

Pflege Ohne Druck

Eine Studie im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums
für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen

Dekubitus; Ursachen der Entstehung, prophylaktische
Maßnahmen und Rahmenbedingungen in der häuslichen und
stationären Altenhilfe in Bayern

Abschlussbericht

Bearbeitet von

Dr. Barbara Klein (Projektleitung)
Petra Gaugisch
Volker Weiss
Carmen Wolfsteiner

August 2005

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
2	Methodisches Vorgehen	9
2.1	Zielsetzung der Studie	9
2.2	Überblick über die Vorgehensweise	9
2.3	Aufbau des Fragebogens.....	10
2.4	Fragebogenversand und Rücklauf.....	12
2.5	Repräsentativität	12
2.6	Berechnung der Fallzahlen.....	14
2.7	Darstellung der Analysen.....	15
3	Allgemeine Daten zu den teilnehmenden Einrichtungen	16
3.1	Größe der Einrichtungen	16
3.2	Trägerschaft.....	19
3.3	Regierungsbezirk.....	23
3.4	Planstellen.....	24
4	Dekubitusrisiko	25
5	Dekubitushäufigkeit	37
6	Risikofaktoren	52
7	Prophylaxe	61
8	Expertenstandard	83
9	Dekubitustherapie	92
10	Dokumentation	103
11	Fortbildung	109
12	Interdisziplinäre Zusammenarbeit	121
13	Hilfsmittelverordnung	127
14	Anregungen, Vorschläge und Kritik	133
15	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	137
16	Literaturverzeichnis	143
17	Anhang	146

Anlage 1: Fragebogen: Pflege ohne Druck. Fragebogen für die Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Anlage 2: Fragebogen: Pflege ohne Druck. Fragebogen für die ambulanten Dienste in der Altenhilfe

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Dekubitus Grad 2 (Steingaß et al. 2002: 586)	7
Abbildung 2: Verwendete Skalen zur Risikoeinschätzung	26
Abbildung 3: Zeitpunkt der Anwendung bei bestehendem Dekubitusrisiko	29
Abbildung 4: Zeitpunkt der Anwendung ohne Risiko	32
Abbildung 5: Dekubitusrisiko	35
Abbildung 6: Spannbreite der Dekubitusprävalenz Grad 1-4 in Prozent	41
Abbildung 7: Spannbreite der Dekubitusprävalenz Grad 2-4 in Prozent	42
Abbildung 8: Wo werden Dekubitalulcera erworben? (stationär)	48
Abbildung 9: Wo werden Dekubitalulcera erworben? (ambulant)	49
Abbildung 10: Verlegungen von Personen mit Dekubitus	51
Abbildung 11: Medizinische Risikofaktoren	53
Abbildung 12: Weitere Risikofaktoren	56
Abbildung 13: Dekubitusprophylaxe im Bereich Lagerung	62
Abbildung 14: Dekubitusprophylaxe im Bereich Ernährung	66
Abbildung 15: Dekubitusprophylaxe im Bereich Hautpflege	73
Abbildung 16: Dekubitusprophylaxe im Bereich Matratzen Auflagen und Spezialbetten ..	75
Abbildung 17: Dekubitusprophylaxe Bereich Hilfsmittel	78
Abbildung 18: Weitere Methoden zur Dekubitusprophylaxe	80
Abbildung 19: Anwendung Expertenstandard	84
Abbildung 20: Umsetzung Expertenstandard	85
Abbildung 21: Bewertung Expertenstandard Dekubitusprophylaxe	90
Abbildung 22: Behandlungsmethoden nach Arztanordnung	93
Abbildung 23: Zusätzliche Vorgehensweise zur Heilungsunterstützung	98
Abbildung 24: Pflegedokumentation	104
Abbildung 25: Fortbildungsteilnahme Gruppenspezifisch	110
Abbildung 26: Fortbildungsteilnahme der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	113
Abbildung 27: Fortbildungsschwerpunkte	115
Abbildung 28: Strategien zur Umsetzung des erlernten Wissens	117
Abbildung 29: Weiterer Fortbildungsbedarf	119
Abbildung 30: Interdisziplinäre Zusammenarbeit	122
Abbildung 31: Hilfsmittelverordnung	128
Abbildung 32: Hilfsmittelanträge	130
Abbildung 33: Anmerkungen für eine gute Versorgung zum Thema Dekubitus	134

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über den Fragebogenrücklauf	12
Tabelle 2: Ambulante Dienste: Verzerrungen nach Größenklassen	13
Tabelle 3: Ambulante Dienste: Verzerrungen nach Trägerschaft	14
Tabelle 4: Anzahl und Prozent der Pflegebedürftigen	16
Tabelle 5: Anzahl und Prozent der vollstationären Pflegeplätze	17
Tabelle 6: Anzahl und Prozent der teilstationären und Kurzzeitpflegeplätze	17
Tabelle 7: Verteilung der Größenklassen der Pflegebedürftigen bei den ambulanten Diensten	18
Tabelle 8: Anzahl und Prozent der Trägerschaft stationär	19
Tabelle 9: Verteilung der vollstationären Pflegeplätze nach Trägerschaft in Prozent	20
Tabelle 10: Anzahl und Prozent der Trägerschaft ambulant	21
Tabelle 11: Verteilung der vollstationären Pflegeplätze nach Trägerschaft in Prozent	22
Tabelle 12: Anzahl und Prozent der eingegangenen Fragebogen nach Regierungsbezirken	23
Tabelle 13: Durchschnittliche Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege ..	24
Tabelle 14: Skalen zur Risikoeinschätzung nach Trägerschaft in Prozent (ambulant)	27
Tabelle 15: Skalen zur Risikoeinschätzung nach Größenklassen in Prozent (stationär)	28
Tabelle 16: Skalen zur Risikoeinschätzung nach Größenklassen in Prozent (ambulant)	28
Tabelle 17: Zeitpunkt der Anwendung bei Dekubitusrisiko nach Größenklassen in Prozent (stationär)	30
Tabelle 18: Zeitpunkt der Anwendung bei Dekubitusrisiko nach Größenklassen in Prozent (ambulant)	31
Tabelle 19: Zeitpunkt der Anwendung ohne Risiko nach Trägerschaft in Prozent (ambulant)	33
Tabelle 20: Zeitpunkt der Anwendung ohne Risiko nach Größenklasse in Prozent (ambulant)	34
Tabelle 21: Dekubitusrisikovergleich in Prozent (stationär)	36
Tabelle 22: Übersicht des Auftretens eines Dekubitus für alle Pflegebedürftigen	38
Tabelle 23: Vergleich der Prävalenzraten Charité und Bayern	39
Tabelle 24: Übersicht des Auftretens eines Dekubitus Grad 2-4 für alle Pflegebedürftigen (Bayern)	39
Tabelle 25: Vergleich des Auftretens eines Dekubitus Grad 2-4	39
Tabelle 26: Vergleich des Auftretens eines Dekubitus Grad 2-4 (ambulant)	40
Tabelle 27: Spannbreite der Dekubitusprävalenz Grad 1-4 in Prozent	40
Tabelle 28: Spannbreite der Dekubitusprävalenz Grad 2-4 in Prozent	42
Tabelle 29: Verteilung der Dekubitus Grade 1-4 nach Frauen und Männer und Einrichtungsart	43
Tabelle 30: Frauen- und Männeranteil der Dekubitus Grade 1-4 nach Einrichtungsart	43
Tabelle 31: Verteilung der Dekubitusgrade 1-4 nach Frauen und Männer und Pflegestufen	44
Tabelle 32: Verteilung der Dekubitus Grade 1-4 für die ambulanten Dienste nach Frauen und Männer und Pflegestufen	45

Tabelle 33: Prävalenzraten nach Einrichtungsart	46
Tabelle 34: Prävalenzrate nach Größe der stationären Altenpflegeeinrichtung	46
Tabelle 35: Prävalenzraten nach Einrichtungsgröße (ambulant)	47
Tabelle 36: Wo werden Dekubitalulcera erworben? nach Größenklassen in Prozent (ambulant)	50
Tabelle 37: Medizinische Risikofaktoren nach Größenklassen in Prozent (ambulant)	55
Tabelle 38: Weitere Einflussfaktoren nach Trägerschaft in Prozent (stationär)	58
Tabelle 39: Weitere Einflussfaktoren nach Größenklassen in Prozent (stationär)	59
Tabelle 40: Weitere Einflussfaktoren nach Größenklassen in Prozent (ambulant).....	60
Tabelle 41: Lagerung nach Trägerschaft in Prozent (ambulant)	63
Tabelle 42: Lagerung nach Größenklassen in Prozent (stationär)	64
Tabelle 43: Bereich Lagerung nach Größenklassen in Prozent (ambulant)	65
Tabelle 44: Ernährung nach Größenklassen in Prozent (stationär)	68
Tabelle 45: Ernährung nach Trägerschaft in Prozent (ambulant).....	68
Tabelle 46: Ernährung nach Größenklassen in Prozent (stationär)	69
Tabelle 47: Bereich Lagerung nach Größenklassen in Prozent (ambulant)	69
Tabelle 48: Dekubitusprophylaxe im Bereich Mobilisation und Bewegung.....	70
Tabelle 49: Mobilisation und Bewegung nach Trägerschaft in Prozent (ambulant)	71
Tabelle 50: Mobilisation und Bewegung nach Größenklassen in Prozent (ambulant)	72
Tabelle 51: Hautpflege nach Größenklassen in Prozent (stationär)	74
Tabelle 52: Matratzen, Auflagen und Spezialbetten nach Trägerschaft in Prozent (ambulant)	76
Tabelle 53: Matratzen, Auflagen und Spezialbetten nach Größenklassen in Prozent (ambulant)	77
Tabelle 54: Hilfsmittel nach Größenklasse in Prozent (stationär).....	79
Tabelle 55: Hilfsmittel nach Größenklassen in Prozent (ambulant).....	79
Tabelle 56: Anwendung Expertenstandard nach Trägerschaft in Prozent (stationär)	87
Tabelle 57: Anwendung Expertenstandard nach Trägerschaft in Prozent (ambulant).....	87
Tabelle 58: Anwendung Expertenstandard nach Größenklassen in Prozent (stationär)	88
Tabelle 59: Anwendung Expertenstandard nach Größenklassen in Prozent (ambulant) ...	89
Tabelle 60: Lokale Dekubitustherapie nach Trägerschaft in Prozent (stationär)	95
Tabelle 61: Dekubitustherapie nach Trägerschaft in Prozent (ambulant).....	96
Tabelle 62: Dekubitustherapie nach Größenklassen in Prozent (stationär)	96
Tabelle 63: Dekubitustherapie nach Größenklassen in Prozent (ambulant).....	97
Tabelle 64: Weitere Methoden in der Dekubitustherapie nach Trägerschaft in Prozent (ambulant)	101
Tabelle 65: Weitere Methoden in der Dekubitustherapie nach Größenklassen in Prozent (stationär)	101
Tabelle 66: Weitere Methoden in der Dekubitustherapie nach Größenklassen in Prozent (ambulant)	102
Tabelle 67: Skalen zur Risikoeinschätzung nach Trägerschaft in Prozent (ambulant)	106
Tabelle 68: Skalen zur Risikoeinschätzung nach Größenklassen (stationär).....	107
Tabelle 69: Skalen zur Risikoeinschätzung nach Größenklassen in Prozent (ambulant) ...	108
Tabelle 70: Fortbildungsangebot nach Trägerschaft in Prozent (ambulant).....	111
Tabelle 71: Fortbildungsanzahl nach Größenklassen (stationär).....	112

Tabelle 72: Durchschnittliche Fortbildungsstunden pro MA (stationär)	114
Tabelle 73: Durchschnittliche Fortbildungsstunden pro MA (ambulant)	114
Tabelle 74: Fortbildungsschwerpunkte nach Größenklassen in Prozent (stationär).....	116
Tabelle 75: Fortbildungsschwerpunkte nach Größenklassen in Prozent (ambulant)	116
Tabelle 76: Bewertung Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten in Prozent (stationär).....	123
Tabelle 77: Bewertung Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten in Prozent (ambulant)	124
Tabelle 78: Interdisziplinäre Zusammenarbeit nach Trägerschaft (stationär).....	125
Tabelle 79: Interdisziplinäre Zusammenarbeit nach Trägerschaft (ambulant)	125
Tabelle 80: Interdisziplinäre Zusammenarbeit nach Größenklassen (ambulant).....	126
Tabelle 81: Hilfsmittelverordnung nach Größenklassen in Tagen (ambulant).....	129
Tabelle 82: Hilfsmittelantragsstellung nach Größenklassen in Anzahl der Anträge und Prozent (stationär)	131
Tabelle 83: Hilfsmittelantragstellung nach Größenklassen in Anzahl der Anträge und Prozent (ambulant).....	132

1 Einleitung

„**Pflege Ohne Druck**“ – der Titel der vorliegenden Studie zum Thema Dekubitus, zeigt eine Zukunftsvision und gleichzeitig eine Zielrichtung für die stationären Einrichtungen und die ambulanten Dienste in Bayern auf.

„**Pflege Ohne Druck**“ bedeutet: eine Pflege, die das Auftreten eines Dekubitus durch die konsequente Durchführung von prophylaktischen Maßnahmen verhindert.

„**Pflege Ohne Druck**“ beinhaltet aber auch die gemeinsamen Bemühungen für eine gute Versorgungsqualität aller am Prozess Beteiligten.

Aus diesem Grund hat das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen im Rahmen der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Altenpflege dem Thema Dekubitus einen besonderen Stellenwert eingeräumt und das Fraunhofer Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation IAO mit der Durchführung einer Untersuchung aller stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste zum Thema Dekubitus beauftragt. In der vorliegenden Studie wurden erstmals flächendeckend Daten für das Bundesland Bayern zur Dekubitushäufigkeit, den Risikofaktoren sowie den in der Praxis eingesetzten prophylaktischen Maßnahmen und Therapien erhoben. Die Erfahrungen der Pflegekräfte aus der Praxis sind wichtige Ansatzpunkte zur Identifikation von Verbesserungspotenzialen in der Dekubitusversorgung. Die Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Studie beinhalten Impulse für eine bessere Versorgung von dekubitusgefährdeten Menschen.



Ein Dekubitus ist „eine durch länger anhaltenden Druck (Druck mal Zeit) entstandene Schädigung der Haut und des darunter liegenden Gewebes“ (DNQP 2002: 30). Nach vorsichtigen Schätzungen entwickeln in Deutschland jährlich mehr als 400.000 Menschen einen Dekubitus. Vornehmlich sind ältere, pflegebedürftige und vor allem immobile Menschen betroffen. Allein die Therapie von Decubitalucera Grad III und IV verursacht jährliche Kosten von etwa 1 bis 2,1 Milliarden Euro (Leffmann 2002: 5).

Abbildung 1: Dekubitus Grad 2 (Steingaß et al. 2002: 586)

Ein Dekubitus ist für die Betroffenen immer eine stark belastende Situation. Schmerzen, Einschränkung der Selbstständigkeit und soziale Isolation führen zu einem Verlust an

Lebensqualität. Die Heilung eines Dekubitus ist langwierig. Oft sind die betroffenen Menschen über Monate pflege- und behandlungsbedürftig.

In der gesundheitspolitischen Diskussion gilt das Auftreten eines Dekubitus als Qualitätsindikator für die Pflege. Für die Einrichtungen der stationären und ambulanten Altenhilfe erhöht das Auftreten eines Dekubitus den zeitlichen Aufwand in der täglichen Versorgung und kann das Image der Einrichtung beeinträchtigen. Durch die konsequente Durchführung prophylaktischer Maßnahmen kann die Entstehung eines Dekubitus verhindert werden. Dennoch gibt es Situationen in denen prophylaktische Maßnahmen in den Hintergrund treten müssen. Dies gilt für Personen, bei denen die gesundheitliche Situation gegen die Anwendung der prophylaktischen Maßnahmen spricht und die Lebenssicherung im Vordergrund steht. Dies gilt auch, wenn die pflegerische Intervention eine andere Prioritätensetzung erfordert wie z.B. bei Menschen in der Sterbephase.

Die Vermeidung eines Dekubitus liegt aus pflegerischer, ethischer und ökonomischer Perspektive im Interesse und in der Verantwortung aller Beteiligten.

Der Dank gilt dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen für die Förderung des Projektes und den Verbänden für die Unterstützung der Erhebung. Herzlichen Dank an die stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste für die rege Teilnahme und die schnelle Bearbeitung der Fragebogen.

2 Methodisches Vorgehen

2.1 Zielsetzung der Studie

Ziel der Studie war es:

- repräsentative Aussagen zur Dekubitushäufigkeit, den Risikofaktoren, den in der Praxis eingesetzten Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe und –therapie sowie den Rahmenbedingungen in den stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten in Bayern zu erhalten
- durch die Sensibilisierung der Einrichtungen der stationären und ambulanten Altenhilfe für die Dekubitusproblematik zu einer Reduzierung der Dekubitushäufigkeit beizutragen
- anhand der Datenbasis politische, rechtliche und fachliche Interventionswege der Dekubitusvermeidung (weiter) zu entwickeln

2.2 Überblick über die Vorgehensweise

Durch folgende Vorgehensweise sollen die oben genannten Ziele erreicht werden:

- Informations- und Motivationsworkshop am 11. November 2004 mit Vertreterinnen und Vertretern der Verbände, dem Fraunhofer IAO und dem Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. Ziel des Workshops war es, über die geplante Untersuchung zu informieren und die Verbände für die Unterstützung zu gewinnen
- Entwicklung, Pretest und Überarbeitung des Fragebogens. Der Pretest wurde mit vier stationären Einrichtungen und fünf ambulanten Diensten durchgeführt. Der Fragebogen wurde abschließend überarbeitet und mit den Verbänden und dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen abgestimmt.
- Durchführung der Erhebung. Dabei erhielten alle stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Dienste in Bayern einen Fragebogen. Eine aktuelle Adressdatei wurde vom auftraggebenden Staatsministerium zur Verfügung gestellt. Da die Umfrage

Einrichtungen der Altenhilfe zum Gegenstand hat, wurden die Adressen der Einrichtungen für Menschen mit Behinderung und psychisch kranke Personen herausgenommen. Im Bereich der institutionalisierten Altenpflege handelt es sich daher um eine Vollerhebung.

- Auswertung und Dokumentation
- Durchführung von regionalen Workshops zur Implementierung der Ergebnisse in die Praxis. Im Rahmen der Workshops werden die Ergebnisse vorgestellt und deren Auswirkungen diskutiert.

2.3 Aufbau des Fragebogens

Da die Situation in der stationären und ambulanten Pflege unterschiedlich ist, wurden zwei Fragebogen entwickelt. Die Fragebogen enthalten dieselben Themen und Schwerpunkte, allerdings wurden die Fragen der Situation angemessen umformuliert (siehe Anlage). Folgende Frageblöcke sind abgedeckt:

- 1 Dekubitusrisiko
Hier wird nach der Anzahl der Pflegebedürftigen mit Dekubitusrisiko gefragt. Ebenso welche Skalen verwendet werden und wie oft die Risikoeinschätzung vorgenommen wird.
- 2 Dekubitushäufigkeit
Die Dekubitushäufigkeiten sind sehr differenziert erhoben worden. Hier wurden Fragen nach Schweregrad, Pflegestufen und Entstehungsort des Dekubitus, z.B. in der eigenen Einrichtung, und Verlegung von Pflegebedürftigen mit Dekubitus gestellt.
- 3 Risikofaktoren
Im Frageblock zu den Risikofaktoren wurde nach medizinischen und weiteren Risikofaktoren gefragt. Beantwortet wurden diese Fragen auf der Grundlage der Erfahrungen, die in den Einrichtungen gemacht wurden.
- 4 Dekubitusprophylaxe
Die Methoden der Dekubitusprophylaxe wurden in mehreren Bereichen abgefragt: Lagerungstechnik, Ernährung, Mobilisation und Bewegung, Hautpflege, Hilfsmittel sowie weitere Prophylaxemethoden.
- 5 Expertenstandard
Der nationale Expertenstandard ist ein anerkanntes Instrument zur Dekubitusprophylaxe. Die Fragestellung, deckt den Bekanntheitsgrad, seine Anwendung und die Beurteilung in der Pflegepraxis ab.

- 6 Dekubitustherapie
Was wird in den Einrichtungen und ambulanten Diensten unternommen, wenn Pflegebedürftige Dekubitalulcera aufweisen? In diesem Block wurden Fragen zu ärztlichen Anweisungen in der Lokalbehandlung und weitere Behandlungsmethoden gestellt.
- 7 Dokumentation im Rahmen der Dekubitusprophylaxe und -therapie
Die Dokumentation ist ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung. Um eine gezielte und Erfolg versprechende Prophylaxe und Therapieform zu planen und durchzuführen, ist die Erfassung und Einschätzung unterschiedlichster Kriterien notwendig.
- 8 Fortbildung
Ohne entsprechendes Fachwissen ist ein professioneller Umgang mit Dekubitus, sowohl im Bereich der Prophylaxe wie auch der Behandlung, nicht möglich. Daher enthält der Fragebogen einen Abschnitt zur Häufigkeit und zu Themen der Fortbildung im Bereich Dekubitus.
- 9 Interdisziplinäre Zusammenarbeit
In der interdisziplinären Zusammenarbeit ist der Fokus auf die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten gelegt. Hier werden Erfahrungen und Einschätzungen der Pflegeeinrichtungen und den ambulanten Diensten erfasst.
- 10 Hilfsmittelverordnung
Beim Thema Hilfsmittelverordnung werden die Zeiten zur Leistungsentscheidung, Lieferung durch Sanitätshäuser und die Anzahl der gestellten Anträge auf Hilfsmittel zur Dekubitusprophylaxe und –therapie gestellt.
- 11 Anregungen, Vorschläge und Kritik
Am Ende des Fragebogens hatten die Einrichtungen noch die Möglichkeit, eigene Kommentare, Anregungen und Kritik zu äußern. Davon wurde auch rege Gebrauch gemacht.
- 12 Strukturfragen
Hier werden allgemeine Angaben zur Einrichtung erfasst, z.B. Anzahl der Pflegebedürftigen, Anzahl der Pflegeplätze, Personal, Trägerschaft, Bayerischer Regierungsbezirk und Funktion der Person, die den Fragebogen ausfüllt. Dieser Themenblock wird unter dem Abschnitt „Beschreibung der teilnehmenden Einrichtungen“ dargestellt.

Jeder der Frageblöcke enthält mit Ausnahme des Frageblocks 11 sowohl geschlossene als auch offene Fragen, so dass sich die Befragten zu jedem Block individuell äußern konnten.

2.4 Fragebogenversand und Rücklauf

Die Fragebogen wurden am 10. Februar 2005 versandt und sollten bis zum 1. März 2005 zurückgeschickt werden. Da ein reges Interesse von Seiten der Einrichtungen an der Teilnahme bestand, wurden alle Fragebogen in die Analyse einbezogen, die bis zum 30. März 2005 am Fraunhofer IAO in Stuttgart eintrafen. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über den Fragebogenrücklauf und die Rücklaufquote:

	Einrichtungstyp		
	Stationäre Einrichtungen	Ambulante Dienste	Summe
Bruttoversand	1.249	1.628	2.877
Einrichtung existiert nicht mehr	5	5	10
Nettoversand	1.244	1.623	2.867
Rücklauf	346	404	750
Rücklaufquote	27,8%	24,9%	26,5%

Tabelle 1: Übersicht über den Fragebogenrücklauf

Der Gesamtrücklauf beträgt 26,5% des Nettoversands. Die Teilquoten der stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste liegen mit 27,8% und 24,9% nahe beieinander und sind damit für eine einmalige Befragung erfreulich hoch.

2.5 Repräsentativität

Die Befragung hat das Ziel repräsentative Aussagen über die Dekubitushäufigkeit, die Ursachenzusammenhänge, die eingesetzten prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen sowie die Rahmenbedingungen in der stationären und ambulanten Altenhilfe in Bayern zu machen. Deshalb wurde überprüft, ob die beim Fraunhofer IAO eingegangenen Fragebogen in Bezug auf die Größe der Einrichtungen und die Trägerschaft mit der Verteilung aller stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste übereinstimmen. Zur Überprüfung wurden Signifikanztests durchgeführt. Als Grundlage dienen die beim Fraunhofer IAO eingegangenen Fragebogen und die Angaben des Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung.

Bei den stationären Einrichtungen gab es weder in Bezug auf die Größenklassen noch auf die Trägerschaft signifikante Verzerrungen. Das Verhältnis der eingegangenen Fragebogen stimmt in Bezug auf die Einrichtungsgröße und die Verteilung auf die Träger mit den Gesamtdaten des Bayerischen Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung überein. Der Rücklauf kann daher als „repräsentativ“ gelten.

Die eingegangenen Daten der ambulanten Dienste unterscheiden sich sowohl bei den Größenklassen als auch bei der Zugehörigkeit zu den Trägern signifikant von den

Gesamtdaten des Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung. In Abstimmung mit dem Bayerischen Staatsministerium wurden die Daten der ambulanten Dienste aus diesem Grund gewichtet und so den Gesamtdaten angenähert.

Zur Veranschaulichung der Verzerrungen werden in den folgenden Tabellen der Rücklauf der ambulanten Dienste zu Größe und Trägerschaft dargestellt:

Ambulante Dienste

Pflegebedürftige	Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung	Ungewichteter Rücklauf (IAO)	Gewichteter Rücklauf (IAO)
1 bis 10	14,7%	2,00%	12,4%
11 bis 20	21,7%	6,0%	20,3%
21 bis 50	39,9%	33,2%	40,8%
51 bis 70	10,8%	18,5%	11,5%
71 und mehr	12,9%	40,4%	15,1%
Summe	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 2: Ambulante Dienste: Verzerrungen nach Größenklassen

Obige Tabelle zeigt, dass die Struktur nach Größenklasse in den Umfrageergebnissen stark verzerrt ist. Die ungewichteten Prozentwerte der eingegangenen Fragebogen weichen besonders in den kleinen Größenklassen bis 20 Pflegebedürftige und in der Klasse „71 und mehr“ Pflegebedürftige ab. Der Rücklauf bei den kleinen Einrichtungen bis zu 20 Pflegebedürftige war niedrig. Bei den großen Einrichtungen war er hoch. Nach Gewichtung der Daten war die Struktur der Größenklassen identisch mit der Struktur der Daten des Bayerischen Landesamts für Statistik und Datenverarbeitung.

Auch in Bezug auf die Trägerschaft waren die Daten der ambulanten Dienste signifikant verzerrt. Folgende Tabelle gibt eine Übersicht:

Träger	Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung	Ungewichtete Angaben (IAO)	Gewichtete Angaben (IAO)
Kommunal	0,8%	2,0%	0,8%
Freigemeinnützig	53,6%	62,7%	53,6%
Privat	45,7%	35,3%	45,7%
Summe	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 3: Ambulante Dienste: Verzerrungen nach Trägerschaft

Die Verzerrungen bei der Trägerschaft sind geringer als bei den Größenklassen. Nach der Gewichtung stimmen die Prozentwerte in Bezug auf die Trägerschaft exakt mit der Verteilung des Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung überein.

Die hier dargelegten Probleme sollen zu einem reflektierten Umgang mit den statistischen Analysen führen. Zusammenfassend bedeutet dies:

- Die Daten der stationären Einrichtungen weisen hinsichtlich des Rücklaufs keine signifikanten Verzerrungen auf.
- Der Rücklauf der ambulanten Dienste ist in Bezug auf die Größe der Einrichtungen und der Trägerschaft verzerrt. Die Verzerrungen wurden durch eine zweifache Gewichtung an die Grundgesamtheit angepasst. Die Ergebnisse der kleinen ambulanten Dienste müssen aber trotzdem vorsichtig interpretiert werden.

