befragten BewohnerInnen	15
8. Merkmale der BewohnerInnen	16
8.1 Körperstatur BewohnerInnen	16
8.2 Aufenthaltsdauer in der Einrichtung.....	17
8.3 PatientInnenzahl/ Stationen	19
8.4 Bettruhe	21
9. Bettlägerigkeit.....	22
9.1 Bettlägerigkeit jetzt.....	22
9.2 Bettlägerigkeit vor 6 Monaten	23
9.3 Vergleich Bettlägerigkeit jetzt/ vor 6 Monaten.....	25
10. Ortsfixierung	26
10.1 Ortsfixierung jetzt	26
10.2 Ortsfixierung vor 6 Monaten	27
10.3 Vergleich Ortsfixierung jetzt/ vor 6 Monaten	29
11. Bettlägerigkeit nach Geschlecht, Körperstatur, Aufenthaltsdauer und PatientInnenzahl	29
11.1 Bettlägerigkeit nach Geschlecht.....	29
11.2 Bettlägerigkeit nach Körperstatur	30

11.3	Bettlägerigkeit nach Aufenthaltsdauer.....	31
11.4	Bettlägerigkeit nach PatientInnenzahl der Station.....	32
11.5	Schlussfolgerungen.....	33
12.	Ortsfixierung nach Geschlecht, Körperstatur, Aufenthaltsdauer und PatientInnenzahl..	34
12.1	Ortsfixierung nach Geschlecht	34
12.2	Ortsfixierung nach Körperstatur	35
12.3	Ortsfixierung nach Aufenthaltsdauer	36
12.4	Ortsfixierung nach PatientInnenzahl	37
12.5	Schlussfolgerungen.....	38
13.	Zusammenhang von Bettlägerigkeit und Ortsfixierung.....	39
14.	Gegenüberstellung Bettlägerigkeit/ Ortsfixierung nach Einrichtungen	43
15.	Ergebnisse der ExpertInneninterviews	44
15.1	Mögliche Faktoren für eine zunehmende Mobilitäts-beeinträchtigung.....	45
15.1.1	Zunehmender schlechterer Allgemeinzustand der BewohnerInnen bei Aufnahme.....	45
15.1.2	Medizinische Faktoren	46
15.1.3	Fehlen von Zielvorgaben.....	46
15.2	Mögliche Gründe für Unterschiede der Ergebnisse zwischen den Institutionen .	46
15.2.1	Einstellung und Haltung in der Pflege zu Mobilisation	47
15.2.2	Bauliche Strukturen und fehlende Hilfsmittel	47
15.3	Erforderliche Maßnahmen um Mobilitätszustand der BewohnerInnen zu verbessern.....	48
15.3.1	Anreize für Bewegung schaffen	48
15.3.2	Zusammenspiel der beteiligten Berufsgruppen.....	48
15.3.3	Bewegungsförderung als Thema der Fortbildung	49
16.	Ausblick.....	50
17.	Literaturverzeichnis	51
18.	Grafikverzeichnis	53
19.	Tabellenverzeichnis.....	54
20.	Anhang 1: Tabellen	55
21.	Anhang 2: Fragebogen.....	68

1. Zusammenfassung

Obwohl „Gehen zu können“ eine zentrale menschliche Aktivität darstellt, verlieren viele ältere Menschen aufgrund verschiedener, oftmals sehr komplexer Umstände ihre Mobilität, deren Verlust mit vielen Problemen einhergeht. Das „Dauerliegen“ wirkt zwar nicht unbedingt lebensverkürzend, zieht aber eine umfangreiche Liegepathologie nach sich, deren ungünstige Folgen alle Körpersysteme, die psychische Befindlichkeit und die Kognition betreffen.

Der Prozess des Bettlägerigwerdens wurde erstmals von Zegelin (2005) untersucht. In dieser Entwicklung lassen sich verschiedene Phasen, u.a. Instabilität, Ereignisphase und Immobilität unterscheiden. Als Ereignisse kommen (Beinahe-)Stürze, Klinikaufenthalte und der Heimeinzug in Betracht. Entscheidend für die Bettlägerigkeit ist dann der Eintritt in die Ortsfixierung, d.h. der Mensch ist nicht mehr in der Lage, sich selbst zu transferieren. Die Person kann nicht mehr Gehen, oft auch nicht mehr Stehen, bleibt „am Ort sitzen“ und benötigt für den Wechsel Hilfe. Diese Ortsfixierung geschieht meist schleichend, viele Menschen verbringen dann den Tag im Rollstuhl sitzend. Trotzdem gelten diese Menschen als „mobilisiert“, obwohl sie nur passiv „herausgesetzt“ werden. Projektergebnisse aus deutschen Altenheimen zeigen, dass diese Ortsfixierung etwa 30 bis 50% der BewohnerInnen betrifft (Reuther, Zegelin 2009; Reuther, Abt-Zegelin, Simon 2010) und in den ersten 18 Monaten nach Heimeinzug entsteht. Für Österreich lagen bis zum jetzigen Zeitpunkt keine derartigen Daten vor.

Die vorliegende Pilotstudie hatte zum Ziel eine erste Datenbasis im Hinblick auf die Verbreitung der Phänomene Bettlägerigkeit und Ortsfixierung in der Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung zu schaffen, um eine Aussage über die Prävalenz dieser beiden Phänomene machen zu können.

Es handelt sich bei diesem Projekt um ein Kooperationsprojekt zwischen 12 Einrichtungen der Geriatriezentren und Pflegewohnhäusern der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung und dem Institut für Pflegewissenschaft¹.

Der Studie liegt im Rahmen der quantitativen Forschung ein multizentrisch-deskriptives Studiendesign zu Grunde. Mittels eines quantitativen Fragebogens wurden alle BewohnerInnen hinsichtlich Bettlägerigkeit und Ortsfixierung eingeschätzt. Die Entscheidung erfolgte im Rahmen eines standardisierten Gruppeninterviews, in Übereinstimmung der

¹ Das Pflegewohnhaus Meidling, welches im Frühjahr 2011 in Betrieb gegangen ist, konnte bei der Erhebung die im März/April 2011 stattfand noch nicht berücksichtigt werden.

verantwortlichen Pflegeabteilungen im Rahmen einer Teambesprechung, bei der mindestens 2 Pflegepersonen anwesend sein mussten.

Der standardisierte Fragebogen (siehe Anhang S.68) enthielt zusätzlich zum Status der Bettlägerigkeit und Ortsfixierung (zum gegenwärtigen Zeitpunkt und vor 6 Monaten) die Items Geschlecht, Körperstatur, Aufenthaltsdauer und PatientInnenzahl/Station, um mögliche Zusammenhänge zwischen diesen Merkmalen und den Phänomenen Bettlägerigkeit und Ortsfixierung feststellen zu können.

Die Gegenüberstellung der Einrichtungen (siehe Grafik 27 S.42) zeigt teilweise sehr große Schwankungen im Bestehen von Bettlägerigkeit und Ortsfixierung auf. Zum besseren Verständnis und möglichen Klärung dieser Unterschiede wurden zusätzlich fünf Expertinneninterviews mit Pflegedirektorinnen der teilgenommenen Einrichtungen geführt. Aus Expertinnensicht sollten Faktoren ermittelt werden, die eine zunehmende Mobilitätsbeeinträchtigung älterer Menschen verursachen, mögliche Gründe für die vorhandenen Unterschiede in den Ergebnissen aufgezeigt und erforderliche Maßnahmen für eine Verbesserung des Mobilitätszustandes genannt werden.

Merkmale der BewohnerInnen

Es haben sich alle 11 Geriatrienzentren und das Pflegewohnhaus Leopoldstadt der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung an der Prävalenzerhebung beteiligt (n=3054). Die Erhebung besteht zu einem Viertel aus Männern (26,9%) und zu drei Viertel aus Frauen (72,9%). Die Körperstatur der befragten Personen ist relativ ausgeglichen – die Mehrheit hat eine mittlere Körperstatur (44,0%), während die leichte Körperstatur bei 27,8% und die schwere Körperstatur bei 28,1% liegen.

Die untersuchten BewohnerInnen wohnen größtenteils schon länger als 4 Jahre (38,8%) in der Einrichtung, 23% zwischen 2 und 4 Jahren, 10,6% zwischen 6 Monaten und 1 Jahr und 13,2% leben weniger als 6 Monate in der Institution.

Die BewohnerInnen leben auf Stationen, deren Größe zwischen 12 und 43 Personen/Station variiert, der Großteil der BewohnerInnen (59,6%) leben auf Stationen zwischen 21-30 Personen/Station. 27,2% wohnen auf Stationen mit über 30 Personen/Station, 13,3%

98,3% der BewohnerInnen haben keine vorübergehende Bettruhe, nur 1,6% müssen eine vorübergehende Bettruhe aufgrund einer Erkrankung, 0,1% aufgrund einer vorausgegangenen Operation einhalten. Diese Ergebnisse unterstreichen die Ansicht der gängigen Literatur (Blech 2007), nachdem in vielen Studien eine starke Verschlechterung

von PatientInnen durch das Liegen nachgewiesen werden konnte. So wird mittlerweile weitgehend auf die Verordnung einer Bettruhe verzichtet.

Bettlägerigkeit

Da es bis zum jetzigen Zeitpunkt österreichweit noch keine konkreten epidemiologischen Zahlen zu Bettlägerigkeit gab, kann im Rahmen dieser Prävalenzerhebung in der Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäusern der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung erstmals die Verbreitung dieses Phänomens aufgezeigt werden.

Insgesamt ist nahezu die Hälfte der BewohnerInnen, **49,8%** von **Bettlägerigkeit** betroffen. 50,2% der BewohnerInnen sind nicht bzw. 19,1% maximal leicht bettlägerig, 7,9% mittelschwer und **22,8% schwer bettlägerig**. Hier zeigt sich, dass vor allem die schwere Form der Bettlägerigkeit, in der BewohnerInnen überhaupt nicht mehr aufstehen können am stärksten ausgeprägt ist.

Vor 6 Monaten waren 52,6% der BewohnerInnen nicht bzw. 18,4% maximal leicht, 8,1% mittel und **20,8% schwer bettlägerig**. Die Bettlägerigkeit hat sich von 47,4% innerhalb von 6 Monaten geringfügig auf 49,8% erhöht, was eine **Steigerung um 2,4 Prozentpunkte** bedeutet.

In dieser Studie wurde auch der Frage nachgegangen ob die Items Geschlecht, Körperstatur, Aufenthaltsdauer und PatientInnenzahl/Station möglicherweise Einfluss auf die Entstehung von Bettlägerigkeit nehmen. Frauen sind zwar eher schwer bettlägerig als Männer – man kann hier aber nur von einem sehr leichten und damit vernachlässigbaren Zusammenhang sprechen (vgl. Tabelle 23 S.60). Obwohl auch die Zahl der schweren Bettlägerigkeit mit der Aufenthaltsdauer ansteigt, zeigen die Ergebnisse bei der leichten und mittelschweren Bettlägerigkeit keine wesentlichen Unterschiede (vgl. Tabelle 27 S.62) – auch hier gibt es, wie auch bei Körperstatur und PatientInnenzahl/Station keinen signifikanten Zusammenhang (vgl. Tabelle 25 S.61; Tabelle 29 S.62). Das Phänomen Bettlägerigkeit manifestiert sich also unabhängig von den untersuchten Größen.

Ortsfixierung

Im Rahmen dieser Studie kann auch erstmals die Verbreitung des Phänomens Ortsfixierung in den teilnehmenden Einrichtungen – Menschen die sich nicht mehr eigenständig von einem Ort fortbewegen können und unfähig sind den Transfer selbstständig durchzuführen - aufgezeigt werden. Zum Zeitpunkt der Erhebung waren **61,8%** der BewohnerInnen **ortsfixiert**. **42,8%** der BewohnerInnen sind **schwer ortsfixiert**, verbringen also die

überwiegende Zeit des Tages an einem Ort, ohne sich fortzubewegen. 9,5% sind von einer mittelschweren Ortsfixierung und 9,5% von einer leichten Ortsfixierung betroffen.

Vor 6 Monaten waren 38,8% nicht bzw. 9,9% maximal leicht ortsfixiert, 9,9% mittelschwer und **41,4% schwer ortsfixiert**. Die Ortsfixierung hat sich von 61,2% innerhalb von 6 Monaten geringfügig auf 61,8% erhöht. Das ist eine Steigerung um 0,6 Prozentpunkte. Die mittelschwere bis schwere Ortsfixierung hat sich von 51,3% auf 52,3%, das ist eine Steigerung um 1,0 Prozentpunkte.

Auch Ortsfixierung tritt unabhängig von den untersuchten Größen Geschlecht, Körperstatur, Aufenthaltsdauer und PatientInnenzahl/Station auf. Zwar sind Frauen eher schwer ortsfixiert (45,3%) als Männer (34,2%), der Zusammenhang ist aber nur sehr leicht und damit vernachlässigbar (vgl. Tabelle 32 S.63). Ähnliche Ergebnisse zeigen Ortsfixierung in Verbindung mit der Körperstatur, PatientInnenzahl/Station und der Aufenthaltsdauer auf – auch hierbei gibt es keinen Zusammenhang (vgl. Tabelle 34 S.64; Tabellen 36/38 S.65).

Bettlägerigkeit und Ortsfixierung

Interessant war es festzustellen, wie viele BewohnerInnen sowohl bettlägerig als auch ortsfixiert sind. Die Ergebnisse zeigen auf, dass **42,9%** der BewohnerInnen sowohl **bettlägerig als auch ortsfixiert** sind. 18% der BewohnerInnen sind in irgendeiner Form ortsfixiert, aber nicht bettlägerig. Bei 6,7% der Personen tritt Bettlägerigkeit ohne Ortsfixierung auf. (vgl. Grafik 24 S.39). Bei **18,6%** der untersuchten Personen besteht sowohl eine **schwere Bettlägerigkeit als auch eine schwere Ortsfixierung** (vgl. Grafik 25 S.40).

Erwartbar war der deutliche Zusammenhang zwischen Bettlägerigkeit und Ortsfixierung. Die Bettlägerigkeit korreliert stark mit Ortsfixierung, und auch der Status jetzt und vor 6 Monaten (vgl. dazu Tabelle 43 S.67). Je schwerer also eine Person zurzeit bettlägerig ist, desto schwerer ist sie ortsfixiert. Umso schwerer jemand vor 6 Monaten bettlägerig war, desto schwerer ist er jetzt bettlägerig.

Die Einrichtungen im anonymisierten Vergleich

Die Bettlägerigkeit liegt innerhalb der 12 untersuchten Einrichtungen zwischen 19,7% und 79,5%, die Ortsfixierung zwischen 43,2% und 78,2% (vgl. Grafik 27 S.42).

Ergebnisse der Expertinneninterviews

Als mögliche Faktoren für eine zunehmende Mobilitätsbeeinträchtigung werden äußere Einflüsse, wie der schlechtere Aufnahmezustand der BewohnerInnen, vorangegangene Krankenhausaufenthalte und Multimorbidität genannt. Zudem scheinen medizinische

Faktoren wie Schmerz, Schwäche und Depression Bettlägerigkeit und Ortsfixierung oftmals zu begünstigen. Auch mangelhaft vorgegebene Zielvorgaben seitens der Leitung können sich auf die Mobilität der BewohnerInnen negativ auswirken. Auch Zegelin (2010) verweist darauf, dass „auslösende Momente“, wie Krankenhausaufenthalte, Stürze oder der Heimeinzug selbst die Mobilität der BewohnerInnen deutlich (negativ) beeinflussen können (Zegelin 2010). Reuther et al. (2010) fanden in ihrer Studie heraus, dass viele Krankheiten die Bewegungsfähigkeit älterer HeimbewohnerInnen beeinflussen und dass immer wieder Phasen auftreten, in denen sich die Krankheit verstärkt auf das Bewegungspotential auswirkt. Gerade für den Pflegeverlauf scheint es dahingehend notwendig, dass sich Pflegenden intensiv mit dem Krankheitsbild der BewohnerInnen auseinandersetzen, um gezielte Interventionen anzusetzen (Reuther et al. 2010).

Mögliche Gründe für die starken Schwankungen der Bettlägerigkeit bzw. Ortsfixierung zwischen den Einrichtungen sehen die Expertinnen einerseits in der Einstellung bzw. Haltung zur Mobilisation und im Vorhandensein bzw. Fehlen von Zusatzhilfen. Auch Reuther et al. (2010) und Zegelin (2010) schreiben Pflegenden eine große Rolle in der Bewegungsförderung zu. So haben vorangegangene Untersuchungen aufgezeigt, dass Pflegenden oftmals die Mobilität nicht als pflegerische Kernaufgabe ansehen und dass aufgrund der enormen Arbeitsbelastung auf den Stationen zu wenig Zeit für Gehübungen etc. bleibt. In gesichteten Pflegedokumentationen fallen in diesem Zusammenhang die sehr unterschiedlichen Einschätzungen zur Bewegungsfähigkeit der BewohnerInnen auf (Reuther et al. 2010). Die Sichtweise beruflich Pflegenden scheint durchgängig geprägt durch die Ideologie der aktivierenden Pflege, die jedoch nicht gleichsam bedeutet, dass BewohnerInnen mobiler und beweglicher sind. Viele BewohnerInnen werden herausgesetzt, womit sie nicht mehr in die Kategorie der Bettlägerigen fallen, obwohl sie weiterhin unbeweglich an einem Ort fixiert bleiben – durch diese passive Mobilisation kann eine schwere Bettlägerigkeit zwar vielleicht hinausgezögert werden, die Auswirkungen der Ortsfixierung stellen dann aber weiterhin eine hohe Problematik dar (Zegelin 2010). So sind Rollstühle meist für kurze Strecken und mit wenig Sitzkomfort ausgerichtet (Zegelin 2010). Die Ansicht der Expertinnen wird gestützt durch Forschungsergebnisse die aufzeigen, dass *„die Förderung einer Bewegungskultur im Altenheim (...) vor allem Einstellungssache“* ist, und durch *„Unterstützung durch die Chefetage“* und die Einstellung der Stationsleitungen gelingt (Abt-Zegelin, Reuther 2010 S.20).

Um Maßnahmen zur Verbesserung der Mobilität der BewohnerInnen anzudenken ist aus Expertinnensicht vor allem notwendig, Anreize für Bewegung zu schaffen. Diese Konzepte sollten den Menschen mit seiner persönlichen Lebensbiographie erfassen und nicht alleine auf die physiologische Verbesserung seines Zustandes abzielen. Menschen bewegen sich

intentional – müssen dabei also einen Sinn und Freude empfinden. Wichtig dabei ist, Möglichkeiten zu finden, die betroffenen BewohnerInnen wieder aus ihrer Starre und Apathie zu lösen, wie Reuther et al. (2010) aufzeigen (Reuther et al. 2010). Die vorhandenen Bewegungskonzepte sind in der Regel für rüstige SeniorInnen ausgelegt, für die Gruppe der bettlägerigen und ortsfixierten Menschen bestehen noch unzureichende Angebote (Reuther 2008; Zegelin 2010).

Daneben nennen die Expertinnen die Förderung der MitarbeiterInnen und dahingehend auch ein verbessertes Zusammenspiel der Berufsgruppen als wesentliche Faktoren, die zur Verbesserung der Mobilität der BewohnerInnen beitragen können. Der Austausch pflegerelevanter Informationen in Teamsitzungen und eine Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit insbesondere der Vernetzung mit Physiotherapie und Ergotherapie wird auch in der Literatur in Verbindung mit Bewegungsförderung ein hoher Stellenwert eingeräumt (Reuther et al. 2010; Abt-Zegelin 2010; Abt-Zegelin & Reuther 2011).

Die vorliegende Studie stellt eine Momentaufnahme in den teilgenommen Einrichtungen dar. Alle beschriebenen Ergebnisse sollen als Grundlage für weitere Untersuchungen verstanden werden, um Interventionen gegen Bettlägerigkeit und Ortsfixierung und daraus resultierende Pflegebedürftigkeit zu entwickeln, und um die Qualität der Pflege in Bezug auf die Vermeidung dieser Phänomene verbessern zu können.

2. Projektbeschreibung und –architektur

Ziel dieser Pilotstudie ist die Schaffung einer ersten Datenbasis in Hinblick auf die Verbreitung der Phänomene Bettlägerigkeit bzw. Ortsfixierung, um eine Aussage über die Prävalenz dieser Phänomene machen zu können. Die Erhebung erfolgte mittels standardisierter Gruppeninterviews in 12 Geriatriezentren des Wiener Verbundes. Die Ergebnisse der Studie schaffen eine empirisch begründete Basis, um Interventionen gegen Bettlägerigkeit und daraus resultierende Pflegebedürftigkeit zu entwickeln und somit die Qualität der Pflege in Bezug auf die Vermeidung von Bettlägerigkeit zu verbessern.

Bei der Studie handelt es sich um ein Kooperationsprojekt zwischen allen 11 Geriatriezentren und einem Pflegewohnhaus der Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung und der Universität Wien.

- Geriatriezentrum Baumgarten
- Sozialmedizinisches Zentrum Ost - Geriatriezentrum Donaustadt
- Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf - Geriatriezentrum
- Geriatriezentrum Liesing
- Pflegewohnhaus Leopoldstadt
- Sozialmedizinisches Zentrum Süd - Geriatriezentrum Favoriten
- Geriatriezentrum Am Wienerwald
- Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe - Otto Wagner Pflegezentrum
- Sozialmedizinisches Zentrum Sophienspital - Geriatriezentrum
- Geriatriezentrum Klosterneuburg
- Therapiezentrum Ybbs - Geriatriezentrum, Sozialmedizinisches Zentrum
- Geriatriezentrum St. Andrä/Traisen

Als Kooperationspartner wurde das Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien mit der wissenschaftlichen Durchführung der Studie betraut.

Dem Projekt liegt ein Förderantrag zu Grunde, der beim Felix Mandel Fonds eingereicht wurde. Antragstellerin an den Felix Mandel Fonds war Frau Oberin Gabriele Thür, Generaldirektion Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung.

3. Definitionen

Nachfolgend werden die zentralen Schlüsselbegriffe dieser Studie, Bettlägerigkeit und Ortsfixierung, definiert und erklärt.

3.1 Bettlägerigkeit

Das komplexe Phänomen Bettlägerigkeit wurde erstmals von Zegelin (2010) genau definiert. Bettlägerigkeit wird als längerfristiger Daseinszustand beschrieben, bei dem sich Betroffene die überwiegende Zeit des Tages und der Nacht im Bett aufhalten. Man kann dabei zwischen einer leichten, mittleren und schweren Form unterscheiden:

Leichte Bettlägerigkeit: In einer leichten Form der Bettlägerigkeit kann der Mensch ungefähr 4 bis 5 Stunden außerhalb des Bettes sein, etwa in einem Rollstuhl oder in einem Sessel sitzend.

Mittelschwere Bettlägerigkeit: Bei einer mittelschweren Ausprägung verlässt der Mensch für wenige Handlungen kurze Zeit das Bett, etwa um auszuscheiden, zur Körperpflege oder zum Essen.