2.6 Berechnung der Fallzahlen

In der Analyse wurden die Ergebnisse nach Trägerschaft und Größe der Einrichtungen, bzw. Dienste differenziert ausgewertet. Aufgrund fehlender Angaben schwankt die jeweilige Anzahl der verwendeten Fragebogen. Bei den Auswertungen nach Größenklasse konnten drei Fragebogen sowohl bei den stationären Einrichtungen als auch bei den ambulanten Diensten nicht berücksichtigt werden. Bei der Trägerschaft wurden bei den stationären Einrichtungen sechs und bei den ambulanten Diensten zwei Fragebogen nicht herangezogen.

2.7 Darstellung der Analysen

Im Kapitel 3 werden die allgemeinen Daten zu den teilnehmenden Einrichtungen und den ambulanten Diensten dargestellt.

Die nachfolgenden Kapitel sind in der Regel nach einem durchgehenden Schema aufgebaut:

- Kurze Einleitung in Form eines Überblicks zu den einzelnen Themengebieten
- Wortlaut der Frage aus dem Fragebogen
- Grafische Darstellung der Ergebnisse
- Interpretation der Ergebnisse auf der Grundlage neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse zum Thema Dekubitus. Im Fragebogen hatten die Befragten die Möglichkeit, zu jedem Themenblock eigene Bemerkungen und Kommentare zu formulieren. Die freien Angaben zeigten zum Teil neue inhaltliche Aspekte. Die Angaben wurden thematisch zusammengefasst, ausgewertet und bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt
- Darstellung der Daten nach Trägerschaft und Größenklassen. Die signifikanten Unterschiede sind in der Tabelle fett hervorgehoben und anschließend kommentiert. Die Ausweisung eines Ergebnisses als „signifikant“ muss als Hinweis verstanden werden, dass eine mathematische Auffälligkeit vorliegt. Die Signifikanzen haben daher den Charakter einer „Interpretationshilfe“.

Im Schlusskapitel sind die Schlussfolgerungen und Empfehlungen der Studie zusammengefasst.

3 Allgemeine Daten zu den teilnehmenden Einrichtungen

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die Strukturen der 346 stationären Altenhilfeeinrichtungen und der 404 ambulanten Dienste, die sich an der Befragung beteiligt haben. Die Fragebogen wurden in der Regel von der Pflegedienstleitung bzw. der Heimleitung ausgefüllt.

3.1 Größe der Einrichtungen

Folgende Tabelle zeigt die Anzahl und Prozent der Einrichtungen nach Größenklassen. Die beim Fraunhofer IAO eingegangenen Fragebogen wurden in der Tabelle den Angaben des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung gegenübergestellt.

Stationäre Einrichtungen

Stationäre Einrichtungen	Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung		Fraunhofer IAO Stuttgart	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Pflegebedürftige				
1 – 10	74	5,0%	12	3,7%
11 – 20	172	11,7%	28	8,5%
21 – 30	112	7,6%	17	5,2%
31 – 40	95	6,5%	24	7,3%
41 – 50	117	8,0%	19	5,8%
51 – 60	108	7,3%	22	6,7%
61 – 80	193	13,1%	52	15,9%
81 – 100	200	13,6%	55	16,8%
101 – 150	294	20,0%	77	23,5%
151 – 200	75	5,1%	14	4,3%
201 – 300	27	1,8%	6	1,8%
mehr als 300	4	0,3%	2	0,6%
Gesamt	1471	100,0%	328	100,0%
Keine Angabe			18	

Tabelle 4: Anzahl und Prozent der Pflegebedürftigen

Im Folgenden wird die Verteilung der Pflegeplätze nach vollstationär, teilstationär und nach Kurzzeitpflegeplätzen dargestellt. Diese differenzierte Aufstellung liegt vom

Bayerischen Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung nicht vor. Aus diesem Grund sind die Angaben nur auf die beim Fraunhofer IAO eingegangenen Fragebogen bezogen.

Vollstationäre Pflegeplätze	Anzahl	Prozent
1 - 10	15	4,3
11 - 30	28	8,1
31 - 60	56	16,2
61 - 90	73	21,1
91 - 120	91	26,3
121 - 150	35	10,1
151 - 180	12	3,5
181 und mehr	17	4,9
Gesamt	327	94,5
keine Angabe	19	5,5

Tabelle 5: Anzahl und Prozent der vollstationären Pflegeplätze

Teilstationäre Pflegeplätze	Anzahl	Prozent
1 - 5	6	1,7
6 - 10	11	3,2
11 - 15	11	3,2
16 - 20	5	1,4
21 - 25	0	0,0
26 und mehr	1	0,3
Gesamt	34	9,8
keine Angabe	312	90,2

Kurzzeitpflegeplätze	Anzahl	Prozent
1 - 5	119	34,4
6 - 10	25	7,2
11 - 15	9	2,6
16 - 20	2	0,6
21 - 25	2	0,6
26 und mehr	0	0,0
Gesamt	157	45,4
keine Angabe	189	54,6

Tabelle 6: Anzahl und Prozent der teilstationären und Kurzzeitpflegeplätze

Die meisten Einrichtungen bieten eine vollstationäre Pflege an (94,6%). Teilstationäre Pflege wird von 9,8% und Kurzzeitpflege von 45,4% der Einrichtungen angeboten.¹

Von den Einrichtungen mit Vollzeitpflege halten 48,8% ausschließlich vollstationäre Pflegeplätze vor, 40,6% zusätzlich Kurzzeitpflege, 4,4% zusätzlich Kurzzeitpflege und teilstationäre Pflege und 2% voll- und teilstationäre Pflege. 12 Einrichtungen (3,5%) bieten nur teilstationäre Pflegeplätze an und lediglich zwei Einrichtungen (0,6%) nur Kurzzeitpflegeplätze.

¹ Die Summe ergibt mehr als 100% da einige Einrichtungen mehrere Pflegearten anbieten.

Ambulante Dienste

Folgende Tabelle gibt einen Überblick, wie viele pflegebedürftige Personen von den ambulanten Diensten versorgt werden. Auch hier wurden die Daten den Angaben des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung gegenüber gestellt.

Ambulante Dienste	Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung		Fraunhofer IAO Stuttgart			
			ungewichtet		gewichtet	
Pflegebedürftige	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
1-10	233	14,7	8	2,0	48,8	12,4
11-20	344	21,7	24	6,0	79,9	20,3
21 – 50	631	39,9	133	33,2	160,5	40,8
51 – 70	171	10,8	74	18,5	45,2	11,4
71 und mehr	204	12,8	162	40,4	59,3	15,0
Gesamt	1583	100,0	401	100,0	393,6	100,0

Tabelle 7: Verteilung der Größenklassen der Pflegebedürftigen bei den ambulanten Diensten

Wie schon im vorigen Kapitel dargestellt, ab es einen überproportionalen Rücklauf bei den großen ambulanten Diensten. Die Daten der beim Fraunhofer IAO eingegangenen Fragebogen wurden aus diesem Grund gewichtet. In den weiteren Datenauswertungen wird mit den gewichteten Fällen gerechnet.

3.2 Trägerschaft

Folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Einrichtungen differenziert nach der Trägerschaft im Vergleich zu den Angaben des Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung.

Stationäre Einrichtungen

Stationäre Einrichtungen Träger	Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung		Stationäre Einrichtungen	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Kommunaler Träger			35	10,1
Sonstiger öffentlicher Träger			15	4,3
Summe kommunale Träger	175	11,9	50	14,5
Arbeiterwohlfahrt			28	8,1
Caritas			64	18,5
Diakonie			47	13,6
Deutsches Rotes Kreuz			24	6,9
Paritätischer Wohlfahrtsverband			6	1,7
Sonstige gemeinnützige Träger			38	11,0
Summe freigemeinnützige Träger	865	58,8	207	59,8
Private Träger	431	29,3	83	24,0
Gesamt	1471	100,0	340	98,3
Keine Angabe			6	1,7

Tabelle 8: Anzahl und Prozent der Trägerschaft stationär

Das Bild der Trägerschaft nach den Daten des Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung spiegelt sich auch bei den eingegangenen Fragebogen wider.

Betrachtet man die Größenverteilung auf die Trägerschaft, ergibt sich folgendes Bild.

Stationäre Einrichtungen	Trägerschaft			Summe
	kommunal	freigemeinnützig	privat	
Pflegebedürftige				
1 - 10	0,0	1,0	9,6	3,0
11 - 30	6,0	11,2	21,7	13,0
31 - 60	18,0	17,1	26,5	19,5
61 - 90	28,0	25,9	16,9	24,0
91 - 120	26,0	28,3	19,3	25,7
121 - 150	4,0	9,3	4,8	7,4
151 - 180	2,0	2,9	0,0	2,1
181 und mehr	16,0	4,4	1,2	5,3
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabelle 9: Verteilung der vollstationären Pflegeplätze nach Trägerschaft in Prozent

Die kommunalen Träger versorgen mit 28,3% am häufigsten 61-90 Pflegebedürftige, die freigemeinnützigen mit 28,3% vor allem 91-120 Pflegebedürftige. Die privaten Einrichtungen haben mit fast 27% vor allem 31-60 Menschen zu versorgen. Über alle Träger hinweg haben 25,7% der Einrichtungen 91-120 Bewohnerinnen und Bewohner.

Ambulante Dienste

Folgende Tabelle zeigt die Verteilung der ambulanten Dienste differenziert nach der Trägerschaft im Vergleich zu den Angaben des Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung.

Ambulante Dienste	Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung		Ambulante Dienste (ungewichtet)		Ambulante Dienste (gewichtet)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Träger						
Kommunaler Träger			4	1,0	1,6	0,4
Sonstiger öffentlicher Träger			4	1,0	1,4	0,4
Summe kommunale Träger	12	0,8	8	2,0	3,0	0,8
Arbeiterwohlfahrt			13	3,2	10,2	2,6
Caritas			99	24,5	61,9	15,7
Diakonie			68	16,8	58,9	15,0
Deutsches Rotes Kreuz			23	5,7	17,1	4,3
Paritätischer Wohlfahrtsverband			14	3,5	26,9	6,8
Sonstige gemeinnützige Träger			35	8,7	35,9	9,1
Summe freigemeinnützige Träger	848	53,6	252	62,4	210,9	53,6
Private Träger	723	45,7	142	35,1	179,8	45,7
Gesamt	1583	100,0	402	99,5	393,6	100,0
Keine Angabe			2	0,5	0,0	0,0

Tabelle 10: Anzahl und Prozent der Trägerschaft ambulant

Auch bei den ambulanten Diensten stehen die meisten unter freigemeinnütziger Trägerschaft, gefolgt von den privaten und den kommunalen Trägern.

Unten stehende Tabelle gibt die prozentuale Verteilung der Größenklassen der ambulanten Dienste nach Trägerschaft wieder:

Ambulante Dienste	Trägerschaft in Prozent			Summe
	kommunal	freigemeinnützig	privat	
1-10	0,0	8,4	17,3	12,4
11-20	0,0	10,3	32,3	20,3
21-30	26,2	11,0	12,9	12,0
31-40	26,2	17,8	16,3	17,2
41-50	0,0	13,0	10,1	11,6
51-60	0,0	7,3	4,4	5,9
61-70	12,8	6,7	4,1	5,5
71-80	0,0	4,0	1,0	2,6
81 und mehr	34,8	21,5	1,5	12,4
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabelle 11: Verteilung der vollstationären Pflegeplätze nach Trägerschaft in Prozent

81 und mehr Kundinnen und Kunden pflegen am häufigsten die Dienste in kommunaler Trägerschaft mit 34,8% und die Dienste mit freigemeinnützige Trägern mit 21,5%. Die privaten Träger haben hingegen meist kleinere Dienste mit 11-20 Pflegebedürftigen (32,3%).

3.3 Regierungsbezirk

Folgende Tabelle zeigt die Anzahl der eingegangenen Fragebogen nach Regierungsbezirken in Bayern:

	Stationäre Einrichtungen		Ambulante Dienste (ungewichtet)		Ambulante Dienste (gewichtet)	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Mittelfranken	66	19,1	77	19,1	83,5	21,2
Niederbayern	35	10,1	39	9,7	32,8	8,3
Oberbayern	95	27,5	118	29,2	108,8	27,6
Oberfranken	29	8,4	42	10,4	46,6	11,8
Oberpfalz	32	9,2	35	8,7	25,0	6,3
Schwaben	58	16,8	44	10,9	50,9	12,9
Unterfranken	27	7,8	44	10,9	43,7	11,1
Gesamt	342	98,8	399	98,8	391,2	99,4

Tabelle 12: Anzahl und Prozent der eingegangenen Fragebogen nach Regierungsbezirken

Sowohl bei den stationären Einrichtungen als auch bei den ambulanten Diensten kamen die meisten Fragebogen aus dem Regierungsbezirk Oberbayern zurück.

3.4 Planstellen

Folgende Tabelle gibt Auskunft über die durchschnittliche Anzahl der Planstellen und Pflegebedürftige pro Einrichtung nach Trägerschaft:

	Trägerschaft			Gesamt- durchschnitt
	kommunal	freigemeinnützig	privat	
Planstellen				
stationäre Pflege	39,3	35,5	27,2	33,9
Ambulante Pflege	17,5	8,1	7,8	8,1
Pflegebedürftige				
Stationäre Pflege	106,7	86,5	58,7	82,6
Ambulante Pflege	69,3	56,9	27,5	43,6
Pflegebedürftige pro Planstelle				
Stationäre Pflege	2,7	2,4	2,1	2,4
Ambulante Pflege	4,0	7,0	3,5	5,4

Tabelle 13: Durchschnittliche Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege

Die stationären Einrichtungen haben im Durchschnitt 33,9 Planstellen, in den ambulanten Einrichtungen sind es im Schnitt 8,1. Die durchschnittliche Anzahl der Planstellen differiert nach Trägerschaft deutlich. Sowohl in der stationären wie auch in der ambulanten Pflege haben die kommunalen Träger durchschnittlich die meisten Planstellen, die privaten Träger die wenigsten.

Versorgt werden in der stationären Pflege durchschnittlich 82,6 Pflegebedürftige pro Einrichtung mit einem Schlüssel von 2,4 Pflegebedürftige pro Planstelle. In der ambulanten Pflege sind es 43,6 Pflegebedürftige und damit 5,4 Pflegebedürftige pro Planstelle.

4 Dekubitusrisiko

Um ein Dekubitus zu verhüten, ist es zunächst einmal wichtig, das Dekubitusrisiko der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. der Kundinnen und Kunden zu kennen. Bei einigen Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Kundinnen und Kunden kann ein Dekubitusrisiko auch ohne formales Assessment ausgeschlossen werden. Wenn ein Risiko nicht eindeutig ausgeschlossen werden kann, sollte die Einschätzung mit Hilfe einer standardisierten Risikoskala erfolgen. Zur Risikoeinschätzung stehen unterschiedliche Assessmentinstrumente zur Verfügung. Die in Deutschland am weitesten verbreiteten Skalen sind die modifizierte Norton-Skala, die Braden-Skala und die Waterlow-Skala. Bei den üblichen Skalen wird der Gefährdungsgrad der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Kundinnen und Kunden mittels Punktevergabe zu bestimmten Risikoparametern (z.B. körperlicher Zustand, Gewicht, Alter, Aktivität) ermittelt. Neben den einzelnen Risikofaktoren wird über einen Summenscore auch das Gesamtrisiko deutlich. Ein je Skala festgelegter Cut-off-Punkt legt die Dekubitusgefährdung fest. Die Skalen unterscheiden sich nach Zielgruppe, Risikoparametern und der Gewichtung der Parameter.

Die wissenschaftliche Forschung lässt bis dato keine Aussage über die Reliabilität und Validität der einzelnen Skalen zu. Zudem gibt es keine wissenschaftlich überprüfte Übersetzung der meist ursprünglich englischsprachigen Skalen. Dennoch empfiehlt das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) in seinem Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe und der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) in seiner Grundsatzstellungnahme Dekubitus den Einsatz von standardisierten Risikoskalen. Diese sensibilisieren die Pflegekräfte auf das Dekubitusrisiko und senken dadurch nachweislich die Dekubitushäufigkeit (DNQP 2002: 36; MDS 2001: 18 – 24).

Ziel des nachfolgenden Fragenkomplexes war es, einen Überblick über die Verbreitung und die Anwendung der einzelnen Skalen in der Praxis zu erhalten.

Frage 1:

Nehmen Sie eine standardisierte Einschätzung des Dekubitusrisikos Ihrer Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Ihrer Kundinnen und Kunden vor?

In der folgenden Grafik wird der Verbreitungsgrad der einzelnen Skalen dargestellt, die von den stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste angewendet werden:

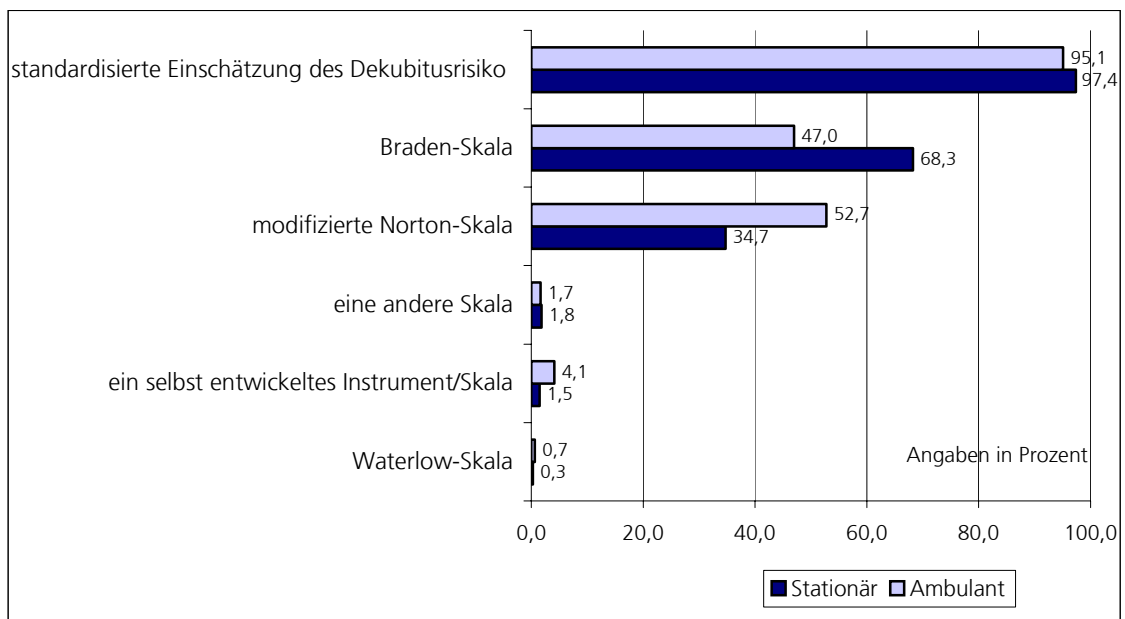


Abbildung 2: Verwendete Skalen zur Risikoeinschätzung

Die standardisierte Einschätzung des Dekubitusrisikos hat sich in der Pflegepraxis etabliert. Sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung kommen standardisierte Risikoskalen bis auf wenige Ausnahmen zur Anwendung. Am weitesten verbreitet sind die Braden-Skala und die modifizierte Norton-Skala. Bei den Einrichtungen, die eine Skala anwenden, kommt die Braden-Skala mit 68,3% in der stationären Versorgung am häufigsten zur Anwendung. Ca. 1/3 der stationären Einrichtungen, die eine Risikoeinschätzung einsetzen, verwenden die modifizierte Norton-Skala. Interessanterweise zeigt sich bei den ambulanten Diensten ein gegensätzliches Bild. Hier verwenden 52,7% der ambulanten Dienste die Norton- und 47% die Braden-Skala. Die Waterlow-Skala kommt nur sehr selten zum Einsatz.

Für die Pflege von älteren Menschen empfiehlt das DNQP und der MDS vom Einsatz der modifizierten Norton-Skala abzusehen, da Erfahrungen zeigen, dass durch die Kriterien Alter und Multimorbidität ein Dekubitusrisiko konstatiert wird, obwohl die Betroffenen über eine ausreichende Mobilität verfügen. Trotzdem kommt die Norton-Skala wie in der vorliegenden Untersuchung deutlich wird, vor allem bei den ambulanten Diensten zum

Einsatz. Dies sollte im Hinblick auf das Klientel überdacht werden. Die Waterlow-Skala bietet sich eher in der Akutversorgung im Krankenhaus an.

Signifikanzen nach Trägerschaft

Stationäre Einrichtungen

Bei den stationären Einrichtungen konnten bei der Frage nach der Einschätzung des Dekubitusrisikos anhand einer standardisierten Skala bei den unterschiedlichen Trägern keine Signifikanzen festgestellt werden.

Ambulante Dienste

Bei den ambulanten Diensten konnten bei der Frage nach der Einschätzung des Dekubitusrisikos anhand einer standardisierten Skala folgende trägerspezifischen Signifikanzen festgestellt werden:

Ambulante Dienste	Kommunal	Freigemeinnützig	Privat	Gesamt
standardisierte Einschätzung des Dekubitusrisikos	73,8	96,5	93,7	95,1
Braden-Skala	100,0	57,9	33,1	46,9
modifizierte Norton-Skala	26,7	42,4	65,6	52,6
Waterlow-Skala	0,0	0,7	0,6	0,7
eine andere Skala	17,3	0,9	2,4	1,7
ein selbst entwickeltes Instrument/Skala	0,0	4,1	4,2	4,1

Tabelle 14: Skalen zur Risikoeinschätzung nach Trägerschaft in Prozent (ambulant)

Die Tabelle macht deutlich, dass einige Einrichtungen gleichzeitig unterschiedliche Einschätzungsskalen im Einsatz haben. Dadurch lassen sich die Summen von über 100% bei den einzelnen Trägern erklären. Von den antwortenden ambulanten Diensten in kommunaler Trägerschaft setzen alle die Braden-Skala ein. 44% der Dienste in kommunaler Trägerschaft wenden zusätzlich bei einigen Kundinnen und Kunden andere Skalen an.

Signifikanzen ließen sich bei den ambulanten Diensten in freigemeinnütziger und privater Trägerschaft feststellen. Freigemeinnützige ambulante Dienste wenden die Braden-Skala signifikant häufiger an. Die modifizierte Norton-Skala ist hingegen signifikant seltener im Einsatz. Die privaten ambulanten Dienste benützen mit 33,1% die Braden-Skala signifikant weniger und die Norton-Skala mit 65,6% signifikant häufiger als die Dienste mit kommunalen oder freigemeinnützigen Trägern.

Signifikanz nach Größenklassen

Hier konnten sowohl bei den stationären Einrichtungen, als auch bei den ambulanten Diensten Unterschiede festgestellt werden, was die folgenden Tabellen verdeutlichen:

Stationäre Einrichtungen

Stationäre Einrichtungen	1-10	11-30	31-60	61-90	91-120	121-150	151-180	181 und mehr	Gesamt
standardisierte Einschätzung des Dekubitusrisikos	100,0	86,4	97,0	97,6	100,0	100,0	100,0	100,0	97,1
Braden-Skala	80,0	50,0	69,2	69,1	63,2	81,5	71,4	94,4	68,2
modifizierte Norton-Skala	30,0	47,4	38,5	29,6	40,2	22,2	42,9	11,1	34,8
Waterlow-Skala	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,3
eine andere Skala	0,0	2,6	3,1	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8
ein selbst entwickeltes Instrument/Skala	0,0	0,0	1,5	2,5	2,3	0,0	0,0	0,0	1,5

Tabelle 15: Skalen zur Risikoeinschätzung nach Größenklassen in Prozent (stationär)

Stationäre Einrichtungen mit 11-30 Bewohnerinnen und Bewohnern ermitteln das Dekubitusrisiko im Gegensatz zu den übrigen Einrichtungen signifikant seltener mit einer standardisierten Skala. Bei den von ihnen eingesetzten Skalen überwiegt zwar die Braden-Skala, allerdings signifikant seltener als bei den Vergleichseinrichtungen. Im Gegensatz dazu kommt in der Größenklasse 181 und mehr die Braden-Skala signifikant häufiger zum Einsatz.

Ambulante Dienste

Ambulante Dienste	1-10	11-30	31-50	51-70	71 und mehr	Gesamt
standardisierte Einschätzung des Dekubitusrisikos	100,0	86,8	99,1	100,0	97,4	95,1
Braden-Skala	49,1	43,3	47,2	40,8	56,6	47,0
modifizierte Norton-Skala	38,2	52,7	58,2	59,5	49,3	52,7
Waterlow-Skala	0,0	1,3	0,9	0,0	0,0	0,7
eine andere Skala	0,0	4,1	0,0	3,0	0,7	1,7
ein selbst entwickeltes Instrument/Skala	12,7	5,3	1,3	2,6	1,1	4,1

Tabelle 16: Skalen zur Risikoeinschätzung nach Größenklassen in Prozent (ambulant)

An dieser Stelle soll noch einmal ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass die kleinen ambulanten Dienste in der Untersuchung stark unterrepräsentiert sind. Die Verzerrungen

in den Größenklassen wurden zwar über zwei Gewichtungen korrigiert, die Ergebnisse der kleinen ambulanten Dienste müssen aber trotzdem vorsichtig interpretiert werden.

Die ambulanten Dienste die zwischen 1-10 Kundinnen und Kunden betreuen, nehmen zwar alle eine standardisierte Risikoeinschätzung vor, allerdings wenden sie signifikant häufiger ein selbst entwickeltes Instrument an. Wie auch bei den stationären Einrichtungen beurteilen die ambulanten Dienste mit 11-30 Kundinnen und Kunden signifikant seltener das Dekubitusrisiko mittels standardisierter Einschätzung.

Im nachfolgenden Fragekomplex ging es um den Zeitpunkt und das Intervall, indem die Risikoeinschätzung erfolgt.

Frage 2:

Wenn Sie eine standardisierte Risikoeinschätzung nach Frage 1 durchführen, wie oft führen Sie diese durch?

2.1: Risikoeinschätzung bei Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Kundinnen und Kunden mit Dekubitusrisiko

Folgende Zeitpunkte und Intervalle wurden angegeben:

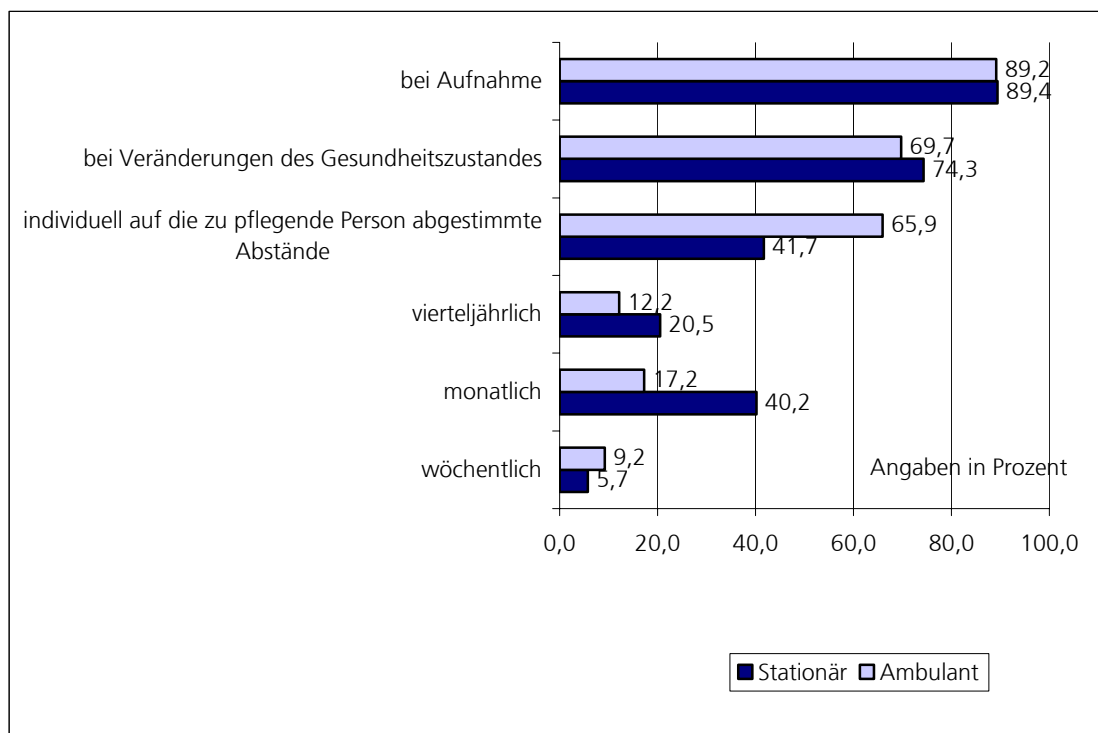


Abbildung 3: Zeitpunkt der Anwendung bei bestehendem Dekubitusrisiko

An die 90% der stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste nehmen bei Aufnahme der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Kundinnen und Kunden eine Einschätzung des Dekubitusrisikos vor. Wenn sich der Gesundheitszustand verändert, wird bei 74,3% der Bewohnerinnen und Bewohner und bei 69,7% der Kundinnen und Kunden die Risikoeinschätzung aktualisiert. Vor allem in der ambulanten Versorgung werden die Abstände der Aktualisierung individuell auf die zu pflegende Person angepasst. Regelmäßige Einschätzungen spielen in der ambulanten Versorgung eine geringere Rolle, als in der stationären Pflege.