Schwere Bettlägerigkeit: In einer schweren Form der Bettlägerigkeit steht der Mensch überhaupt nicht mehr auf – verbringt also 24/h Tag im Bett (Zegelin 2010).

3.2 Ortsfixierung

Allmähliche Ortsfixierung meint die „*schleichende Beschränkung der Menschen auf einen Ort ohne eigenen Bewegungsradius*“ (Zegelin 2010). Als **ortsfixiert** gelten Menschen, die sich nicht mehr alleine vom Ort (Sessel, Bett ...) fortbewegen können, also unfähig sind den Transfer selbstständig durchzuführen (vgl. Reuther et al. 2010). Ortsfixierung endet letztlich mit einem strikten Liegen im Bett (Zegelin 2010). Viele dieser Menschen verbringen die meiste Zeit des Tages im Rollstuhl.

Es geht also immer darum, was der Mensch s e l b s t macht. Manche sind trotzdem aktiv, bewegen sich im Rollstuhl eigenständig, bestimmen ihren Bewegungsradius selbst (der Rollstuhl ersetzt hier die gehenden Beine). Andere sitzen überwiegend passiv im Rollstuhl, sie werden herumgefahren. Auch die Ortsfixierung kann in drei Schweregrade eingeteilt werden:

Leichte Ortsfixierung: Hier bewegt sich der Bewohner in weiten Teilen selbstständig und bestimmt über seinen Bewegungsradius selbst. Er benötigt aber Hilfe beim Transfer.

Mittelschwere Ortsfixierung: Hier fährt der Bewohner in einem geringen Maße (kurze Strecken) den Rollstuhl noch selbstständig. Sein Bewegungsradius innerhalb der Einrichtung ist aber eingeschränkt.

Schwere Ortsfixierung: Hier verbringt der Bewohner die überwiegende Zeit des Tages an einem Ort (im Stuhl/ Rollstuhl) ohne sich fortzubewegen. Er bewegt den Rollstuhl nicht selbst (Zegelin 2010).

4. Ausgangslage und theoretischer Hintergrund

Gehen zu können stellt eine zentrale menschliche Aktivität dar und der Verlust der Mobilität zieht viele Probleme nach sich. Dieses „Dauerliegen“ wirkt zwar nicht unbedingt lebensverkürzend, zieht aber eine umfangreiche Liegepathologie nach sich. Bis zum jetzigen Zeitpunkt existiert nur sehr wenig Literatur zu Bettlägerigkeit aus rein pflegerischer Sicht. Es dominieren medizinerorientierte Arbeiten zu den pathophysiologischen Auswirkungen des Liegens (Brower 2009; Kortebein et al. 2007) und Studien, die sich mit den psychosozialen Folgen von Immobilität (Cunningham 2001; Fox et al. 2009; Kortebein et al. 2007) oder diversen Trainingsprogrammen zur Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit älterer Menschen beschäftigen (Tucker et al. 2004).

Im Liegen beginnt schon nach 48 Stunden eine sogenannte Liegepathologie, die sich im weiteren Verlauf verfestigen kann und umfassende Konsequenzen für das Leben und die Möglichkeit der Lebensgestaltung mit sich bringt. Es kommt zu einer Veränderung des Atemzugvolumens, das Herzschlagvolumen geht zurück, die Thromboseneigung steigt, die Gefahr des Wundliegens wird groß und die Muskelmasse nimmt deutlich ab. Zudem droht Obstipation, die Wahrnehmung wird eingeschränkt und es treten kognitive und psychische Veränderungen auf (Zegelin 2010; Rousseau 1993). Sehr viele medizinische Forschungsergebnisse zur Pathologie des liegenden Körpers gehen auch auf Studien der Weltraumbehörde NASA zurück, die in den 40er Jahren groß angelegte Studien zur Immobilisierung in Zusammenhang mit Schwerelosigkeit durchgeführt hat (Zegelin 2010; Rittweger et al. 2005).

Während diese Liegefolgen gut untersucht sind (Brower 2009; Kortebein et al. 2008), finden weitere Aspekte zum Phänomen Bettlägerigkeit und Ortsfixierung noch immer kaum Beachtung. Die ungünstigen Folgen einer Bettruhe betreffen zusätzlich alle Körpersysteme, die psychische Befindlichkeit und die Kognition (Allen, Glasziou, Del Mar 1999, Creditor

1993). Die mittlerweile veraltete Vorstellung, dass Liegen und Schonung gesund machen wirkt sich auf die Betroffenen fatal aus. So wird in der Medizin mittlerweile weitgehend auf die Verordnung einer Bettruhe verzichtet (Blech 2007).

Zegelin (2005, 2008, 2010) untersuchte erstmalig den Prozess des Bettlägerigwerdens. In dieser Entwicklung lassen sich verschiedene Phasen, u.a. Instabilität, Ereignisphase und Immobilität unterscheiden. Als Ereignisse kommen (Beinahe-)Stürze, Klinikaufenthalte und der Heimeinzug in Betracht. Entscheidend ist dann der Eintritt in die Ortsfixierung, d.h. der Mensch ist nicht mehr in der Lage, sich selbst zu transferieren. Er kann nicht mehr gehen, oft auch nicht mehr stehen, er bleibt „am Ort sitzen“ und benötigt für den Wechsel Hilfe. Diese Ortsfixierung geschieht meist schleichend, viele Menschen verbringen dann den Tag im Rollstuhl sitzend. Trotzdem gelten diese Menschen als „mobilisiert“, obwohl sie nur passiv „herausgesetzt“ werden. Erst in der letzten Phase kommt es zum Dauerliegen. In diesen Prozess des Bettlägerigwerdens greifen zahlreiche Einflussfaktoren ein. An konstanten Faktoren finden sich die Persönlichkeit, die Liegedauer, auftretende Komplikationen, der Bewältigungsstil und auch die Einstellung und Kompetenz der Pflegenden.

Eine weitere Einflussgröße ist die Rücksichtnahme der alten Menschen: sie passen sich an, wollen keine Arbeit machen, schrauben ihre Bedürfnisse zurück. Die Qualität des Transfers spielt eine Rolle, ungeschickte und kritische Transfers, einhergehend mit Schimpfen und Stöhnen senken die Aufstehrate. Die Güte der Rollstühle, überhaupt die Möblierung wirken sich aus. Insgesamt scheint die Institutionalisierung mit ihren Routineabläufen die Ortsfixierung zu verfestigen. Das Verhalten der alten Menschen korrespondiert mit den Erwartungen des Umfeldes. Wenn nichts Sinnvolles mehr passiert, kann auch liegen geblieben werden (Zegelin 2010).

Dass Menschen in Pflegeheimen verhältnismäßig viel Zeit im Bett verbringen, ohne dass die Gründe hierfür geklärt sind, bleibt ebenso völlig ungeachtet wie die Zahl älterer ortsfixierter Menschen, die zwar aus dem Bett „herausgesetzt“ werden, aber nicht über ihren eigenen Bewegungsradius bestimmen können (Zegelin 2010). Vielfach wird eine zunehmende Immobilisierung von HeimbewohnerInnen auch als Normalität angesehen (Zegelin, Reuther 2009). Projektergebnisse des Department für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke zeigen auf, dass die meisten Menschen ohne ersichtlichen Grund innerhalb der ersten 18 Monate immobil und ortsfixiert werden und dass gerade die ersten Wochen nach Einzug in ein Pflegeheim eine wichtige Weichenstellung bedeuten. Die Gründe für Ortsfixierung, die etwa die Hälfte aller BewohnerInnen betrifft, lassen sich nicht deutlich nachvollziehen und auch die Pflegedokumentation ist nicht aussagekräftig (Reuther, Zegelin 2009; Reuther et al. 2010).

Bewegungsprogramme zur Steigerung der Leistungsfähigkeit und Mobilität älterer Menschen richten sich vorwiegend an „fitte“ ältere SeniorInnen in der Gruppe, orientieren sich meist alleine an den körperlichen Defiziten und lassen andere soziale bzw. psychologische Gründe, die eine Immobilität verstärken bzw. hervorrufen können gänzlich unbeachtet (Reuther 2008).

Für die Gruppe der bettlägerigen bzw. ortsfixierten Menschen mit fortschreitender Immobilität existieren noch unzureichende Angebote (Zegelin 2010).

Konkrete epidemiologische Zahlen zu finden, wie viele Menschen in Österreich an Bettlägerigkeit leiden, ist sehr schwierig, da sie als besondere Gruppe bis zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht erfasst wurden. Die Daten dieser Pilotstudie können einen ersten Eindruck vermitteln und Ausgangsbasis für weitere Untersuchungen bzw. Interventionen sein.

5. Begründung der Studie und Studienziel

Unter Prävalenz versteht man die Häufigkeit des Vorkommens eines gesundheitsbezogenen oder anderen Ereignisses in einer gegebenen Population zu einer bestimmten Zeit (Eberl 2009). Die Prävalenz erfasst die zum Zeitpunkt der Datenerhebung zu messende Häufigkeit einer Erkrankung in einer definierten Bezugsgruppe (Panfil, Mayer 2007). Studien zur Prävalenz galten lange Zeit als rein medizinisches Forschungsfeld. Die Wichtigkeit pflegeepidemiologischer Studien muss jedoch dahingehend betont werden, da Studien zu Pflegebedarf und -bedürftigkeit sonst von anderen Disziplinen abgedeckt werden und so die Perspektive der Pflege nur unzureichend berücksichtigt wird. Prävalenz- und Inzidenzstudien zu den vorab aufgeführten Gesundheitsproblemen sind nicht nur für die Pflege, sondern auch für die Gesellschaft und daraus resultierend für die Gesundheitspolitik relevant, da diese Störungen, ihre Folgen und möglicherweise bleibenden Beeinträchtigungen teilweise erhebliche Kosten verursachen (Eberl 2009).

Im Rahmen dieser Pilotstudie sollte eine erste Datenbasis im Hinblick auf die Verbreitung des Phänomens „Bettlägerigkeit“ bzw. „Ortsfixierung“ geschaffen werden.

Die Hauptfragestellung lautet:

- **Wie viele BewohnerInnen (absolut und relativ) der Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser des Krankenanstaltenverbundes der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung sind bettlägerig bzw. ortsfixiert?**

Mit der Beantwortung dieser Hauptfragestellung soll eine Grundlage für gezielte Maßnahmen zur Prävention von Bettlägerigkeit und somit ein Beitrag zur Prävention von Pflegebedürftigkeit geschaffen werden.

6. Studiendesign

Vorliegender Studie liegt im Rahmen der quantitativen Forschung ein multizentrisch-deskriptives Studiendesign zu Grunde. Es handelt sich dabei um eine Querschnittstudie mittels eines standardisierten Fragebogens, in dem alle BewohnerInnen hinsichtlich Bettlägerigkeit und Ortsfixierung (laut Definitionen) eingeschätzt wurden. Die Erhebung führten 14 RaterInnen in den Einrichtungen durch. Im Rahmen von Teambesprechungen wurde ein standardisierter Fragebogen pro Bewohner(in), in Übereinstimmung der jeweils verantwortlichen Stationen, von den RaterInnen ausgefüllt.

6.1 Vollerhebung und Einschlusskriterien

Bei der durchgeführten Erhebung handelt es sich um eine Vollerhebung aller Geriatriezentren und Pflgewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung². Eine Vollerhebung hat den Vorteil, dass sie prinzipiell ein vollständiges und unverzerrtes Bild der tatsächlichen Situation in der untersuchten Gruppe zeigt (Mayer 2007).

Es wurde der Status der Bettlägerigkeit und Ortsfixierung all jener BewohnerInnen erfasst, die zum Zeitpunkt der Erhebung in einem der Geriatriezentren und Pflgewohnhäuser leben und die nach den Ein- und Ausschlusskriterien als UntersuchungsteilnehmerInnen in Frage kamen.

Eingeschlossen wurden alle BewohnerInnen die am Erhebungstag ganztägig in der Einrichtung lebten. Ausgeschlossen wurden diejenigen BewohnerInnen, die am Erhebungstag ganztägig nicht in der Einrichtung waren (z.B. aufgrund eines Krankenhausaufenthalts). Außerdem wurden alle BewohnerInnen der Kurzzeitpflege, Urlaubsbetreuung und alle Wachkoma-, und LangzeitbeatmungspatientInnen von der Erhebung ausgeschlossen.

Da keine personenbezogenen Daten erhoben, gespeichert und analysiert wurden, wurde auf eine Einverständniserklärung verzichtet. Eine ethische Stellungnahme wurde eingeholt. Die Daten mittels standardisierten Fragebogens wurden ausschließlich anonym erhoben. Die

² Das Pflgewohnhaus Meidling, welches im Frühjahr 2011 in Betrieb gegangen ist, konnte bei der im März/April 2011 stattgefundenen Datenerhebung noch nicht berücksichtigt werden.

BewohnerInnen wurden namentlich nicht erwähnt. Um die Ergebnisse der Untersuchung den einzelnen Einrichtungen zuordnen zu können wurden die Fragebögen mit dem Namen des jeweiligen Raters/ der jeweiligen Raterin und der Station versehen. Alle im Rahmen dieser Studie erfassten Daten unterliegen dem Datenschutz und werden nur für wissenschaftliche Zwecke erhoben, ausgewertet und weiterverarbeitet.

6.2 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte mittels eines standardisierten Fragebogens, parallel und zeitnah innerhalb von 14 Tagen in allen teilnehmenden Einrichtungen.

Vorab wurden 14 RaterInnen, Angestellte der Teilunternehmung Geriatrienzentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung, die sich freiwillig zur Verfügung stellten an der Erhebung mitzuwirken, in einer etwa dreistündigen Schulung vorbereitet.

Alle BewohnerInnen wurden im Rahmen von Teambesprechungen, bei denen mindestens zwei Pflegepersonen anwesend sein mussten, anhand folgender Kriterien eingeschätzt:

- **Status der Bettlägerigkeit jetzt und vor 6 Monaten**
- **Status der Ortsfixierung jetzt und vor 6 Monaten**
- **Vorübergehende Bettruhe** durch akute Erkrankung oder vorausgegangene Operation

Zusätzlich wurden mögliche Einflussgrößen, wie das **Geschlecht**, die **Körperstatur**, die **Aufenthaltsdauer** innerhalb der Einrichtung und die **PatientInnenzahl** der Station untersucht, um eventuelle Zusammenhänge zwischen diesen Einflussgrößen und Bettlägerigkeit bzw. Ortsfixierung aufzuzeigen³.

Diese Einschätzungen erfolgten in Übereinstimmung der in den Teamsitzungen beteiligten Pflegekräfte. Eine Dokumentenanalyse war nicht vorgesehen.

³ Die Frage nach dem Alter wurde bewusst nicht gestellt, da vorangegangene Untersuchungen gezeigt haben, dass das Alter keine Einflussgröße auf die Entstehung von Bettlägerigkeit und Ortsfixierung ist (vgl. Zegelin 2005).

6.3 Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte mittels Methoden im Sinne der quantitativen Forschung, vorrangig der deskriptiven Statistik. Es wurden vorwiegend Häufigkeitsauszählungen durchgeführt, für die Errechnung möglicher Zusammenhänge ordinaler und metrischer Daten wurden Korrelationsanalysen angewendet.

Für die statistische Auswertung wurde das Programm „Statistical Package for the Social Sciences – SPSS“ verwendet.

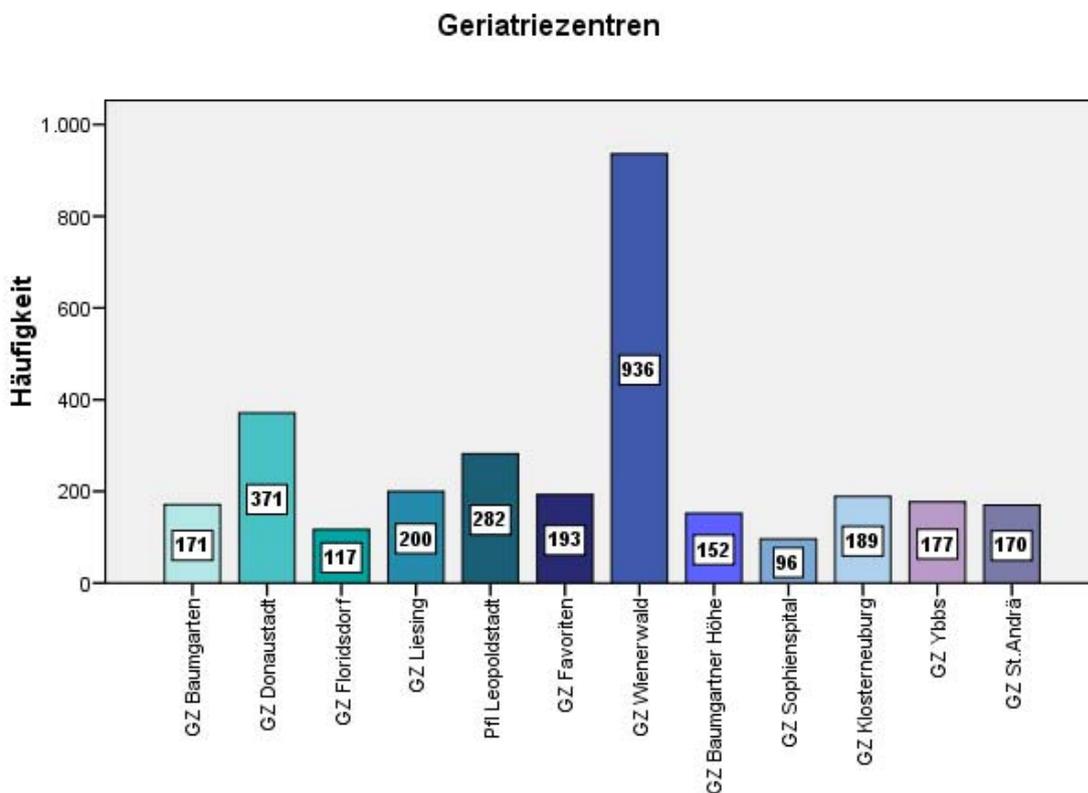
Im Rahmen der Ergebnisdarstellung werden die durchgeführten Analysen beschrieben und graphisch dargestellt. Im Anhang 1 finden sich die dazugehörigen Tabellen mit den entsprechenden Verweisen zum Text.

6.3.1 Fehlende Antworten

Die Ausfüllqualität der Fragebögen war sehr gut, sodass die fehlenden Antworten als Flüchtigkeitsfehler gewertet werden können. Alle Tabellen im Ergebnisbericht werden ohne fehlende Antworten dargestellt.

7. Anzahl der teilgenommenen Institutionen und befragten BewohnerInnen

Es haben sich alle 11 Geriatriezentren und das Pfl egewohnhaus Leopoldstadt an der Prävalenzerhebung beteiligt. Insgesamt wurde der Mobilitätszustand von 3054 Personen (n=3054) erhoben. Die Grafik 1 zeigt auf, wie viele BewohnerInnen anhand dieser Querschnitterhebung eingeschätzt werden konnten.



Grafik 1: Anzahl BewohnerInnen pro Einrichtung
(Anzahl BewohnerInnen: n= 3054)

8. Merkmale der BewohnerInnen

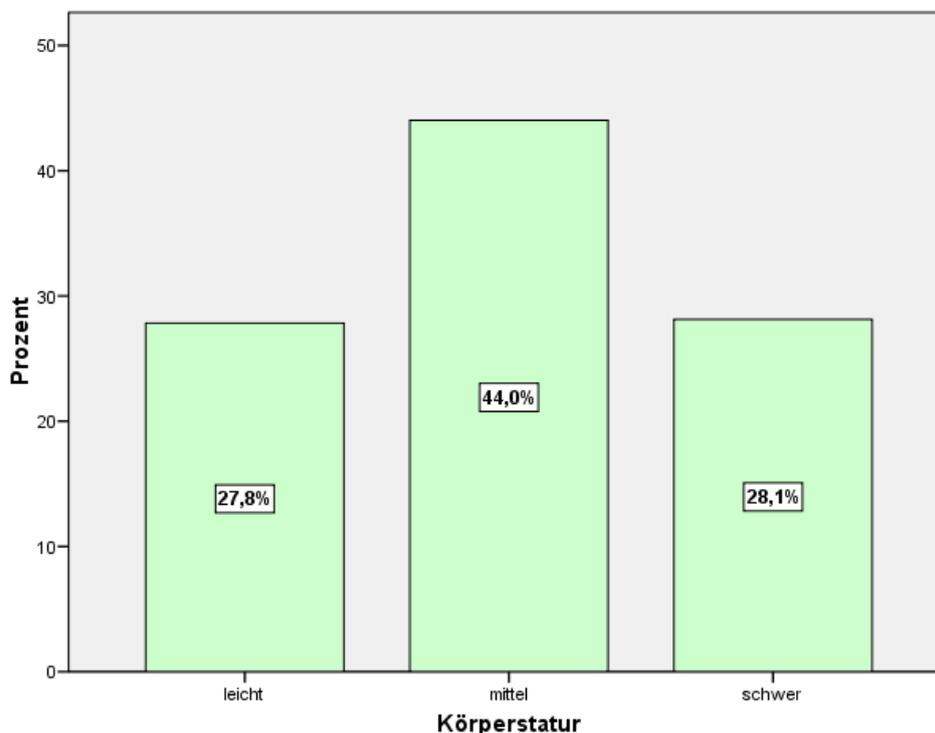
Nachstehend finden sich genauere Beschreibungen der untersuchten BewohnerInnen hinsichtlich ihres Geschlechts und ihrer Körperstatur. Zusätzlich findet sich ein Überblick über die Aufenthaltsdauer innerhalb der Einrichtung und die PatientInnenzahl pro Station.

Die Erhebung besteht zu einem Viertel aus Männern und zu drei Viertel aus Frauen. **72,9%** bzw. 2226 Personen sind **weiblich**, **26,9%** bzw. 823 sind **männlich**.

8.1 Körperstatur BewohnerInnen

Die Körperstatur der BewohnerInnen setzt sich aus dem Gewicht und der Größe zusammen. Dafür wurde vorab keine genaue Definition für die jeweilige Zuordnung der Körperstatur getroffen, sondern richtete sich nach der jeweiligen Einschätzung der Pflegepersonen.

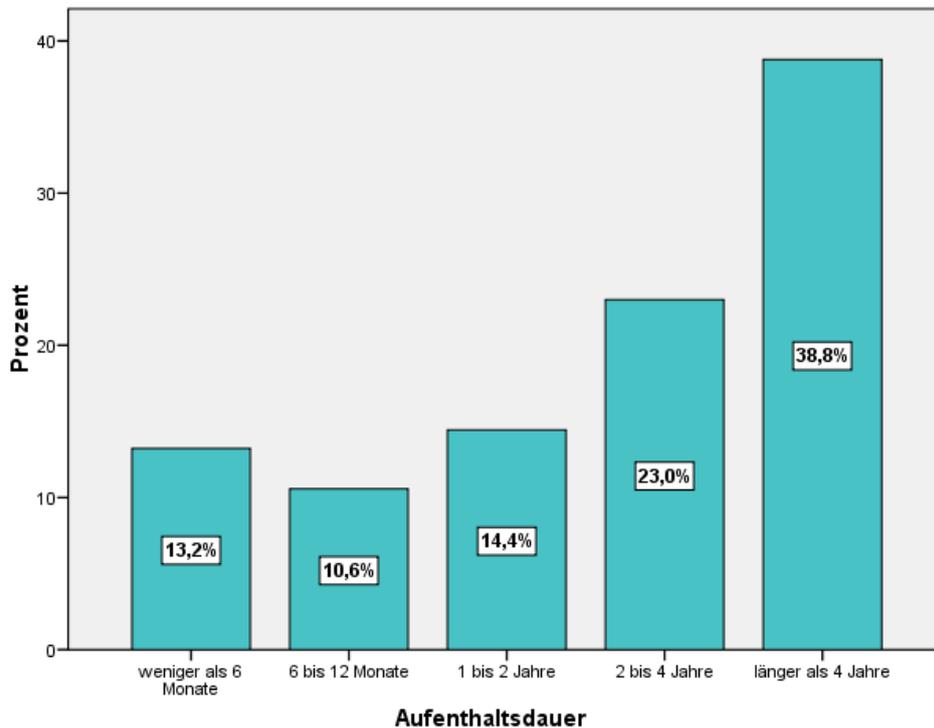
Von den befragten BewohnerInnen haben 844 Personen (**27,8%**) eine leichte Körperstatur, 1335 (**44%**) eine mittlere und 853 (**28,1%**) eine schwere Körperstatur.



Grafik 2: Körperstatur BewohnerInnen
(Körperstatur: n= 3032)

8.2 Aufenthaltsdauer in der Einrichtung

Von den befragten Personen wohnen **13,2% weniger als 6 Monate**, **10,6% 6 bis 12 Monate**, **14,4% 1 bis 2 Jahre**, **23% 2 bis 4 Jahre** und **38,8% länger als 4 Jahre** in der Einrichtung.

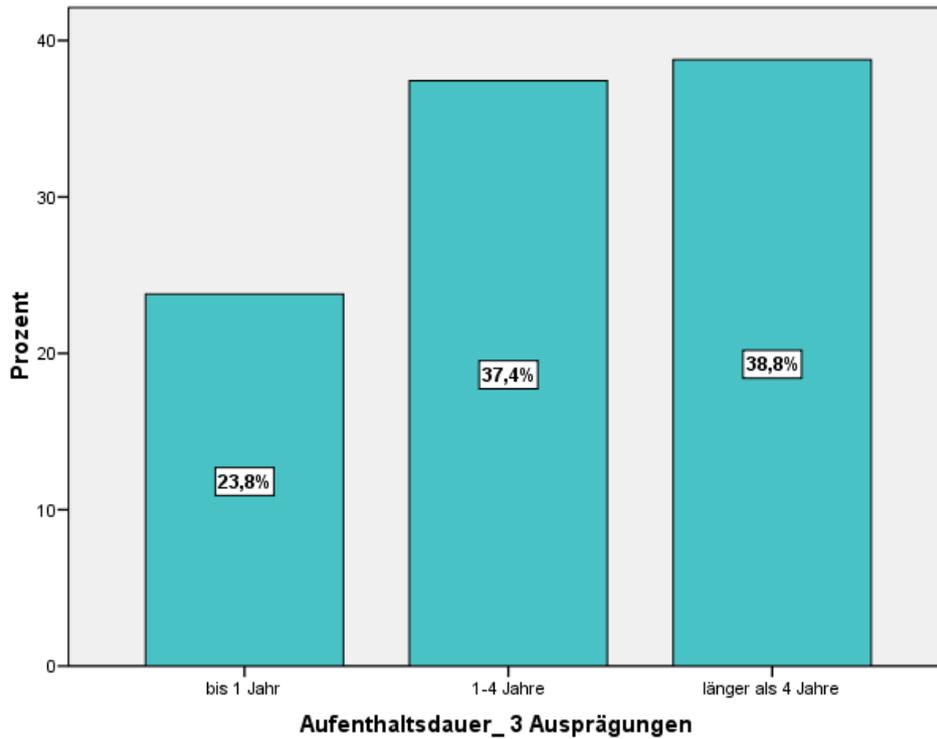


Grafik 3: Aufenthaltsdauer innerhalb der Einrichtung

(Aufenthaltsdauer: n= 3048)

Die Variable „Aufenthaltsdauer innerhalb der Einrichtung“ wurde zur besseren Veranschaulichung rekodiert⁴ und in drei Ausprägungen zusammengefasst.

⁴ Rekodierung meint die Veränderung bestehender Variablenwerte (wie beispielsweise „weniger als 6 Monate“) in neue Variablenwerte (z.B. „weniger als 6 Monate“+„6 bis 12 Monate“ → „bis 1 Jahr“).

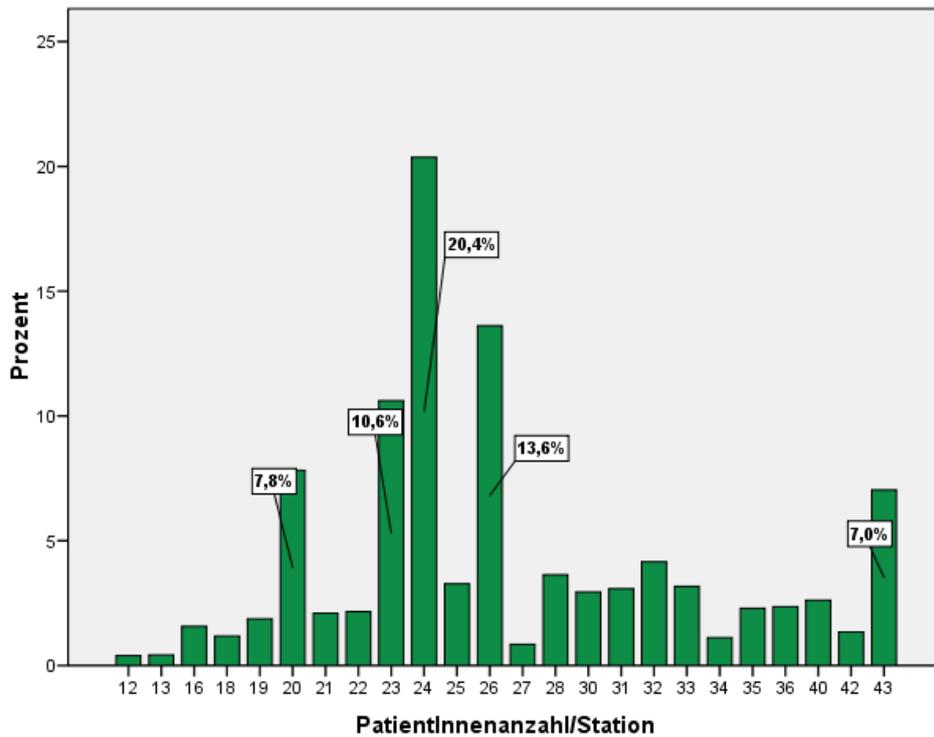


Grafik 4: Aufenthaltsdauer innerhalb der Einrichtung _ 3 Ausprägungen
 (Aufenthaltsdauer: n= 3048)

Wie Grafik 4 aufzeigt, leben **23,8%** der befragten BewohnerInnen schon **bis zu einem Jahr** in den Einrichtungen, **37,4%** bereits **1- 4 Jahre** und **38,8%** der BewohnerInnen **länger als 4 Jahre**.

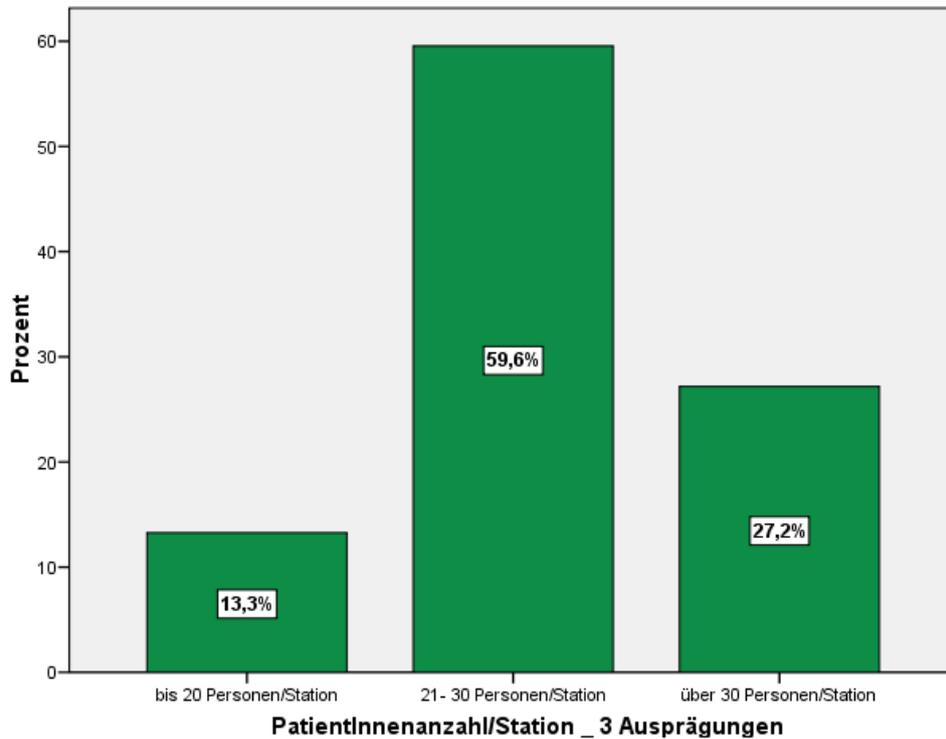
8.3 PatientInnenzahl/ Stationen

Die Stationsgrößen variieren zwischen 12 und 43 Personen pro Station, wobei **20,4%** der BewohnerInnen innerhalb einer Stationsgröße von **24 Personen/Station** leben, **13,6%** auf Stationen mit **26 Personen/Station** und **10,6%** auf Stationen mit **23 Personen/Station**.



Grafik 5: Personenanzahl/Station
(Personenanzahl/Station: n= 3054)

Zur besseren Veranschaulichung und weiteren Verwendung der Kategorie „Personenanzahl/Station“ wurde auch diese Variable in drei Kategorien zusammengefasst.



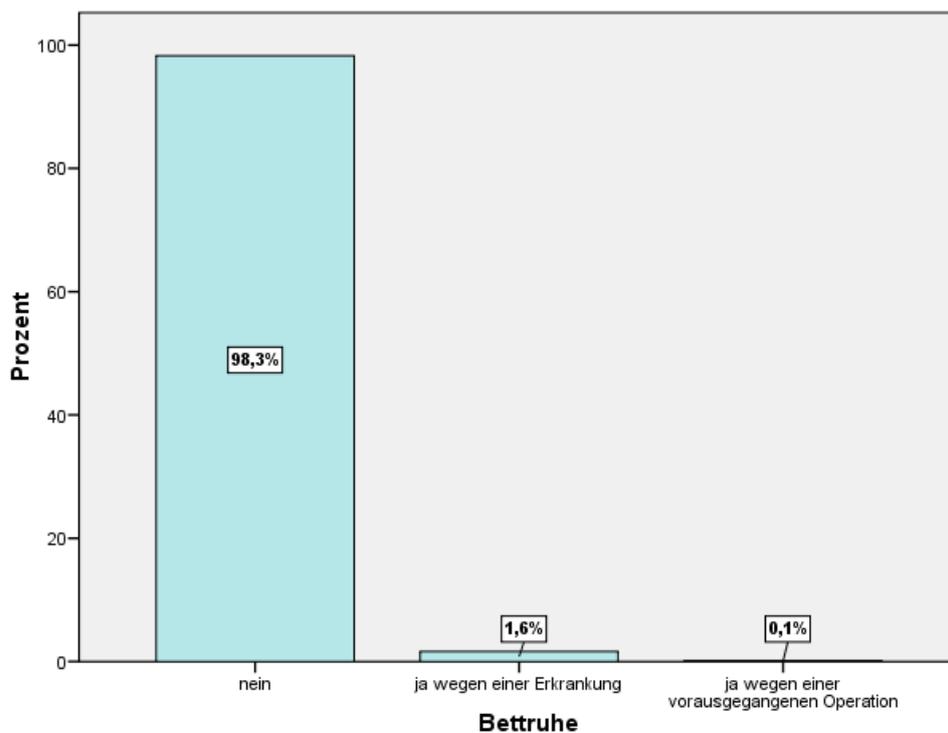
Grafik 6: Personenanzahl/Station _ 3 Ausprägungen
(Personenanzahl/Station: n= 3054)

Anhand Grafik 6 wird deutlich, dass der Großteil der BewohnerInnen (59,6% bzw. 1819 Personen) innerhalb einer Stationsgröße von **21 – 30 Personen/Station** leben, **27,2%** bzw. 830 Personen auf Stationen mit **über 30 BewohnerInnen/Station** und **13,3%** bzw. 405 Personen auf Stationen mit **bis zu 20 Personen/Station**.

8.4 Bettruhe

Der Begriff Bettruhe wird oft mit Bettlägerigkeit gleichgesetzt, meint aber nicht einen „Seinszustand“ sondern die befristete Zeit einer Schonung. Bettruhe ist eine „*diagnostisch oder therapeutisch begründete Anweisung oder Verordnung des Arztes, auch außerhalb der Schlafenszeiten im Bett liegen zu bleiben und nur in Ausnahmefällen aufzustehen*“ (Pschyrembel 2007 S. 114).

Die Frage, ob BewohnerInnen derzeit eine vorübergehende Bettruhe haben, ist eindeutig mit Nein (98,3%) zu beantworten. Nur 1,6% bzw. 50 BewohnerInnen haben eine vorübergehende Bettruhe aufgrund einer Erkrankung und nur 0,1% aufgrund einer vorausgegangenen Operation.



Grafik 7: Bettruhe
(Bettruhe: n= 3042)

9. Bettlägerigkeit

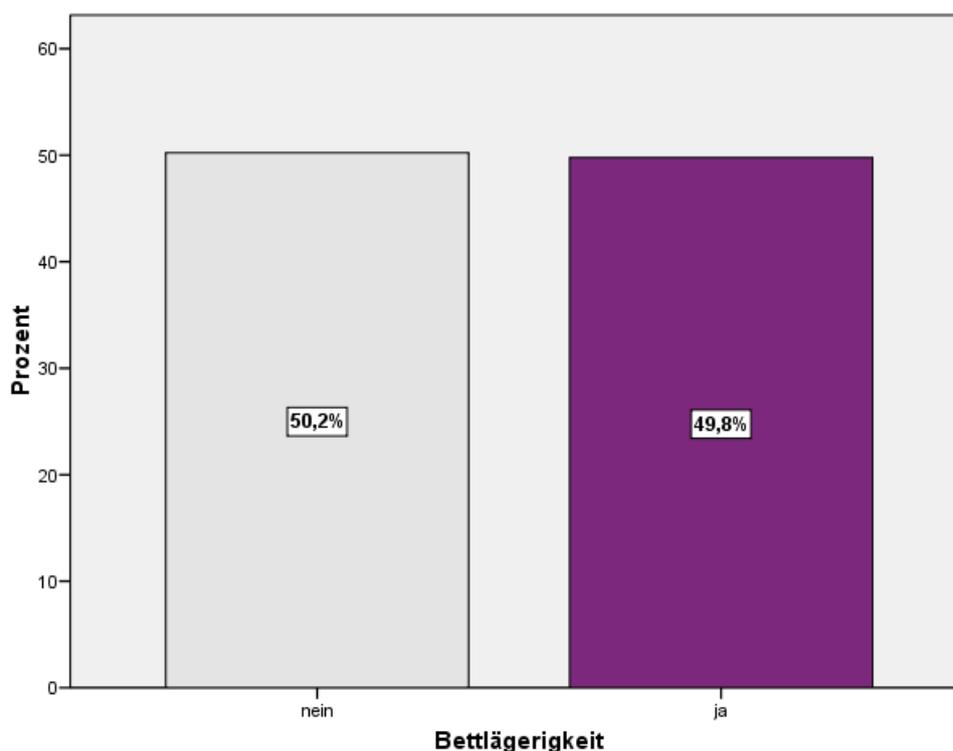
Um eine vergleichende Darstellung der Bettlägerigkeit jetzt und vor 6 Monaten zu ermöglichen, wurden in den nachfolgenden Grafiken und Tabellen zur Bettlägerigkeit nur jene BewohnerInnen berücksichtigt, die **länger als 6 Monate in der Einrichtung** verbringen (n=2645, siehe Tabelle 9 S.57). BewohnerInnen, die noch keine 6 Monate hier leben, können das Ergebnis verfälschen, da die Zeitdifferenz keine 6 Monate beträgt. Zusätzlich wurden noch all jene PatientInnen **ausgeschlossen**, die eine **vorübergehende Bettruhe** einhalten müssen (n=53, siehe Tabelle 10 S.57).

Von den gesamten BewohnerInnen (n=3054) wurden, wie Tabelle 11 (siehe S.57) aufzeigt, 392 Personen aufgrund zu kurzer Aufenthaltsdauer, 42 Personen wegen vorübergehender Bettruhe und weitere 11 Personen aufgrund beider Gründe ausgeschlossen.

Es konnten schlussendlich 2596 BewohnerInnen (n=2609, missings=13), nach den durchgeführten Ausschlussverfahren für die folgenden Auswertungen berücksichtigt werden.

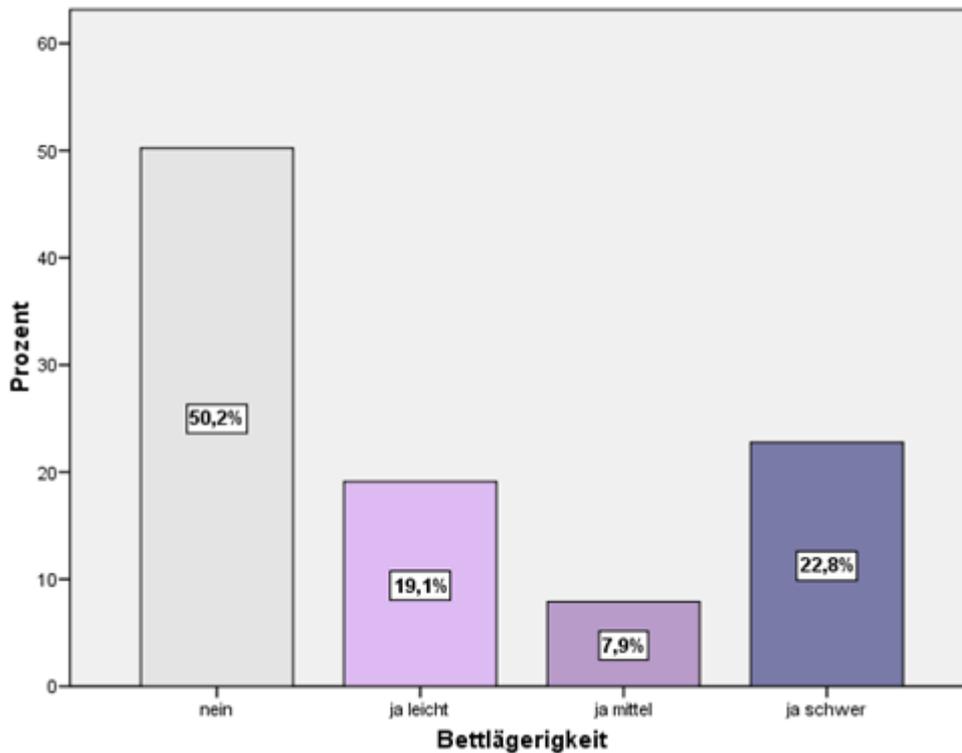
9.1 Bettlägerigkeit jetzt

Wie Grafik 8 aufzeigt ist knapp die Hälfte der BewohnerInnen, **49,8% zurzeit bettlägerig**.



Grafik 8: Bettlägerigkeit _ Ja/Nein
(Bettlägerigkeit Ja/Nein: n= 2596)

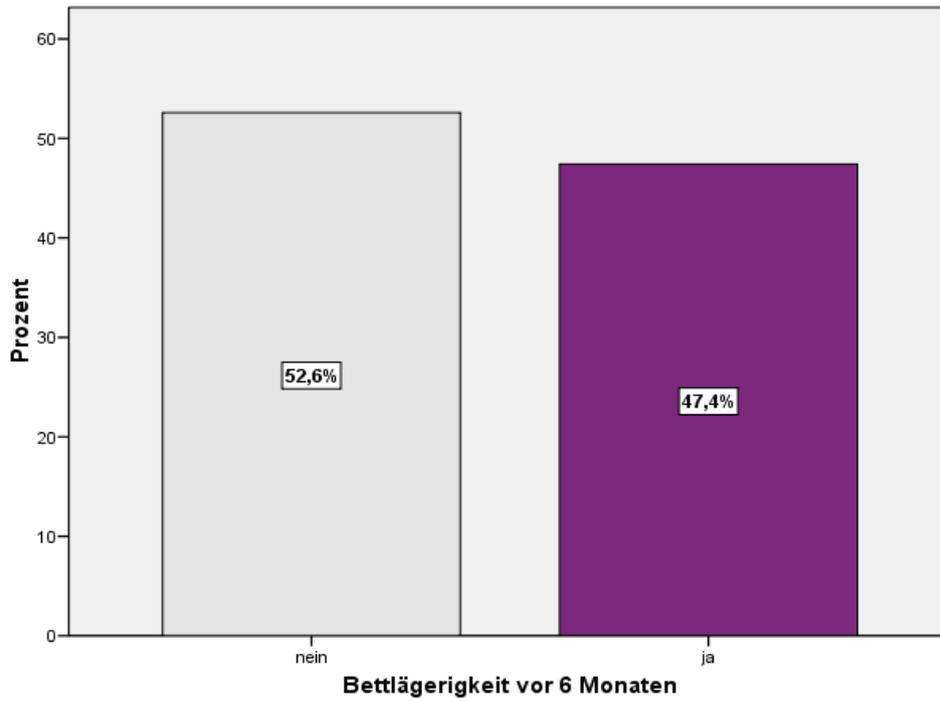
50,2% der BewohnerInnen sind nicht bettlägerig bzw. 19,1% leicht bettlägerig, **7,9% mittelschwer** und **22,8% schwer bettlägerig** (siehe Grafik 9).