Über die freien Items gaben 19 Befragte (S=15; A=4) einen Zeitraum von sechs bis acht Wochen als Zeitintervall zur Anwendung der Einschätzungsskala an. Weiter gab es Nennungen von täglich, über bis zu sechs Wochen, halbjährlich bis jährlich.

Mit diesem Ergebnis folgen die Mehrzahl der stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste den Empfehlungen des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe. Dieser gibt den Zeitpunkt der ersten Einschätzung zu Beginn des Pflegeauftrags und nachfolgend unverzüglich bei Veränderung des Gesundheitszustands vor. Da je nach Zustand der Betroffenen sich Veränderungen rasch ergeben können, soll der weitere Zeitpunkt der Einschätzung individuell auf die Betroffenen vorgenommen werden (DNQP 2002: 36). Darüber hinaus sollte nach MDS eine erneute Einschätzung in festgelegten Zeitabständen erfolgen. Die Abstände sind nach Art der Versorgung festzulegen z.B. Akutversorgung oder geriatrische Langzeitversorgung (MDS 2001: 19).

Signifikanz nach Größenklassen

Folgenden Tabellen verdeutlichen Unterschiede bezüglich der Größenklassen:

Stationäre Einrichtungen

Stationäre Einrichtungen	1-10	11-30	31-60	61-90	91-120	121-150	151-180	181 und mehr	Gesamt
Bei Aufnahme	60,0	86,8	86,2	93,8	92,0	88,9	85,7	94,4	89,5
Bei Veränderungen des Gesundheitszustandes	30,0	73,7	80,0	76,5	72,4	77,8	57,1	88,9	74,8
individuell auf die zu pflegende Person abgestimmte Abstände	40,0	52,6	49,2	39,5	39,1	25,9	0,0	44,4	41,1
vierteljährlich	20,0	15,8	16,9	23,5	20,7	29,6	42,9	11,1	20,7
monatlich	40,0	34,2	26,2	43,2	46,0	55,6	28,6	55,6	40,8
wöchentlich	0,0	5,3	4,6	13,6	2,3	3,7	0,0	0,0	5,7

Tabelle 17: Zeitpunkt der Anwendung bei Dekubitusrisiko nach Größenklassen in Prozent (stationär)

Stationäre Einrichtungen mit 1-10 zu pflegenden Personen aktualisieren nach ihren Angaben mit 30% die Einschätzungsskala signifikant seltener bei Veränderungen des Gesundheitszustandes als größere Einrichtungen.

Ambulante Dienste

Ambulante Dienste	1-10	11-30	31-50	51-70	71 und mehr	Gesamt
Bei Aufnahme	100,0	89,5	87,0	87,9	84,7	89,2
Bei Veränderungen des Gesundheitszustandes	61,8	78,6	67,7	62,7	69,1	69,7
individuell auf die zu pflegende Person abgestimmte Abstände	100,0	59,2	64,7	66,1	52,3	65,9
vierteljährlich	0,0	14,6	14,9	8,3	15,4	12,2
monatlich	0,0	24,9	14,5	18,1	21,7	17,2
wöchentlich	18,2	13,5	1,8	6,8	9,4	9,2

Tabelle 18: Zeitpunkt der Anwendung bei Dekubitusrisiko nach Größenklassen in Prozent (ambulant)

Insgesamt lassen sich bei den kleinen ambulanten Diensten bei drei Items signifikante Unterschiede feststellen. Alle geben an, bei Veränderung des Gesundheitszustandes die Risikoseinschätzung zu aktualisieren. Gleichzeitig führen sie wöchentliche Überprüfungen mit 18,2% signifikant häufiger durch. Monatliche Aktualisierung führen sie nicht durch.

2.2: Risikoeinschätzung bei Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Kundinnen und Kunden ohne Dekubitusrisiko²

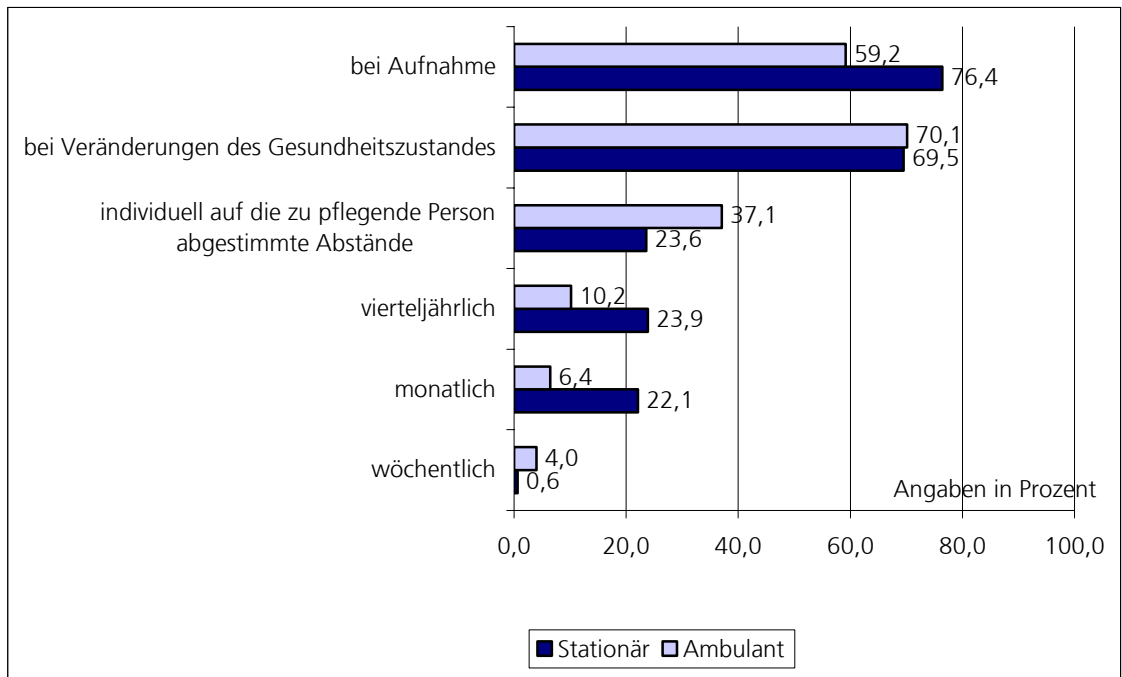


Abbildung 4: Zeitpunkt der Anwendung ohne Risiko

Auch wenn die zu pflegenden Personen kein Dekubitusrisiko vorweisen, wenden 76,4 % der Befragten in stationären Einrichtungen bei Aufnahme der Bewohnerinnen und Bewohner eine standardisierte Einschätzung des Dekubitusrisikos an. An zweiter Stelle steht hier die Einschätzung bei Veränderung des Gesundheitszustands und erreichten damit ähnliche Werte wie bei den Bewohnerinnen und Bewohnern mit Dekubitusrisiko. Wenn kein Risiko vorliegt, wird bei ca. einem Viertel der Einrichtungen routinemäßig vierteljährlich eine Risikoeinschätzung vorgenommen. Ebenso viele Einrichtungen legen die Abstände individuell auf die zu pflegende Person fest. Nur geringfügig seltener (22,1%) wird ein monatliches Intervall festgelegt.

Die ambulanten Dienste orientieren sich an erster Stelle am Gesundheitszustand der zu pflegenden Personen (70,1%). 59,2% nehmen routinemäßig bei Aufnahme eine standardisierte Einschätzung vor. 37,1% stimmen das Intervall individuell auf ihre Kundinnen und Kunden ab.

² Ohne Dekubitusrisiko umfasst all diejenigen Personen, bei denen nach Einschätzung des Pflegepersonals auch ohne formalem Assessment oder nach vorangegangener standardisierter Risikoeinschätzung kein Dekubitusrisiko vorliegt.

Weder der Expertenstandard noch die Grundsatzstellungnahme Dekubitus des MDS schlagen Verfahrensweisen für die Einschätzung des Dekubitusrisikos mittels Risikoskala bei Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Kundinnen und Kunden ohne Dekubitusrisiko vor.

Signifikanz nach Trägerschaft

Stationäre Einrichtungen

Bei den stationären Einrichtungen konnten bezüglich der Trägerschaft keine Signifikanzen festgestellt werden.

Ambulante Dienste

Bei den ambulanten Diensten konnten folgende trägerspezifischen Signifikanzen festgestellt werden:

Ambulante Dienste	Kommunal	Freigemein nützig	Privat	Gesamt
Bei Aufnahme	64,5	50,8	69,3	59,2
Bei Veränderungen des Gesundheitszustandes	73,3	69,0	71,4	70,1
individuell auf die zu pflegende Person abgestimmte Abstände	45,0	36,1	38,1	37,1
vierteljährlich	28,3	7,6	13,1	10,2
monatlich	0,0	4,5	8,9	6,4
wöchentlich	0,0	2,9	5,4	4,0

Tabelle 19: Zeitpunkt der Anwendung ohne Risiko nach Trägerschaft in Prozent (ambulant)

Private ambulante Dienste führen signifikant häufiger bei Kundinnen und Kunden, die augenscheinlich kein Dekubitusrisiko vorweisen bei der Aufnahme eine standardisierte Risikoerfassung durch.

Signifikanz nach Größenklassen

Stationäre Einrichtungen

Bei den stationären Einrichtungen konnten bezüglich der Größenklassen keine Signifikanzen festgestellt werden.

Ambulante Dienste

Auch nach den Größenklassen konnten bei den ambulanten Diensten Unterschiede festgestellt werden:

Ambulante Dienste	1-10	11-30	31-50	51-70	71 und mehr	Gesamt
Bei Aufnahme	81,8	63,3	54,0	51,7	47,9	59,2
Bei Veränderungen des Gesundheitszustandes	87,3	63,1	72,6	64,8	68,3	70,1
individuell auf die zu pflegende Person abgestimmte Abstände	30,9	45,8	33,4	37,8	32,0	37,1
vierteljährlich	12,7	10,9	11,0	5,3	8,7	10,2
monatlich	0,0	6,4	7,1	12,1	6,1	6,4
wöchentlich	12,7	5,8	0,0	2,6	1,8	4,0

Tabelle 20: Zeitpunkt der Anwendung ohne Risiko nach Größenklasse in Prozent (ambulant)

Ambulante Dienste der Größenklasse 1-10 führen eine standardisierte Risikoerfassung bei ihren Kundinnen und Kunden ohne Dekubitusrisiko signifikant häufiger bei der Aufnahme, bei Veränderung des Gesundheitszustandes und im wöchentlichen Rhythmus durch.

Frage 3:

Wie viele Ihrer Kundinnen und Kunden bzw. Bewohnerinnen und Bewohner haben ein Dekubitusrisiko nach Ihrem in Frage 1 angewandten Instrument/Skala?

Im Hinblick auf das Dekubitusrisiko für die stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste konnten die nachfolgend dargestellten Werte³ ermittelt werden:

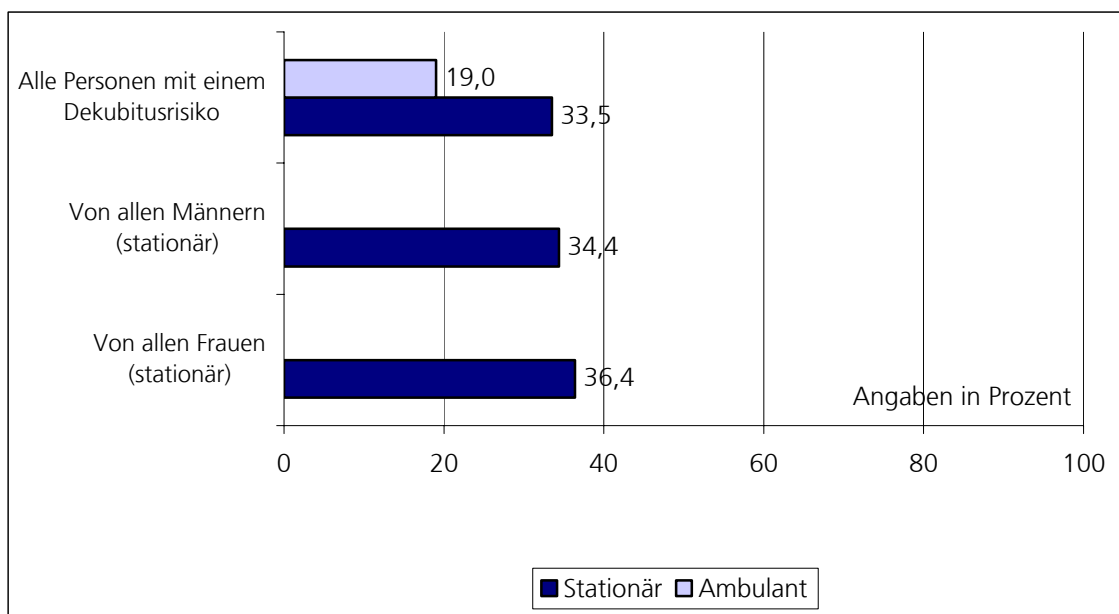


Abbildung 5: Dekubitusrisiko

In den stationären Einrichtungen wurde bei 33,5% der Bewohnerinnen und Bewohner ein Dekubitusrisiko durch eine standardisierte Einschätzung festgestellt. Davon sind 34,4% Frauen und 36,4% Männer. Die ambulanten Dienste weisen für ihre Kundinnen und

³ Die Gesamtquote für einen Dekubitusrisiko liegt insgesamt niedriger als die geschlechtsspezifischen Quoten für Männer und Frauen. Dies hat seinen Grund darin, dass im Fragebogen für die stationären Einrichtungen die Anzahl der zu pflegenden Frauen und Männer getrennt erhoben wurde. Leider sind diese Angaben nicht durchgehend gemacht worden. Es kam vor, dass zwar eine Gesamtzahl der Pflegebedürftigen angegeben wurde, aber nicht nach Geschlechter getrennt. Daher übersteigt die Summe der insgesamt zu pflegenden Personen die Summe der pflegebedürftigen Frauen und Männer. Da sich die Anzahl der Personen mit Dekubitusrisiko aber nicht ändert, ergeben diese Differenzen in der Summe der Pflegebedürftigen auch abweichende Quoten.

Kunden ein Dekubitusrisiko von 19% auf. Auf eine Differenzierung bezüglich des Risikos für Frauen und Männer wurde in der Fragestellung nicht eingegangen. ⁴

Die stationären Einrichtungen weisen für ihre Bewohnerinnen und Bewohner ein höheres Dekubitusrisiko aus als die ambulanten Dienste. Dies war zu erwarten, denn mit Zunahme der Pflegebedürftigkeit steigt auch das Dekubitusrisiko. Laut Pflegestatistik 2003 wurden in den stationären Einrichtungen mehr schwerpflegebedürftige Menschen mit Pflegestufe II oder Pflegestufe III versorgt als in der ambulanten Versorgung.

Vergleichend soll das Dekubitusrisiko der stationären Einrichtungen in Bayern mit der Erhebung der Charité dargestellt werden. An dieser Studie haben sich 2004 bundesweit 29 Pflegeheime beteiligt (Dassen 2004: 7). Die anschließende Tabelle visualisiert den Vergleich:

Stationäre Einrichtungen	Charité	Bayern
Gesamt Dekubitusrisiko	65,6%	33,5%

Tabelle 21: Dekubitusrisikovergleich in Prozent (stationär)

Erkennbar ist, dass das Bundesland Bayern bezüglich der stationären Einrichtungen mit 33,5% ein niedrigeres Dekubitusrisiko aufweist als die Erhebung der Charité, in der für die teilnehmenden Pflegeheime ein Risiko von 65,6% (Dassen 2004: 40) ermittelt wurde. Eine mögliche Ursache für die Differenz liegt darin, dass in Bayern eine Vollerhebung stattgefunden hat, an der 340 stationäre Einrichtungen teilnahmen. Die Erhebung der Charité erfasste lediglich 29 Pflegeheime bundesweit. Somit liegt bei der vorliegenden Erhebung eine breitere Streuung der Einrichtungen und der Bewohnerstruktur vor.

⁴ Die Anzahl der Pflegebedürftigen wurde bei den ambulanten Diensten nicht direkt, sondern in Klassen erhoben. Zur Berechnung der Risikoquote wurde daher das Klassenmittel herangezogen. In der Klasse „11 bis 20 Pflegebedürftige“ wurde zur Berechnung der Risikoquote mit dem Klassenmittelwert 15,5 Pflegebedürftige gerechnet. Es handelt sich somit um angenäherte Durchschnittswerte. Diese Annäherung war bei der Berechnung der Quoten für die stationäre Altenhilfe nicht nötig, da in dem Fragebogen für die stationären Einrichtungen die exakte Anzahl der Pflegebedürftigen angegeben wurde. Dieselbe Grundlage wird bei der Berechnung der Dekubitusquoten verwendet.

5 Dekubitushäufigkeit

Über die Häufigkeit des Auftretens von Dekubitalulzera gibt es keine flächendeckenden Aussagen. In Deutschland gibt es dazu folgende Studien mit unterschiedlichen Erhebungsmethoden:

- Die RKI-Studie
In der RKI-Studie (Leffmann et al 2002) wird eine Expertenschätzung vorgenommen. Die Experten und Expertinnen gehen dabei von einer Prävalenz von 10% in Krankenhäusern, 20% in ambulanten Diensten und 30% in stationären Altenpflegeeinrichtung aus.
- Das Hamburger Dekubitus-Projekt
Hier werden seit 1994 in Krankenhäusern und seit 1999 in der ambulanten und stationären Pflege der Hautzustand zu Beginn und zu Ende eines Quartals erfasst. (Leffmann 2004). Im Rahmen des Hamburger Dekubitus-Projektes wurde für Krankenhäuser eine Prävalenzrate zwischen 3,6 und 5,7% festgestellt. Die Werte der ambulanten und stationären Einrichtungen liegen zwischen 5,1 und 7,9% für alle vier Dekubitusstadien (Leffmann 2004).
- Die Charité-Erhebung
Die Charité startete 2000 mit einer Pilotstudie mit der Teilnahme von drei Krankenhäusern, um die Prävalenzdaten zu erheben. Seit 2002 nehmen auch Pflegeeinrichtungen teil (Dassen 2003). Die Dekubitusprävalenzstudie des Zentrums für Human- und Gesundheitswissenschaften der Berliner Hochschulmedizin (Dassen 2004) stellt für 2004 die Prävalenzraten von 39 Kliniken und 29 Pflegeheimen dar. Erhoben werden u.a. die Dekubitusstadien 1-4. Die Werte der Charité-Erhebung 2004 werden zum Vergleich mit den bayerischen Ergebnissen herangezogen.
- Die Dekubitusstudie im Ostalbkreis
Schon seit Ende der 90er Jahre wurden im Ostalbkreis in Baden-Württemberg vom Landratsamt und der dort angesiedelten Gesundheits- und Heimaufsichtsbehörde umfangreiche Maßnahmen zur Sensibilisierung hinsichtlich Dekubitus initiiert. Es wurde ein Arbeitskreis zum Thema „Lebensqualität im Alter“ gebildet, in dem u.a. die relevanten Akteure in der Altenhilfe vertreten sind und sich mit dem Thema Dekubitus intensiv auseinandersetzen. Das Fraunhofer IAO wurde vom Landratsamt Aalen seit 2001 mit der Auswertung der Prävalenzraten beauftragt.

Seitdem werden jedes Jahr die Prävalenzraten der Dekubitusstadien 2-4 in den Kliniken, in der stationären Altenhilfe und den ambulanten Diensten analysiert, die in einem Zeitraum von drei Monaten (Juli – September) von den Einrichtungen erhoben werden. Hier konnte die Prävalenzrate von 1,95 im Jahr 2001 auf 1,6 im Jahr 2004 über alle Einrichtungsarten hinweg gesenkt werden (Steingaß et.al. 2002 und 2004; Fraunhofer IAO 2005).

Alle Studien unterscheiden sich hinsichtlich der Art und Weise der Durchführung der Erhebungen. Für den Vergleich mit den bayerischen Ergebnissen können die Charité-Studie und der Ostalbkreis herangezogen werden. Dazu wurden zum Teil eigene Berechnungen durchgeführt, um eine Vergleichbarkeit zu ermöglichen. Die Hamburger Erhebung kann nicht für den Vergleich herangezogen werden, da die ambulanten Dienste und stationären Altenpflegeeinrichtungen zusammen ausgewertet werden und nicht gesondert ausgewiesen sind.

Mit der Erhebung in Bayern ist in Deutschland zum ersten Mal eine repräsentative flächendeckende Untersuchung in einem Bundesland durchgeführt worden.

Frage 4:

Wie viele Ihrer Bewohnerinnen und Bewohner haben am Erhebungstag einen Dekubitus?

Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Dekubitusquoten⁵ in stationären und ambulanten Einrichtungen:⁶

Anzahl Pflegebedürftige	Art der Einrichtung		ambulant	Quote
	stationär	Quote		
Dekubitusgrad 1	644	2,27%	519	3,03%
Dekubitusgrad 2	325	1,14%	266	1,55%
Dekubitusgrad 3	224	0,79%	118	0,69%
Dekubitusgrad 4	51	0,18%	25	0,15%
Gesamt Pflegebedürftige mit Dekubitus	1.244	4,38%	928	5,41%
Pflegebedürftige insgesamt	28.402		17.143	

Tabelle 22: Übersicht des Auftretens eines Dekubitus für alle Pflegebedürftigen

Vergleicht man die Ergebnisse der Befragung mit den Schätzungen der RKI-Studie, so liegen die bayerischen Ergebnisse bei den stationären Einrichtungen mit 4,38% deutlich unter den 30%, ebenso wie auch bei den ambulanten Diensten, die mit 5,41% zwar einen

⁵ Die Dekubitusquote wird auch Prävalenzrate genannt. Berechnet wird sie wie folgt: (Anzahl der Personen mit Dekubitus/Anzahl aller Pflegebedürftigen) x 100

⁶ Die angegebenen Fallzahlen in den folgenden Tabellen geben die Anzahl der Nennungen in den Fragebogen wieder, sie stellen keine Hochrechnung für ganz Bayern dar.

etwas höheren Wert als die stationären Einrichtungen haben, jedoch deutlich unter den geschätzten 20% der RKI-Studie liegen.

Folgende Tabelle gibt einen Vergleich für die stationären Einrichtungen zur Charité-Erhebung (2004), da hier auch der Dekubitus Grad I erfasst wird:

	Charité 2004	Bayern 2005
Pflegeheime	29	395
Anzahl Bewohner	2.350	28.402
Durchschnitt	81	72
Prävalenzrate Grad 1-4	6,64%	4,38%

Tabelle 23: Vergleich der Prävalenzraten Charité und Bayern.

Die Charité⁷ liegt dabei über 2,26% über den Werten der Bayerischen Untersuchung. Um einen Vergleich mit der Charité und der Ostalbkreis-Studie zu erreichen, wurde der Dekubitus Grad I herausgerechnet. Folgende Übersicht zeigt die Verteilung des Auftretens von Dekubitus Grad 2-4 für Bayern:

Anzahl Pflegebedürftige	Art der Einrichtung		ambulant	Quote
	stationär	Quote		
Dekubitusgrad 2	325	1,14%	266	1,55%
Dekubitusgrad 3	224	0,79%	118	0,69%
Dekubitusgrad 4	51	0,18%	25	0,15%
Gesamt Pflegebedürftige mit Dekubitus	600	2,11%	409	2,39%
Pflegebedürftige insgesamt	28.402		17.143	

Tabelle 24: Übersicht des Auftretens eines Dekubitus Grad 2-4 für alle Pflegebedürftigen (Bayern)

Die Gesamtquote ist deutlich niedriger im Vergleich zu den Prävalenzraten einschließlich Dekubitusgrad 1. In der unten stehenden Tabelle wird ein Vergleich zu den Werten im Ostalbkreis und der Charité durchgeführt:

	Ostalbkreis 2001	Ostalbkreis 2004	Bayern 2005	Charité 2004
Pflegeheime	29	34	395	29
Anzahl Bewohner	2.012	2.131	28.402	2.350
Durchschnitt	69	63	72	81
Prävalenzrate Grad 2-4	1,96%	1,53%	2,11%	3,70%

Tabelle 25: Vergleich des Auftretens eines Dekubitus Grad 2-4

⁷ Die Berechnungen der Gesamtprävalenzraten der Charité-Erhebung wurden anhand der publizierten Daten (Dassen 2004) vom Fraunhofer IAO vorgenommen.

Die Prävalenzraten⁸ des Ostalbkreises liegen niedriger als bei den Erhebungen in Bayern und der Charité. Der Ostalbkreis führt seit Ende der 90er eine Reihe von Maßnahmen zur Senkung der Dekubitusquote durch. Seit 2001 wird jährlich die Prävalenz erhoben. Im Jahr 2001 hatte der Ostalbkreis eine Dekubitusquote über alle Einrichtungen von 1,96 und ist damit in etwa vergleichbar mit der Bayerischen Quote, die um 0,15% darüber liegt. Im Laufe der Jahre wurde diese Quote auf 1,53% in den stationären Einrichtungen im Jahr 2004 gesenkt. Die Dekubitusquote der Charité liegt mit 3,70% deutlich niedriger als beim Einbeziehen des Dekubitus Grad 1.

Folgende Tabelle zeigt die Werte der ambulanten Dienste im Vergleich zum Ostalbkreis:

	Ostalbkreis 2001	Ostalbkreis 2004	Bayern 2005
ambulante Dienste	16	21	401
Anzahl Bewohner	1.228	1.962	17.143
Durchschnitt	77	93	43
Prävalenzrate Grad 2-4	1,82%	1,73%	2,39%

Tabelle 26: Vergleich des Auftretens eines Dekubitus Grad 2-4 (ambulant)

Im Jahr 2001 starteten die ambulanten Dienste mit einer Quote von 1,82%, die allerdings im Zeitverlauf schwankte und im Jahr 2004 1,73% betrug. Hier konnte der Ostalbkreis die ohnehin schon niedrige Prävalenzrate um 0,09 Prozentpunkte senken. Auch die bayerischen ambulanten Dienste haben mit einer Prävalenz von 2,39% eine niedrige Ausgangsbasis.