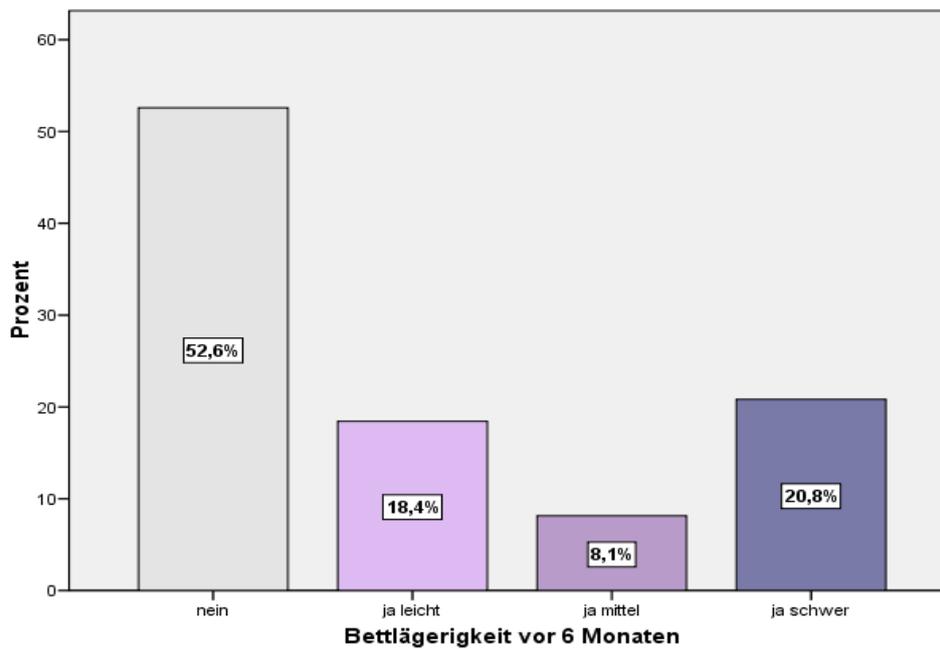
Grafik 9: Bettlägerigkeit_alle Ausprägungen
(Bettlägerigkeit alle Ausprägungen: n= 2596)

9.2 Bettlägerigkeit vor 6 Monaten

Vor 6 Monaten waren **47,4 %** der BewohnerInnen bettlägerig (vgl. Grafik 10). 52,6% sind nicht bettlägerig bzw. 18,4% maximal leicht bettlägerig, 7,9% mittelschwer und **22,8% schwer bettlägerig**, wie Grafik 11 aufzeigt.



Grafik 10: Bettlägerigkeit vor 6 Monaten_ Ja/Nein
 (Bettlägerigkeit vor 6 Monaten Ja/Nein: n= 2609)



Grafik 11: Bettlägerigkeit vor 6 Monaten _ alle Ausprägungen
 (Bettlägerigkeit vor 6 Monaten alle Ausprägungen: n= 2609)

9.3 Vergleich Bettlägerigkeit jetzt/ vor 6 Monaten

Die Bettlägerigkeit hat sich bei den BewohnerInnen von 47,4% innerhalb von 6 Monaten geringfügig auf 49,8% erhöht. Dies ist eine **Steigerung um 2,4 Prozentpunkte**. Die mittelschwere bis schwere Bettlägerigkeit hat sich von 28,9% auf 30,7% erhöht, was eine **Steigerung um 1,8 Prozentpunkte** bedeutet.

Zusätzlich wurde der Frage nachgegangen ob es BewohnerInnen gibt, deren Zustand sich innerhalb von 6 Monaten verbessert hat und bei wie vielen Personen eine Zustandsverschlechterung eingetreten ist.

Tabelle 16 (S.58) zeigt auf, um wie viele Einstufungen sich der Zustand der Bettlägerigkeit innerhalb der letzten 6 Monate verändert hat:

Insgesamt ist bei **55 Personen** eine **Zustandsverbesserung** der Bettlägerigkeit eingetreten. 5 Personen haben sich um drei Einstufungen, 19 Personen um zwei Einstufungen und 31 Personen um eine Einstufung verbessert.

Der Zustand der Bettlägerigkeit ist bei 2373 Personen gleich geblieben.

Bei **152 Personen** ist eine **Zustandsverschlechterung** bei der Bettlägerigkeit nachweisbar. 90 Personen haben sich um eine Einstufung verschlechtert, 39 Personen um zwei Einstufungen und 23 Personen um drei Einstufungen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich die Bettlägerigkeit innerhalb von 6 Monaten nur geringfügig gesteigert hat. Bei 55 Personen hat sich der Zustand der Bettlägerigkeit innerhalb eines halben Jahres verbessert, während bei 152 Personen eine Zustandsverschlechterung eingetreten ist.

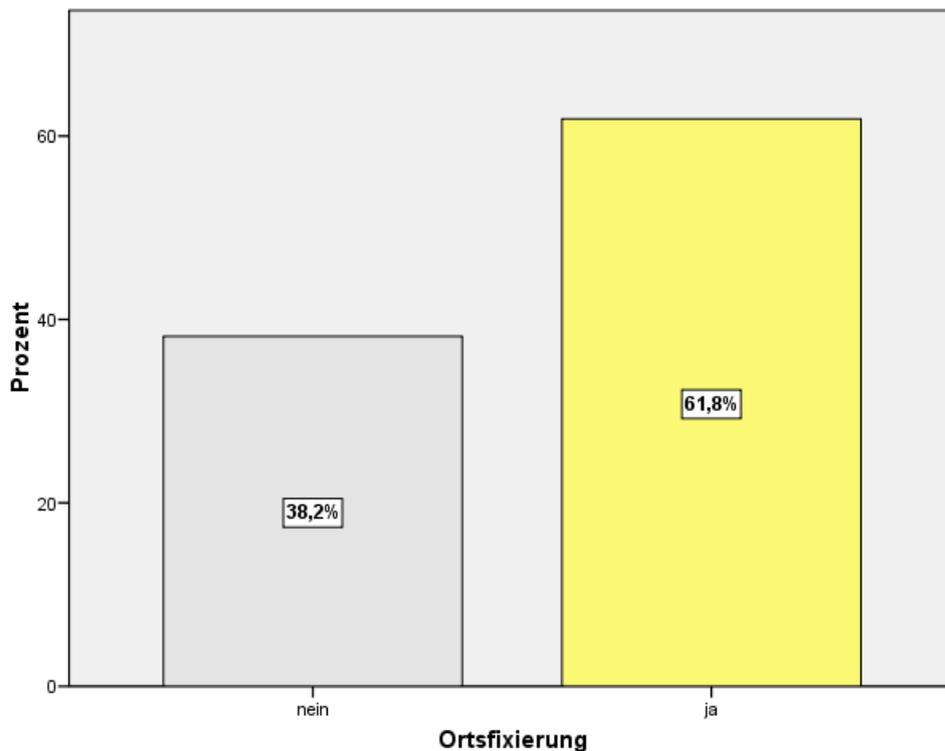
10. Ortsfixierung

Um auch den jetzigen Status der Ortsfixierung mit dem Status vor 6 Monaten vergleichen zu können, wurden ebenfalls nur jene BewohnerInnen berücksichtigt, die **länger als 6 Monate in der Einrichtung** verbringen (n=2645, siehe Tabelle 9 S.57), da BewohnerInnen, die noch keine 6 Monate in der Institution sind das Ergebnis verfälschen können. Außerdem wurden noch all jene Personen **ausgeschlossen**, die eine **vorübergehende Bettruhe** einhalten müssen (n=53, siehe Tabelle 10 S.57). Von den gesamten BewohnerInnen (n=3054) wurden, wie Tabelle 11 (siehe S.57) aufzeigt, 392 Personen aufgrund zu kurzer Aufenthaltsdauer, 42 Personen wegen vorübergehender Bettruhe und weitere 11 Personen aufgrund beider Gründe ausgeschlossen.

Für die folgenden Auswertungen konnten schlussendlich 2609 Fragebögen (n=2609, missings=9) berücksichtigt werden.

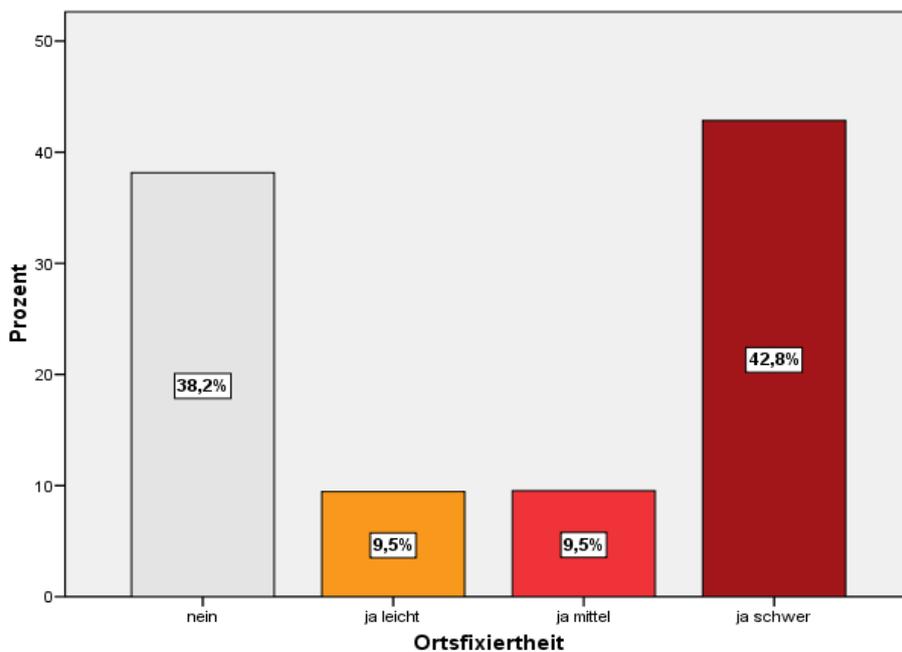
10.1 Ortsfixierung jetzt

Wie Grafik 12 aufzeigt sind mehr als die Hälfte, **61,8%** der BewohnerInnen **ortsfixiert**.



Grafik 12: Ortsfixierung _ Ja/Nein
(Ortsfixierung Ja/Nein: n= 2600)

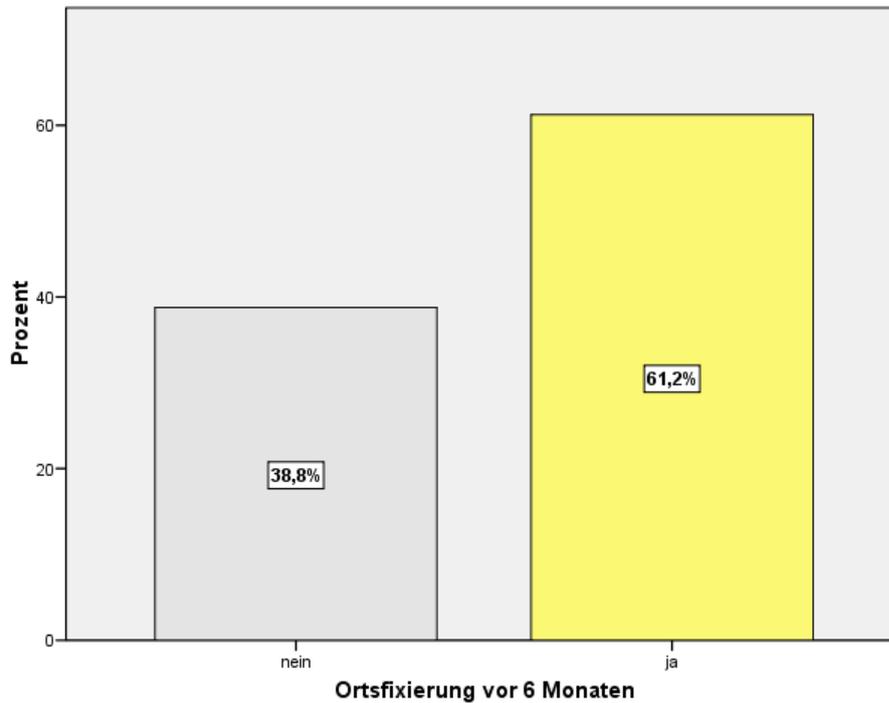
Wie Grafik 13 aufzeigt sind 38,2% der BewohnerInnen nicht ortsfixiert bzw. 9,5% maximal leicht ortsfixiert, **9,5%** sind **mittelschwer ortsfixiert** und **42,8%** **schwer ortsfixiert**.



Grafik 13: Ortsfixierung _ alle Ausprägungen
(Ortsfixierung alle Ausprägungen: n= 2600)

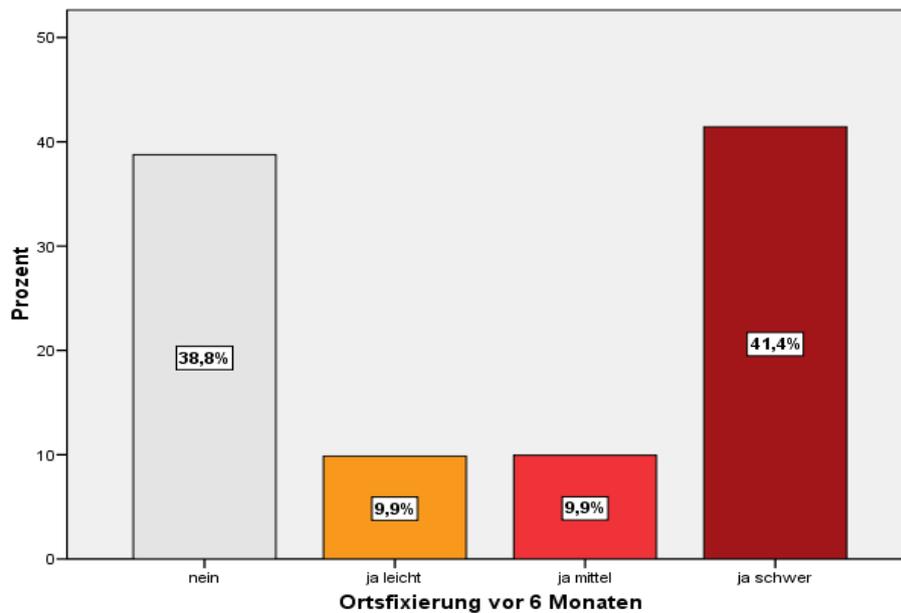
10.2 Ortsfixierung vor 6 Monaten

Vor 6 Monaten waren **61,2%** der BewohnerInnen **ortsfixiert**.



Grafik 14: Ortsfixierung vor 6 Monaten _ Ja/Nein
 (Ortsfixierung vor 6 Monaten Ja/Nein: n= 2595)

38,8% waren nicht ortsfixiert bzw. **9,9%** maximal **leicht ortsfixiert**, **9,9%** **mittelschwer ortsfixiert** und **41,4%** **schwer ortsfixiert** (siehe Grafik 15).



Grafik 15: Ortsfixierung vor 6 Monaten _ alle Ausprägungen
 (Ortsfixierung vor 6 Monaten alle Ausprägungen: n= 2595)

10.3 Vergleich Ortsfixierung jetzt/ vor 6 Monaten

Die Ortsfixierung hat sich von 61,2% innerhalb von 6 Monaten geringfügig auf 61,8% erhöht. Das ist eine **Steigerung um 0,6 Prozentpunkte**. Die mittlere bis schwere Ortsfixierung hat sich von 51,3% auf 52,3% erhöht, was eine **Steigerung um 1 Prozentpunkt** bedeutet.

Wie Tabelle 21 (S.60) aufzeigt, ist bei **68 Personen** eine **Zustandsverbesserung** bei der Ortsfixierung im Vergleich zu vor 6 Monaten feststellbar. 15 BewohnerInnen haben sich um drei Einstufungen, 19 Personen um zwei Einstufungen und 34 BewohnerInnen um eine Einstufung verbessert. Bei 2406 Personen ist der Status der Ortsfixierung während der letzten 6 Monate gleich geblieben.

Bei **113 Personen** ist eine **Zustandsverschlechterung** der Ortsfixierung innerhalb der letzten 6 Monate eingetreten. 52 BewohnerInnen haben sich um eine Einstufung, 27 Personen um zwei Einstufungen und 34 BewohnerInnen um drei Einstufungen verschlechtert.

Zusammenfassend lässt sich feststellen dass sich auch die Ortsfixierung innerhalb von 6 Monaten nur geringfügig von 61,2% auf 61,8% - eine Steigerung um 0,6 Prozentpunkte – erhöht hat. Bei 68 Personen ist eine Zustandsverbesserung eingetreten, während bei 113 Personen eine Zustandsverschlechterung feststellbar ist.

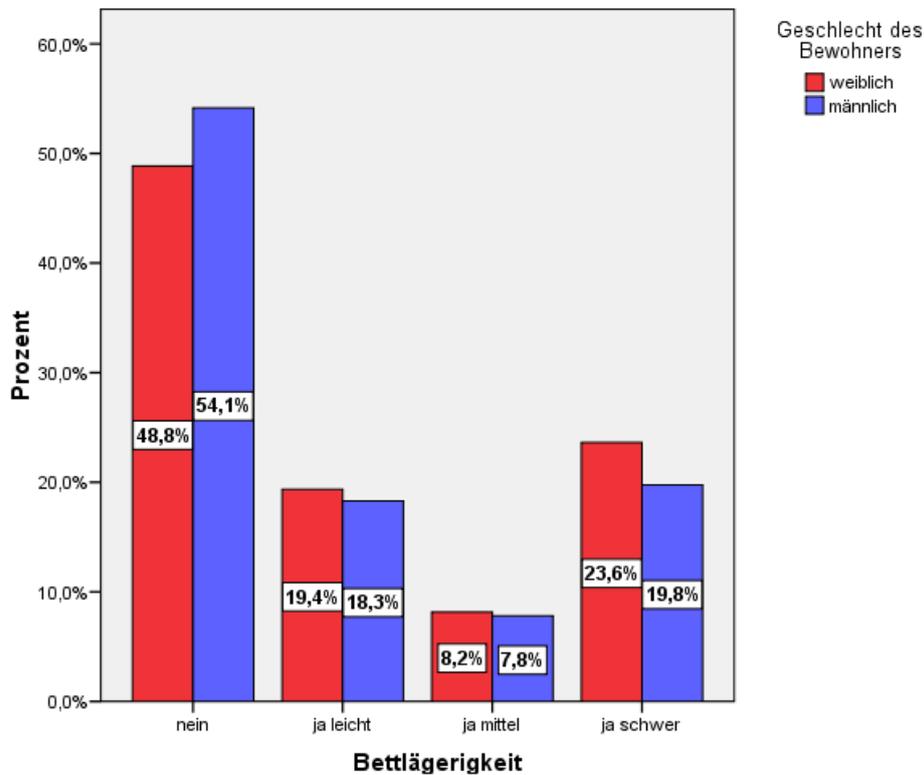
11. Bettlägerigkeit nach Geschlecht, Körperstatur, Aufenthaltsdauer und PatientInnenzahl

Im Zuge der Befragung wurde das Geschlecht, die Körperstatur, Aufenthaltsdauer und PatientInnenzahl/Station erhoben, um eventuell mögliche Zusammenhänge zwischen diesen Variablen und Bettlägerigkeit aufzeigen zu können.

11.1 Bettlägerigkeit nach Geschlecht

48,8% der Frauen und 54,1% der Männer sind nicht bettlägerig. Ungefähr 4 bis 5 Stunden außerhalb des Bettes können 19,4% der Frauen und 18,3% der Männer verbringen (leichte Bettlägerigkeit). 7,8% der Männer und 8,2% der Frauen sind von einer mittleren Bettlägerigkeit betroffen, können also für kurze Handlungen das Bett verlassen. 19,8% der Männer und 23,6% der Frauen sind schwer bettlägerig und verbringen 24 Stunden/Tag im Bett (siehe auch Tabelle 22 S.60).

Es lassen sich bei der Bettlägerigkeit kaum Unterschiede nach Geschlecht erkennen.

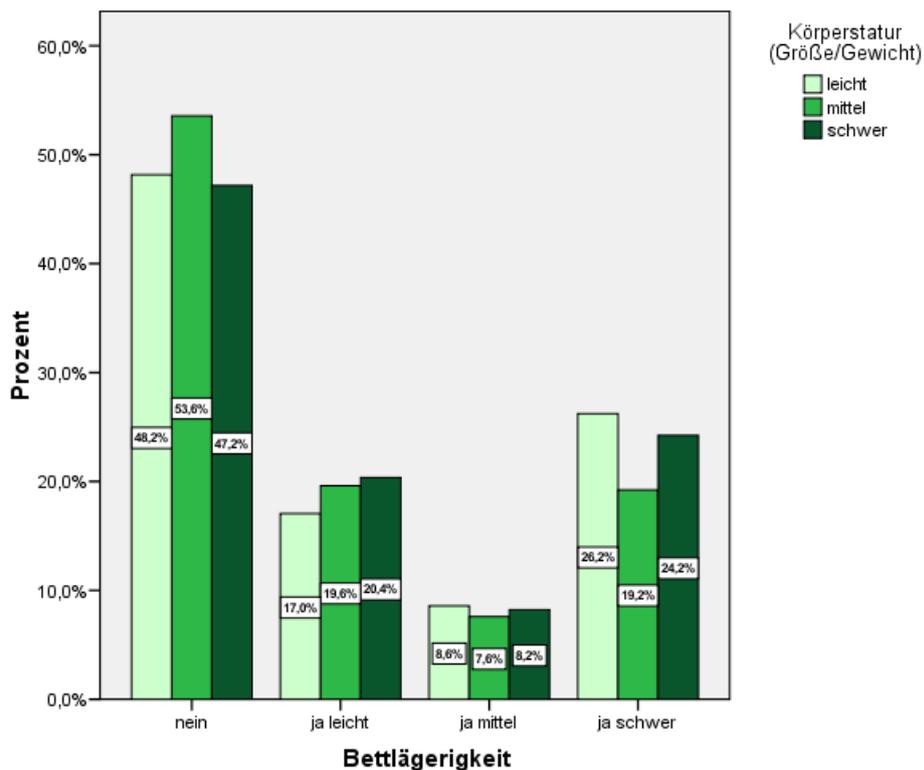


Grafik 16: Bettlägerigkeit/ Geschlecht
(Bettlägerigkeit/Geschlecht: n= 3037)

11.2 Bettlägerigkeit nach Körperstatur

BewohnerInnen mit einer leichten Körperstatur sind zu 17% leicht, 8,6% mittel und 26,2% schwer bettlägerig. Personen mittlerer Körperstatur sind zu 19,6% leicht, 7,6% mittel und 19,2% schwer bettlägerig. Männer und Frauen, die sehr schwer sind, sind zu 20,4% leicht, 8,2% mittel und 24,2% schwer bettlägerig (siehe auch Tabelle 24 S.61).

Auch bei der Bettlägerigkeit nach Körperstatur lassen sich demnach kaum Unterschiede erkennen.

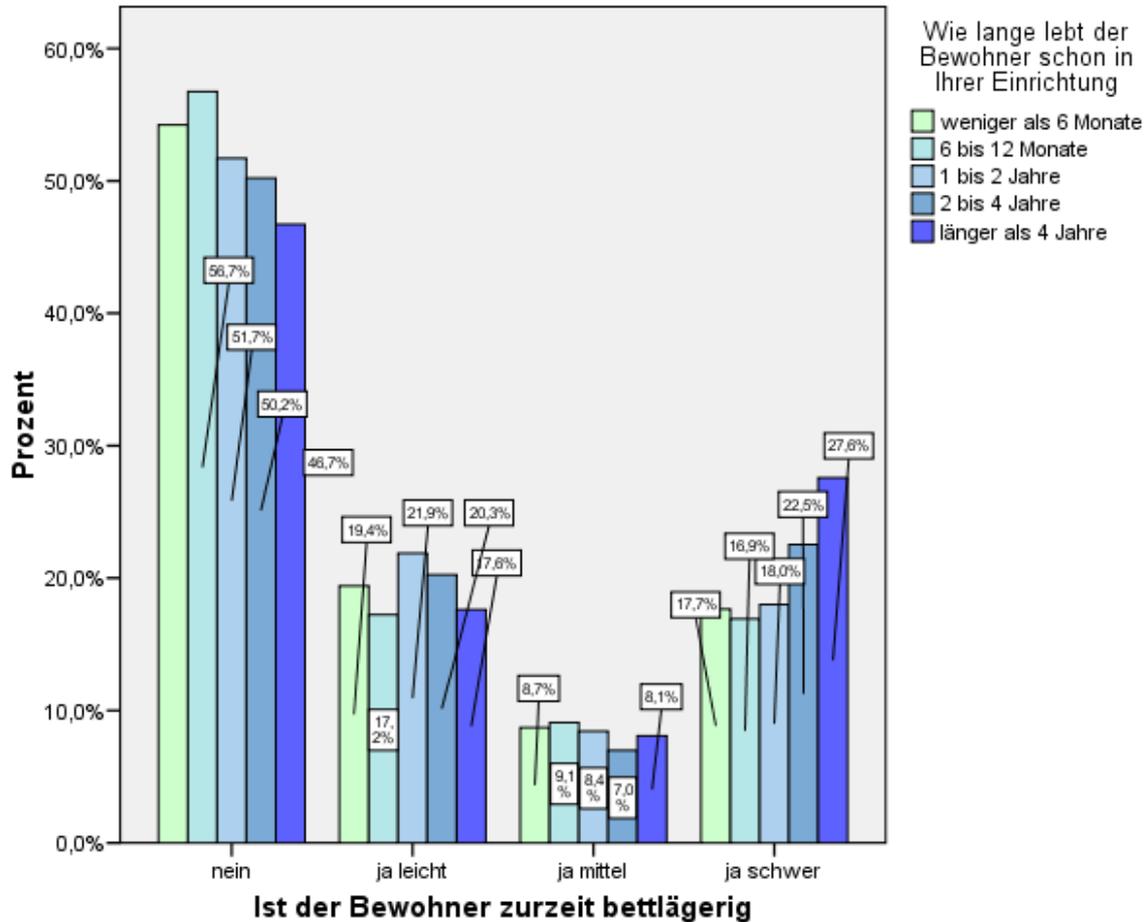


Grafik 17: Bettlägerigkeit/ Körperstatur
(Bettlägerigkeit/Körperstatur: n= 3020)

11.3 Bettlägerigkeit nach Aufenthaltsdauer

Von den BewohnerInnen, die weniger als 6 Monate in der Einrichtung leben sind 17,7% schwer bettlägerig. 16,9% der Personen die zwischen 6 und 12 Monaten in der Einrichtung leben sind ebenfalls schwer bettlägerig. 18,0% der BewohnerInnen die zwischen 1 und zwei Jahre in der Institution sind, sind schwer bettlägerig. 27,6% der Menschen, die schon länger als 4 Jahre in der Einrichtung verbringen sind schwer bettlägerig. Die leichte Form der Bettlägerigkeit ist, wie auch die mittelschwere Form der Bettlägerigkeit über die gesamte Aufenthaltsdauer relativ ähnlich (vgl. auch Tabelle 26 S.61).

Es lässt sich kaum ein Unterschied in der Bettlägerigkeit nach der Aufenthaltsdauer erkennen.

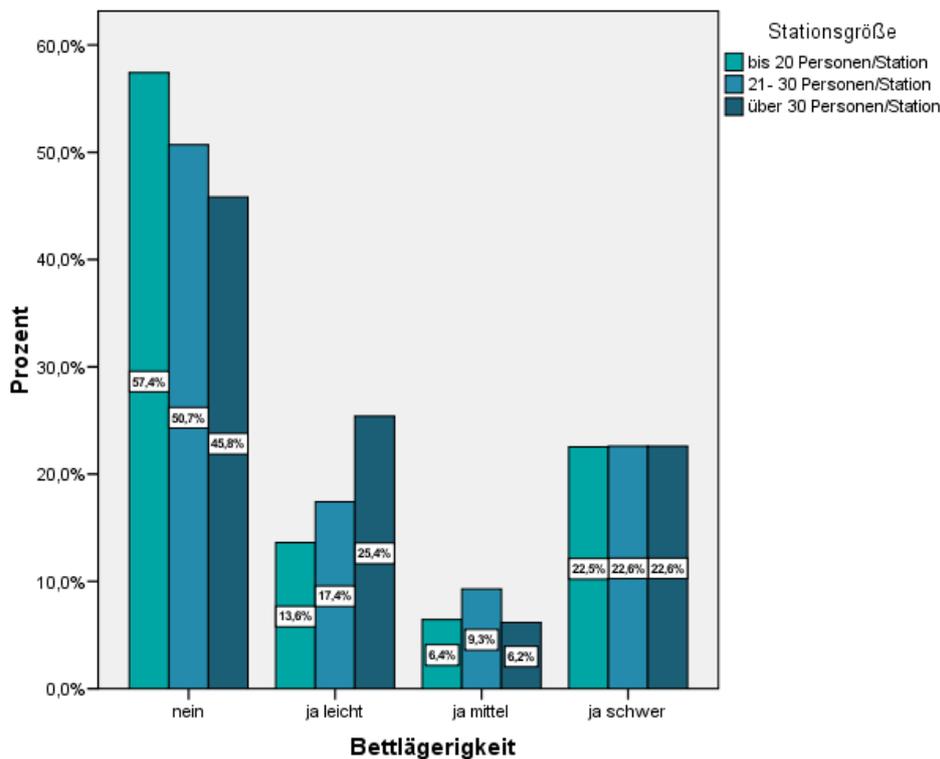


Grafik 18: Bettlägerigkeit/ Aufenthaltsdauer
(Bettlägerigkeit/Aufenthaltsdauer: n= 3036)

11.4 Bettlägerigkeit nach PatientInnenzahl der Station

Bei Stationsgrößen von bis zu 20 Personen/Station sind 13,6% leicht, 6,4% mittel und 22,5% schwer bettlägerig. Bei Stationsgrößen zwischen 21-30 Personen/Station sind 17,4% leicht, 9,3% mittel und 22,6% schwer bettlägerig. In Einrichtungen mit Stationsgrößen über 30 Personen/Station sind 25,4% von einer leichten, 6,2% von einer mittelschweren und 22,6% von einer schweren Bettlägerigkeit betroffen (siehe auch Tabelle 28 S.62).

Es lässt sich auch kein Unterschied in der Bettlägerigkeit nach der PatientInnenzahl/Station erkennen.



Grafik 19: Bettlägerigkeit/ PatientInnenzahl der Station
(Bettlägerigkeit/PatientInnenzahl: n= 3040)

11.5 Schlussfolgerungen

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich Bettlägerigkeit unabhängig von Geschlecht, Körperstatur, Aufenthaltsdauer oder PatientInnenzahl/Station manifestiert.

Frauen sind zwar eher schwer bettlägerig (23,6%) als Männer, man kann aber hierbei nur von einem sehr leichten und damit vernachlässigbaren Zusammenhang sprechen (Qui-Quadrat= -0,051, siehe Tabelle 23 S.60).

Im Zusammenhang mit der Körperstatur der BewohnerInnen zeigen sich ähnliche Ergebnisse. So sind 47,2% der BewohnerInnen mit einer schweren Körperstatur nicht bettlägerig, 20,4% leicht, nur 8,2% mittel und 24,2% schwer bettlägerig. Eine leichte Form der Bettlägerigkeit besteht zu ungefähr 17 – 20%, eine mittlere Bettlägerigkeit zwischen 7,6 - 8,6% und eine schwere Form der Bettlägerigkeit bei 19,2 – 26,2% der BewohnerInnen. Der Spearman-Rho Korrelationstest ergab auch hier keinen nennenswerten Zusammenhang (rho= -0,004, vgl. Tabelle 25 S.61).

Die Aufenthaltsdauer innerhalb der Einrichtung hat ebenfalls nur einen unwesentlichen Einfluss auf die Entstehung von Bettlägerigkeit. Die Zahl der schweren Bettlägerigkeit steigt zwar mit der Aufenthaltsdauer an, die mittelschwere bzw. leichte Form der Bettlägerigkeit

manifestiert ist aber über die unterschiedlichen Aufenthaltszeitpunkte ähnlich. ($\rho = 0,087$, siehe Tabelle 27 S.62).

Auch die PatientInnenzahl/Station hat nur einen vernachlässigbaren Einfluss auf die Entstehung von Bettlägerigkeit. Die schwere Bettlägerigkeit ist über alle Stationsgrößen stark ausgeprägt (22,5-22,6%), einzig die leichte Bettlägerigkeit scheint mit der PatientInnenzahl/Station anzusteigen, wobei man hier von keinem Zusammenhang sprechen kann ($\rho = 0,042$, vgl. Tabelle 29 S.62).

Auch die Größe der jeweiligen Einrichtungen hat keinen Einfluss auf das Bestehen einer Bettlägerigkeit. So manifestiert sich Bettlägerigkeit unabhängig davon, ob es sich um recht große Einrichtungen oder eher kleine Institutionen handelt (Qui-Quadrat= 0,000; vgl. Tabelle 30 S.63).

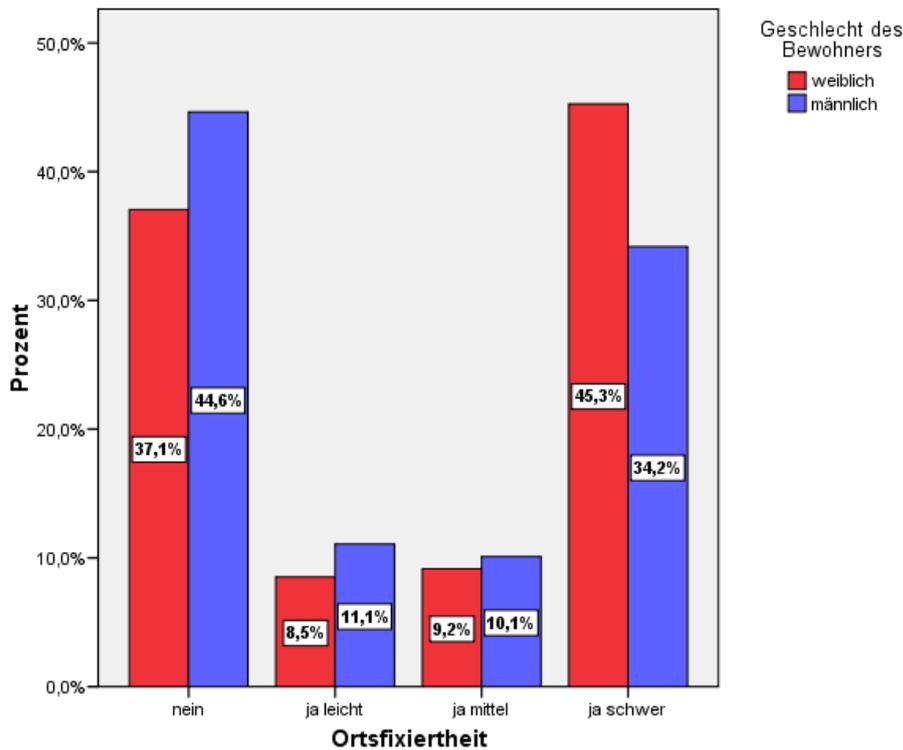
12. Ortsfixierung nach Geschlecht, Körperstatur, Aufenthaltsdauer und PatientInnenzahl

Das Kapitel 14 beleuchtet, ob die erhobenen Variablen Geschlecht, Körperstatur, Aufenthaltsdauer und PatientInnenzahl/Station im Zusammenhang mit der Entstehung von Ortsfixierung stehen.

12.1 Ortsfixierung nach Geschlecht

Wie Grafik 20 aufzeigt, sind 37,1% der Frauen und 44,6% der Männer nicht ortsfixiert. 8,5% der Frauen und 11,1% der Männer bewegen sich in weiten Teilen selbstständig, brauchen aber Hilfe beim Transfer (leichte Ortsfixierung). Von einer mittleren Form der Ortsfixierung sind 9,2% der Frauen und 10,1% der Männer betroffen. 45,3% der Frauen und 34,2% der Männer verbringen die überwiegende Zeit des Tages an einem Ort, ohne sich fortzubewegen, sind also schwer ortsfixiert (siehe Tabelle 31 S.63).

Diese Prozentwerte bedeuten, dass es kaum Geschlechtsunterschiede bei Ortsfixierung gibt, lediglich sind mehr Männer nicht ortsfixiert und mehr Frauen schwer ortsfixiert.

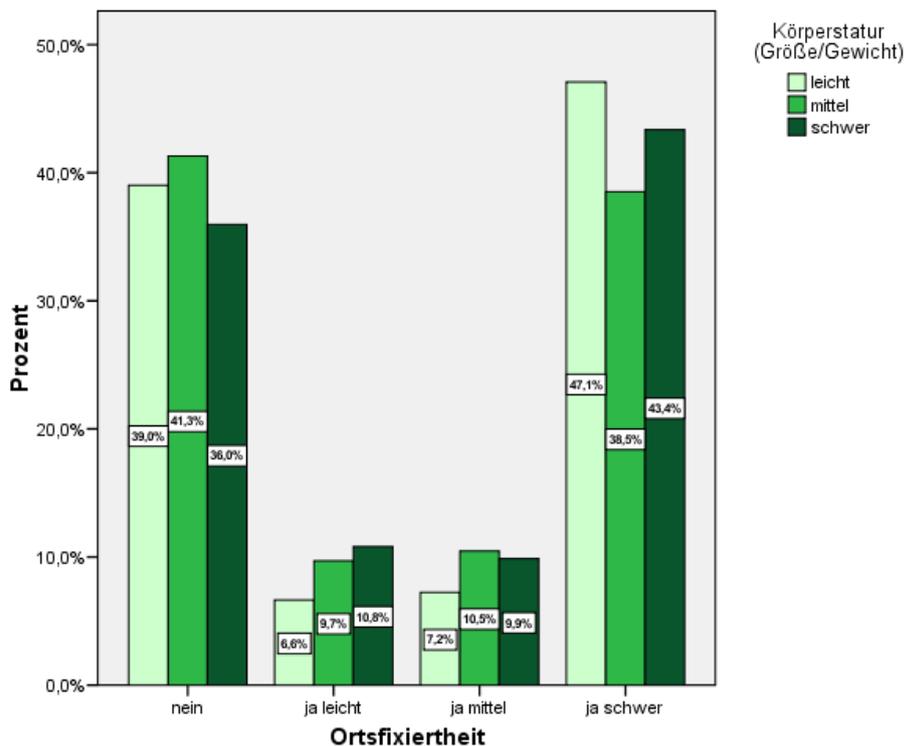


Grafik 20: Ortsfixierung Geschlecht
(Ortsfixierung/ Geschlecht: n= 3040)

12.2 Ortsfixierung nach Körperstatur

39,0% der BewohnerInnen mit leichter, 41,3% mit mittlerer und 36,0% mit einer schweren Körperstatur sind nicht bettlägerig. Personen mit einer leichten Körperstatur sind zu 6,6% leicht ortsfixiert, können sich somit größtenteils selbstständig fortbewegen und brauchen lediglich Unterstützung beim Transfer. Die BewohnerInnen mittlerer Körperstatur sind zu 9,7% leicht, schwere Personen zu 10,8% leicht ortsfixiert. Von einer mittleren Form der Ortsfixierung sind 7,2% der BewohnerInnen leichter, 10,5% derer mit mittlerer und 9,9% derer mit einer schweren Körperstatur betroffen. Die schwere Form der Bettlägerigkeit ist über alle Körperstaturen relativ hoch, so sind 47,1% der leichten, 38,5% der mittleren und 43,4% der schweren Personen davon betroffen (siehe Grafik 21 S.36 und Tabelle 33 S.64).

Anhand dieser Werte lassen sich kaum Unterschiede bei Ortsfixierung nach Körperstatur erkennen.

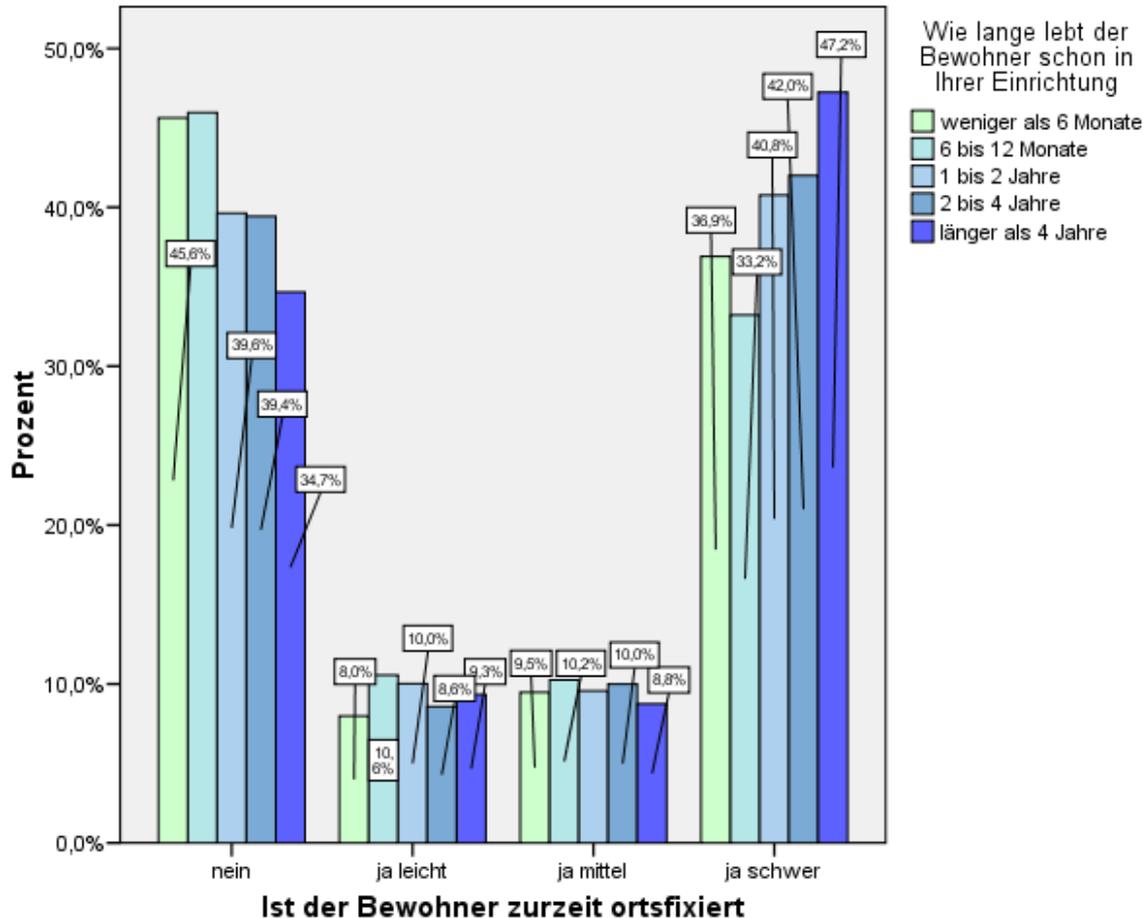


Grafik 21: Ortsfixierung/ Körperstatur
(Ortsfixierung/ Körperstatur: n= 3023)

12.3 Ortsfixierung nach Aufenthaltsdauer

Grafik 22 zeigt auf, wie sich die Ortsfixierung über die unterschiedlichen Aufenthaltsdauern verteilt. Auffallend ist, dass 36,9% der Personen, die weniger als 6 Monate in der Einrichtung leben bereits schwer ortsfixiert sind. Generell ist die schwere Ortsfixierung über alle Zeiten am stärksten ausgeprägt. 47,2% der BewohnerInnen, die länger als 4 Jahre dort leben sind schwer ortsfixiert. Die leichte und mittelschwere Form der Ortsfixierung ist unabhängig von der Aufenthaltsdauer ziemlich ähnlich (siehe auch Tabelle 35 S.64).

Auch diese Prozentwerte zeigen auf, dass sich Ortsfixierung unabhängig von der Aufenthaltsdauer innerhalb der Einrichtung manifestiert.



Grafik 22: Ortsfixierung/ Aufenthaltsdauer
(Ortsfixierung/ Aufenthaltsdauer: n= 3039)

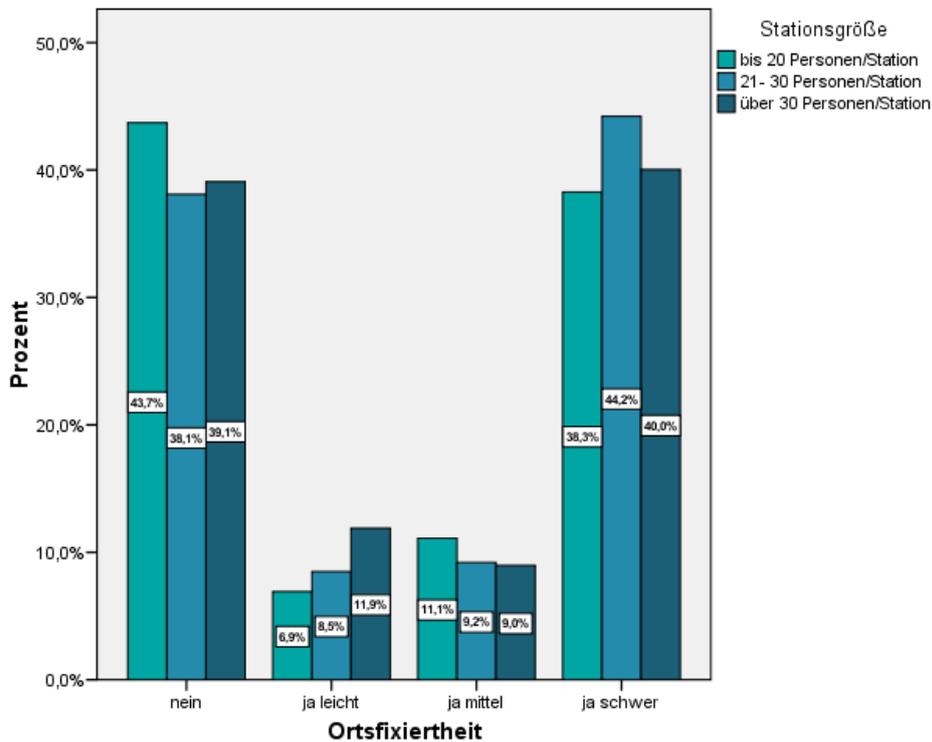
12.4 Ortsfixierung nach PatientInnenzahl

Anhand Grafik 23 (siehe auch Tabelle 37 S.65) wird ersichtlich, wie sich die leichte, mittlere und schwere Form der Ortsfixierung auf die drei unterschiedlichen Stationsgrößen verteilt. Auch hier ist die schwere Ortsfixierung erwartungsgemäß über alle Stationsgrößen am stärksten ausgeprägt.