Spannbreite der Dekubitusprävalenz

Folgende Tabelle zeigt die Spannbreite der Dekubitusprävalenz Grad 1 bis Grad 4:

	Grad 1-4	
	stationär	ambulant
Minimum	0,0%	0,0%
bis 25 Prozent	0,9%	0,8%
bis 50 Prozent	2,8%	3,1%
bis 75 Prozent	5,2%	6,6%
bis 95 Prozent	18,5%	18,2%
Maximum	73,5%	53,4%

Tabelle 27: Spannbreite der Dekubitusprävalenz Grad 1-4 in Prozent

25% der stationären Einrichtungen weisen eine Dekubitusprävalenz in der Spannbreite von 0,0% - 0,9% auf. Bei weiteren 25 % der stationären Einrichtungen liegt die

⁸ Die Werte für die Anzahl der Pflegebedürftigen im Ostalbkreis sind kursiv gedruckt, da sie ein näherungsweise berechneter Wert sind. Die Datengrundlage sind die Anzahl der Pflgetage über die drei Monate hinweg. Diese wurden durch die Anzahl der Erhebungstage (92) dividiert und entsprechen so in etwa der durchschnittlichen Anzahl der Pflegebedürftigen pro Tag. So auch in Abbildung 5.

Dekubitusquote über 0,9% bis 2,8%. Weitere 25% der stationären Einrichtungen haben Werte über 2,8% bis 5,2%. Die nächsten 20% der Einrichtungen liegen bei einer Dekubitusprävalenz ab 5,2% bis 18,5%. Der Rest der Nennungen (5%) liegen bei einer Dekubitusquote über 18,5% bis zu einem Maximalwert von 73,5%.

Bei den ambulanten Dienste verteilt sich die Dekubitusquote ähnlich. Die ersten 25% der Dienste liegen zwischen 0,0% und 0,8% Dekubitusprävalenz. Weitere 25% bewegen sich in der Spannweite über 0,8% bis 3,1%. Ab 3,1 bis 6,6% bewegen sich die nächsten 25% der ambulanten Dienste. Weitere 20% der ambulanten Dienste weisen eine Dekubitusprävalenz ab 6,6% bis 18,2% auf. Die restlichen 5% fallen auf ambulante Dienste mit einer Dekubitusprävalenz ab 18,2 %bis zu einem Maximum von 53,4%.

In der Abbildung ist die Spannweite der Dekubitusprävalenz Grad 1 bis Grad 4 nochmals grafisch dargestellt:

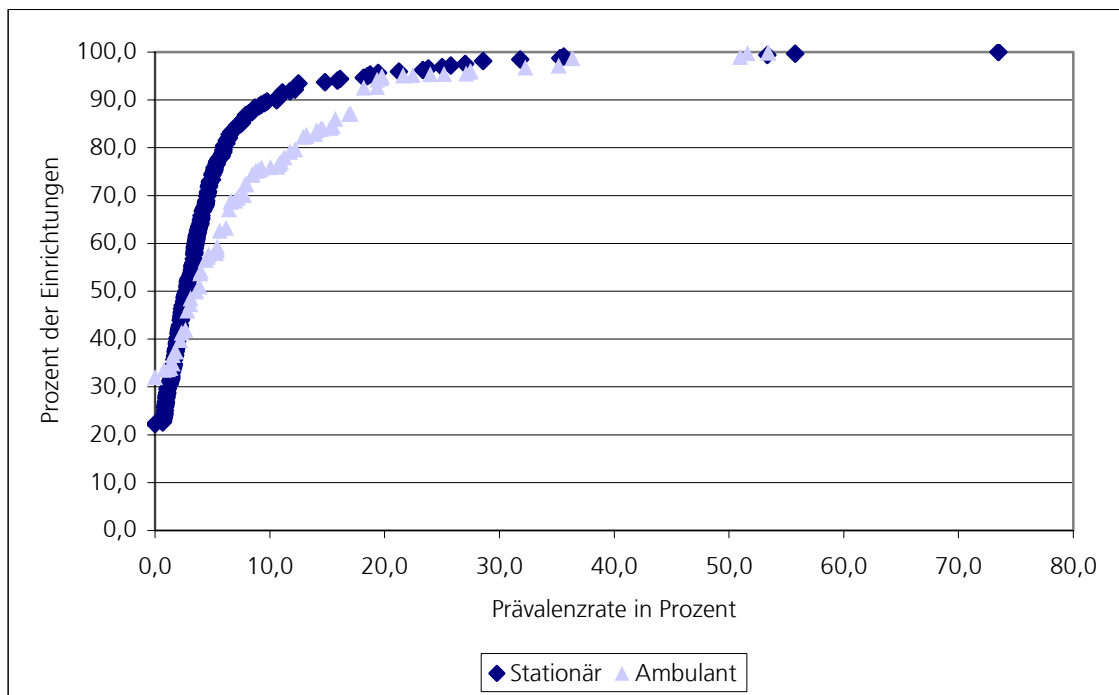


Abbildung 6: Spannweite der Dekubitusprävalenz Grad 1-4 in Prozent

Betrachtet man nur die Dekubitusgrade 2 bis 4 ergibt sich folgendes Bild:

	Grad 2-4	
	stationär	ambulant
Minimum	0,0%	0,0%
bis 25 Prozent	0,0%	0,0%
bis 50 Prozent	1,1%	1,2%
bis 75 Prozent	3,1%	2,8%
bis 95 Prozent	11,1%	6,0%
Maximum	36,4%	30,6%

Tabelle 28: Spannbreite der Dekubitusprävalenz Grad 2-4 in Prozent

25% der stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste haben keine Betroffenen mit Dekubitus zu versorgen. Weitere 25% der stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste liegen mit ihrer Dekubitusprävalenz ab 0,0% bis 1,1% (stationär) bzw. 1,2% (ambulant). Eine Dekubitusquote über 1,1% bis 3,1% Dekubitusquote haben weitere 25% der stationären Einrichtungen. Die ambulanten Dienste liegen bis 2,8%. Weitere 20% der stationären Einrichtungen weisen eine Dekubitusprävalenz über 3,1% bis 11,1% auf. Bei den ambulanten Diensten sind es Dekubitusquoten über 2,8% bis 6,0%. Die restlichen 5% der Nennungen liegen bei den stationären Einrichtungen über 11,1% bis zu einem Maximalwert von 36,4%. Die restlichen 5% der ambulanten Dienste haben eine Dekubitusprävalenz über 6,0% bis 30,6%.

Die Grafik zeigt die Spannbreite der Dekubitusprävalenz Grad 2 bis Grad 4:

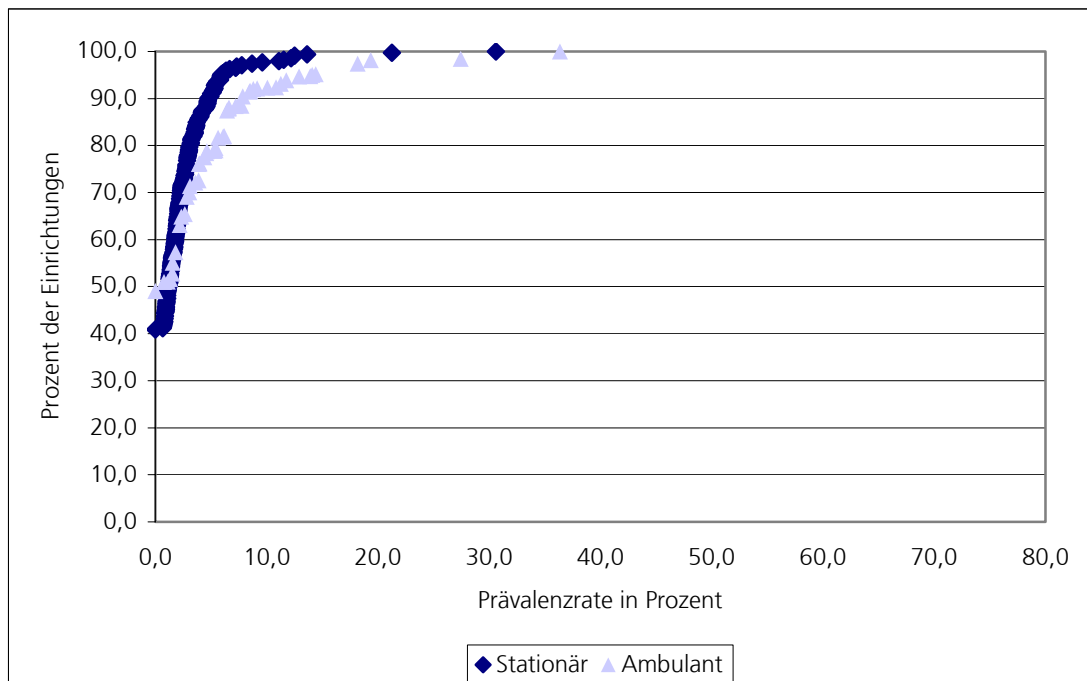


Abbildung 7: Spannbreite der Dekubitusprävalenz Grad 2-4 in Prozent

Prävalenzrate nach Geschlecht

Studien, die speziell auch die Prävalenzraten nach Geschlecht untersuchen, sind nicht bekannt. Hier bot sich bei der Befragung in Bayern an, bei den Antwortvorgaben nach Geschlecht zu untergliedern, um zu sehen, ob es hier ggf. Unterschiede gibt.

Folgende Tabelle zeigt die Verteilung innerhalb der verschiedenen Dekubitus Grade 1-4 getrennt nach Frauen und Männern und Einrichtungsart:

	stationäre Altenhilfe			ambulante Dienste		
	Frauen	Männer	Fallzahl	Frauen	Männer	Fallzahl
Dekubitusgrad 1	52,8%	48,0%	644	57,6%	52,4%	519
Dekubitusgrad 2	26,2%	25,8%	325	29,4%	27,2%	266
Dekubitusgrad 3	17,2%	21,0%	224	11,1%	15,9%	118
Dekubitusgrad 4	3,8%	5,2%	51	1,8%	4,5%	25
Summe	100,0%	100,0%	1.244	100,0%	100,0%	928

Tabelle 29: Verteilung der Dekubitus Grade 1-4 nach Frauen und Männer und Einrichtungsart

Die Verteilung von Frauen und Männern nach den Dekubitusgraden 1-4 zeigt eine vergleichbare Verteilung auf. Unterschiede in der Häufigkeit des Auftretens sind nicht signifikant.

Betrachtet man die Verteilung der Pflegebedürftigen in Bayern mit einem Frauenanteil von 78% in den stationären und 69,5% in den ambulanten Einrichtungen, wird in der folgenden Tabelle aufgezeigt, inwieweit sich diese Verteilung in den unterschiedlichen Dekubitusgraden wieder spiegelt:

	stationäre Altenhilfe			ambulante Dienste		
	Frauen	Männer	Fallzahl	Frauen	Männer	Fallzahl
Pflegebedürftige Bayern*	78,0%	22,0%	60.529	69,5%	30,5%	91.145
Dekubitusgrad 1	79,8%	20,2%	644	68,5%	31,5%	519
Dekubitusgrad 2	78,5%	21,5%	325	68,2%	31,8%	266
Dekubitusgrad 3	74,6%	25,4%	224	58,1%	41,9%	118
Dekubitusgrad 4	72,5%	27,5%	51	44,8%	55,2%	25
Dekubitusgrad 1-4	78,2%	21,8%	1.244	66,4%	33,6%	928

* Zahlen vom 15.12.2003 (www.statistikdaten.bayern.de)

Tabelle 30: Frauen- und Männeranteil der Dekubitus Grade 1-4 nach Einrichtungsart

Der prozentuale Anteil an Frauen und Männern in der Untersuchung entspricht in etwa der Pflegestatistik des Bayerischen Statistischen Landesamtes, und zwar sowohl für die stationäre Altenpflege als auch für die ambulanten Dienste.

Während bei den stationären Einrichtungen in etwa eine prozentuale Verteilung mit einem Verhältnis von ca. 78% bei den Frauen und 22% bei den Männern bei Dekubitusgrad 1-3 besteht, verschiebt es sich bei Dekubitus Grad 4 um wenige Prozentpunkte zugunsten der Frauen.

Bei den ambulanten Diensten steht das Verhältnis bei Dekubitus Grad 1 und 2 zu zwei Drittel Frauen und einem Drittel Männer. Bis Dekubitus Grad 4 verschiebt sich der Anteil der Männer auf 55% und liegt damit über dem Frauenanteil. Die Unterschiede sind allerdings aufgrund der geringen Fallzahlen nicht signifikant. Vermutet wird, dass Männer auch bei Schwerstpflegebedürftigkeit länger zu Hause gepflegt werden.

Prävalenzrate und Pflegestufe

Bei den Antwortvorgaben wurde auch nach der Einstufung der Dekubitusfälle in die jeweilige Pflegestufe gefragt, aufgeteilt nach Frauen und Männern. Hier nahmen allerdings einige Einrichtungen diese Detailuntergliederung nicht vor, so dass diese Fragebögen nicht mit einbezogen werden konnten.

Folgende Übersicht zeigt die Verteilung von Frauen und Männern nach Pflegestufe und Dekubitusgrad:

Stationäre Einrichtungen					Gesamt	Fallzahl
Frauen	Deku Grad 1	Deku Grad 2	Deku Grad 3	Deku Grad 4		
ohne Einstufung	1,6%	2,4%	1,5%	0,0%	1,7%	13
sind in Pflegestufe 0	0,5%	0,5%	0,0%	0,0%	0,4%	3
sind in Pflegestufe I	10,4%	11,5%	11,8%	6,9%	10,8%	82
sind in Pflegestufe II	46,1%	47,1%	38,2%	41,4%	44,8%	339
sind in Pflegestufe III oder mit Härtefallregel	41,4%	38,5%	48,5%	51,7%	42,3%	320
Summe	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	757
Männer	Deku Grad 1	Deku Grad 2	Deku Grad 3	Deku Grad 4	Gesamt	Fallzahl
ohne Einstufung	1,8%	3,0%	2,0%	0,0%	2,1%	5
sind in Pflegestufe 0	2,7%	1,5%	0,0%	0,0%	1,7%	4
sind in Pflegestufe I	10,8%	16,4%	16,3%	23,1%	14,2%	34
sind in Pflegestufe II	38,7%	40,3%	38,8%	53,8%	40,0%	96
sind in Pflegestufe III oder mit Härtefallregel	45,9%	38,8%	42,9%	23,1%	42,1%	101
Summe	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	240

Tabelle 31: Verteilung der Dekubitusgrade 1-4 nach Frauen und Männer und Pflegestufen

Bei den Dekubitusgraden 1-4 überwiegen die Einstufungen in Pflegestufe 2 und 3. Über alle Dekubitusgrade hinweg besteht die Einstufung zu knapp 11% in Pflegestufe I bei den Frauen. Auch die Männer mit einem Dekubitus sind vor allem in den Pflegestufen II und III vorzufinden. Allerdings wird die Einstufung in Pflegestufe I häufiger vorgenommen, nur bei Dekubitusgrad I entspricht es auch dem Frauenanteil. In Dekubitusgrad 2 und 3 liegen sie bei 16% und bei Dekubitusgrad 4 bei 23%, während hier der Frauenanteil auf 6,9% zurückgegangen ist. Hier stellt sich die Frage, ob es geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Anpassung der Einstufungen gibt. 23,1% der Männer und auch beinahe 7% der Frauen in Pflegestufe 1 weisen einen Dekubitusgrad 4 auf.

Folgende Tabelle gibt einen Überblick für die ambulanten Einrichtungen:

Ambulante Dienste Frauen	Deku Grad 1	Deku Grad 2	Deku Grad 3	Deku Grad 4	Gesamt	Fallzahl
ohne Einstufung	6,2%	5,6%	12,3%	15,9%	6,9%	41
sind in Pflegestufe 0	2,2%	5,2%	1,2%	0,0%	2,9%	17
sind in Pflegestufe I	24,7%	16,7%	13,7%	14,0%	21,0%	124
sind in Pflegestufe II	40,7%	30,5%	25,9%	28,1%	35,9%	212
sind in Pflegestufe III oder mit Härtefallregel	26,2%	42,0%	46,9%	42,0%	33,3%	197
Summe	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	591

Ambulante Dienste Männer	Deku Grad 1	Deku Grad 2	Deku Grad 3	Deku Grad 4	Gesamt	Fallzahl
ohne Einstufung	6,2%	1,9%	10,2%	3,5%	5,5%	17
sind in Pflegestufe 0	0,7%	0,6%	3,1%	0,0%	1,0%	3
sind in Pflegestufe I	18,6%	9,6%	4,7%	10,3%	13,6%	42
sind in Pflegestufe II	41,5%	48,8%	25,2%	45,8%	41,0%	126
sind in Pflegestufe III oder mit Härtefallregel	33,0%	39,1%	56,8%	40,4%	38,8%	119
Summe	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	306

Tabelle 32: Verteilung der Dekubitus Grade 1-4 für die ambulanten Dienste nach Frauen und Männern und Pflegestufen

Auffallend ist, dass bei den ambulanten Diensten der Frauenanteil ohne Einstufung mit Dekubitusgrad 3 und 4 zwischen 12% und 16% liegen. Bei den Männern sind lediglich beim Dekubitusgrad 3 mehr als 10% ohne Einstufung vorzufinden.

Der Frauenanteil in der Pflegestufe I liegt mit 21% deutlich über den Anteil der Männer mit 13,6%. Tendenziell scheinen die Frauen in der ambulanten Pflege eher niedriger eingestuft zu werden als die Männer.

Hochgradige Dekubitalulcera in Pflegestufe I gibt es auch bei den ambulanten Diensten. Bei den Frauen mit einem Dekubitusgrad 4 beträgt der Anteil 14% und bei den Männern 10%. Hier gilt es die Gründe zu eruieren.

Prävalenzrate nach Einrichtungsart

Folgende Abbildung verdeutlicht die Prävalenzraten nach Einrichtungsart:

Übersicht über alle Pflegebedürftige nach Trägerschaft

Anzahl Pflegebedürftige	Art der Einrichtung stationär				Gruppen-Gesamtwert	ambulante				Gruppen-Gesamtwert
	Trägerschaft			Summe		Trägerschaft			Summe	
	kommunal	freigemeinnützig	privat			kommunal	freigemeinnützig	privat		
Dekubitusgrad 1	220	328	86	634	2	339	177	519		
Dekubitusgrad 2	101	178	41	320	3	174	89	266		
Dekubitusgrad 3	79	99	43	221	1	71	46	118		
Dekubitusgrad 4	18	21	11	50	0	12	13	25		
Pflegebedürftig mit Dekubitus insgesamt	418	626	181	1.225						
Pflegebedürftige insgesamt	5.336	17.725	4.869	27.930	207	11.991	4.945	17.143		

Dekubitusquoten in %	stationär				Summe	ambulante				Summe
	kommunal	freigemeinnützig	privat	Summe		kommunal	freigemeinnützig	privat	Summe	
Dekubitusgrad 1	4,12	1,85	1,77	2,27	1,06	2,83	3,58	3,03		
Dekubitusgrad 2	1,89	1,00	0,84	1,15	1,46	1,45	1,81	1,55		
Dekubitusgrad 3	1,48	0,56	0,88	0,79	0,60	0,59	0,93	0,69		
Dekubitusgrad 4	0,34	0,12	0,23	0,18	0,10	0,10	0,27	0,15		
Summe	7,83	3,53	3,72	4,39	3,23	4,97	6,59	5,41		

Tabelle 33: Prävalenzraten nach Einrichtungsart

Bei den stationären Altenpflegeeinrichtungen ist die Prävalenz bei den kommunalen Einrichtungen mit 7,83% signifikant deutlich höher als bei den beiden anderen Trägerarten. Bei den ambulanten Diensten zeigen die privaten Träger mit 6,59% die höchste Prävalenz. Der Unterschied ist hier allerdings nicht signifikant.

Prävalenzraten nach Größe der Einrichtung

Folgende Abbildung verdeutlicht die Prävalenzraten nach Größe der stationären Altenpflegeeinrichtung:

Anzahl Pflegebedürftige	Art der Einrichtung stationär								Summe
	1-10	11-30	31-60	61-90	91-120	121-150	151-180	181 und mehr	
Dekubitusgrad 1	3	35	99	115	202	42	17	130	643
Dekubitusgrad 2	0	9	40	56	92	39	11	78	325
Dekubitusgrad 3	1	6	15	72	56	14	9	50	223
Dekubitusgrad 4	0	1	2	12	12	5	0	18	50
Pflegebed. mit Dekubitus insgesamt	4	51	156	255	362	100	37	276	1.241
Bewohner/Kunden insgesamt	78	873	3.039	6.383	9.203	3.671	1.141	4.014	28.402

Dekubitusquoten in %	stationär								Summe
	1-10	11-30	31-60	61-90	91-120	121-150	151-180	181 und mehr	
Dekubitusgrad 1	3,85	4,01	3,26	1,80	2,19	1,14	1,49	3,24	2,26
Dekubitusgrad 2	0,00	1,03	1,32	0,88	1,00	1,06	0,96	1,94	1,14
Dekubitusgrad 3	1,28	0,69	0,49	1,13	0,61	0,38	0,79	1,25	0,79
Dekubitusgrad 4	0,00	0,11	0,07	0,19	0,13	0,14	0,00	0,45	0,18
Summe	5,13	5,84	5,13	3,99	3,93	2,72	3,24	6,88	4,37

Tabelle 34: Prävalenzrate nach Größe der stationären Altenpflegeeinrichtung

Die Werte variieren zwischen 2,72% und 6,88%, die Unterschiede sind allerdings nicht signifikant.

Folgende Tabelle zeigt die Prävalenzraten nach Größe der ambulanten Einrichtungen:

Anzahl Pflegebedürftige	ambulant					Summe
	1-10	11-30	31-50	51-70	71 und mehr	
Dekubitusgrad 1	12	100	140	93	173	519
Dekubitusgrad 2	21	45	68	34	98	266
Dekubitusgrad 3	0	28	28	18	45	118
Dekubitusgrad 4	0	9	7	5	4	25
Pflegebed. mit Dekubitus insgesamt	34	182	243	150	320	928
Pflegebedürftige insgesamt	268	2.441	4.479	2.727	7.227	17.143

Dekubitusquoten in %	1-10	11-30	31-50	51-70	70 und mehr	Summe
Dekubitusgrad 1	4,63	4,10	3,12	3,41	2,40	3,03
Dekubitusgrad 2	7,93	1,83	1,52	1,26	1,35	1,55
Dekubitusgrad 3	0,00	1,15	0,62	0,65	0,62	0,69
Dekubitusgrad 4	0,00	0,39	0,15	0,17	0,06	0,15
Summe	12,56	7,47	5,42	5,49	4,42	5,41

Tabelle 35: Prävalenzraten nach Einrichtungsgröße (ambulant)

Bei den ambulanten Diensten liegen die Werte zwischen 4,42% und 12,56%. Die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant.

Frage 5:

Wo sind die nach Frage 4 vorhandenen Dekubitalulcera entstanden?

Die folgende Grafik verdeutlicht, in welchem Bereich des Gesundheitssektors Dekubitalulcera erworben werden. Die Frage wurde nach stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste differenziert gestellt. Zur besseren Verständlichkeit werden die Ergebnisse in separaten Grafiken für die stationären Einrichtungen und für die ambulanten Dienste dargestellt:

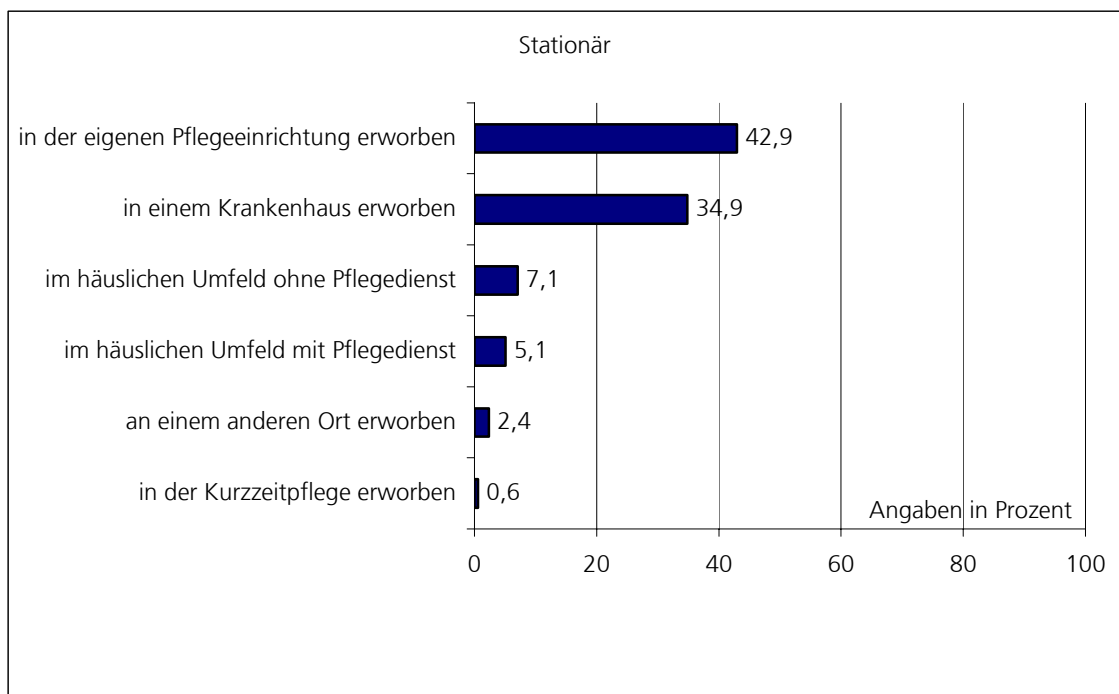


Abbildung 8: Wo werden Dekubitalulcera erworben? (stationär)

42,9% der Befragten gaben an, dass der Dekubitus in ihrer Pflegeeinrichtung und zu 34,9% im Krankenhaus erworben wurde. Diese beiden Institutionen sind somit die Hauptentstehungsorte eines Dekubitus aus Sicht der stationären Einrichtungen. Des Weiteren wurde noch der Erwerb des Dekubitus im häuslichen Umfeld ohne Pflegedienst (7,1%) und der Erwerb im häuslichen Umfeld mit Pflegedienst (5,1%) genannt.

2004 waren 50,7% der Dekubitalulcera in der Ostalbkreis-Erhebung in der stationären Altenhilfe mitgebracht – ohne weitere Differenzierung von woher. Dies entspricht den bayerischen Werten. 48,3% wurden in der Einrichtung erworben und liegen damit etwas über den bayerischen Werten (42,9%).

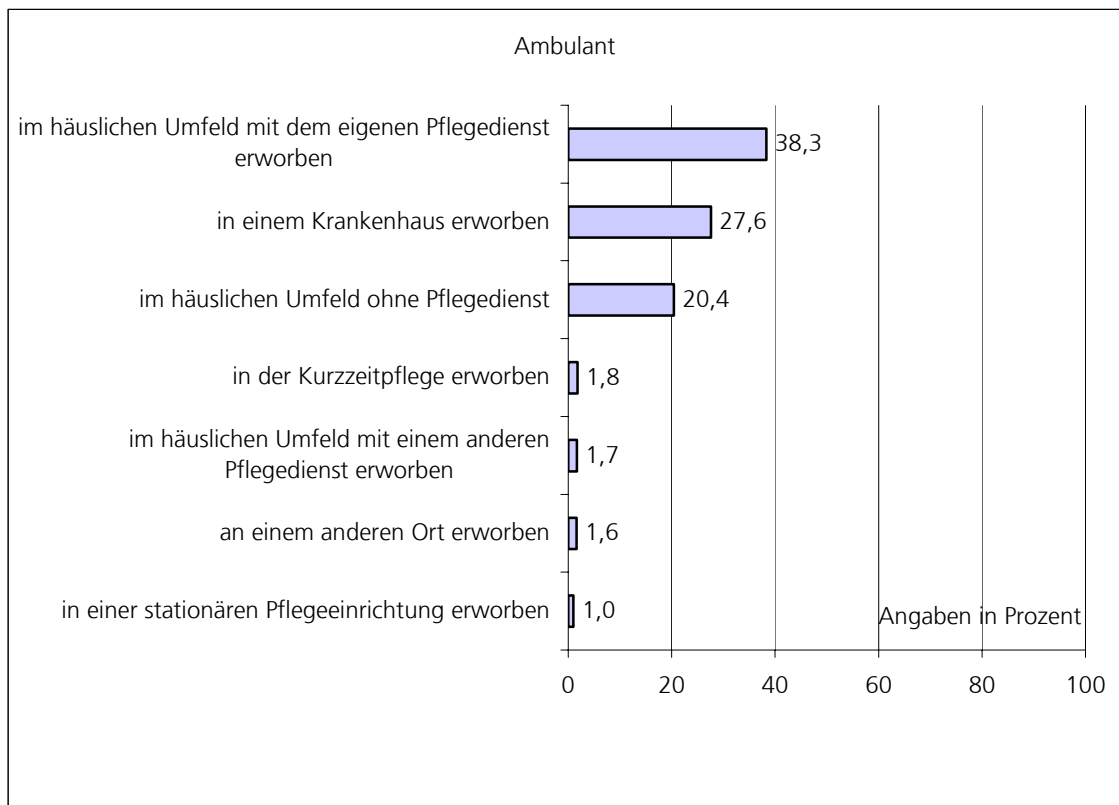


Abbildung 9: Wo werden Dekubitalulcera erworben? (ambulant)

Bei den ambulanten Diensten sind die beiden Hauptentstehungsorte für Dekubitalulcera das häusliche Umfeld mit dem eigenen Pflegedienst, was von 38,3% der Befragten genannt wurde und das Krankenhaus mit 27,6%. Mit 20,4% spielt der Erwerb eines Dekubitus im häuslichen Umfeld ohne Pflegedienst auch noch eine wichtige Rolle. Im Ostalbkreis beträgt der Anteil der im ambulanten Dienst erworbenen Dekubitalulcera 55,8%, mitgebracht werden 43,3%.