43,7% der BewohnerInnen bis zu 20 Personen/Station, 38,1% derer zwischen 21-30 Personen/Station und 39,1% derer, die auf Stationen mit über 30 Personen/Station leben sind nicht ortsfixiert. BewohnerInnen, die auf Station mit bis zu 20 Personen/Station leben, sind zu 6,9% leicht, 11,1% mittel und 38,3% schwer ortsfixiert. Diejenigen die auf Stationen zwischen 21-30 Personen/Station wohnen, sind zu 8,5% leicht, 9,2% mittel und 44,2% schwer ortsfixiert. Tendenziell würde man erwarten, dass auf Stationen, wo mehr als 30 Personen leben die Ortsfixierung am stärksten ausgeprägt ist, da hier das Pflegepersonal mehr BewohnerInnen versorgen muss. Jedoch ähneln diese Ergebnisse den anderen beiden

Stationsgrößen. Die schwere Form der Ortsfixierung ist bei den BewohnerInnen auf Stationsgrößen zwischen 21-30 Personen/Station mit 44,2% am stärksten ausgeprägt, gefolgt von den BewohnerInnen die mit über 30 Personen/Station leben (40,0%).

Auch hier kann man kaum Unterschiede in der Ortsfixierung nach PatientInnenzahl/Station erkennen.



Grafik 23: Ortsfixierung/ PatientInnenzahl

(Ortsfixierung/ PatientInnenzahl: n= 3043)

12.5 Schlussfolgerungen

Nach eingehender graphischer Darstellung und den Verweisen zu den dazugehörigen Tabellen im Anhang lässt sich feststellen, dass Ortsfixierung bei den untersuchten BewohnerInnen unabhängig von Geschlecht, Körperstatur, Aufenthaltsdauer und PatientInnenzahl/Station auftritt.

Frauen sind zwar eher schwer ortsfixiert (45,3%) als Männer (34,2%), man kann hier aber nur von einem sehr leichten und somit vernachlässigbaren Zusammenhang sprechen (Qui-Quadrat= -0,000; vgl. Tabelle 32 S.63). Auch die Körperstatur hat keinen Einfluss auf die Entstehung einer Ortsfixierung. Das Phänomen ist unabhängig von der Körperstatur in der schweren Form der Ortsfixierung am stärksten ausgeprägt – diese BewohnerInnen

verbringen die überwiegende Zeit des Tages an einem Ort ohne sich fortzubewegen ($\rho = 0,004$; Tabelle 34 S.64).

Im Zusammenhang mit der Aufenthaltsdauer innerhalb der Einrichtung zeigen sich ähnliche Ergebnisse. Auch hier ist die schwere Form der Ortsfixierung am stärksten ausgeprägt, wobei man in Tabelle 35 (S.64) eine leichte Steigerung feststellen kann. Die Ortsfixierung steigt mit der Aufenthaltsdauer leicht an, aber auch hierbei handelt es sich nur um einen sehr leichten und damit vernachlässigbaren Zusammenhang ($\rho = 0,094$; vgl. Tabelle 36 S.65).

Auch die PatientInnenzahl/Station beeinflusst die Entstehung von Ortsfixierung nicht ($\rho = 0,003$; siehe Tabelle 38 S.65).

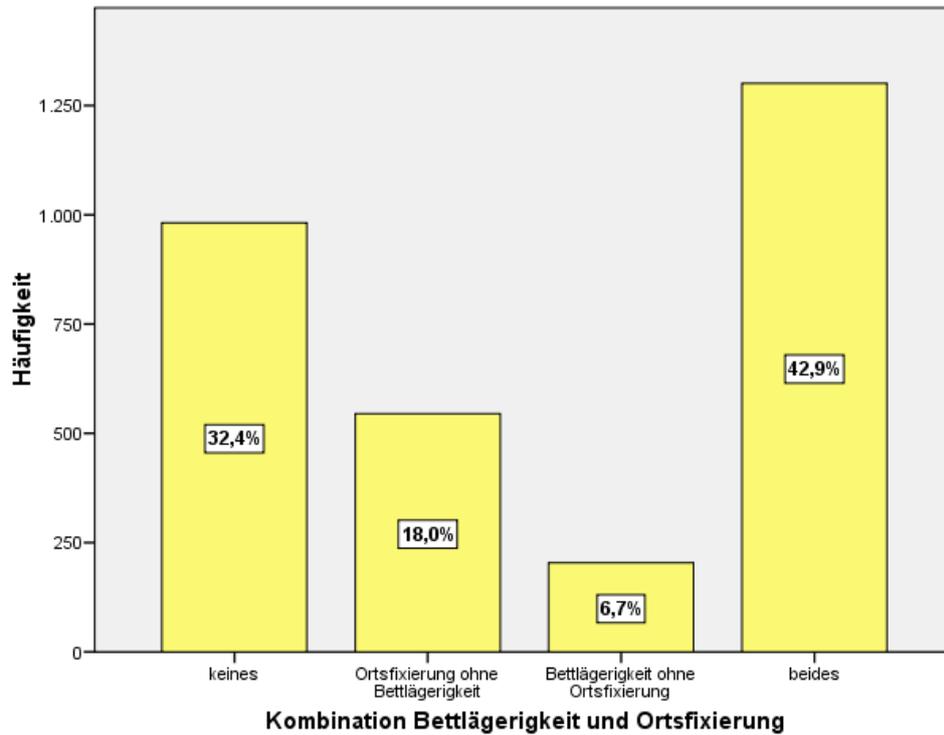
Zusätzlich wurde noch der mögliche Zusammenhang zwischen Ortsfixierung und der Größe der jeweiligen Einrichtungen untersucht. Auch hier zeigt sich, dass sich Ortsfixierung unabhängig von der Größe der Institutionen manifestiert (Qui-Quadrat = 0,000; vgl. Tabelle 39 S.66).

13. Zusammenhang von Bettlägerigkeit und Ortsfixierung

Nachdem sich Bettlägerigkeit und Ortsfixierung unabhängig von den verschiedenen Merkmalen der BewohnerInnen, wie Geschlecht und Körperstatur manifestieren, beleuchtet Punkt 15, ob es einen möglichen Zusammenhang zwischen dem Bestehen von Bettlägerigkeit und dem Auftreten von Ortsfixierung gibt.

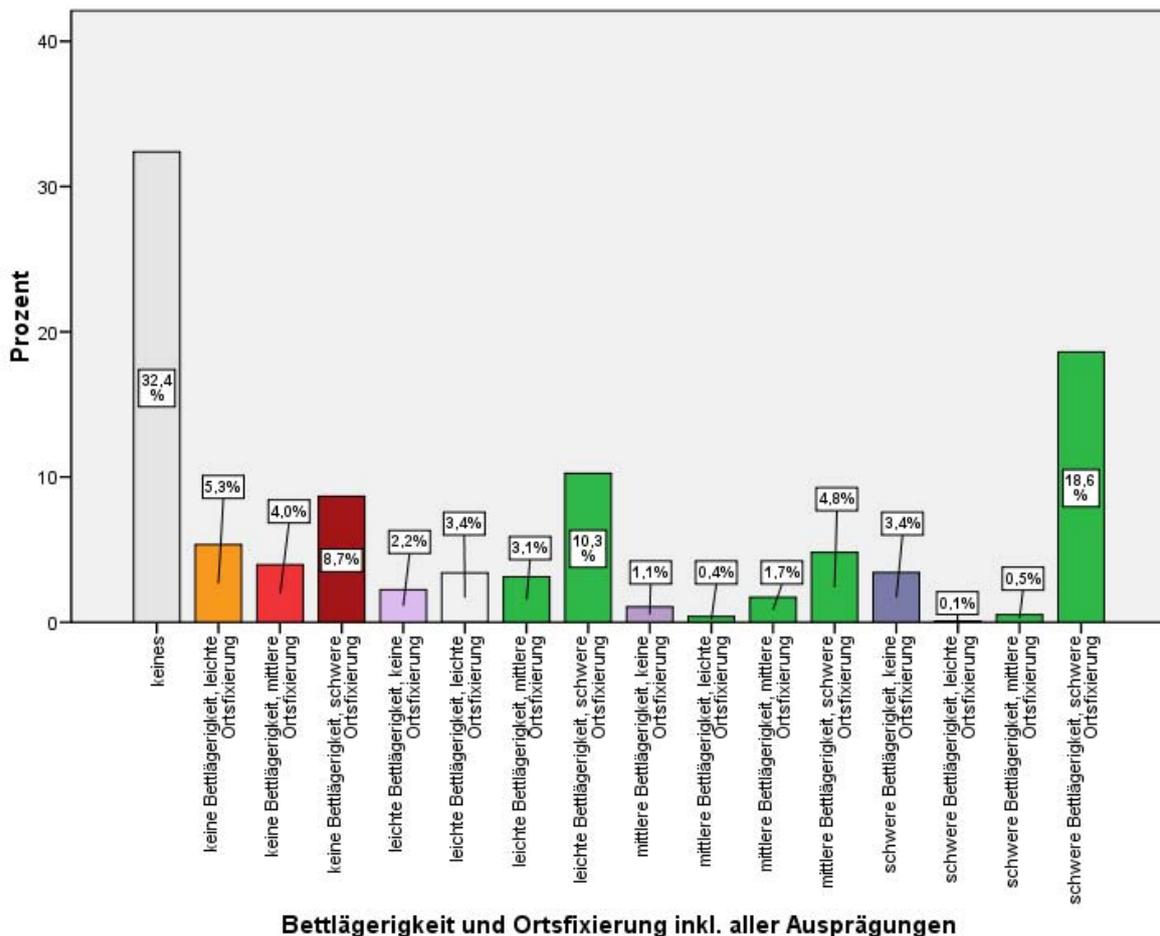
Dabei soll zuerst ein Überblick über das Vorherrschen der beiden Phänomene gegeben werden (siehe Grafik 24 S.40), und in einem weiteren Schritt den Zusammenhang zwischen Bettlägerigkeit und Ortsfixierung aufgezeigt werden.

Wie anhand Grafik 24 ersichtlich wird, sind **42,9%** der BewohnerInnen **sowohl bettlägerig als auch ortsfixiert**. Bei **6,7%** der untersuchten Gruppe besteht **Bettlägerigkeit ohne Ortsfixierung**, bei **18%** eine **Ortsfixierung ohne Bettlägerigkeit**. **32,4%** der BewohnerInnen sind **weder bettlägerig noch ortsfixiert** (vgl. dazu auch Tabelle 40 S.66).



Grafik 24: Kombination Bettlägerigkeit und Ortsfixierung
 (Kombination Bettlägerigkeit/ Ortsfixierung: n= 3032)

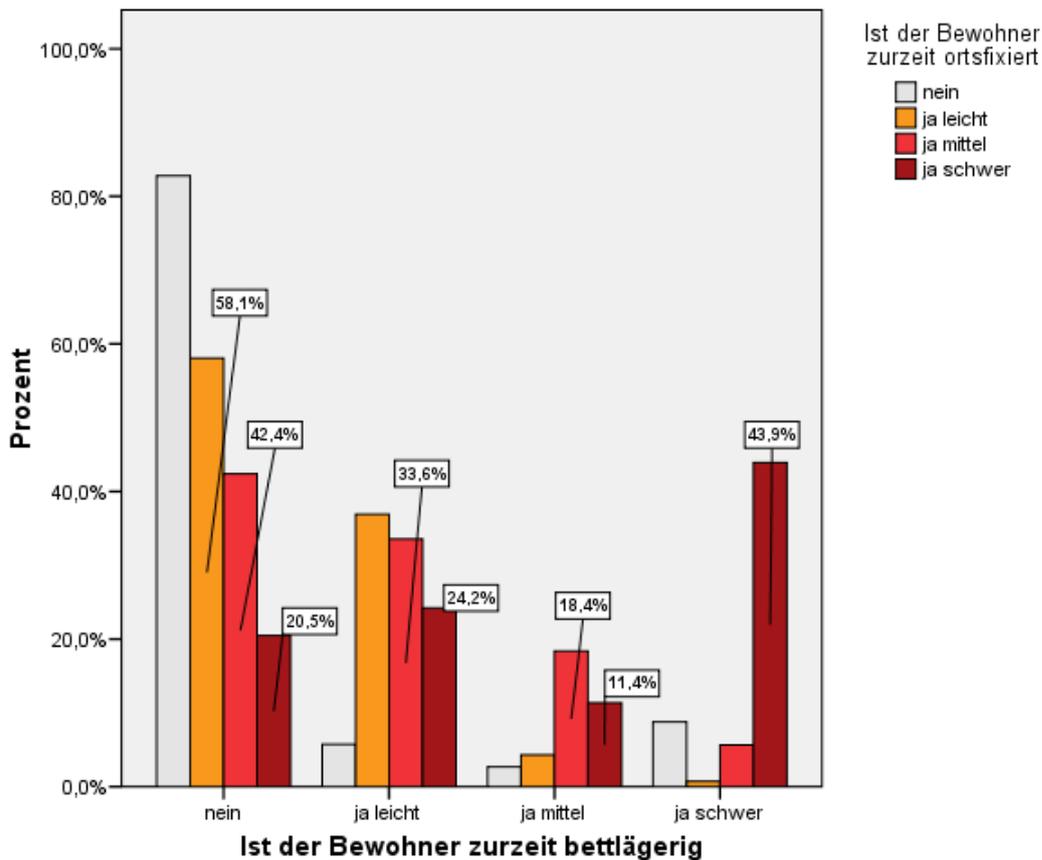
Grafik 25 (S.41) gibt einen Überblick über das Bestehen von Bettlägerigkeit und Ortsfixierung, inklusive der drei Schweregrad. So bestehen bei **18,6%** der untersuchten BewohnerInnen sowohl eine **schwere Bettlägerigkeit** als auch eine **schwere Ortsfixierung**.



Grafik 25: Bettlägerigkeit und Ortsfixierung _ alle Ausprägungen
 (Bettlägerigkeit und Ortsfixierung _ alle Ausprägungen: n= 3032)

Von einer leichten Bettlägerigkeit, aber einer schweren Ortsfixierung sind 10,3% der BewohnerInnen betroffen. Eine schwere Ortsfixierung ohne Bettlägerigkeit besteht bei 8,7% der Personen. 5,3% der BewohnerInnen sind nicht bettlägerig, aber leicht ortsfixiert. Bei 4,8% der betroffenen Personen besteht eine mittlere Bettlägerigkeit, aber eine schwere Ortsfixierung. 4,0% der Personen sind nicht bettlägerig aber mittelschwer ortsfixiert.

Anhand dieser Prozentwerte zeigt sich, dass vor allem eine schwere Form der Bettlägerigkeit in Kombination mit einer schweren Ortsfixierung sehr häufig auftritt.



Grafik 26: Bettlägerigkeit/ Ortsfixierung
(Bettlägerigkeit und Ortsfixierung: n= 3032)

58,1% der BewohnerInnen, die zurzeit leicht ortsfixiert sind, sind nicht bettlägerig (vgl. dazu auch Tabelle 38). 36,9% der BewohnerInnen, die leicht ortsfixiert sind, sind auch leicht bettlägerig. 33,6% derer, die von einer mittleren Form der Ortsfixierung betroffen sind, sind leicht bettlägerig. 24,2% der Personen, die schwer ortsfixiert sind, sind auch leicht bettlägerig (vgl. dazu auch Tabelle 41 S.66). **43,9%** der BewohnerInnen, die **schwer ortsfixiert** sind, sind auch **schwer bettlägerig**.

Wenn man die Bettlägerigkeit bzw. Ortsfixierung jetzt und vor 6 Monaten genau betrachtet zeigt sich ganz deutlich, dass es einen **signifikanten Zusammenhang zwischen Bettlägerigkeit und Ortsfixierung** gibt ($\rho=0,563$; siehe Tabelle 43 S.67). Je schwerer die Person zurzeit bettlägerig ist, desto schwerer ist sie ortsfixiert ($\rho=0,563$). Je schwerer die Person vor 6 Monaten bettlägerig war, desto schwerer ist sie jetzt bettlägerig ($\rho=0,902$). Je schwerer die Person vor 6 Monaten ortsfixiert war, desto schwerer ist sie jetzt ortsfixiert ($\rho=0,914$). Je schwerer der/die Bewohner/in vor 6 Monaten ortsfixiert war, desto schwerer war er/sie vor 6 Monaten bettlägerig ($p=0,591$).

14. Gegenüberstellung Bettlägerigkeit/ Ortsfixierung nach Einrichtungen

Die nachfolgende Grafik 27 zeigt eine anonymisierte Gegenüberstellung der Einrichtungen in Bezug auf Bettlägerigkeit und Ortsfixierung auf.

Einrichtung	Bettlägerigkeit		Ortsfixierung	
	JA	NEIN	JA	NEIN
A	48,5 %	51,5 %	78,2 %	21,8 %
B	62,4 %	37,6 %	64,2 %	35,8 %
C	79,5 %	20,5 %	70,9 %	29,1 %
D	48,5 %	51,5 %	43,2 %	56,8 %
E	40,4 %	59,6 %	63,8 %	36,2 %
F	39,9 %	60,1 %	68,4 %	31,6 %
G	53,4 %	46,6 %	53,2 %	46,8 %
H	19,7 %	80,3 %	46,1 %	53,9 %
I	75,0 %	25,0 %	74,7 %	25,3 %
J	44,4 %	55,6 %	83,6 %	16,4 %
K	24,0 %	76,0 %	44,8 %	55,2 %
L	55,4 %	44,6 %	75,7 %	24,3 %

Grafik 27: Einrichtungen im anonymisierten Vergleich

Die **Bettlägerigkeit** liegt bei den teilgenommenen Einrichtungen **zwischen 19,7% und 79,5%**. Die Zahl der bettlägerigen BewohnerInnen ist in manchen Einrichtungen mit 79,5%, 75% oder 62,4% deutlich höher, als in anderen Einrichtungen mit 19,7% oder 24% bettlägerigen BewohnerInnen.

Auch bei der **Ortsfixierung** kann man große Schwankungen erkennen. Die Ortsfixierung liegt bei den Einrichtungen **zwischen 43,2% und 78,2%**. Die Ortsfixierung ist in den meisten Einrichtungen stark vorherrschend, wobei das Phänomen in einigen Institutionen mit 83,6%, 78,2% oder 75,7% betroffenen Personen deutlich höher liegt. In 3 Einrichtungen sind weniger als 50% der BewohnerInnen ortsfixiert.

15. Ergebnisse der ExpertInneninterviews

Diese aufgezeigten Zahlen werfen die Frage auf, wie es innerhalb der verschiedenen Einrichtungen mit annähernd gleichem Klientel und Personalbesetzung, diese unterschiedlichen Ergebnisse geben kann. Zum besseren Verständnis, Klärungen dieser Frage und zur weiteren Vertiefung wurden im Rahmen dieser Prävalenzerhebung fünf ExpertInneninterviews mit Pflegedirektorinnen der Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung geführt. Die Ergebnisse dieser ExpertInneninterviews können im Punkt 17.1 nachgelesen werden.

Im Rahmen der Prävalenzerhebung zur Bettlägerigkeit und Ortsfixierung erfolgten fünf qualitative ExpertInneninterviews mit Pflegedirektorinnen der teilgenommenen Einrichtungen. Experteninterviews sind eine gute Methode, wenn man komplexe Wissensbestände über soziale Sachverhalte erforschen und rekonstruieren möchte (vgl. Mayer 2011).

„Als Experte wird angesprochen, wer in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementierung oder Kontrolle einer Problemlösung und über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen und Entscheidungsprozesse verfügt“. (Meuser/Nagl 1991, zit. Nach Mayer 2001 S.196). Die Interviewpartnerinnen werden hierbei in ihrer Eigenschaft als Expertinnen für ein bestimmtes Handlungsfeld und als Repräsentantinnen für eine ganze Gruppe angesprochen (vgl. Mayer 2011).

Das erste Interview wurde mit Frau Oberin Thür, Generaldirektion Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser, geführt, die im Anschluss daran die leitenden PflegedirektorInnen aller teilnehmenden Einrichtungen über die geplanten ExpertInneninterviews informierte. Das Institut für Pflegewissenschaft nahm dann unabhängig von den Ergebnissen, wobei Institutionen in Wien aufgrund der örtlichen Nähe bevorzugt wurden, Kontakt auf und vereinbarte weitere vier Interviews.

Die Interviews dauerten zwischen 35 und 60 Minuten. Sie wurden auf Tonband aufgezeichnet und zur weiteren Verarbeitung transkribiert.

Folgende **drei Hauptthemen** wurden innerhalb der Interviews behandelt:

- Welche Faktoren verursachen eine zunehmende Mobilitätsbeeinträchtigung älterer Menschen in der geriatrischen Langzeitpflege aus Expertensicht?
- Wodurch kommen die vorhandenen Unterschiede in den Ergebnissen aus Expertensicht zustande?
- Welche Maßnahmen wären erforderlich, um die Beweglichkeit bzw. den Mobilitätszustand der BewohnerInnen zu verbessern?

Im Folgenden werden die Hauptergebnisse der geführten Interviews zusammenfassend dargestellt. Es handelt sich bei diesen Faktoren lediglich um die Darstellung der Expertinneninterviews, mögliche einflussnehmende Faktoren aus der Literatur werden hier nicht berücksichtigt.

15.1 Mögliche Faktoren für eine zunehmende Mobilitätsbeeinträchtigung

Im Rahmen der Expertinneninterviews konnten folgende drei Hauptfaktoren festgemacht werden,

1. zunehmender schlechterer Allgemeinzustand der BewohnerInnen bei Aufnahme,
2. medizinische Faktoren,
3. Fehlen von Zielvorgaben

die eine zunehmende Mobilitätsbeeinträchtigung verursachen (können) und dadurch die Entstehung von Bettlägerigkeit und/oder Ortsfixierung begünstigen.

15.1.1 Zunehmender schlechterer Allgemeinzustand der BewohnerInnen bei Aufnahme

Alle Expertinnen machen deutlich, dass BewohnerInnen mittlerweile in einem viel schlechteren Zustand aufgenommen werden, als noch vor einigen Jahren. So ist für die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung ein Pflege- und Betreuungsbedarf entsprechend den Pflegegeldstufen 3 - 7 Voraussetzung.

Dazu kommt, dass die BewohnerInnen immer multimorbider werden, also vermehrt Mehrfacherkrankungen im Alter auftreten. Die Gründe für die Aufnahme der BewohnerInnen in einem schlechteren Allgemeinzustand sehen die Expertinnen einerseits darin, dass durch die verbesserte extramurale Betreuung ein viel längeres zu Hause bleiben ermöglicht wird, und Personen erst dann stationär aufgenommen werden, wenn die Versorgung daheim nicht mehr gewährleistet werden kann. Auf der anderen Seite sehen die Expertinnen auch vermehrt auftretende Krankenhausaufenthalte vor Einzug in eine Pflegeeinrichtung als mögliche Ursache für eine zunehmende Mobilitätsbeeinträchtigung älterer Menschen.