Wie die beiden Grafiken verdeutlichen, sind sowohl die eigene Einrichtung bzw. der eigene Pflegedienst als auch das Krankenhaus die Hauptentstehungsorte für Dekubitalulcera. Ebenso spielt das häusliche Umfeld ohne Pflegedienst eine große Rolle beim Erwerb eines Dekubitus. Die Gründe hierfür gilt es zu eruieren.

Signifikanzen nach Größenklassen

Stationäre Einrichtungen

Bei den stationären Einrichtungen konnten keine Signifikanzen bezüglich der Größenklassen festgestellt werden.

Ambulante Dienste

Unterschiede konnte nur im ambulanten Bereich festgestellt werden, was die anschließende Tabelle verdeutlicht:

Ambulante Dienste	1-10	11-30	31-50	51-70	71 und mehr	Gesamt
im häuslichen Umfeld ohne Pflegedienst	0,0	26,2	22,1	23,7	19,2	20,4
im häuslichen Umfeld mit Pflegedienst	66,1	32,6	36,2	36,8	34,6	38,3
im häuslichen Umfeld mit einem anderen Pflegedienst	0,0	4,3	1,3	0,4	0,7	1,7
in einem Krankenhaus erworben	11,3	30,5	27,0	31,4	31,3	27,6
in der Kurzzeitpflege erworben	0,0	1,0	2,0	2,0	3,4	1,8
in einer stationären Pflegeeinrichtung erworben	0,0	2,4	0,2	1,3	0,6	1,0
anders erworben	0,0	0,0	2,5	3,6	1,9	1,6

Tabelle 36: Wo werden Dekubitalulcera erworben? nach Größenklassen in Prozent (ambulant)

In der kleinsten Größenklasse gab es keine Angabe, dass eine Kundin bzw. Kunde einen Dekubitus aus dem häuslichen Umfeld ohne Pflegedienst erworben hat, was einen signifikanten Unterscheid zu den anderen Größenklassen darstellt.

Frage 6:

Wie viele Personen wurden in den letzten 3 Monaten aus Ihrer Einrichtung, bzw. aus der häuslichen Pflege mit einem Dekubitus verlegt?

Ziel dieser Fragestellung war es darzustellen, wie viele Bewohnerinnen und Bewohner aus der stationären Einrichtung und wie viele Kundinnen und Kunden aus der ambulanten Pflege mit einem Dekubitus in den letzten drei Monaten verlegt wurden. Anschließende Grafik visualisiert die Ergebnisse:

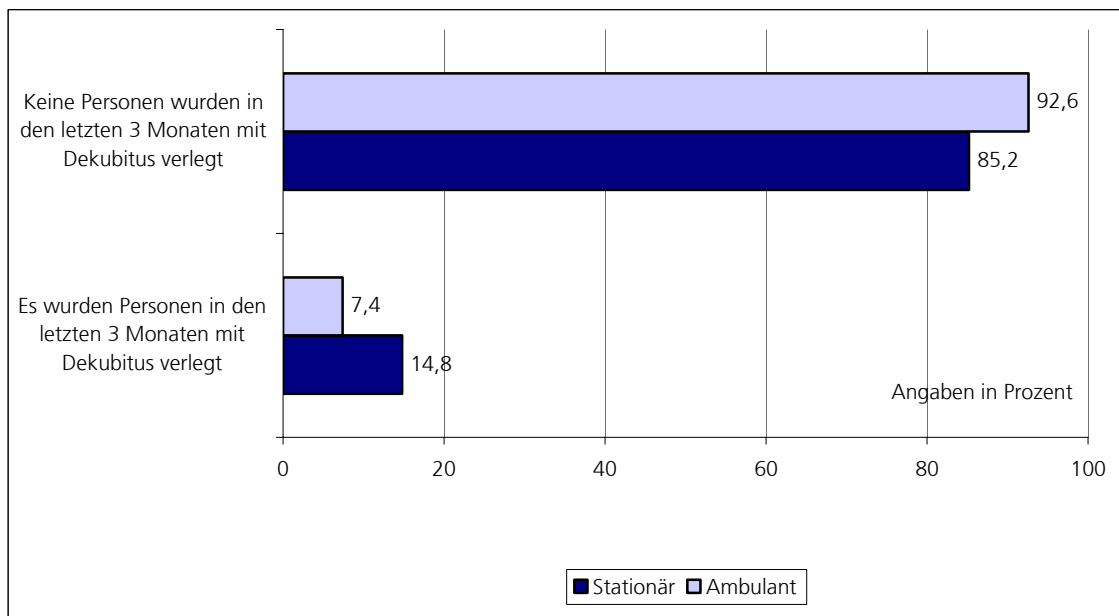


Abbildung 10: Verlegungen von Personen mit Dekubitus

85,2% aus dem stationären Bereich und 92,6% aus der ambulanten Pflege gaben an, dass sie niemanden in den letzten drei Monaten mit einem Dekubitus verlegt haben. Die restlichen Befragten benannten folgende Verlegungen von Personen mit einem Dekubitus in den letzten drei Monaten: aus der stationären Altenhilfe wurden 55 Personen mit einem Dekubitus in ein Krankenhaus verlegt sowie zwei Personen in das häusliche Umfeld. Die ambulanten Dienste gaben an, 26 Personen mit einem Dekubitus in ein Krankenhaus verlegt zu haben und drei Personen in eine stationäre Einrichtung.

6 Risikofaktoren

„Ein Dekubitus ist eine durch länger anhaltenden Druck (Druck mal Zeit) entstandene Schädigung der Haut und des darunter liegenden Gewebes“ (DNQP 2002: 30). Es gibt eine Vielzahl von Faktoren, die zu einer Druckerhöhung, einer Mangel durchblutung des Gewebes, zu einer Verlängerung der Druckwirkzeit oder zu einer Verminderung der Gewebetoleranz führen. Häufig ist es ein komplexes Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren, die letztendlich zu einem Dekubitus führen. Betroffen sind vor allem Menschen, die durch Multimorbidität verschiedenen Risikofaktoren ausgesetzt sind. Im nachfolgenden Fragekomplex sollten die Risikofaktoren angegeben werden, die nach Meinung der Befragten bei den von Dekubitus betroffenen Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Kundinnen und Kunden vorlagen. Ziel war es, die Breite der möglichen Faktoren und die Häufigkeit bestimmter Risikofaktoren zu eruieren. Die Risikofaktoren sind nach medizinischen und anderen Risikofaktoren aufgeteilt.

Frage 7:

Im Folgenden finden sie einige Risikofaktoren, die die Entstehung eines Dekubitus begünstigen. Bitte nennen sie uns jeweils die fünf Hauptrisikofaktoren, die Ihrer Einschätzung nach für die Entstehung der Dekubitalulcera bei Ihren Pflegebedürftigen zu Grunde liegen. Falls sie aktuell keine Pflegebedürftige mit Dekubitus haben, antworten Sie bitte auf Grund Ihrer Erfahrung

7.1: Medizinische Risikofaktoren

Die Befragten der stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste identifizierten folgende medizinische Risikofaktoren bei Ihren Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Kundinnen und Kunden:

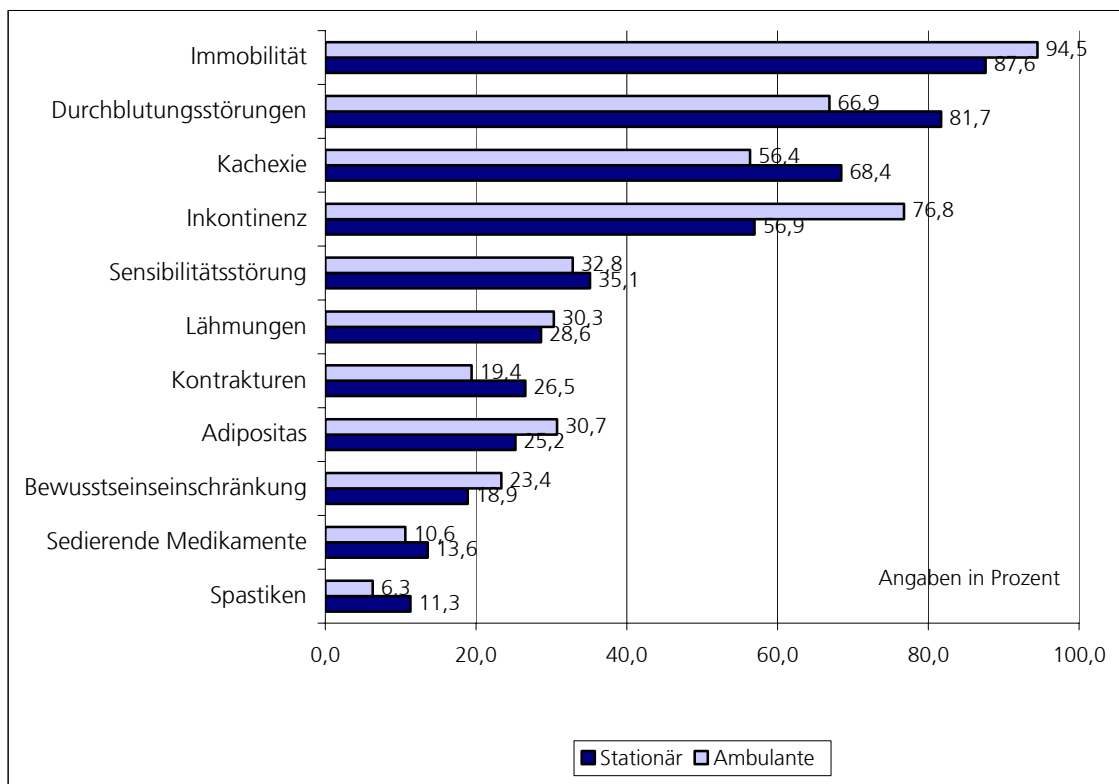


Abbildung 11: Medizinische Risikofaktoren

Sowohl die stationären Einrichtungen als auch die ambulanten Dienste identifizierten Immobilität, Durchblutungsstörungen, Kachexie und Inkontinenz als häufigste Risikofaktoren für die Entstehung eines Dekubitus bei ihren Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Kundinnen und Kunden. Kachexie und Durchblutungsstörungen wurden

von den Befragten aus der Altenhilfe an zweiter bzw. dritter Stelle benannt, während der Risikofaktor Inkontinenz bei den ambulanten Diensten eine größere Rolle zu spielen scheint als in der stationären Altenhilfe. Spastiken und sedierende Medikamente spielen bei beiden eine eher untergeordnete Rolle.

Über die vorgegebenen Items hinaus, nannten die stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste weitere Risikofaktoren ihrer Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Kundinnen und Kunden. Dabei kommt dem Ernährungs- und Flüssigkeitsdefizit (S =22; A=1)⁹ die wichtigste Bedeutung zu. Unter dem Überbegriff Ernährungs- und Flüssigkeitsdefizit wurde der Nährstoff-, Vitamin- und Mineralstoffmangel sowie die Exsikkose subsumiert. Multimorbidität wurde von elf Befragten aus dem stationären Bereich und einmal von den ambulanten Diensten genannt.

Auch in der Literatur gilt die Immobilität als Hauptrisikofaktor für die Entstehung eines Dekubitus. Einschränkend ist zu sagen, dass die Ursachenforschung sowohl national als auch international aufgrund der Komplexität der Ursachenzusammenhänge zu widersprüchlichen Forschungsergebnissen bezüglich der Bedeutung der einzelnen Risikofaktoren kommt.

Ein Beispiel dafür ist die Bedeutung der Inkontinenz für die Dekubitusentstehung. Wird die Inkontinenz auf der einen Seite in vielen Risikoerfassungsskalen als Risikofaktor für die Entstehung eines Dekubitus ausdrücklich ausgewiesen, konstatiert das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege widersprüchliche Forschungsergebnisse. Zweifellos kann die Inkontinenz aber eine indirekte Rolle bei der Entstehung eines Dekubitus spielen. Begründet wird dies durch die über die Hautfeuchtigkeit ausgelöste Mazeration der Haut (Erweichen der oberen Hauschicht) (DNQP 2002: 53).

In der Studie „Ursachenzusammenhänge der Dekubitusentstehung“ im Auftrag des BMSFSJ konnten Zusammenhänge zwischen der Entstehung eines höhergradigen Dekubitus und dem Risikofaktor Kontrakturen (Gelenkversteifung) assoziiert werden. Der Zusammenhang wird durch die mit den Kontrakturen verbundene Immobilität und mit der eingeschränkten Lagerungsmöglichkeit begründet (Krause et al. 2004: 25). Die Studie zeigt ebenso auf, dass vor allem Medikamente mit zentralnervös-dämpfender Wirkung einen bedeutenden Einfluss auf die Entstehung eines höhergradigen Dekubitus haben (Krause et al. 2004: 27).

Beide Faktoren, Kontrakturen und Medikation spielen in der vorliegenden Umfrage bei den stationären Einrichtungen und den ambulanten Diensten jedoch eine untergeordnete Rolle.

⁹ S=Nennungen der stationäre Einrichtungen, A=Nennungen der ambulanten Dienste

Signifikanzen nach Größenklassen

Stationäre Einrichtungen

Signifikanzen bezüglich der Größenklassen wurden für die stationäre Pflege nicht festgestellt.

Ambulante Dienste

Signifikanzen wurden für die ambulanten Dienste im Bereich Adipositas und Sensibilitätsstörungen festgestellt. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die von den Einrichtungen genannten medizinischen Risikofaktoren und die Größenklassen:

Ambulante Dienste	1-10	11-30	31-50	51-70	71 und mehr	Gesamt
Inkontinenz	81,8	82,0	70,0	73,1	77,0	76,8
Adipositas	43,6	35,2	19,6	29,1	33,0	30,7
Durchblutungsstörungen	56,4	70,9	69,2	62,9	65,6	66,9
Sedierende Medikamente	12,7	11,8	9,1	6,4	12,7	10,6
Kontraktionen	12,7	22,9	18,6	13,2	23,6	19,4
Spastiken	0,0	8,1	7,8	8,4	3,2	6,3
Immobilität	100,0	91,3	95,2	95,8	94,4	94,5
Lähmungen	25,5	26,2	36,5	29,6	32,1	30,3
Sensibilitätsstörung	12,7	30,4	38,9	39,1	38,2	32,8
Bewusstseinseinschränkung	18,2	22,4	23,8	25,4	27,3	23,4
Kachexie	43,6	50,4	68,2	52,4	60,1	56,4

Tabelle 37: Medizinische Risikofaktoren nach Größenklassen in Prozent (ambulant)

Es stellte sich heraus, dass die Dienste mit einer Größe von 31–50 im Vergleich zu den anderen deutlich weniger (19,6 %) den medizinischen Risikofaktor Adipositas bei ihren Kundinnen und Kunden beobachten konnten. Für die Bewohneranzahl 1-10 trifft dies auf den medizinischen Risikofaktor der Sensibilitätsstörung (12,7 %) zu.

7.2: Weitere Einflussfaktoren

Die folgende Grafik stellt die weiteren Einflussfaktoren für eine Dekubitusentstehung dar, welche die Befragten bei ihren Bewohnerinnen und Bewohnern bzw. Kundinnen und Kunden feststellen konnten:

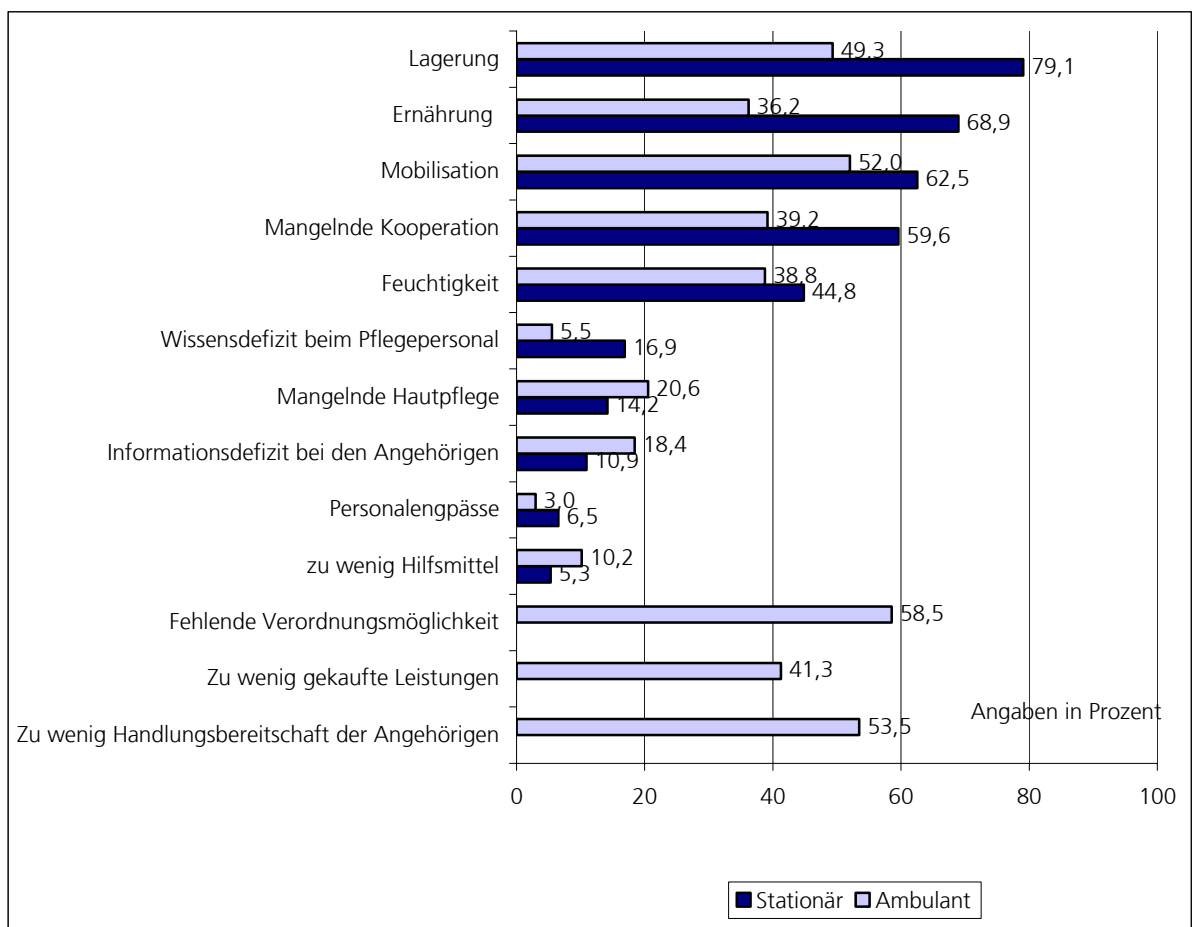


Abbildung 12: Weitere Risikofaktoren

Die Schwierigkeiten bei der Lagerung (z.B. durch Schmerzen und Unruhe) wurde mit 79,1% am häufigsten als weiterer Haupteinflussfaktor für die Entstehung eines Dekubitus genannt. Des Weiteren wurden für den stationären Bereich die Schwierigkeiten bei der Ernährung (z.B. Schluckbeschwerden, Nahrungsverweigerung) (68,9%), Schwierigkeiten bei der Mobilisation (z.B. eingeschränkte Bewegungsfähigkeit, Schwindel) (62,5%), mangelnde Kooperation der Bewohnerinnen und Bewohner (59,6%) und die Feuchtigkeit (z.B. Schwitzen) (44,8%) identifiziert. Zu wenige Hilfsmittel (5,3%) und Personalengpässe (6,5%) spielen in den stationären Einrichtungen eine untergeordnete Rolle.

Die ambulanten Dienste stehen im Bereich Prophylaxe vor einer besonderen Situation. Prophylaktische Maßnahmen sind in den Richtlinien zur Verordnung Häuslicher Krankenpflege nicht vorgesehen. Das bedeutet, dass eine Ärztin bzw. ein Arzt bei bestehendem Dekubitus eine Behandlung verordnen kann, prophylaktische Maßnahmen bei gefährdeten Kundinnen und Kunden allerdings nicht (care konkret 2005, 11.03.05). Die Bereitschaft und die Möglichkeiten der Angehörigen, sich in der Pflege zu engagieren, spielen bei der Vermeidung eines Dekubitus in der häuslichen Pflege eine große Rolle. Aus diesen Gründen wurden in den Fragekatalog für die ambulanten Dienste die Punkte fehlende Verordnungsmöglichkeiten, zu wenig gekaufte Leistungen und fehlende Handlungsbereitschaft der Angehörigen aufgenommen. Mit 10,2% liegen die ambulanten Dienste bei der Angabe „zu wenig technische Hilfsmittel“ doppelt so hoch wie die stationären Einrichtungen. Diese Angaben sollten vor dem Hintergrund Gesundheitserhaltung und -förderung beleuchtet werden.

Die fehlende Verordnungsmöglichkeit von prophylaktischen Maßnahmen wurde mit 58,5% bei den ambulanten Diensten als der wichtigste weitere Einflussfaktor für die Dekubitusentstehung angegeben, gefolgt von der zu geringen Handlungsbereitschaft der Angehörigen (53,5%) und den Schwierigkeiten bei der Mobilisation (52,0%). Schwierigkeiten bei der Lagerung, die bei den stationären Einrichtungen am häufigsten genannt wurden, stehen bei den ambulanten Diensten mit 49,3% an vierter Stelle. Das Wissensdefizit beim Pflegepersonal (5,5%) und Personalengpässe (3,0%) stellen bei den ambulanten Diensten einen eher geringeren Einflussfaktor dar.

Zusätzlich gaben die Befragten an, dass sie den Kostenträger (S=9; A=7) als einen Einflussfaktor sehen. Hierunter wurde die Ablehnung prophylaktischer Maßnahmen wie Hilfsmittel und die zu lange Wartezeit der Hilfsmittelbereitstellung subsumiert. Auch wurde die mangelnde interdisziplinäre Zusammenarbeit (S=6; A=6) vor allem mit Ärztinnen und Ärzten und mit dem Krankenhaus als ein weiterer Risikofaktor für die Dekubitusentstehung genannt.

Signifikanzen nach Trägerschaft

Stationäre Einrichtungen

Es wurden Signifikanzen bei stationären Einrichtungen in privater Trägerschaft festgestellt, was die folgende Tabelle verdeutlicht:

Stationäre Einrichtungen	Kommunal	Freigemein nützig	Privat	Gesamt
Mangelnde Kooperation der Bewohnerinnen und Bewohner	66,0	60,7	53,0	59,6
Wissensdefizit beim Pflegepersonal	26,0	14,6	17,1	16,9
Feuchtigkeit	38,0	45,1	48,2	44,8
Schwierigkeiten bei der Mobilisation	70,0	63,6	55,4	62,5
zu wenig Hilfsmittel	2,0	6,8	3,6	5,3
Informationsdefizit bei den Angehörigen	6,0	10,7	14,5	10,9
Mangelnde Hautpflege	6,0	12,6	22,9	14,2
Schwierigkeiten bei der Ernährung	74,0	73,3	54,9	68,9
Schwierigkeiten bei der Lagerung	78,0	80,6	75,9	79,1
Personalengpässe	8,0	7,8	2,4	6,5

Tabelle 38: Weitere Einflussfaktoren nach Trägerschaft in Prozent (stationär)

Erkennbar ist, dass der Einflussfaktor mangelnde Hautpflege bei den Einrichtungen in privater Trägerschaft gegenüber den anderen Einrichtungen mit 22,9% öfters beobachtet wurde. Der Bereich Schwierigkeiten mit der Ernährung hingegen wurde mit 54,9% weit weniger wahrgenommen.

Ambulante Dienste

Bei den ambulanten Diensten konnten keine Signifikanzen bezüglich der Größenklassen festgestellt werden.

Signifikanzen nach Größenklassen

Stationäre Einrichtungen

In den stationären Einrichtungen konnten Signifikanzen bei drei weiteren Einflussfaktoren festgestellt werden:

Stationäre Einrichtungen	1-10	11-30	31-60	61-90	91-120	121-150	151-180	181 und mehr	Gesamt
Mangelnde Kooperation der Bewohnerinnen und Bewohner	60,0	52,3	67,2	54,2	58,6	53,8	85,7	83,3	59,9
Wissensdefizit beim Pflegepersonal	50,0	22,7	13,4	14,6	12,6	7,7	14,3	44,4	17,0
Feuchtigkeit	30,0	50,0	52,2	39,8	41,4	46,2	42,9	55,6	45,0
Schwierigkeiten bei der Mobilisation	50,0	68,2	59,7	67,5	59,8	50,0	71,4	66,7	62,3
Zu wenig Hilfsmittel	0,0	9,1	1,5	3,6	5,7	15,4	0,0	5,6	5,3
Informationsdefizit bei den Angehörigen	10,0	20,5	11,9	9,6	10,3	7,7	0,0	0,0	10,8
Mangelnde Hautpflege	70,0	25,0	10,4	14,5	8,0	7,7	28,6	0,0	14,0
Schwierigkeiten bei der Ernährung	20,0	61,4	56,7	81,7	80,5	53,8	42,9	77,8	68,9
Schwierigkeiten bei der Lagerung	80,0	77,3	76,1	73,5	77,0	84,6	100,0	100,0	78,4
Personalengpässe	0,0	11,4	6,0	3,6	6,9	11,5	0,0	5,6	6,4

Tabelle 39: Weitere Einflussfaktoren nach Größenklassen in Prozent (stationär)

Die stationären Einrichtungen, die 1-10 Bewohnerinnen und Bewohner betreuen, haben im Verhältnis zu den anderen häufiger das Wissensdefizit beim Personal und die mangelnde Hautpflege als weiteren Einflussfaktor beobachten können. Schwierigkeiten bei der Ernährung traten nach Angaben der Einrichtungen in dieser Größenklasse signifikant seltener auf. In der Größenklasse 11-30 spielte die mangelnde Hautpflege eine wesentlich wichtigere Rolle als bei größeren Einrichtungen.

Ambulante Dienste

Bei den ambulanten Diensten traten Signifikanzen gehäuft in der Größenklasse 1-10 und 11-30 auf. Die folgende Tabelle stellt dies dar:

Ambulante Dienste	1-10	11-30	31-50	51-70	71 und mehr	Gesamt
Mangelnde Kooperation der Kundinnen und Kunden	12,7	39,4	45,7	44,6	43,7	39,2
Wissensdefizit beim Pflegepersonal	12,7	5,0	5,7	3,3	1,9	5,5
Feuchtigkeit	43,6	46,2	36,6	30,7	29,0	38,8
Schwierigkeiten bei der Mobilisation	100,0	37,8	47,0	53,9	51,2	52,0
Zu wenig Hilfsmittel	12,7	7,4	9,7	14,9	11,3	10,2
Zu wenig Handlungsbereitschaft der Angehörigen	30,9	61,8	54,4	49,1	56,0	53,5
Zu wenig gekaufte Leistungen	12,7	42,8	48,2	34,9	53,2	41,3
Informationsdefizit bei den Angehörigen	0,0	17,3	24,7	21,2	22,0	18,4
Mangelnde Hautpflege	12,7	25,2	21,7	18,4	16,6	20,6
Schwierigkeiten bei der Ernährung	30,9	30,3	36,1	46,4	45,6	36,2
Schwierigkeiten bei der Lagerung	30,9	48,1	53,0	59,9	51,8	49,3
Personalengpässe	12,7	1,6	2,2	0,0	1,7	3,0
Fehlende Verordnungsmöglichkeit von prophylaktischen Maßnahmen	43,6	65,4	59,4	58,5	54,5	58,5

Tabelle 40: Weitere Einflussfaktoren nach Größenklassen in Prozent (ambulant)

In der Größenklasse 1-10 wurden signifikant weniger die mangelnde Kooperation der Kundinnen und Kunden (12,7%), die zu geringe Handlungsbereitschaft der Angehörigen (30,9%), die zu wenig gekauften Leistungen (12,7%) und das Informationsdefizit bei den Angehörigen (0%) genannt. Schwierigkeiten bei der Mobilisation (100%) und Personalengpässe (12,7%) wurden hingegen weitaus häufiger beobachtet. Die ambulanten Dienste, die 11-30 Kundinnen und Kunden betreuen, konnten im Vergleich zu den anderen Größenklassen die Schwierigkeiten bei der Mobilisation (37,8%) weniger oft als Einflussfaktor für die Dekubitusentstehung feststellen.

7 Prophylaxe

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege bezeichnet die Dekubitusprophylaxe als das originäre Betätigungsfeld der Pflege und deren Erfolg als inoffiziellen Gradmesser für die Pflegequalität. Bienstein/Braun/Neander sehen die Dekubitusprophylaxe sogar als Herzstück pflegerischer Tätigkeit an (DNQP 2002: 31).

Der Thematik Dekubitusprophylaxe kommt eine wesentliche Bedeutung zu, da „der Entstehung eines Dekubitus in der Regel entgegengewirkt werden kann“. Ausnahmen bilden Personengruppen z.B. in lebensbedrohlichen Zuständen, in der Terminalphase ihres Lebens oder mit gravierenden Durchblutungsstörungen (DNQP 2002: 32). Es gibt eine Reihe von Maßnahmen, die nach allgemeinen pflegerischen Erkenntnissen zur Dekubitusprophylaxe angewandt werden sollen. Die folgende Fragestellung soll klären, ob spezielle Methoden zur Dekubitusprophylaxe angewandt werden und welche dabei in den verschiedenen Bereichen Lagerung, Ernährung, Mobilisation und Bewegung, Hautpflege, Matratzen, Auflagen und Spezialbetten und Hilfsmittel in der Praxis Anwendung finden.

Frage 8:

Wenden sie spezielle Methoden zur Dekubitusprophylaxe an?

8.1: Lagerung

In der folgenden Grafik werden die verschiedenen Lagerungstechniken und Lagerungsintervalle dargestellt, die von den stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste angewendet werden:

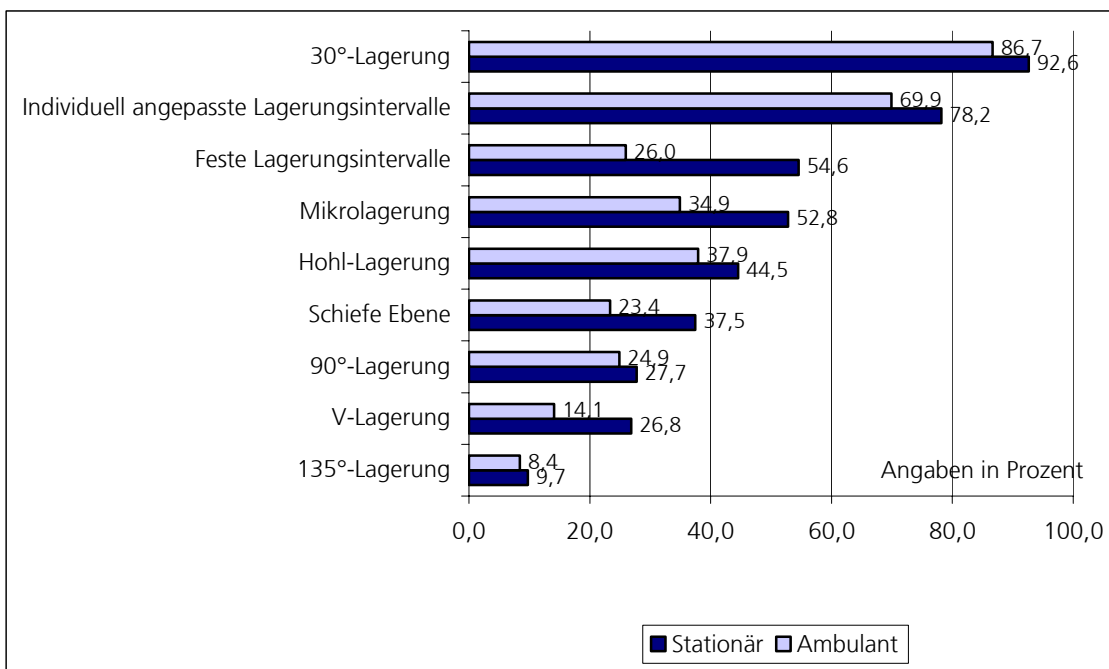


Abbildung 13: Dekubitusprophylaxe im Bereich Lagerung

Sowohl in den stationären Einrichtungen als auch bei den ambulanten Diensten werden die 30-Grad Lagerung (S=92,6%; A=86,7%) und die individuell angepassten Lagerungsintervalle (S=78,2%; A=69,9%) favorisiert angewendet. Feste Lagerungsintervalle und Mikrolagerung gaben ca. die Hälfte der Befragten an. Im ambulanten Bereich spielen die festen Lagerungsintervalle mit 25% eine vergleichsweise geringe Rolle. Dies lässt sich aus der besonderen Arbeitsorganisation mit individuell auf das Klientel abgestimmten Zeiten erklären. Die Hohl-Lagerung (37,9%) und Mikrolagerung (34,9%) werden in der ambulanten Pflege häufiger durchgeführt. Über die freien Items wurden noch zusätzliche Lagerungstechniken (S=13; A=15) genannt. Darunter sind z.B. T-Lagerung, A-Lagerung und I-Lagerung zu verstehen. Im ambulanten Bereich spielt die Zusammenarbeit mit den Angehörigen eine bedeutende Rolle (A=15). Ebenfalls im Zusammenhang mit der Lagerung erwähnt, wurde die Mobilisation (S=5; A=5).

Eine Druckentlastung kann durch Lagerungsmaßnahmen erzielt werden und dient neben der reinen Prophylaxe auch der Therapieunterstützung eines bereits bestehenden Dekubitus (MDS 2001: 25). Grundsätzlich ist bei der Lagerung darauf zu achten, dass der Auflagedruck auf eine möglichst große Fläche verteilt wird. Aus diesem Grund sind, trotz unzureichender Evidenz, die 30-Grad Lagerung, die 135-Grad Lagerung und die schiefe Ebene der 90-Grad Lagerung vorzuziehen. Darüber hinaus sind die Mikrolagerungen als sinnvoll zu erachten (DNQP 2002: 50/51, MDS 2001:28). Bei der Befragung wird deutlich, dass die 135-Grad Lagerung, trotz Empfehlung des MDS geringe Anwendung findet (MDS 2001:28). Wichtig für jede Lagerungsart ist, die Bewohnerinnen und Bewohner bzw. die Kundinnen und Kunden in der Bewegungsfreiheit möglichst wenig einzuschränken und ihnen die Eigenbewegungen zu erleichtern. Beim Lagewechsel ist auf eine haut- und gewebeschonende Technik zu achten.

Für den Bereich der Lagerungsintervalle ist kaum wissenschaftliche Evidenz vorhanden. Praktischen Erfahrungen zu Folge sollte ein Lagerungswechsel alle zwei Stunden stattfinden. Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege empfiehlt mit einer zweistündlichen Lagerung zu beginnen und das Intervall im Laufe der Zeit individuell anzupassen (DNQP 2002: 50/51). In der Pflegepraxis scheinen sich die individuell angepassten Lagerungsintervalle bei annähernd 80% bzw. 70% der beteiligten Einrichtungen etabliert zu haben.

Signifikanzen nach Trägerschaft

Stationäre Einrichtungen

Bei den stationären Einrichtungen konnten keine Signifikanzen festgestellt werden.

Ambulante Dienste

Bei den ambulanten Diensten konnten bei folgenden Lagerungstechniken und Lagerungsintervallen trägerspezifische Signifikanzen festgestellt werden:

Ambulante Dienste	Kommunal	Freigemein nützig	Privat	Gesamt
30°-Lagerung	100,0	90,5	81,8	86,7
90°-Lagerung	13,9	22,9	27,4	24,9
135°-Lagerung	0,0	10,4	6,2	8,4
Individuell angepasste Lagerungsintervalle	20,9	66,1	75,3	69,9
Hohl-Lagerung	13,9	38,3	37,8	37,9
V-Lagerung	7,0	13,0	15,6	14,1
Mikrolagerung	26,2	45,4	22,3	34,9
Schiefe Ebene	0,0	30,0	15,7	23,4
Feste Lagerungsintervalle	12,8	19,9	33,6	26,0

Tabelle 41: Lagerung nach Trägerschaft in Prozent (ambulant)

Die Tabelle zeigt auf, dass die ambulanten Dienste in privater Trägerschaft die 30-Grad Lagerung mit 81,8% signifikant seltener anwenden und mit den Kundinnen und Kunden

häufiger (33,6%) feste Lagerungsintervalle vereinbart werden. Mikrolagerung und die Lagerung in der schiefen Ebene werden von den Diensten der freigemeinnützigen Träger vermehrt durchgeführt, bei den Diensten in privater Trägerschaft hingegen seltener.

Signifikanzen nach Größenklassen

Hier konnten sowohl bei den stationären Einrichtungen als auch bei den ambulanten Diensten Unterschiede festgestellt werden, was die folgenden Tabellen verdeutlichen:

Stationäre Einrichtungen

Stationäre Einrichtungen	1-10	11-30	31-60	61-90	91-120	121-150	151-180	181 und mehr	Gesamt
30°-Lagerung	80,0	86,4	85,1	97,6	95,4	96,2	100,0	100,0	92,7
90°-Lagerung	10,0	22,7	28,4	26,5	27,6	42,3	42,9	27,8	27,8
135°-Lagerung	20,0	0,0	10,4	10,8	6,9	19,2	0,0	22,2	9,6
Individuell angepasste Lagerungsintervalle	50,0	54,5	82,1	74,7	87,4	80,8	100,0	94,4	54,1
Hohl-Lagerung	40,0	47,7	37,3	45,8	43,7	46,2	28,6	66,7	78,1
V-Lagerung	30,0	25,0	22,4	30,1	29,9	19,2	57,1	22,2	44,4
Mikrolagerung	0,0	43,2	41,8	55,4	59,8	57,7	85,7	94,4	27,2
Schiefe Ebene	20,0	18,2	28,4	39,8	42,5	50,0	57,1	66,7	53,5
Feste Lagerungsintervalle	40,0	56,8	53,7	59,0	54,0	42,3	57,1	50,0	37,4

Tabelle 42: Lagerung nach Größenklassen in Prozent (stationär)

Erkennbar ist, dass die individuell angepasste Lagerung (54,4%) und die Schiefe Ebene (18,2%) in der Größenklasse 11-30 weniger Anwendung finden, bei der Größenklasse 1-10 ist dies für den Bereich der Mikrolagerung (0%) feststellbar.

Ambulante Dienste

Ambulante Dienste	1-10	11-30	31-50	51-70	71 und mehr	Gesamt
30°-Lagerung	85,4	84,4	87,3	83,2	94,0	86,7
90°-Lagerung	20,8	29,1	26,4	24,9	15,8	24,9
135°-Lagerung	20,8	7,9	9,3	2,6	3,3	8,4
Individuell angepasste Lagerungsintervalle	100,0	69,2	62,6	63,5	68,2	26,0
Hohl-Lagerung	41,7	42,5	30,6	28,5	46,5	69,9
V-Lagerung	0,0	12,5	19,3	15,3	17,0	37,9
Mikrolagerung	41,7	30,7	45,1	22,3	29,1	14,1
Schiefe Ebene	35,4	12,9	32,2	19,6	23,0	34,9
Feste Lagerungsintervalle	29,2	19,5	31,8	26,8	25,7	23,4

Tabelle 43: Bereich Lagerung nach Größenklassen in Prozent (ambulant)

Ambulante Dienste, die eine Bewohnerzahl von 1-10 aufweisen, wenden signifikant häufiger die 135 Grad Lagerung (20,8%) und die individuell angepassten Lagerungsintervalle (100%) an, die V-Lagerung wird gar nicht angewendet. Die Schiefe Ebene (12,9%) wird seltener von den Diensten der Größenklasse 11-30 durchgeführt.

8.2: Ernährung

Folgende spezielle Methoden zur Dekubitusprophylaxe im Bereich der Ernährung wurden von den Befragten genannt:

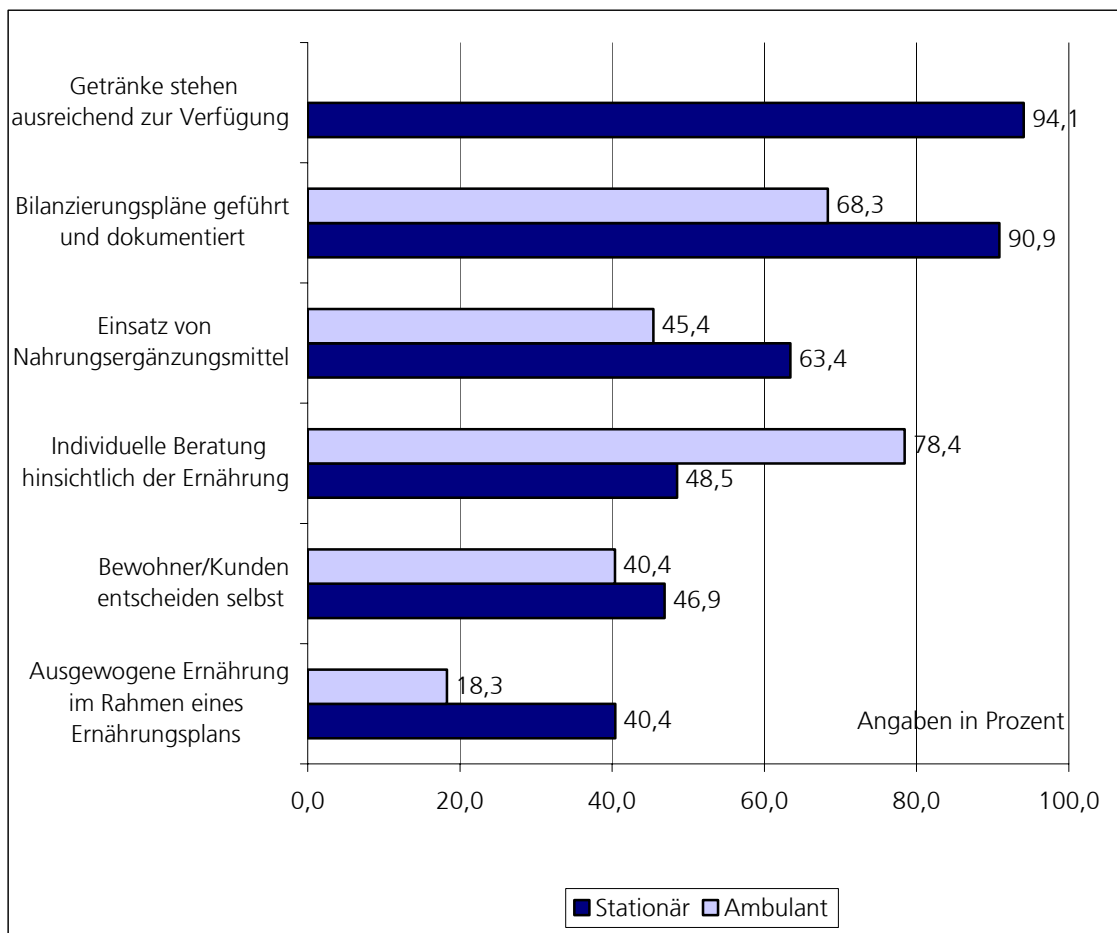


Abbildung 14: Dekubitusprophylaxe im Bereich Ernährung

Im stationären Bereich wird großer Wert auf die Bereitstellung von Getränken (94,1%) gelegt. Zu dem werden von ihnen in 90,9% der Fälle Bilanzierungspläne bei nicht selbstständigen Bewohnerinnen und Bewohnern durchgeführt. Bei den ambulanten Diensten sind dies 68,3%. Bei ihnen ist die individuelle Beratung der Kundinnen und Kunden und deren Bezugspersonen hinsichtlich der Ernährung mit 78,5% die wichtigste Methode zur Dekubitusprophylaxe. Die ausgewogene Ernährung im Rahmen eines Ernährungsplans ist die Methode, die von beiden am seltensten angewandt wird, von den stationären Einrichtungen (40,4%) aber mehr als doppelt so häufig wie von den ambulanten Diensten (18,3%). Die Befragten gaben weiter an, dass eine eiweißreiche Kost (S=15; A=7), die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten und

Ernährungsfachkräften (S=12; A=5) sowie die hochkalorische Kost (S=11; A=3) ebenfalls Methoden zur Dekubitusprophylaxe sind, die sie anwenden.

Ein Verbesserungspotenzial lässt sich bezüglich der ausgewogenen Ernährung im Rahmen eines Ernährungsplans erkennen. Hier könnte durch den gezielten Einsatz von Instrumenten wie z.B. dem Body-Mass-Index, der Zusammenarbeit mit einer Ernährungsberaterin bzw. einem Ernährungsberater und mit dem Einbeziehen der Betroffenen und Angehörigen ein individueller ausgewogener Ernährungsplan erarbeitet werden.

Obwohl der Ernährungsstatus in den Risikoinstrumenten ein Kriterium der Risikoerkennung darstellt, lässt sich laut DNQP ein Zusammenhang zwischen der Vermeidung eines Dekubitus und der Ernährung nicht ausreichend evident belegen. Trotzdem konstatiert das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege eine Bedeutung für die Entstehung eines Dekubitus, da Mangelernährung und Exsikkose zu einer eingeschränkten Mobilität und Motivation führen (DNQP 2002: 41/56). Nach Cullum/Clark (1992) ist eine ausreichende Ernährung notwendig für die Erhaltung und Förderung der Gewebetoleranz (DNQP 2002: 54). Auch Bienstein (1997a) erwähnt, dass eine ausreichend, individuell abgestimmte Flüssigkeitsmenge eine wesentliche Voraussetzung für eine normale intakte Haut ist. Damit wird laut Expertenstandard Dekubitusprophylaxe und der MDS Grundsatzstellungnahme zur Dekubitusprophylaxe eine ausreichende Flüssigkeitsversorgung, eine ausreichende Versorgung mit Eiweiß, Kohlenhydraten, Vitaminen und Spurenelementen empfohlen. Das U.S. Department of Health and Human Services empfiehlt bei entsprechenden Defiziten die ergänzende Zuführung von Vitaminen und Mineralien (MDS 2001: 32/35).

Signifikanzen nach Trägerschaft

Stationäre Einrichtungen

Stationäre Einrichtungen	Kommunal	freigemein nützig	Privat	Gesamt
Bewohner/Kunden entscheiden selbst	66,0	47,6	33,7	46,9
Individuelle Beratung der Bewohner/Kunden hinsichtlich der Ernährung	46,9	50,0	45,8	48,5
Bei nicht selbstständigen Bewohner/Kunden werden Bilanzierungspläne geführt und dokumentiert	94,0	89,3	92,8	90,9
Ausgewogene Ernährung im Rahmen eines Ernährungsplans	52,0	31,1	56,6	40,4
Einsatz von Nahrungsergänzungsmittel (Vitamine, Mineralstoffe)	72,0	62,6	60,2	63,4
Getränke stehen in ausreichender Menge für alle Bewohnerinnen und Bewohner zur Verfügung	90,0	93,7	97,6	94,1

Tabelle 44: Ernährung nach Größenklassen in Prozent (stationär)

Alle drei Trägerschaftsarten weisen Signifikanzen auf. In den kommunalen stationären Einrichtungen können die Bewohnerinnen und Bewohner vermehrt selbst entscheiden, welche Ernährung sie gerne möchten. Die privaten Einrichtungen legen Wert auf eine ausgewogene Ernährung im Rahmen eines Ernährungsplans (56,6%), wobei diese Methode in freigemeinnütziger Trägerschaft weniger Anwendung findet (31,1%).

Ambulante Dienste

Ambulante Dienste	Kommunal	Freigemein nützig	Privat	Gesamt
Bewohner/Kunden entscheiden selbst	73,3	45,1	34,0	40,4
Individuelle Beratung der Bewohner/Kunden hinsichtlich der Ernährung	61,0	80,4	76,3	78,4
Bei nicht selbstständigen Bewohner/Kunden werden Bilanzierungspläne geführt und dokumentiert	47,6	62,8	75,4	68,3
Ausgewogene Ernährung im Rahmen eines Ernährungsplans	0,0	14,4	23,4	18,3
Einsatz von Nahrungsergänzungsmittel	13,9	36,6	56,6	45,4

Tabelle 45: Ernährung nach Trägerschaft in Prozent (ambulant)

Erkennbar ist, dass Nahrungsergänzungsmittel, wie Vitamine und Mineralstoffe, in privaten ambulanten Diensten weitaus häufiger zum Einsatz kommen gegenüber den anderen beiden Trägerschaftsarten.

Signifikanzen nach Größenklassen

Hier bestanden Signifikanzen im stationären und ambulanten Bereich:

Stationäre Einrichtungen

Stationäre Einrichtungen	1-10	11-30	31-60	61-90	91-120	121-150	151-180	181 und mehr	Gesamt
Bewohner/Kunden entscheiden selbst	30,0	38,6	38,8	45,8	50,6	46,2	100,0	72,2	47,0
Individuelle Beratung der Bewohner/Kunden hinsichtlich der Ernährung	20,0	43,2	55,2	48,2	47,1	50,0	28,6	58,8	48,0
Bei nicht selbstständigen Bewohner/Kunden werden Bilanzierungspläne geführt und dokumentiert	80,0	86,4	92,5	92,8	87,4	96,2	100,0	100,0	91,0
Ausgewogene Ernährung im Rahmen eines Ernährungsplans	20,0	45,5	38,8	43,4	39,1	26,9	28,6	61,1	40,0
Einsatz von Nahrungsergänzungsmittel	80,0	36,4	67,2	65,1	71,3	65,4	71,4	61,1	64,0
Getränke stehen in ausreichender Menge für alle Bewohnerinnen und Bewohner zur Verfügung	90,0	95,5	92,5	97,6	94,2	92,3	100,0	88,9	94,0

Tabelle 46: Ernährung nach Größenklassen in Prozent (stationär)

Alle Bewohnerinnen und Bewohner dürfen in stationären Einrichtungen mit 151-180 Bewohnern selbst bezüglich ihrer Ernährung entscheiden. Auf Nahrungsergänzungsmittel wird in der Größenklasse 11-30 (36,4%) weniger zurückgegriffen.

Ambulante Dienste

Ambulante Dienste	1-10	11-30	31-50	51-70	71 und mehr	Gesamt
Bewohner/Kunden entscheiden selbst	35,4	37,4	40,2	43,6	48,2	40,4
Individuelle Beratung der Bewohner/Kunden hinsichtlich der Ernährung	70,8	80,6	78,6	76,6	80,2	78,4
Bei nicht selbstständigen Bewohner/Kunden werden Bilanzierungspläne geführt und dokumentiert	85,4	69,2	72,0	56,9	55,8	68,3
Ausgewogene Ernährung im Rahmen eines Ernährungsplans	50,0	18,3	12,0	17,0	8,4	18,3
Einsatz von Nahrungsergänzungsmittel	64,6	47,2	38,3	43,9	42,4	45,4

Tabelle 47: Bereich Lagerung nach Größenklassen in Prozent (ambulant)

Es zeigt sich, dass ambulante Dienste mit einer Bewohneranzahl von 1-10 signifikant häufiger auf eine ausgewogene Ernährung im Rahmen des Ernährungsplans (50%) achten

und dass sie auch vermehrt Bilanzierungspläne bei nicht selbstständigen Kundinnen und Kunden führen und dokumentieren (85,4%).

8.3: Mobilisation und Bewegung

Die Aktivitäten im Bereich Mobilisation und Lagerung verdeutlicht die folgende Grafik:

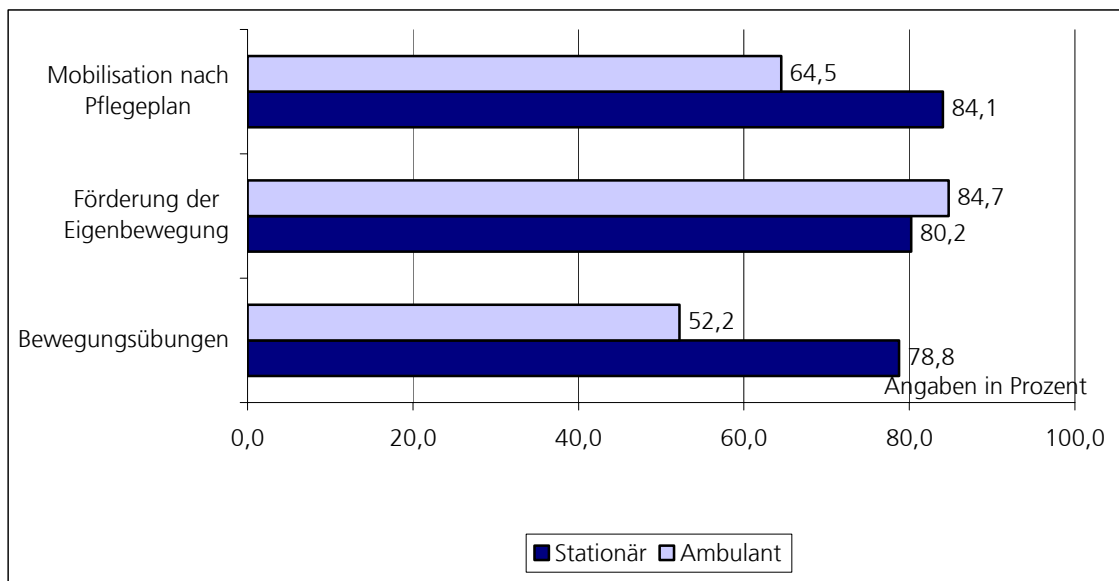


Tabelle 48: Dekubitusprophylaxe im Bereich Mobilisation und Bewegung

In den stationären Einrichtungen werden alle drei vorgegebenen Methoden sehr häufig angewendet. Dies sind: Mobilisation nach Pflegeplan (84,1%), Förderung der Eigenbewegung (80,2%) und gezielte Bewegungsübungen (78,8%). Bei den ambulanten Diensten ist die Förderung der Eigenbewegung mit 80,2% die favorisierte Methode, gefolgt von der Mobilisation nach Pflegeplan (64,5%) und den Bewegungsübungen mit 52,2%.