15.1.2 Medizinische Faktoren

Im Zusammenhang mit zunehmender Mobilitätsbeeinträchtigung wurden von den Expertinnen auch medizinische Faktoren (wie Schmerz, Schwäche, Depression ...) angesprochen, die Einfluss auf eine zunehmende Immobilität der BewohnerInnen haben.

So leiden zwei Drittel der BewohnerInnen in der stationären Langzeitpflege intermittierend und ein Drittel dauerhaft an Schmerzen (Basler 2007). Diese Zahlen dürften auch in Österreich eine ähnlich hohe Prävalenz darstellen, wie Prof. Osterbrink im Rahmen eines Kongresses im Oktober 2011 aufzeigte. So wird die Anzahl älterer Menschen mit chronischen Erkrankungen, die vermehrt Schmerzen verursachen, weiter ansteigen. Eine professionelle Schmerztherapie ist ganz wesentlich, um Folgeerkrankungen einzudämmen. Sofern keine geeigneten Therapiekonzepte angewendet werden, scheint Bettlägerigkeit und Ortsfixierung oftmals vorprogrammiert zu sein (vgl. Basler 2007, Osterbrink 2011).

15.1.3 Fehlen von Zielvorgaben

Alle Expertinnen kommen überein, dass es ganz wesentlich von der Leitung bzw. Führung abhängt, wie die Pflege haus-, abteilungs- und stationsspezifisch gelebt wird. So liegt es beispielsweise an der engagierten, kreativen Stationsleitung oder MitarbeiterIn, dass bewegungsfördernde Maßnahmen in den Stationsalltag integriert werden. Sofern Zielvorgaben von der Leitung nicht bzw. nur mangelhaft vorgegeben werden, ist es für die MitarbeiterInnen sehr schwierig sich zu orientieren, und somit die bestmögliche Betreuung der BewohnerInnen zu gewährleisten.

15.2 Mögliche Gründe für Unterschiede der Ergebnisse zwischen den Institutionen

Im Zuge der Expertinneninterviews konnten folgende zwei Hauptkriterien

1. Einstellung und Haltung in der Pflege
2. bauliche Strukturen und fehlende Hilfsmittel

identifiziert werden, die im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Zahlen der bettlägerigen und ortsfixierten BewohnerInnen innerhalb der Institutionen stehen können.

15.2.1 Einstellung und Haltung in der Pflege zu Mobilisation

Es hängt ganz wesentlich von der Einstellung und Haltung in der Pflege ab, welche Maßnahmen zur Bewegungsförderung durchgeführt werden. Das „Vorleben“ des Leitbildes, der Pflegephilosophie bzw. auch der Pflegekonzepte scheinen ganz wesentliche Aspekte zu sein, damit Pflegenden ihre fachliche Kompetenz ernst nehmen.

So scheint Bettlägerigkeit oft noch als etwas „normales“ im Alter angesehen zu werden. Es scheint zur Entwicklung des Alters zu gehören, dass BewohnerInnen schwächer und immobiler werden. Dass der Prozess bei vielen BewohnerInnen aber durch pflegerische Maßnahmen, Bewegungsinteraktionen u.ä. aufzuhalten ist, scheint noch nicht gegenwärtig zu sein. Generell überwiegt die Meinung, dass sobald jemand aus dem Bett heraus mobilisiert wird – dieser nicht mehr bettlägerig ist. Die Mobilisation passiert manchmal um jeden Preis, meist führt diese Veränderung bei den Betroffenen aber kaum zu positiven Veränderungen. Auch die unterschiedliche Vorgehensweise bei der Mobilisation kann sich negativ auswirken. Wenn Transfers nicht einheitlich bzw. mit einer gewissen Kontinuität erfolgen, kann dies sowohl bei den BewohnerInnen als auch bei den Pflegenden zu Frustration führen.

15.2.2 Bauliche Strukturen und fehlende Hilfsmittel

Auch das äußere Umfeld der BewohnerInnen wirkt sich grundsätzlich auf die Mobilität aus. So weisen einige Einrichtungen architektonische Merkmale auf, die die Mobilität negativ beeinflussen, wie beispielsweise Türschwellen, Stiegen etc. Wenn Gänge großzügig gestaltet, einladende Plätze bzw. Aufenthaltsräume vorhanden sind, oder eine sonnige Terrasse zum Verweilen einlädt, kann dadurch die Mobilität der BewohnerInnen gefördert werden. Zusätzlich sind viele BewohnerInnen auf Rollstühle oder auf den Gebrauch eines Rollators angewiesen. Diese meist sehr gewöhnlichen Transportrollstühle bieten wenig Sitzkomfort, dünne Polsterungen und sind lediglich für kurze Strecken geeignet. Auch eine Änderung der Sitzposition ist in den meisten Fällen nicht möglich, was bei den BewohnerInnen wiederum zu Schmerzen führt.

15.3 Erforderliche Maßnahmen um Mobilitätszustand der BewohnerInnen zu verbessern

Die Maßnahmen für die Verbesserung des Mobilitätszustandes der BewohnerInnen sind sehr vielfältig

1. Anreize für Bewegung
2. verbessertes Zusammenspiel der unterschiedlichen Berufsgruppen
3. Bewegungsförderung als Thema der Fortbildung

und stellen ganz wesentliche Faktoren dar, die voneinander abhängen und sich gegenseitig beeinflussen.

15.3.1 Anreize für Bewegung schaffen

Ganz wesentlich für die Verbesserung des Mobilitätszustandes scheinen bewegungsfördernde Anreize für BewohnerInnen darzustellen.

Diese Anreize können sehr unterschiedlich sein, sollten aber den Menschen in seiner persönlichen Lebensbiographie erfassen und nicht isoliert darauf ausgerichtet sein den rein physiologischen Zustand verbessern zu wollen. So kann beispielsweise ein Spaziergang durch den Garten mit schönen Blumen, einem Hochbeet, wo man Gemüse anpflanzen kann, für BewohnerInnen zum Erlebnis werden. Zum anderen können auch schon kleine Veränderungen im Zimmer der BewohnerInnen förderlich und anregend wirken. Wandbilder auf den Gängen der Stationen können auch dazu beitragen, dass sich die Betroffenen wieder aus ihrer „Starre“ und Apathie lösen können. Diverse Gruppenaktivitäten (Sitzturnen, Gedächtnistraining, ...) sollten auf den Stationen verstärkt auch BewohnerInnen mit einbeziehen, die vielleicht nicht auf den ersten Blick dafür geeignet scheinen.

15.3.2 Zusammenspiel der beteiligten Berufsgruppen

Die Expertinneninterviews zeigen auf, dass eine Verbesserung des Zusammenspiels aller beteiligten Berufsgruppen auch ganz wesentlich für die Förderung des Mobilitätszustandes der BewohnerInnen ist. So scheint es beispielsweise notwendig PhysiotherapeutInnen, die bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt meist erst dann aktiv werden, wenn die Notwendigkeit von Seiten des Pflegepersonals bzw. Arztes angeregt wird, verstärkt in die Mobilitätsförderung, im Sinne der gegenseitigen Ergänzung, mit einzubeziehen.

Außerdem sollten interdisziplinäre Fallbesprechungen in regelmäßigen Abständen in allen Einrichtungen angestrebt werden.

Auch der Einsatz ehrenamtlicher MitarbeiterInnen wird von den Expertinnen als wertvolle Ressource mit Ausbaucharakter genannt.

15.3.3 Bewegungsförderung als Thema der Fortbildung

Obwohl Mobilisation einen Schwerpunkt innerhalb der Arbeit in der geriatrischen Langzeitpflege darstellt, haben MitarbeiterInnen bislang wenige Fortbildungen zu dieser Thematik absolviert. Die Etablierung verschiedener Bewegungskonzepte, wie beispielsweise Kinästhetik scheint ausbaufähig. Damit das Pflegepersonal seinen Wissensstand und die Fertigkeiten auch immer den neuesten Erkenntnissen anpassen kann, müssen ebenso regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen zu diesen Themen angeboten werden. Damit die MitarbeiterInnen zum Wohl der BewohnerInnen arbeiten können, ist es notwendig die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen zu fördern. Dabei steht die Anerkennung ihrer Leistung, die Förderung von Eigenverantwortung und Motivation im Mittelpunkt.

16. Ausblick

Die vorliegende Studie spiegelt eine Momentaufnahme in den teilgenommen Einrichtungen wider. Die Datensammlung fand nur zu einem einzigen Zeitpunkt als Querschnittserhebung in den Einrichtungen statt – dabei schätzten die Pflegepersonen den Status der Bettlägerigkeit und der Ortsfixierung aller BewohnerInnen nach Konsens in den jeweiligen Teambesprechungen ein.

Mit dieser Untersuchung liegen erstmals Zahlen zur Prävalenz von Immobilität aus der österreichischen Altenpflege vor. Sowohl der Anteil bettlägeriger Menschen (49,8%) als auch der Anteil ortsfixierter Menschen (61,8%) ist hoch.

Die beiden Phänomene manifestieren sich unabhängig von Geschlecht, Körperstatur, Aufenthaltsdauer und PatientInnenzahl/Station.

Alle beschriebenen Ergebnisse sollen als Grundlage für weitere Untersuchungen verstanden werden, um Interventionen gegen Bettlägerigkeit und Ortsfixierung und daraus resultierende Pflegebedürftigkeit zu entwickeln und um die Qualität der Pflege in Bezug auf die Vermeidung dieser Phänomene verbessern zu können.

Bettlägerigkeit und Ortsfixierung schränken die Freiheit eines Menschen stark ein und führen zur Abhängigkeit. Beide Zustände können beeinflusst werden, und kommen durch zahlreiche Faktoren zustande – auf keinen Fall entwickeln sie sich zwangsläufig. Hier sollte angesetzt werden, um Einflussfaktoren auf die Entstehung von Bettlägerigkeit und Ortsfixierung kennenzulernen, besonders interessant sind die Mechanismen, welche die Unterschiede in den einzelnen Geriatriezentren erklären können.

Aus den Daten von Fallanalysen und Untersuchungen zum institutionellen Setting können Interventionskonzepte aufgebaut werden, um eine drohende Ortsfixierung aufzuhalten bzw. rückgängig zu machen. Diese Untersuchungen starten im Jänner 2012 in zwei Einrichtungen der Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung und werden im Rahmen einer Dissertation am Institut für Pflegewissenschaft erhoben.

Das hier vorgelegte Verfahren sollte auch in anderen Einrichtungen eingesetzt werden. Mit kleinen Veränderungen lässt sich daraus ein dauerhaftes Monitoring- und auch Benchmarking-Instrument entwickeln.

17. Literaturverzeichnis

- Abt-Zegelin A., Reuther S. (2011) Bewegungsförderung. Mobil im Pflegeheim. In: die Schwester, der Pfleger. 50.Jahrg/ 04. 322 – 325.
- Allen C., Glasziou, P., Del Mar, C. (1999). Bed rest: a potentially harmful treatment needing more careful evaluation. *The Lancet* 354 (9), 1229-1233.
- Basler HD (2007) Schmerz und Alter. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hg.) Schmerzpsychotherapie. 6. Aufl. Heidelberg (Springer); 195–206.
- Blech J. (2007) *Bewegung. Die Kraft, die Krankheiten besiegt und das Leben verlängert*. Fischer Verlag: Frankfurt am Main.
- Brandenburg H.; Panfil E.M.; Mayer H. (2007) Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegeforschung. 69 – 103.
- Brower RG. (2009) Consequences of bed rest. In: *Critical Care Medicine*. 37(19). 422-428.
- Creditor M.C.(1993): Hazards of Hospitalization of the Elderly. *Annals of International Medicine*, 118: 219-223.
- Cunningham E. (2001) Coping with bed rest: moving toward research-based nursing interventions. In: *AWHONN Lifelines*. 5(5). 50-55.
- Eber I.(2009). Die Bedeutung der Epidemiologie für die Pflege.In: Mayer H. (Hg.) (2009). Pflegewissenschaft – von der Ausnahme zur Normalität. Facultas, Wien, S 106-129.
- Kortebein P.; Ferrando A.; Lombeida J.; Wolfe R.; Evans WJ. (2007) Effect of 10 days of bed rest in skeletal muscle in healthy older adults. In: *Journal of the American Medical Association*. 297 (16). 1772-1774.
- Kortebein P.; Symons TB.; Ferrando A.; Paddon-Jones D.; Ronsen O.; Protas E.; Conger S.; Lombeida J.; Wolfe R.; Evans WJ. (2008) Functional impact of 10days of bed rest in healthy older adults. In: *Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*. 63A(10). 1076-1081.
- Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hg.) Schmerzpsychotherapie. 6. Aufl. Heidelberg (Springer)
- Mayer H. (2007) Stichprobenauswahl und Stichprobengröße. In: Brandenburg H.; Panfil E.M.; Mayer H. (Hg.) Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegeforschung. 119 – 132.
- Mayer H. (Hg.) (2009). Pflegewissenschaft – von der Ausnahme zur Normalität. Facultas, Wien.
- Mayer H. (2011) Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. 3. Aktualisierte und überarbeitete Auflage. Facultas, Wien.

- Müller-Mundt G. (2002) Experteninterviews oder die Kunst der Entlockung „funktionaler Erzählungen“. In: Schaeffer D., Müller-Mundt G. (Hg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Huber, Bern. 269-283.
- Osterbrink J. (2011) Wird mit dem Alter alles anders? Schmerzmanagement bei Bewohnern im Pflegeheim. Vortrag im Rahmen des SeneCura Forums 2011 *„Schmerzfrees Pflegeheim – Schmerzerkennung, -management und –vermeidung in der Pflege älterer Menschen“*. Oktober 2011.
- Panfil E.M.; Mayer H. (2007) Quantitative Forschungsdesigns. In: Brandenburg H.; Panfil E.M.; Mayer H. (Hg.) Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegeforschung. 69 – 103.
- Reuther S., Abt-Zegelin, A., & Simon, M. (2010). Schleichende Immobilität bei älteren Menschen verhindern. *Pflege Zeitschrift*, 63(3), 139-142.
- Reuther S., Zegelin, A. (2009). Warum werden Heimbewohner immobil? Zeitschrift *ProAlter* I/09, 23-28.
- Reuther S. (2008) Mobilitätsbeeinflussende Faktoren bei BewohnerInnen in einem deutschen Alten- und Pflegeheim. Fallanalysen über den Verlauf der Mobilität. Private Universität Witten/Herdecke gGmbH.
- Rittweger J.; Frost H.M.; Schiessl H. (2005) Muscle atrophy and bone loss after 90days bed rest and the effects of wheel resistive exercise and pamidronate: results from the LTBR study. *Bone* 36(6) 1019-1029.
- Rousseau P. (1993) Immobility in the Aged. In: *Arch Fam. Med.* 2. 169-178.
- Schaeffer D., Müller-Mundt G. (Hg.) Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Huber. Bern.
- Schürenberg A. (2011) Mobilisation im Pflegeheim. Mobilisiert oder beweglich werden? In: Die Schwester, der Pfleger. 04. 327 – 332.
- Tucker D.; Molsberger SC.; Clark A. (2004) NGNA. Walking for wellness: a collaborative program to maintain mobility in hospitalized older adults. In: *Geriatric Nursing*. 25(4). 242-245.
- Zegelin A. (2005). "Festgenagelt sein" -Der Prozess des Bettlägerigwerdens durch allmähliche Ortsfixierung. *Pflege*, 18(5), 281-288.
- Zegelin A. (2008). 'Tied down'- the process of becoming bedridden through gradual local confinement. *Journal Clinical Nursing*, 17(17), 2294-2301.
- Zegelin A. (2010): *Festgenagelt sein. Der Prozess des Bettlägerigwerdens*. 2. Nachdruck. Hans Huber Verlag: Bern.

18. Grafikverzeichnis

Grafik 1: Anzahl BewohnerInnen pro Einrichtung	15
Grafik 2: Körperstatur BewohnerInnen	16
Grafik 3: Aufenthaltsdauer innerhalb der Einrichtung	17
Grafik 4: Aufenthaltsdauer innerhalb der Einrichtung _ 3 Ausprägungen	18
Grafik 5: Personenanzahl/Station	19
Grafik 6: Personenanzahl/Station _ 3 Ausprägungen	20
Grafik 7: Bettruhe	21
Grafik 8: Bettlägerigkeit _ Ja/Nein	22
Grafik 9: Bettlägerigkeit_alle Ausprägungen	23
Grafik 10: Bettlägerigkeit vor 6 Monaten_ Ja/Nein	24
Grafik 11: Bettlägerigkeit vor 6 Monaten _ alle Ausprägungen	24
Grafik 12: Ortsfixierung _ Ja/Nein	26
Grafik 13: Ortsfixierung _ alle Ausprägungen	27
Grafik 14: Ortsfixierung vor 6 Monaten _ Ja/Nein	28
Grafik 15: Ortsfixierung vor 6 Monaten _ alle Ausprägungen	28
Grafik 16: Bettlägerigkeit/ Geschlecht	30
Grafik 17: Bettlägerigkeit/ Körperstatur	31
Grafik 18: Bettlägerigkeit/ Aufenthaltsdauer	32
Grafik 19: Bettlägerigkeit/ PatientInnenzahl der Station	33
Grafik 20: Ortsfixierung Geschlecht	35
Grafik 21: Ortsfixierung/ Körperstatur	36
Grafik 22: Ortsfixierung/ Aufenthaltsdauer	37
Grafik 23: Ortsfixierung/ PatientInnenzahl	38
Grafik 24: Kombination Bettlägerigkeit und Ortsfixierung	40
Grafik 25: Bettlägerigkeit und Ortsfixierung _ alle Ausprägungen	41
Grafik 26: Bettlägerigkeit/ Ortsfixierung	42
Grafik 27: Einrichtungen im anonymisierten Vergleich	43

19. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl BewohnerInnen pro Einrichtung	55
Tabelle 2: Geschlecht BewohnerInnen	55
Tabelle 3: Körperstatur BewohnerInnen.....	55
Tabelle 4: Aufenthaltsdauer innerhalb der Einrichtung	55
Tabelle 5: Aufenthaltsdauer innerhalb der Einrichtung _ 3 Ausprägungen.....	56
Tabelle 6: Personenanzahl/Station	56
Tabelle 7: Personenanzahl/Station _ 3 Ausprägungen.....	56
Tabelle 8: Hat der Bewohner zurzeit eine vorübergehende Bettruhe	57
Tabelle 9: BewohnerInnen, die länger als 6 Monate in der Einrichtung leben.....	57
Tabelle 10: Bettruhe_neu	57
Tabelle 11: Kreuztabelle Bettruhe neu_ Aufenthaltsdauer innerhalb der Einrichtung	57
Tabelle 12: Bettlägerigkeit _ Ja/Nein.....	57
Tabelle 13: Bettlägerigkeit _ alle Ausprägungen.....	58
Tabelle 14: Bettlägerigkeit vor 6 Monaten _ Ja/Nein	58
Tabelle 15: Bettlägerigkeit vor 6 Monaten_alle Ausprägungen.....	58
Tabelle 16: Einstufungen Bettlägerigkeit Jetzt/ vor 6 Monaten	58
Tabelle 17: Ortsfixierung _ Ja/Nein	59
Tabelle 18: Ortsfixierung _ alle Ausprägungen	59
Tabelle 19: Ortsfixierung vor 6 Monaten _ Ja/Nein.....	59
Tabelle 20: Ortsfixierung vor 6 Monaten _ alle Ausprägungen.....	59
Tabelle 21: Einstufungen Ortsfixierung Jetzt/ vor 6 Monaten	60
Tabelle 22: Kreuztabelle_Bettlägerigkeit/ Geschlecht.....	60
Tabelle 23: Chi-Quadrat_Bettlägerigkeit/Geschlecht	60
Tabelle 24: Kreuztabelle_Bettlägerigkeit/ Körperstatur.....	61
Tabelle 25: Spearman-Rho_Bettlägerigkeit/ Körperstatur	61
Tabelle 26: Kreuztabelle_Bettlägerigkeit/ Aufenthaltsdauer	61
Tabelle 27: Spearman-Rho_Bettlägerigkeit/Aufenthaltsdauer	62
Tabelle 28: Kreuztabelle_Bettlägerigkeit/ PatientInnenzahl der Station	62
Tabelle 29: Spearman-Rho_Bettlägerigkeit/ PatientInnenzahl der Station.....	62
Tabelle 30: Qui-Quadrat_Bettlägerigkeit/ Einrichtungen.....	63
Tabelle 31: Kreuztabelle_Ortsfixierung/ Geschlecht	63
Tabelle 32: Qui-Quadrat_ Ortsfixierung/Geschlecht	63
Tabelle 33: Kreuztabelle_ Ortsfixierung / Körperstatur	64
Tabelle 34: Spearman-Rho_ Ortsfixierung /Körperstatur.....	64
Tabelle 35: Kreuztabelle_ Ortsfixierung / Aufenthaltsdauer	64
Tabelle 36: Spearman-Rho_ Ortsfixierung / Aufenthaltsdauer	65
Tabelle 37: Kreuztabelle_ Ortsfixierung / PatientInnenzahl	65
Tabelle 38: Spearman-Rho: Ortsfixierung/ PatientInnenzahl.....	65
Tabelle 39: Qui-Quadrat_Ortsfixierung/Einrichtungen	66
Tabelle 40: Kombination Bettlägerigkeit/ Ortsfixierung	66
Tabelle 41: Kreuztabelle_Bettlägerigkeit/ Ortsfixierung	66
Tabelle 42: Bettlägerigkeit und Ortsfixierung inkl. aller Ausprägungen	67
Tabelle 43: Spearman-Rho_Bettlägerigkeit jetzt/vor 6 Monaten/ Ortsfixierung jetzt/vor 6 Monaten	67

20. Anhang 1: Tabellen

Im Anhang 1 finden sich die Tabellen zu den jeweils zugehörigen Grafiken zum Nachlesen.