Bei den zusätzlichen Angaben wurde mit überwiegender Mehrheit die Therapie genannt (S=69; A=39). Hierunter wurde hauptsächlich der Einsatz der Physiotherapie zur Mobilisation und Bewegung gefasst. Ebenfalls erwähnt, wurde die Anwendung eines pflegerischen Konzeptes (S= 13; A= 17) wie etwa die aktivierende Pflege, die Kinästhetik oder das Bobath-Konzept. Häufig wurde im ambulanten Bereich die Anleitung und Schulung der Angehörigen (A=21), im stationären Bereich die Aktivierungsangebote (A=16) wie Gymnastik, Sitztanz/Tanzgymnastik und Muskelaufbautraining genannt.

Der Erhalt der Mobilität ist eine der wichtigsten prophylaktischen Maßnahmen. Um verloren gegangene Fähigkeiten wiederzugewinnen, zu erhalten und dem Verlust entgegenzuwirken, muss eine aktivierende Pflege durchgeführt werden. Die Mobilisation, die Förderung der Eigenbewegung und aktive und passive Bewegungsübungen sind

wichtige Maßnahmen der aktivierenden Pflege. Nach dem Expertenstandard Dekubitusprophylaxe ist die Basis hierfür ein individueller Bewegungsplan, der in enger Zusammenarbeit mit den Betroffenen erstellt wird (DNQP 2002: 37).

In der ambulanten Versorgung kann die Durchführung der Übungen oft von den Angehörigen übernommen werden. Darüber lässt sich erklären, warum die Durchführung der Bewegungsübungen in der ambulanten Pflege im Vergleich zur stationären Versorgung einen eher geringeren Anteil einnimmt und die Anleitung und Schulung der Angehörigen in diesem Zusammenhang genannt wurde.

Signifikanzen nach Trägerschaft

Stationäre Einrichtungen

Bei den stationären Einrichtungen konnten keine Signifikanzen bezüglich der Trägerschaft festgestellt werden.

Ambulante Dienste

Bei der Förderung der Eigenbewegung konnte im ambulanten Bereich folgende Signifikanz nachgewiesen werden:

Ambulante Dienste	Kommunal	Freigemeinnützig	Privat	Gesamt
Mobilisation nach Pflegeplan	61,0	59,0	71,2	64,5
Förderung der Eigenbewegung	54,1	79,9	91,1	84,7
Bewegungsübungen	52,9	47,2	58,3	52,2

Tabelle 49: Mobilisation und Bewegung nach Trägerschaft in Prozent (ambulant)

Erkennbar ist, dass die Förderung der Eigenbewegung bei ambulanten Diensten in privater Trägerschaft häufiger eingesetzt wird als in kommunaler und freigemeinnütziger Trägerschaft.

Signifikanzen nach Größenklassen

Stationäre Einrichtungen

Bei den stationären Einrichtungen konnten keine Signifikanzen bezüglich der Größenklassen festgestellt werden.

Ambulante Einrichtungen

Hier konnten nur Unterschiede bei den ambulanten Einrichtungen festgestellt werden:

Ambulante Dienste	1-10	11-30	31-50	51-70	71 und mehr	Gesamt
Mobilisation nach Pflegeplan	100,0	53,8	64,4	71,1	56,9	64,5
Förderung der Eigenbewegung	100,0	90,5	76,3	76,1	84,1	84,7
Bewegungsübungen	35,4	63,6	49,7	50,5	46,2	52,2

Tabelle 50: Mobilisation und Bewegung nach Größenklassen in Prozent (ambulant)

Alle Kundinnen und Kunden erhalten in ambulanten Einrichtungen der Größenklasse 1-10 eine Mobilisation nach Pflegeplan sowie eine Förderung der Eigenbewegung. Die Förderung der Eigenbewegung wird in Diensten der Größenklasse 51-70 (76,1%) weniger eingesetzt.

8.4: Hautpflege

Die Befragten aus dem stationären und ambulanten Bereich machten hierzu folgende Angaben:

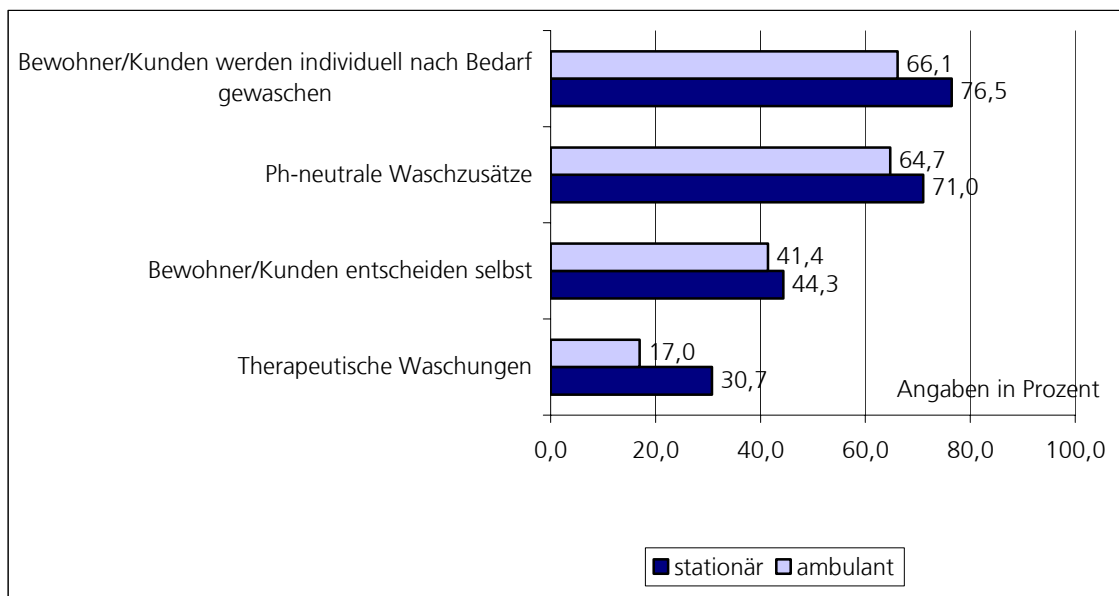


Abbildung 15: Dekubitusprophylaxe im Bereich Hautpflege

In der Fachliteratur wird auf die Bedeutung der Hautpflege und die Förderung der Gewebetoleranz als Dekubitusprophylaxe hingewiesen. Um den Wasser-Lipid Haushalt und den Säureschutzmantel nicht zu gefährden, werden im Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe Waschungen mit klarem Wasser oder mit ph-neutralen Waschzusätzen empfohlen. Von der täglichen routinemäßigen Ganzkörperwaschung soll abgesehen werden (DNQP 2002: 41). Diesen Vorgaben im Expertenstandard kommen die Befragten dieser Untersuchung nach. 76,5% der Befragten in stationären Einrichtungen gaben an, dass sie die Bewohnerinnen und Bewohner individuell nach Bedarf waschen. Für die ambulanten Dienste trifft dies auf 66,1% zu. Ph-neutrale Waschzusätze kommen stationär zu 71%, ambulant zu 64,7% zum Einsatz. Die Individualität der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. der Kundinnen und Kunden bei der Hautpflege ist für 44,3% im stationären Bereich und 41,4% im ambulanten Bereich ein wichtiges Kriterium. Therapeutische Waschungen werden stationär in 30,7% der Fälle und ambulant in 17% der Fälle angewandt.

Die Angaben zu den offenen Antwortmöglichkeiten stellten sich wie folgt dar. Die meisten Nennungen gab es zu der Kategorie „allgemeine Hautpflege“ (S=40; A=2). Hierunter wurden Aussagen wie „gute Hautpflege!“ und „Anwendung spezieller Hautpflegeprodukte“ zusammengefasst. Bei den Produkten, die zur Dekubitusprophylaxe

von den Befragten eingesetzt werden, erhielten die natürlichen Hautpflegeprodukte wie Öle, Olivenöl, Sahne, Milch und Essig die häufigsten Angaben (S=23; A=11). Lotionen (S=21; A=10) kommen in etwa genau so oft zum Einsatz. Auch spezielle Hautpflegeprodukte wie rückfettende Cremes (z.B. PC 30 V), Wundschutzcremes und Zinksalbe werden in stationären Einrichtungen von elf Befragten angewendet, bei den ambulanten Diensten von 17. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege hebt hervor, dass es kaum aussagekräftige Studien bezüglich der Hautpflegestrategien gibt. Es lassen sich jedoch aus dermatologischem Wissen (Jeter/Lutz 1996) evidente Maßnahmen ableiten (DNQP 2002: 53). Bei trockener Haut empfiehlt der Expertenstandard und Sellmer (1998 a) in der Grundsatzstellungnahme Dekubitus des MDS die Benutzung von Wasser in Öl Präparaten. Reine Fette und Öle sowie bestimmte Pasten und Salben (Vaseline, Melkfett, Babyöl, Olivenöl, Zinkpaste) verschließen die Haut und behindern den Wärme- und Wasseraustausch und sind daher ungeeignet. Ebenso der Einsatz von desinfizierenden und austrocknenden Waschzusätzen (z.B. Franzbranntwein) sowie hyperämischer Salben. Massagen und Wechselthermometoden zur Dekubitus-prophylaxe sind obsolet (DNQP 2002: 41; MDS 2001: 30/31). Laut MDS soll von Lebensmittel wie Joghurt oder Quark zur Hautpflege abgesehen werden (MDS 2001: 30/31).

Signifikanzen nach Größenklassen

Stationäre Einrichtungen

Hier konnten Ergebnisse im stationären Bereich ermittelt werden, die in folgender Tabelle dargestellt werden:

Stationäre Einrichtungen	1-10	11-30	31-60	61-90	91-120	121-150	151-180	181 und mehr	Gesamt
Bewohner/Kunden entscheiden selbst	10,0	36,4	38,8	45,8	48,3	42,3	71,4	72,2	44,4
Bewohner/Kunden werden individuell nach Bedarf gewaschen	100,0	63,6	71,6	73,2	78,2	88,5	100,0	88,9	76,2
Ph-neutrale Waschzusätze	70,0	59,1	82,1	78,3	65,5	50,0	85,7	83,3	71,3
Therapeutische Waschungen	20,0	38,6	34,3	27,7	27,6	19,2	28,6	50,0	30,7

Tabelle 51: Hautpflege nach Größenklassen in Prozent (stationär)

Erkennbar ist, dass ph-neutrale Waschzusätze in stationären Einrichtungen der Größenklasse 121-150 seltener zum Einsatz kommen als in den anderen Einrichtungen.

Ambulante Dienste

Bei den ambulanten Diensten konnten keine Signifikanzen bezüglich der Größenklassen festgestellt werden.

8.5: Matratzen, Auflagen und Spezialbetten

Folgende Druck reduzierende Produkte finden in der Praxis Anwendung:

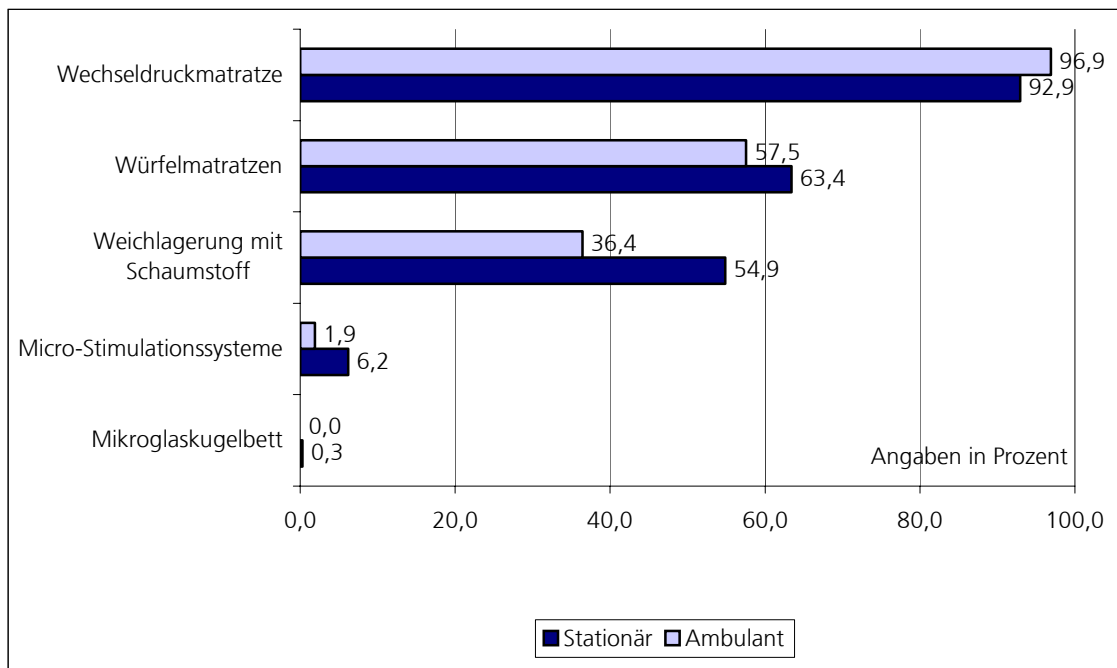


Abbildung 16: Dekubitusprophylaxe im Bereich Matratzen Auflagen und Spezialbetten

Nahezu alle Befragten der stationären Einrichtungen (92,6%) und der ambulanten Diensten (96,9%) verwenden zur Dekubitusprophylaxe eine Wechseldruckmatratze. Würfelmattmatratzen kommen bei mehr als der Hälfte der Befragten zum Einsatz. Dies gilt auch für den Gebrauch von Weichlagerungen mit Schaumstoff in stationären Einrichtungen. Bei den ambulanten Diensten finden diese nur noch zu gut einem Drittel Anwendung. Micro-Stimulationssysteme sind in 6,2% der Fälle stationär und in 1,9% der Fälle ambulant im Einsatz. Mikroglaskugelbetten (sandkorngroße Mikroglaskugeln verwirbeln Luftstrom, der Bewohner/Kunde wird vom Luftstrom getragen) kommen in der ambulanten Versorgung wahrscheinlich wegen ihres hohen Gewichts und der hohen Kosten nicht zum Einsatz. Über die freien Items wurde ausschließlich für den stationären Bereich der Einsatz von Gelmatratzen (6), Spezialbetten (4) wie etwa Wasserbetten und Luftpolsterauflagen (3) erwähnt.

Es ist nicht leicht, aus der Vielzahl auf dem Markt angebotenen Matratzen, Auflagen und Spezialbetten das geeignete Produkt zu finden. Laut Deutschem Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege ist das angestrebte Pflege- und Therapieziel wesentlich für die Entscheidung, welche Matratzen, Auflagen oder Betten zum Einsatz kommen. Eine zu weiche Auflage kann zu einer Immobilisierung der pflegebedürftigen Menschen sowie

zu einem Verlust der Körperwahrnehmung führen. Aus diesem Grund ist der Einsatz von Wechseldruckmatratzen zu prüfen. Allgemein ist zu sagen, dass der Einsatz der druckreduzierenden Matratzen, Auflagen und Spezialbetten keinesfalls eine Lagerung ersetzen, allenfalls das Lagerungsintervall verlängern. Wassermatratzen sollen nicht mehr angewandt werden, da sie den Auflagedruck erhöhen (MDS 2001: 27).

Signifikanzen nach Trägerschaft

Stationäre Einrichtungen

Bei den stationären Einrichtungen konnten keine Signifikanzen bezüglich der Trägerschaft festgestellt werden.

Ambulante Dienste

Unterschiede konnten nur bei den ambulanten Diensten festgestellt werden wie die anschließende Tabelle darlegt.

Ambulante Dienste	Kommunal	Freigemein nützig	Privat	Gesamt
Wechseldruckmatratze	100,0	96,4	97,5	96,9
Micro-Stimulationssysteme	0,0	2,4	1,3	1,9
Würfelmattmatratzen	59,9	54,5	61,2	57,5
Weichlagerung mit Schaumstoff	47,1	44,6	26,4	36,4
Mikroglaskugelbett	0,0	0,0	0,0	0,0

Tabelle 52: Matratzen, Auflagen und Spezialbetten nach Trägerschaft in Prozent (ambulant)

Ambulante Dienste in privater Trägerschaft verwenden die Weichlagerung mit Schaumstoff seltener zur Dekubitusprophylaxe als dies Dienste in kommunaler und freigemeinnütziger Trägerschaft tun.

Signifikanzen bezüglich Größenklassen

Stationäre Einrichtungen

Bei den stationären Einrichtungen konnten keine Signifikanzen bezüglich der Größenklassen festgestellt werden

Ambulante Dienste

Auch hier konnten, wie nachfolgende dargestellt, nur Differenzen im ambulanten Sektor identifiziert werden.

Ambulante Dienste	1-10	11-30	31-50	51-70	71 und mehr	Gesamt
Wechseldruckmatratze	100,0	94,5	97,4	96,9	98,9	96,9
Micro-Stimulationssysteme	0,0	2,0	2,0	3,0	2,0	2,0
Würfelmattmatratzen	64,6	43,4	65,0	58,7	67,7	57,5
Weichlagerung mit Schaumstoff	41,7	22,9	41,9	39,5	48,6	36,4
Mikroglaskugelbett	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Tabelle 53: Matratzen, Auflagen und Spezialbetten nach Größenklassen in Prozent (ambulant)

Die beiden festgestellten Unterschiede treten nur in der Größenklasse 11-30 der ambulanten Dienste auf. Hier werden Würfelmattmatratzen und Weichlagerungen mit Schaumstoff verhältnismäßig seltener eingesetzt.

8.6: Hilfsmittel

Die Befragten der stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste verwenden folgende Hilfsmittel.

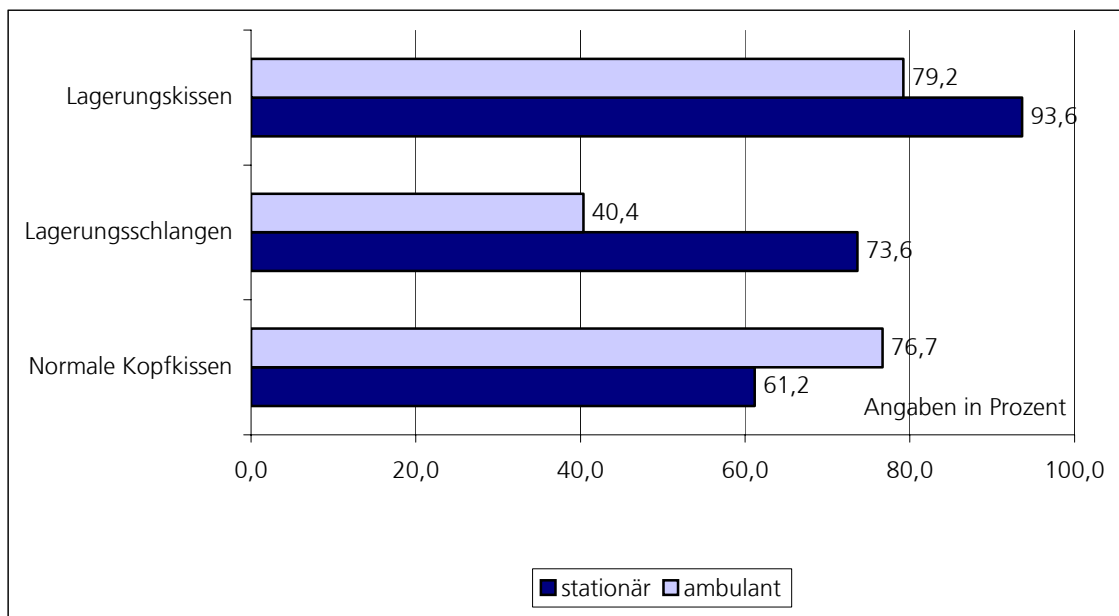


Abbildung 17: Dekubitusprophylaxe Bereich Hilfsmittel

In den stationären Einrichtungen werden bevorzugt Lagerungskissen (93,6%) eingesetzt, gefolgt von den Lagerungsschlangen (73,6%) und den normalen Kopfkissen (61,2%). Bei den ambulanten Diensten verhält sich der Hilfsmiteleinsetz etwas anders. Lagerungskissen (79,2%) und normale Kopfkissen (76,7%) erfahren nahezu die identische Häufigkeit des Einsatzes, während Lagerungsschlangen mit 40,4% eher eine untergeordnete Rolle spielen. Lagerungsschlangen, die z.B. aus zusammengerollten Decken geformt werden, ermöglichen (je nach Länge) eine Lagerung ohne zusätzlichen Kisseinsatz. Zusätzlich zu den vorgegebenen Hilfsmitteln nannten die Befragten noch Decken/Handtücher (S= 37; A= 51), Gekissen/Sitzkissen (S= 34; A= 33), Felle (S= 16; A= 26), Lagerungskeile (S= 19; A= 7) und Fersenschoner (S= 17; A= 7).

Auch in Bezug auf die Hilfsmittel gibt es kaum evidente Untersuchungen. Trotzdem rät der Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe vom Einsatz von Lagerungsringen ab, da es zu einer Erhöhung des Auflagedrucks an den Seitenrändern mit einem so genannten Fensterödem im Entlastungsbereich kommen kann. Erfreulicherweise kommen nach der vorliegenden Befragung Lagerungsringe auch in der Praxis nicht mehr zum Einsatz. Ebenfalls nicht empfohlen werden Felle und Watteverbände wegen der fehlenden Evidenz bezüglich der Druckreduzierung (DNQP 2002: 40). Fersen- und Ellbogenschoner können Scherkräfte hervorrufen (MDS 2001: 44). Bei der Lagerung ist darauf zu achten, dass

sowenig Kissen wie möglich einzusetzen, damit die Eigenbewegung der Betroffenen möglichst wenig behindert wird (MDS 2001: 28).

Signifikanzen nach Größenklassen

Stationäre Einrichtungen

Stationäre Einrichtungen	1-10	11-30	31-60	61-90	91-120	121-150	151-180	181 und mehr	Gesamt
Lagerungskissen	80,0	90,9	91,0	94,0	96,6	96,2	100,0	100,0	93,9
Lagerungsschlangen	20,0	50,0	71,6	75,9	83,9	73,1	100,0	94,4	73,4
Normale Kopfkissen	90,0	56,8	38,8	65,1	66,7	73,1	42,9	88,9	61,4

Tabelle 54: Hilfsmittel nach Größenklasse in Prozent (stationär)

Einen geringeren Einsatz von Lagerungsschlangen weisen die Größenklassen 1-10 und 11-30 auf. Hingegen werden in der Größenklasse 31-60 normale Kopfkissen zur Dekubitusprophylaxe seltener benutzt.

Ambulante Dienste

Ambulante Dienste	1-10	11-30	31-50	51-70	71 und mehr	Gesamt
Lagerungskissen	56,2	79,6	79,5	87,9	87,8	79,2
Lagerungsschlangen	14,6	47,7	42,3	31,4	46,5	40,4
Normale Kopfkissen	85,4	71,5	80,7	71,1	78,0	76,7

Tabelle 55: Hilfsmittel nach Größenklassen in Prozent (ambulant)

Nur bei den kleinsten ambulanten Diensten werden die Hilfsmittel Lagerungskissen und Lagerungsschlangen weniger häufig zur Dekubitusprophylaxe eingesetzt als bei den anderen Größenklassen.

8.7: Weitere Methoden der Dekubitusprophylaxe

Abschließend wurden die Befragten noch nach weiteren Verfahren gefragt, die sie zur Dekubitusprophylaxe anwenden. Die nachfolgende Grafik stellt die Ergebnisse dar:

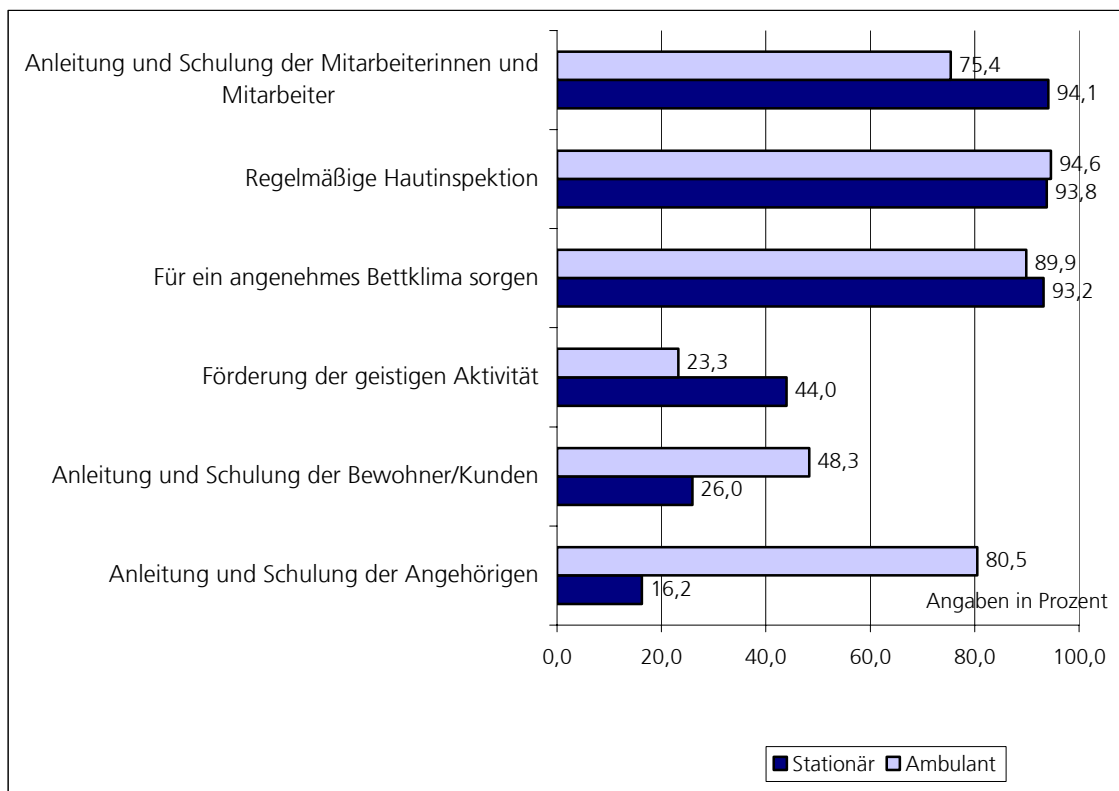


Abbildung 18: Weitere Methoden zur Dekubitusprophylaxe

Im stationären Bereich sind die Hauptmethoden, die zusätzlich eingesetzt werden, das Anleiten und Schulen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (94,1%), die regelmäßige Hautinspektion (93,8%) und die Sorge für ein angenehmes Bettklima (93,2%).

Für die ambulanten Dienste ist die regelmäßige Hautinspektion (93,8%) die wichtigste weitere Methode zur Dekubitusprophylaxe. Das angenehme Bettklima spielt für 93,2% eine ebenso wichtige Rolle. Mit 80,5% hebt sich die Anleitung und Schulung der Angehörigen im ambulanten Bereich deutlich vom stationären Bereich ab, die dort von 16,2% der Befragten genannt wurde. Aber auch die Anleitung und Schulung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist für 75,4% der Befragten bei den ambulanten Diensten ein weiteres wichtiges Kriterium in der Dekubitusprophylaxe. Mit 48,3% leiten die ambulanten Dienste ihre Kundinnen und Kunden wesentlich häufiger an als die stationären Einrichtungen dies mit ihren Bewohnerinnen und Bewohnern durchführen (26%).

Über die freien Items nannten die Befragten u.a. noch die Qualifizierung der eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (S=5; A=2), worunter im Speziellen Fortbildungen sowie die Ausbildung zu so genannten Wundexpertinnen und Wundexperten zu verstehen sind. Auch der Einsatz von Assessmentinstrumenten (S=3; A= 1) wie etwa die Biographische Pflegeanamnese, die Pflegeplanung oder das Wundprotokoll wurden erwähnt.