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	GZ Baumgarten	171	5,6
	GZ Donaustadt	371	12,1
	GZ Floridsdorf	117	3,8
	GZ Liesing	200	6,5
	PWH Leopoldstadt	282	9,2
	GZ Favoriten	193	6,3
	GZ Wienerwald	936	30,6
	GZ Baumgartner Höhe	152	5,0
	GZ Sophienspital	96	3,1
	GZ Klosterneuburg	189	6,2
	GZ Ybbs	177	5,8
	GZ St.Andrä	170	5,6
	Gesamt	3054	100,0

Tabelle 1: Anzahl BewohnerInnen pro Einrichtung

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	weiblich	2226	73,0
	männlich	823	27,0
	Gesamt	3049	100,0

Tabelle 2: Geschlecht BewohnerInnen

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	leicht	844	27,8
	mittel	1335	44,0
	schwer	853	28,1
	Gesamt	3032	100,0

Tabelle 3: Körperstatur BewohnerInnen

		Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig	weniger als 6 Monate	403	13,2
	6 bis 12 Monate	322	10,6
	1 bis 2 Jahre	440	14,4
	2 bis 4 Jahre	701	23,0
	länger als 4 Jahre	1182	38,8
	Gesamt	3048	100,0

Tabelle 4: Aufenthaltsdauer innerhalb der Einrichtung

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig bis 1 Jahr	725	23,8
1-4 Jahre	1141	37,4
länger als 4 Jahre	1182	38,8
Gesamt	3048	100,0

Tabelle 5: Aufenthaltsdauer innerhalb der Einrichtung _ 3 Ausprägungen

	Häufigkeit	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 12	12	,4	,4
13	13	,4	,8
16	48	1,6	2,4
18	36	1,2	3,6
19	57	1,9	5,4
20	239	7,8	13,3
21	64	2,1	15,4
22	66	2,2	17,5
23	324	10,6	28,1
24	622	20,4	48,5
25	100	3,3	51,8
26	416	13,6	65,4
27	26	,9	66,2
28	111	3,6	69,9
30	90	2,9	72,8
31	94	3,1	75,9
32	127	4,2	80,1
33	97	3,2	83,2
34	34	1,1	84,3
35	70	2,3	86,6
36	72	2,4	89,0
40	80	2,6	91,6
42	41	1,3	93,0
43	215	7,0	100,0
Gesamt	3054	100,0	

Tabelle 6: Personenanzahl/Station

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig bis 20 Personen/Station	405	13,3
21- 30 Personen/Station	1819	59,6
über 30 Personen/Station	830	27,2
Gesamt	3054	100,0

Tabelle 7: Personenanzahl/Station _ 3 Ausprägungen

	Häufigkeit	Gültige Prozente
Gültig nein	2992	98,4
ja wegen einer Erkrankung	50	1,6
Gesamt	3042	100,0

Tabelle 8: Hat der Bewohner zurzeit eine vorübergehende Bettruhe

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 6 bis 12 Monate	322	12,2	12,2	12,2
1 bis 2 Jahre	440	16,6	16,6	28,8
2 bis 4 Jahre	701	26,5	26,5	55,3
länger als 4 Jahre	1182	44,7	44,7	100,0
Gesamt	2645	100,0	100,0	

Tabelle 9: BewohnerInnen, die länger als 6 Monate in der Einrichtung leben

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig ja	53	1,7	1,7	1,7
nein	2992	98,0	98,0	99,7
k.A.	9	,3	,3	100,0
Gesamt	3054	100,0	100,0	

Tabelle 10: Bettruhe_neu

Anzahl

		Wie lange lebt der Bewohner schon in Ihrer Einrichtung					k.A.	Gesamt
		weniger als 6 Monate	6 bis 12 Monate	1 bis 2 Jahre	2 bis 4 Jahre	länger als 4 Jahre		
Bettruhe rekodiert	ja	11	3	5	11	20	3	53
	nein	391	318	432	689	1161	1	2992
	k.A.	1	1	3	1	1	2	9
Gesamt		403	322	440	701	1182	6	3054

Tabelle 11: Kreuztabelle Bettruhe neu_ Aufenthaltsdauer innerhalb der Einrichtung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig nein	1304	50,0	50,2	50,2
ja	1292	49,5	49,8	100,0
Gesamt	2596	99,5	100,0	

Tabelle 12: Bettlägerigkeit _ Ja/Nein

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig nein	1304	50,0	50,2	50,2
ja leicht	496	19,0	19,1	69,3
ja mittel	205	7,9	7,9	77,2
ja schwer	591	22,7	22,8	100,0
Gesamt	2596	99,5	100,0	

Tabelle 13: Bettlägerigkeit _ alle Ausprägungen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig nein	1363	52,2	52,6	52,6
ja	1229	47,1	47,4	100,0
Gesamt	2592	99,3	100,0	
Fehlend nicht bekannt	13	,5		
fehlend	4	,2		
Gesamt	17	,7		
Gesamt	2609	100,0		

Tabelle 14: Bettlägerigkeit vor 6 Monaten _ Ja/Nein

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig nein	1363	52,2	52,6	52,6
ja leicht	478	18,3	18,4	71,0
ja mittel	211	8,1	8,1	79,2
ja schwer	540	20,7	20,8	100,0
Gesamt	2592	99,3	100,0	
Fehlend nicht bekannt	13	,5		
99	4	,2		
Gesamt	17	,7		
Gesamt	2609	100,0		

Tabelle 15: Bettlägerigkeit vor 6 Monaten_alle Ausprägungen

Differenz bettlägerig jetzt-vor (+=schwerer)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig -3,00	5	,2	,2	,2
-2,00	19	,7	,7	,9
-1,00	31	1,2	1,2	2,1
,00	2373	91,0	92,0	94,1
1,00	90	3,4	3,5	97,6
2,00	39	1,5	1,5	99,1
3,00	23	,9	,9	100,0
Gesamt	2580	98,9	100,0	
Fehlend System	29	1,1		
Gesamt	2609	100,0		

Tabelle 16: Einstufungen Bettlägerigkeit Jetzt/ vor 6 Monaten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig nein	992	38,0	38,2	38,2
ja	1608	61,6	61,8	100,0
Gesamt	2600	99,7	100,0	

Tabelle 17: Ortsfixierung _ Ja/Nein

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig nein	992	38,0	38,2	38,2
ja leicht	246	9,4	9,5	47,6
ja mittel	248	9,5	9,5	57,2
ja schwer	1114	42,7	42,8	100,0
Gesamt	2600	99,7	100,0	

Tabelle 18: Ortsfixierung _ alle Ausprägungen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig nein	1006	38,6	38,8	38,8
ja	1589	60,9	61,2	100,0
Gesamt	2595	99,5	100,0	

Tabelle 19: Ortsfixierung vor 6 Monaten _ Ja/Nein

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig nein	1006	38,6	38,8	38,8
ja leicht	256	9,8	9,9	48,6
ja mittel	258	9,9	9,9	58,6
ja schwer	1075	41,2	41,4	100,0
Gesamt	2595	99,5	100,0	
Fehlend nicht bekannt	11	,4		
99	3	,1		
Gesamt	14	,5		
Gesamt	2609	100,0		

Tabelle 20: Ortsfixierung vor 6 Monaten _ alle Ausprägungen

Differenz ortsfixierung jetzt-vor (+=schwerer)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	-3,00	15	,6	,6	,6
	-2,00	19	,7	,7	1,3
	-1,00	34	1,3	1,3	2,6
	,00	2406	92,2	93,0	95,6
	1,00	52	2,0	2,0	97,6
	2,00	27	1,0	1,0	98,7
	3,00	34	1,3	1,3	100,0
	Gesamt	2587	99,2	100,0	
Fehlend	System	22	,8		
Gesamt		2609	100,0		

Tabelle 21: Einstufungen Ortsfixierung Jetzt/ vor 6 Monaten

			Geschlecht des Bewohners		Gesamt
			weiblich	männlich	
Ist der Bewohner zurzeit bettlägerig	nein	Anzahl	1083	444	1527
		% von Geschlecht des Bewohners	48,8%	54,1%	50,3%
	ja leicht	Anzahl	429	150	579
		% von Geschlecht des Bewohners	19,4%	18,3%	19,1%
	ja mittel	Anzahl	181	64	245
		% von Geschlecht des Bewohners	8,2%	7,8%	8,1%
	ja schwer	Anzahl	524	162	686
		% von Geschlecht des Bewohners	23,6%	19,8%	22,6%
Gesamt		Anzahl	2217	820	3037
		% von Geschlecht des Bewohners	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 22: Kreuztabelle_Bettlägerigkeit/ Geschlecht

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotisch e Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	7,775 ^a	3	,051
Likelihood-Quotient	7,841	3	,049
Zusammenhang linear-mit-linear	7,246	1	,007
Anzahl der gültigen Fälle	3037		

a.

Tabelle 23: Chi-Quadrat_Bettlägerigkeit/Geschlecht

			Körperstatur (Größe/Gewicht)			Gesamt
			leicht	mittel	schwer	
Ist der Bewohner zurzeit bettlägerig	nein	Anzahl	404	713	401	1518
		% von Körperstatur (Größe/Gewicht)	48,2%	53,6%	47,2%	50,3%
	ja leicht	Anzahl	143	261	173	577
		% von Körperstatur (Größe/Gewicht)	17,0%	19,6%	20,4%	19,1%
	ja mittel	Anzahl	72	101	70	243
		% von Körperstatur (Größe/Gewicht)	8,6%	7,6%	8,2%	8,0%
	ja schwer	Anzahl	220	256	206	682
		% von Körperstatur (Größe/Gewicht)	26,2%	19,2%	24,2%	22,6%
Gesamt		Anzahl	839	1331	850	3020
		% von Körperstatur (Größe/Gewicht)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 24: Kreuztabelle_Bettlägerigkeit/ Körperstatur

			Ist der Bewohner zurzeit bettlägerig	Körperstatur (Größe/Gewicht)
Spearman-Rho	Ist der Bewohner zurzeit bettlägerig	Korrelationskoeffizient	1,000	-,004
		Sig. (2-seitig)	.	,847
		N	3040	3020
	Körperstatur (Größe/Gewicht)	Korrelationskoeffizient	-,004	1,000
		Sig. (2-seitig)	,847	.
		N	3020	3032

Tabelle 25: Spearman-Rho_Bettlägerigkeit/ Körperstatur

			Wie lange lebt der Bewohner schon in Ihrer Einrichtung					Gesamt
			weniger als 6 Monate	6 bis 12 Monate	1 bis 2 Jahre	2 bis 4 Jahre	länger als 4 Jahre	
Ist der Bewohner zurzeit bettlägerig	nein	Anzahl	218	181	227	352	549	1527
		% von Wie lange lebt der Bewohner schon in Ihrer Einrichtung	54,2%	56,7%	51,7%	50,2%	46,7%	50,3%
	ja leicht	Anzahl	78	55	96	142	207	578
		% von Wie lange lebt der Bewohner schon in Ihrer Einrichtung	19,4%	17,2%	21,9%	20,3%	17,6%	19,0%
	ja mittel	Anzahl	35	29	37	49	95	245
		% von Wie lange lebt der Bewohner schon in Ihrer Einrichtung	8,7%	9,1%	8,4%	7,0%	8,1%	8,1%
	ja schwer	Anzahl	71	54	79	158	324	686
		% von Wie lange lebt der Bewohner schon in Ihrer Einrichtung	17,7%	16,9%	18,0%	22,5%	27,6%	22,6%
Gesamt		Anzahl	402	319	439	701	1175	3036
		% von Wie lange lebt der Bewohner schon in Ihrer Einrichtung	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 26: Kreuztabelle_Bettlägerigkeit/ Aufenthaltsdauer

Korrelationen

			Ist der Bewohner zurzeit bettlägerig	Wie lange lebt der Bewohner schon in Ihrer Einrichtung
Spearman-Rho	Ist der Bewohner zurzeit bettlägerig	Korrelationskoeffizient	1,000	,087
		Sig. (2-seitig)	.	,000
		N	3040	3036
	Wie lange lebt der Bewohner schon in Ihrer Einrichtung	Korrelationskoeffizient	,087	1,000
		Sig. (2-seitig)	,000	.
		N	3036	3048

Tabelle 27: Spearman-Rho_Bettlägerigkeit/Aufenthaltsdauer

			Stationsgröße			Gesamt
			bis 20 Personen/ Station	21- 30 Personen/ Station	über 30 Personen/ Station	
Ist der Bewohner zurzeit bettlägerig	nein	Anzahl	232	917	379	1528
		% von Stationsgröße	57,4%	50,7%	45,8%	50,3%
	ja leicht	Anzahl	55	315	210	580
		% von Stationsgröße	13,6%	17,4%	25,4%	19,1%
	ja mittel	Anzahl	26	168	51	245
		% von Stationsgröße	6,4%	9,3%	6,2%	8,1%
	ja schwer	Anzahl	91	409	187	687
		% von Stationsgröße	22,5%	22,6%	22,6%	22,6%
Gesamt	Anzahl		404	1809	827	3040
	% von Stationsgröße		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 28: Kreuztabelle_Bettlägerigkeit/ PatientInnenzahl der Station

Korrelationen

			Ist der Bewohner zurzeit bettlägerig	Stationsgröße
Spearman-Rho	Ist der Bewohner zurzeit bettlägerig	Korrelationskoeffizient	1,000	,042
		Sig. (2-seitig)	.	,021
		N	3040	3040
	Stationsgröße	Korrelationskoeffizient	,042	1,000
		Sig. (2-seitig)	,021	.
		N	3040	3054

Tabelle 29: Spearman-Rho_Bettlägerigkeit/ PatientInnenzahl der Station

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	343,507 ^a	33	,000
Likelihood-Quotient	346,012	33	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	18,314	1	,000
Anzahl der gültigen Fälle	3040		

a.

Tabelle 30: Qui-Quadrat_Bettlägerigkeit/ Einrichtungen

			Geschlecht des Bewohners		Gesamt
			weiblich	männlich	
Ist der Bewohner zurzeit ortsfixiert	nein	Anzahl	822	367	1189
		% von Geschlecht des Bewohners	37,1%	44,6%	39,1%
	ja leicht	Anzahl	189	91	280
		% von Geschlecht des Bewohners	8,5%	11,1%	9,2%
	ja mittel	Anzahl	203	83	286
		% von Geschlecht des Bewohners	9,2%	10,1%	9,4%
	ja schwer	Anzahl	1004	281	1285
		% von Geschlecht des Bewohners	45,3%	34,2%	42,3%
Gesamt		Anzahl	2218	822	3040
		% von Geschlecht des Bewohners	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 31: Kreuztabelle_Ortsfixierung/ Geschlecht

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	31,049 ^a	3	,000
Likelihood-Quotient	31,431	3	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	26,525	1	,000
Anzahl der gültigen Fälle	3040		

a.

Tabelle 32: Qui-Quadrat_ Ortsfixierung/Geschlecht

			Körperstatur (Größe/Gewicht)			Gesamt
			leicht	mittel	schwer	
Ist der Bewohner zurzeit ortsfixiert	nein	Anzahl	329	549	306	1184
		% von Körperstatur (Größe/Gewicht)	39,0%	41,3%	36,0%	39,2%
	ja leicht	Anzahl	56	129	92	277
		% von Körperstatur (Größe/Gewicht)	6,6%	9,7%	10,8%	9,2%
	ja mittel	Anzahl	61	139	84	284
		% von Körperstatur (Größe/Gewicht)	7,2%	10,5%	9,9%	9,4%
	ja schwer	Anzahl	397	512	369	1278
		% von Körperstatur (Größe/Gewicht)	47,1%	38,5%	43,4%	42,3%
Gesamt		Anzahl	843	1329	851	3023
		% von Körperstatur (Größe/Gewicht)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 33: Kreuztabelle_ Ortsfixierung / Körperstatur

			Ist der Bewohner zurzeit ortsfixiert	Körperstatur (Größe/Gewicht)
Spearman-Rho	Ist der Bewohner zurzeit ortsfixiert	Korrelationskoeffizient	1,000	-,004
		Sig. (2-seitig)	.	,814
		N	3043	3023
	Körperstatur (Größe/Gewicht)	Korrelationskoeffizient	-,004	1,000
		Sig. (2-seitig)	,814	.
		N	3023	3032

Tabelle 34: Spearman-Rho_ Ortsfixierung /Körperstatur

			Wie lange lebt der Bewohner schon in Ihrer Einrichtung					Gesamt
			weniger als 6 Monate	6 bis 12 Monate	1 bis 2 Jahre	2 bis 4 Jahre	länger als 4 Jahre	
Ist der Bewohner zurzeit ortsfixiert	nein	Anzahl	183	148	174	276	408	1189
		% von Wie lange lebt der Bewohner schon in Ihrer Einrichtung	45,6%	46,0%	39,6%	39,4%	34,7%	39,1%
	ja leicht	Anzahl	32	34	44	60	110	280
		% von Wie lange lebt der Bewohner schon in Ihrer Einrichtung	8,0%	10,6%	10,0%	8,6%	9,3%	9,2%
	ja mittel	Anzahl	38	33	42	70	103	286
		% von Wie lange lebt der Bewohner schon in Ihrer Einrichtung	9,5%	10,2%	9,6%	10,0%	8,8%	9,4%
	ja schwer	Anzahl	148	107	179	294	556	1284
		% von Wie lange lebt der Bewohner schon in Ihrer Einrichtung	36,9%	33,2%	40,8%	42,0%	47,2%	42,3%
Gesamt		Anzahl	401	322	439	700	1177	3039
		% von Wie lange lebt der Bewohner schon in Ihrer Einrichtung	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 35: Kreuztabelle_ Ortsfixierung / Aufenthaltsdauer

Korrelationen

			Ist der Bewohner zurzeit ortsfixiert	Wie lange lebt der Bewohner schon in Ihrer Einrichtung
Spearman-Rho	Ist der Bewohner zurzeit ortsfixiert	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	1,000 . 3043	,094 ,000 3039
	Wie lange lebt der Bewohner schon in Ihrer Einrichtung	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,094 ,000 3039	1,000 . 3048

Tabelle 36: Spearman-Rho_ Ortsfixierung / Aufenthaltsdauer

			Stationsgröße			Gesamt
			bis 20 Personen/ Station	21- 30 Personen/ Station	über 30 Personen/ Station	
Ist der Bewohner zurzeit ortsfixiert	nein	Anzahl	177	691	322	1190
		% von Stationsgröße	43,7%	38,1%	39,1%	39,1%
	ja leicht	Anzahl	28	154	98	280
		% von Stationsgröße	6,9%	8,5%	11,9%	9,2%
	ja mittel	Anzahl	45	167	74	286
		% von Stationsgröße	11,1%	9,2%	9,0%	9,4%
	ja schwer	Anzahl	155	802	330	1287
		% von Stationsgröße	38,3%	44,2%	40,0%	42,3%
Gesamt	Anzahl	405	1814	824	3043	
	% von Stationsgröße	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle 37: Kreuztabelle_ Ortsfixierung / PatientInnenzahl

			Ist der Bewohner zurzeit ortsfixiert	Stationsgröße
Spearman-Rho	Ist der Bewohner zurzeit ortsfixiert	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	1,000 . 3043	,003 ,881 3043
	Stationsgröße	Korrelationskoeffizient Sig. (2-seitig) N	,003 ,881 3043	1,000 . 3054

Tabelle 38: Spearman-Rho: Ortsfixierung/ PatientInnenzahl

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	265,529 ^a	33	,000
Likelihood-Quotient	273,986	33	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	1,450	1	,228
Anzahl der gültigen Fälle	3043		

a.

Tabelle 39: Qui-Quadrat_Ortsfixierung/Einrichtungen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig keines Ortsfixierung ohne Bettlägerigkeit	982	32,2	32,4	32,4
Bettlägerigkeit ohne Ortsfixierung	545	17,8	18,0	50,4
beides	204	6,7	6,7	57,1
Gesamt	1301	42,6	42,9	100,0
	3032	99,3	100,0	

Tabelle 40: Kombination Bettlägerigkeit/ Ortsfixierung

			Ist der Bewohner zurzeit ortsfixiert				Gesamt
			nein	ja leicht	ja mittel	ja schwer	
Ist der Bewohner zurzeit bettlägerig	nein	Anzahl	982	162	120	263	1527
		% von Ist der Bewohner zurzeit ortsfixiert	82,8%	58,1%	42,4%	20,5%	50,4%
	ja leicht	Anzahl	68	103	95	311	577
		% von Ist der Bewohner zurzeit ortsfixiert	5,7%	36,9%	33,6%	24,2%	19,0%
ja mittel	Anzahl	32	12	52	146	242	
	% von Ist der Bewohner zurzeit ortsfixiert	2,7%	4,3%	18,4%	11,4%	8,0%	
ja schwer	Anzahl	104	2	16	564	686	
	% von Ist der Bewohner zurzeit ortsfixiert	8,8%	,7%	5,7%	43,9%	22,6%	
Gesamt	Anzahl	1186	279	283	1284	3032	
	% von Ist der Bewohner zurzeit ortsfixiert	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabelle 41: Kreuztabelle_Bettlägerigkeit/ Ortsfixierung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig keines	982	32,2	32,4	32,4
keine Bettlägerigkeit, leichte Ortsfixierung	162	5,3	5,3	37,7
keine Bettlägerigkeit, mittlere Ortsfixierung	120	3,9	4,0	41,7
keine Bettlägerigkeit, schwere Ortsfixierung	263	8,6	8,7	50,4
leichte Bettlägerigkeit, keine Ortsfixierung	68	2,2	2,2	52,6
leichte Bettlägerigkeit, leichte Ortsfixierung	103	3,4	3,4	56,0
leichte Bettlägerigkeit, mittlere Ortsfixierung	95	3,1	3,1	59,1
leichte Bettlägerigkeit, schwere Ortsfixierung	311	10,2	10,3	69,4
mittlere Bettlägerigkeit, keine Ortsfixierung	32	1,0	1,1	70,4
mittlere Bettlägerigkeit, leichte Ortsfixierung	12	,4	,4	70,8
mittlere Bettlägerigkeit, mittlere Ortsfixierung	52	1,7	1,7	72,6
mittlere Bettlägerigkeit, schwere Ortsfixierung	146	4,8	4,8	77,4
schwere Bettlägerigkeit, keine Ortsfixierung	104	3,4	3,4	80,8
schwere Bettlägerigkeit, leichte Ortsfixierung	2	,1	,1	80,9
schwere Bettlägerigkeit, mittlere Ortsfixierung	16	,5	,5	81,4
schwere Bettlägerigkeit, schwere Ortsfixierung	564	18,5	18,6	100,0
Gesamt	3032	99,3	100,0	

Tabelle 42: Bettlägerigkeit und Ortsfixierung inkl. aller Ausprägungen

			Ist der Bewohner zurzeit bettlägerig	Ist der Bewohner zurzeit ortsfixiert	War der Bewohner vor 6 Monaten bettlägerig	War der Bewohner vor 6 Monaten ortsfixiert
Spearman-Rho	Ist der Bewohner zurzeit bettlägerig	Korrelationskoeffizient	1,000	,563**	,902**	,555**
		Sig. (2-seitig)	.	,000	,000	,000
		N	3040	3032	2810	2802
	Ist der Bewohner zurzeit ortsfixiert	Korrelationskoeffizient	,563**	1,000	,541**	,914**
Sig. (2-seitig)		,000	.	,000	,000	
	N	3032	3043	2815	2804	
War der Bewohner vor 6 Monaten bettlägerig	Korrelationskoeffizient	,902**	,541**	1,000	,591**	
	Sig. (2-seitig)	,000	,000	.	,000	
	N	2810	2815	2822	2803	
War der Bewohner vor 6 Monaten ortsfixiert	Korrelationskoeffizient	,555**	,914**	,591**	1,000	
	Sig. (2-seitig)	,000	,000	,000	.	
	N	2802	2804	2803	2813	

** . Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

Tabelle 43: Spearman-Rho_Bettlägerigkeit jetzt/vor 6 Monaten/ Ortsfixierung jetzt/vor 6 Monaten