In der Studie „Ursachenzusammenhänge der Dekubitusentstehung“ (2004) wurden pflegende Angehörige aus dem häuslichen Bereich befragt. Dargestellt werden konnte, dass lediglich 24,6% der Angehörigen in der Pflege geschult oder angeleitet wurden, sie ihre Dekubituskompetenz aber in 37,4% der Fälle eher als gut bewerteten (Krause et al. 2004: 67). Jedoch gibt es kaum Evidenz (Maylor 1997), dass pflegende Angehörige in Schulungen mit einbezogen werden müssen, obwohl ein mangelndes Wissen (Baharestani 1994) bezüglich der Dekubitusentstehung nachgewiesen werden konnte (DNQP 2002: 47).

Die seit 2001 erhobene Prävalenzrate im Ostalbkreis zeigte 2003 einen deutlichen Anstieg der in der Einrichtung erworbenen Dekubitalulcera (2002: 42,9%; 2003: 59,8%). Vermutet wurde, dass Angehörige Wissensdefizite haben und /oder Leistungen unzureichend dazugekauft wurden. Im Zuge dessen führte der Ostalbkreis 2004 Schulungsveranstaltungen zu fünf pflegespezifischen Themen mit jeweils fünf verschiedenen Standorten im Ostalbkreis durch, die bei den pflegenden Angehörigen auf eine überaus positive Resonanz stieß und zu einer Anpassung des Pflegeverhaltens führte (Fraunhofer IAO 2005).

Zudem sollten Rahmenbedingungen vorhanden sein, die die Inanspruchnahme von Schulungsangeboten sinnvoll unterstützen (Holz 2000) wie etwa Öffentlichkeitsarbeit und ein persönliches Zugehen auf potentielle Nutzer sowie die Sicherstellung der Versorgung der Pflegebedürftigen während des Kursangebots (Krause et al. 2004: 70). Ausdrücklich soll aber darauf hingewiesen werden, dass das DNQP in seinem Expertenstandard Dekubitusprophylaxe im Punkt Strukturqualität 5 fordert, dass die Pflegefachkraft über Fähigkeiten zur Anleitung und Beratung Betroffener und deren Angehörige, Informations- und Schulungsmaterial in Bezug auf Eigenbewegung und Druckreduktion verfügt. Als Ergebnis ist anzusehen, dass die Betroffenen und deren Angehörige die Ursachen der Dekubitusentstehung und die geplanten Maßnahmen kennen und im Rahmen ihrer Möglichkeiten mitwirken (DNQP 2002: 42/43). Damit dürfte der Sinnhaftigkeit bezüglich Anleitung und Schulung von Angehörigen (aber auch Kundinnen und Kunden sowie Bewohnerinnen und Bewohner) Nachdruck verliehen worden sein. Bezüglich der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter konnte belegt werden, dass Schulungsprogramme positive Auswirkungen auf die Dekubitusquote haben, vor allem wenn diese durch entsprechende Expertinnen und Experten durchgeführt werden (DNQP 2002: 47). Auf das Thema Fortbildungen wird gesondert in diesem Bericht eingegangen.

Sehr erfreulich ist, dass die regelmäßige Hautinspektion so zahlreich durchgeführt wird. Wie lange ein Druck wirken muss, um eine Schädigung der Haut zu verursachen, ist individuell sehr unterschiedlich und hängt mit den Risikofaktoren der Bewohnerinnen und

Bewohner bzw. Kundinnen und Kunden zusammen. Die regelmäßige Hautinspektion ersetzt allerdings nicht die Beurteilung des Dekubitusrisikos mittels einer Einschätzungsskala.

Bei der Durchführung prophylaktischer Maßnahmen sollte auch an das Bettklima gedacht werden. Es gilt zu vermeiden, dass Pflegebedürftige nass geschwitzt im Bett liegen und dass zu viele Inkontinenzprodukte (wie etwa Gummilaken) im Bett vorhanden sind, da sie die Bildung von Wärme und Feuchtigkeit begünstigen. Darauf geachtet werden sollte, dass die Nachtwäsche atmungsaktiv und verwendete Matratzen luftdurchlässig und somit Feuchtigkeit absorbierend sein sollten (www.dekubitus.de).

Die geistige Anregung der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Kundinnen und Kunden sollte, nicht nur bezüglich der Dekubitusprophylaxe, ebenfalls eine große Bedeutung zu kommen, da „körperliche Mobilität im Kopf anfängt“. Auch pflegende Angehörige können diesbezüglich eine wichtige Aufgabe einnehmen, da sie die Vorlieben der pflegebedürftigen Person kennen. Geistige Anregung bieten z.B. Gespräche, Spiele oder das Ausführen von Hobbys (IGAP 2000: 16).

8 Expertenstandard

Der Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“, entwickelt von den Mitgliedern der Expertengruppe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, hat zum Ziel, die Dekubitusinzidenz durch die Beteiligung aller Akteure der Gesundheitseinrichtungen erfolgreich zu reduzieren. Der Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe von 2002 ist der erste nationale Expertenstandard in Deutschland und ist ein Meilenstein in der Professionalisierung der deutschen Pflege. Weitere Expertenstandards sind zu den Themen Entlassungsmanagement und Sturzprophylaxe erschienen. Der Expertenstandard zum Thema Schmerzmanagement befindet sich gerade in der Implementierungsphase und wird voraussichtlich im Laufe des Jahres 2005 erscheinen. Die Veröffentlichung des Expertenstandards Kontinenzförderung wird für das Jahr 2006 erwartet.

Ein Expertenstandard gibt das anzustrebende wissenschaftlich begründete Qualitätsniveau (State of the Art) zu dem jeweiligen Thema vor und ist somit als Orientierung für die Pflegepraxis zu deuten. Er forciert den Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis und führt zu einem deutlichen Qualitätssprung bei der Entwicklung betriebsinterner Standards. Für die Praxis bedeutet dies, dass der Expertenstandard auf die jeweilige Einrichtung bzw. den ambulanten Dienst übertragen und angepasst werden muss. Laut International Council of Nurses besteht die zentrale Funktion von Expertenstandards darin, „dass berufliche Tätigkeiten und Verantwortungen definiert werden, Impulse für Innovation und Veränderung erfolgen, ein einheitliches Niveau der Berufsausübung, beruflichen Identität und Beweglichkeit gefördert wird und sie eine wichtige Voraussetzung für einen konstruktiven Dialog über Qualitätsfragen mit anderen Gesundheitsberufen darstellen“ (DNQP 2002: 20).

Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege definiert Standards aufgeteilt nach der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Er umfasst die Themen Einschätzung des Dekubitusrisikos, Anwendung prophylaktischer Maßnahmen und Hilfsmittel, Anleitung und Beratung der Betroffenen und der Angehörigen, die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Evaluation der Maßnahmen.

Der nachfolgende Fragekomplex soll Aufschluss über die Verbreitung, die Akzeptanz und die Art der Implementierung des Expertenstandards in der Praxis geben.

Frage 9:

Wenden Sie den nationalen Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe in der Pflege an?

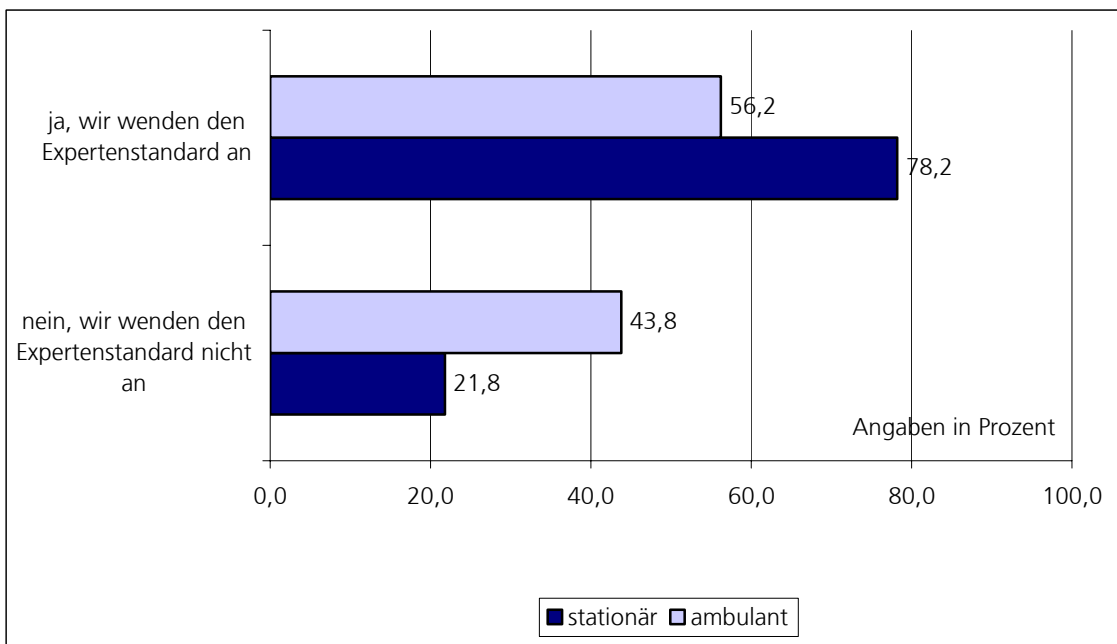


Abbildung 19: Anwendung Expertenstandard

Drei Viertel aller Befragten der stationären Einrichtungen und mehr als die Hälfte der Befragten in den ambulanten Diensten wenden den Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe an.

Die Art und Weise, wie der Expertenstandard in der Praxis eingesetzt wird sowie die Gründe für die Nichtimplementierung, zeigt folgende Grafik. Die Angaben beziehen sich auf alle beim Fraunhofer IAO eingegangenen Fragebogen.

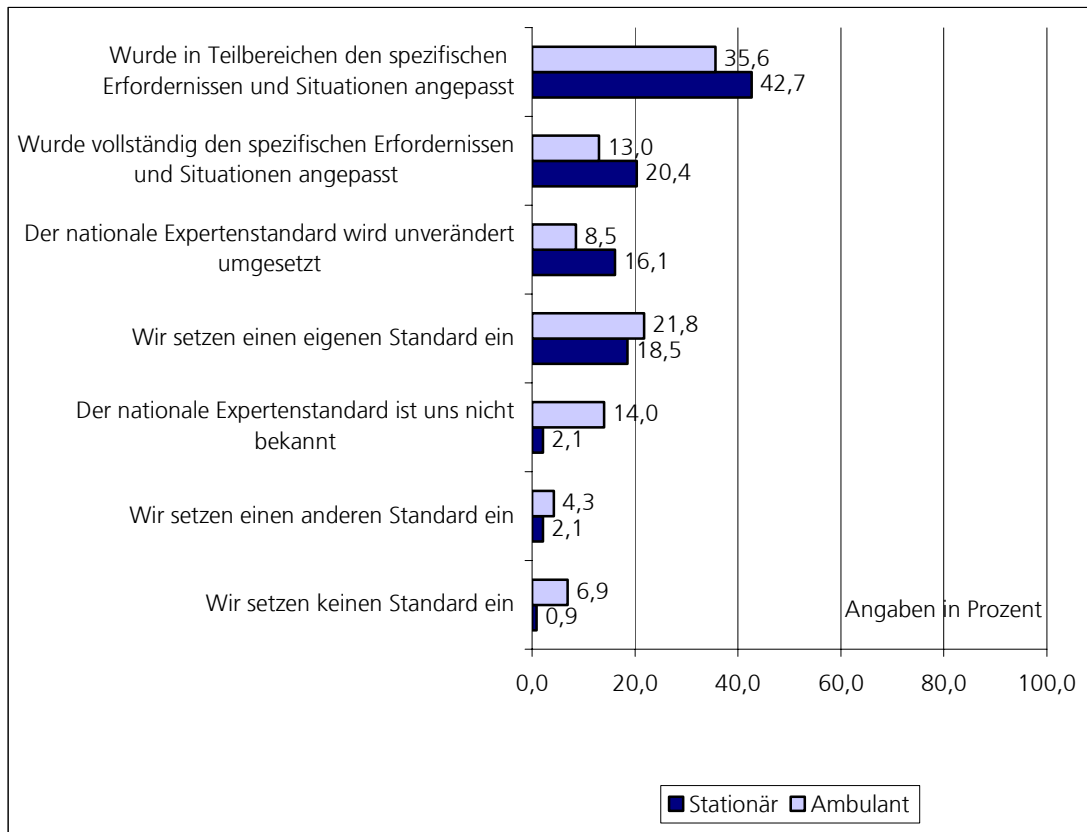


Abbildung 20: Umsetzung Expertenstandard

Bei den stationären Einrichtungen wurde der Expertenstandard von 42,7% in Teilbereichen und von 20,4% vollständig angepasst. 16,1% setzen ihn unverändert ein. Ein Fünftel aller befragten stationären Einrichtungen haben einen eigenen Standard, der nicht auf dem Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe basiert. 2,1% der Einrichtungen verwenden einen anderen Standard und nur 0,9% setzen keinen Standard ein. 2,1% der Befragten aus den stationären Einrichtungen kennen den nationalen Expertenstandard Dekubitusprophylaxe nicht.

Die prozentuale Verteilung verhält sich bei den ambulanten Diensten ähnlich. Hier wurde der Expertenstandard von 35,6% in Teilbereichen und von 13% vollständig angepasst. 8,5% haben ihn unverändert umgesetzt. Bei den ambulanten Diensten sind es 4,3% die einen anderen Standard einsetzen. 6,9% pflegen nicht anhand eines Dekubitusstandards. 14% der ambulanten Diensten ist der Expertenstandard unbekannt.

Auf die Antwortmöglichkeit „Wir setzen einen anderen Standard ein“ hatten die Befragten die Gelegenheit mitzuteilen, welchen Standard sie verwenden. Sechs Nennungen aus dem stationären Bereich und drei Nennungen aus dem ambulanten Bereich pflegen auf der Grundlage des Dekubitusstandards nach Stösser. Einen verbandsinternen Standard setzen eine stationäre Einrichtung und sechs ambulante Dienste ein. Offen bleibt, ob diese verbandsinternen Standards auf Grundlage des Expertenstandards entwickelt wurden.

Unterzieht man die Nennungen einer genaueren Analyse und nimmt als Ausgangsbasis nur die Einrichtungen und ambulanten Dienste die den Expertenstandard nicht einsetzen, zeigt sich folgendes Bild: 63,9% der stationären Einrichtungen, die den Expertenstandard nicht anwenden und 46,4% der ambulanten Dienste haben einen eigenen Standard, der nicht auf dem Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe basiert. 6,9% der stationären Einrichtungen verwenden einen anderen Standard und nur 4,2% setzen keinen Standard ein. 9,9% der befragten Einrichtungen, die den Expertenstandard nicht einsetzen, ist er nicht bekannt. Bei den ambulanten Diensten sind es 9,7% die einen anderen Standard einsetzen. 15,8% pflegen nicht anhand eines Dekubitusstandards und 32,1% der ambulanten Dienste ist der Expertenstandard unbekannt.

Wie bereits erwähnt, legt der Expertenstandard das wissenschaftlich fundierte Qualitätsniveau der Profession fest. Er ermöglicht den Pflegepraktikerinnen und Pflegepraktikern ein theoriegeleitetes Handeln. Expertenstandards unterscheiden sich von Handlungsrichtlinien, die knappe Handlungsabläufe beschreiben und für einheitliche Arbeitsabläufe sorgen. Der Expertenstandard gibt das Qualitätsniveau vor und beinhaltet Handlungsspielräume und Alternativen (DNQP 2002: 20). So legt der Expertenstandard z.B. die Anwendung einer standardisierten Risikoeinschätzung fest und spricht Empfehlungen aus, überlässt es aber der Praxis, sich für die geeignete Maßnahmen zu entscheiden. Damit wird deutlich, dass der Expertenstandard an die Besonderheiten der Einrichtung bzw. des ambulanten Dienstes und an die speziellen Anforderungen der Zielgruppe angepasst werden muss. Die Anpassung erfordert eine weitere Konkretisierung einzelner oder aller Standardkriterien. Dabei können auch konkrete Handlungsanweisungen formuliert werden. Die Kernaussagen der Struktur-, Prozess und Ergebniskriterien müssen allerdings erhalten bleiben (DNQP 2002: 73-80).

Signifikanzen nach Trägerschaft

Stationäre Einrichtungen

Erkennbar sind hier Unterschiede sowohl bei den Befragten, die den Expertenstandard Dekubitusprophylaxe anwenden, als auch bei denen, die ihn nicht anwenden, was die anschließenden Tabellen verdeutlichen:

Stationäre Einrichtungen	Kommunal	Freigemein nützig	Privat	Gesamt
Ja, wir setzen den Expertenstandard ein	85,1	79,6	70,7	78,2
Nein, wir setzen den Expertenstandard nicht ein	14,9	20,4	29,3	21,8
Der nationale Expertenstandard wird unverändert umgesetzt	10,4	17,2	16,9	16,1
Wurde in Teilbereichen den spezifischen Erfordernissen und Situationen angepasst	50,0	49,0	22,9	42,7
Wurde vollständig den spezifischen Erfordernissen und Situationen angepasst	22,9	16,7	28,0	26,5
Der nationale Expertenstandard ist uns nicht bekannt	0,0	2,0	3,6	2,1
Wir setzen keinen Standard ein	2,1	0,5	1,2	0,9
Wir setzen einen anderen Standard ein	2,1	2,0	2,4	2,1
Wir setzen einen eigenen Standard ein	16,7	16,7	24,1	18,5

Tabelle 56: Anwendung Expertenstandard nach Trägerschaft in Prozent (stationär)

Im stationären Bereich fällt auf, dass in privaten Einrichtungen der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe mit 22,9% weitaus weniger in spezifischen Teilbereichen angepasst wurde als in Einrichtungen anderer Trägerschaft.

Ambulante Dienste

Ambulante Dienste	Kommunal	Freigemein nützig	Privat	Gesamt
Ja, wir setzen den Expertenstandard ein	66,8	58,5	53,2	56,2
Nein, wir setzen den Expertenstandard nicht ein	33,2	41,5	46,8	43,8
Wurde in Teilbereichen den spezifischen Erfordernissen und Situationen angepasst	45,9	37,1	33,7	35,6
Wurde vollständig den spezifischen Erfordernissen und Situationen angepasst	7,0	12,8	13,4	13,0
Der nationale Expertenstandard ist uns nicht bekannt	0,0	10,7	18,3	14,0
Wir setzen keinen Standard ein	0,0	11,9	0,9	6,9
Wir setzen einen anderen Standard ein	0,0	2,4	6,6	4,3
Wir setzen einen eigenen Standard ein	7,0	18,9	25,5	21,8

Tabelle 57: Anwendung Expertenstandard nach Trägerschaft in Prozent (ambulant)

Die freigemeinnützigen ambulanten Dienste arbeiten mit 11,9% im Vergleich zu den beiden anderen Trägerschaften signifikant seltener ohne einen Standard zur

Dekubitusprophylaxe. Im Gegensatz dazu setzen nur 0,9% der privaten ambulanten Diensten keinen Standard ein.

Signifikanzen nach Größenklassen

In den stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste konnten folgende Signifikanzen bezüglich der Anwendung des nationalen Expertenstandards festgestellt werden.

Stationäre Einrichtungen

Stationäre Einrichtungen	1-10	11-30	31-60	61-90	91-120	121-150	151-180	181 und mehr	Gesamt
Ja, wir setzen den Expertenstandard ein	70,0	61,9	73,0	80,7	81,2	80,0	100,0	100,0	78,2
Nein, wir setzen den Expertenstandard nicht ein	30,0	38,1	27,0	14,3	18,8	20,0	0,0	0,0	21,8
Der nationale Expertenstandard wird unverändert umgesetzt	20,0	18,6	9,4	16,9	13,8	15,4	42,9	33,3	16,3
Wurde in Teilbereichen den spezifischen Erfordernissen und Situationen angepasst	30,0	34,9	40,6	49,4	39,1	42,3	28,6	61,1	42,3
Wurde vollständig den spezifischen Erfordernissen und Situationen angepasst	20,0	16,7	23,4	15,7	25,3	19,2	42,9	11,1	20,5
Der nationale Expertenstandard ist uns nicht bekannt	0,0	14,0	0,0	1,2	1,2	0,0	0,0	0,0	2,4
Wir setzen keinen Standard ein	0,0	2,3	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9
Wir setzen einen anderen Standard ein	0,0	0,0	0,0	3,6	4,6	0,0	0,0	0,0	2,1
Wir setzen einen eigenen Standard ein	30,0	25,6	25,0	13,3	17,2	15,4	0,0	11,1	18,3

Tabelle 58: Anwendung Expertenstandard nach Größenklassen in Prozent (stationär)

In der Größenklasse 11 - 30 kommt der Expertenstandard mit 61,9% seltener zur Anwendung, als in anderen Größenklassen. Dies liegt vermutlich daran, dass dieser bei den Befragten in 14% der Fälle nicht bekannt ist.

Ambulante Dienste

Ambulante Dienste	1-10	11-30	31-50	51-70	71 und mehr	Gesamt
Ja, wir setzen den Expertenstandard ein	35,4	61,4	52,2	59,9	65,6	56,2
Nein, wir setzen den Expertenstandard nicht ein	64,4	38,6	47,8	40,1	34,4	43,8
Der nationale Expertenstandard wird unverändert umgesetzt	0,0	12,1	6,4	10,2	9,9	8,5
Wurde in Teilbereichen den spezifischen Erfordernissen und Situationen angepasst	0,0	39,3	40,8	43,1	39,0	35,6
Wurde vollständig den spezifischen Erfordernissen und Situationen angepasst	35,4	10,9	5,4	10,4	17,2	13,0
Der nationale Expertenstandard ist uns nicht bekannt	29,2	11,3	12,2	13,6	12,2	14,0
Wir setzen keinen Standard ein	20,8	8,5	4,9	1,1	1,3	6,9
Wir setzen einen anderen Standard ein	14,6	0,0	5,0	2,7	5,1	4,3
Wir setzen einen eigenen Standard ein	14,6	14,8	27,4	32,0	23,3	21,8

Tabelle 59: Anwendung Expertenstandard nach Größenklassen in Prozent (ambulant)

Signifikante Unterschiede stellten sich nur in der Größenklasse 1-10 dar. Hier wurde der Expertenstandard mit 35,4% seltener angewendet. Grund dafür könnte der relativ geringe Bekanntheitsgrad des Expertenstandards (29,2%) und der Einsatz eines anderen Standards (20,8%) bzw. eines eigenen Standards (14,6%) sein. Auf der anderen Seite wird der Expertenstandard bei einer Implementierung in die Praxis in dieser Größenklasse verhältnismäßig oft vollständig angepasst (35,4%) und signifikant seltener nur in Teilbereichen.

Frage 10:

Wie beurteilen Sie den nationalen Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe in der Pflege?

Die Befragten hatten hier nicht nur die Möglichkeit ihre Bewertung für den Expertenstandard Dekubitusprophylaxe über vier Beurteilungskriterien abzugeben, sondern auch die Gelegenheit ihre Begründungen dafür anzuschließen. Die folgende Grafik erfasst die allgemeinen Bewertungen:

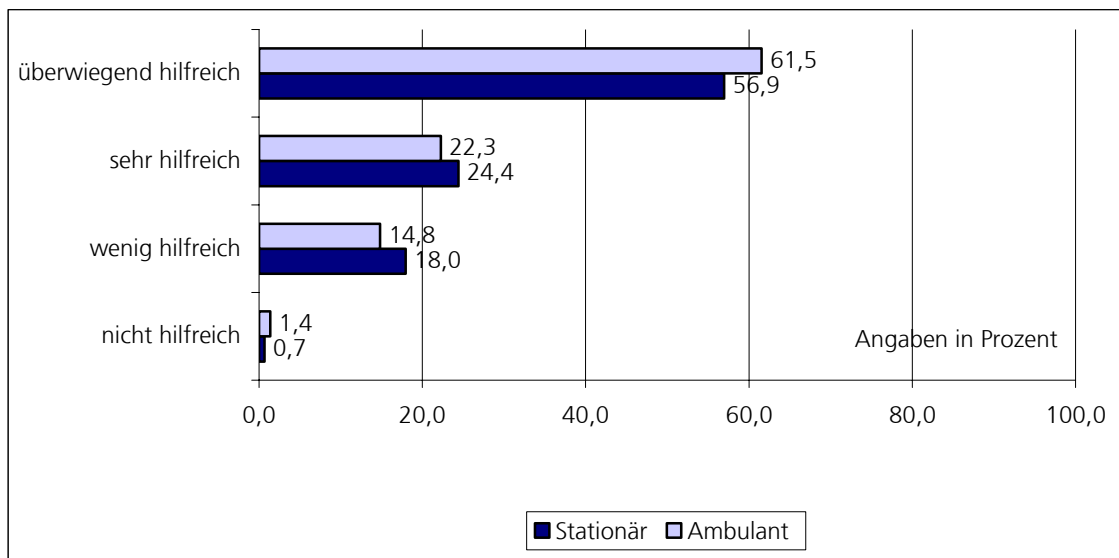


Abbildung 21: Bewertung Expertenstandard Dekubitusprophylaxe

Insgesamt bewerten mehr als 80% der stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste den Expertenstandard als sehr bis überwiegend hilfreich. Wenig bis nicht hilfreich beurteilen ihn ca. 19% der stationären Einrichtungen und 15% der ambulanten Dienste. Dieses Ergebnis macht deutlich, dass sich der Expertenstandard in der Praxis etabliert hat und von der Mehrzahl der Pflegekräfte positiv bewertet wird.

Über die offene Fragestellung zur Begründung der Bewertung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe konnten zwei große Kategorien identifiziert werden. Zum einen gab es aus dem stationären Bereich 103 Nennungen und aus dem ambulanten Bereich 75 Nennungen zu den „Problemen bei der Anwendung im Pflegealltag“. Hierunter subsumieren sich u.a. folgende Kategorien:

- Zu umfangreich (S=20; A=13)
- Anpassung notwendig (S=16; A=11)

- Schwer verständlich/theoretisch (S=19; A=5)
- Finanzierung durch Pflegekassen und Kunden (S=4; A=16)
- Abhängig von der Kooperation der Angehörigen (A=11)
- Keine neuen Erkenntnisse (S=4; A=3).

Zu der zweiten Kategorie „Vorteile bei einer Anwendung im Pflegealltag“ zu der 60 Nennungen aus dem stationären Bereich und 44 Nennungen aus dem ambulanten Bereich kamen, wurden folgende Antworten zusammengefasst:

- Gibt Sicherheit/Struktur (S=20; A=18)
- Wissenschaftlich fundiert (S=12, A=2)
- Fördert Pflegequalität (S=6, A=6) und
- Einheitliches Qualitätsniveau bzw. Wissen (S=4, A=3).

9 Dekubitustherapie

Sowohl aus ethischer als auch aus wirtschaftlicher Sicht ist die Dekubitusprophylaxe vor der Dekubitustherapie einzuordnen. In der Vergangenheit wurde häufig auf eigenen Erfahrungen basierend therapiert. Wissenschaftlich fundierte Leitlinien zur Dekubitusbehandlung haben neue Maßstäbe gesetzt. Pflegefachkräfte sind zur Behandlungspflege qualifiziert (MDS 2001: 34/55/61). Allerdings: „die therapeutische Betreuung des Dekubituskranken obliegt ärztlicher Verantwortung“ (Krause et al. 2004:7).

Die Behandlung eines bestehenden Dekubitus kann langfristig nur Erfolg haben, wenn neben der Wundbehandlung der ganze Mensch im Mittelpunkt der medizinischen und pflegerischen Intervention steht. Aus diesem Grund wurde in diesem Fragekomplex nach der Wundbehandlung nach Arztanordnung sowie nach den begleitenden Interventionen gefragt, die stationäre Einrichtungen und ambulante Dienste zusätzlich durchführen.

Frage 11:

Welche Methoden und Vorgehensweisen wenden Sie nach Anordnung des Arztes in der Lokalthherapie des Dekubitus an?

Die folgende Grafik stellt dar, welche Behandlungsmethoden derzeit in der Dekubitustherapie Anwendung finden:

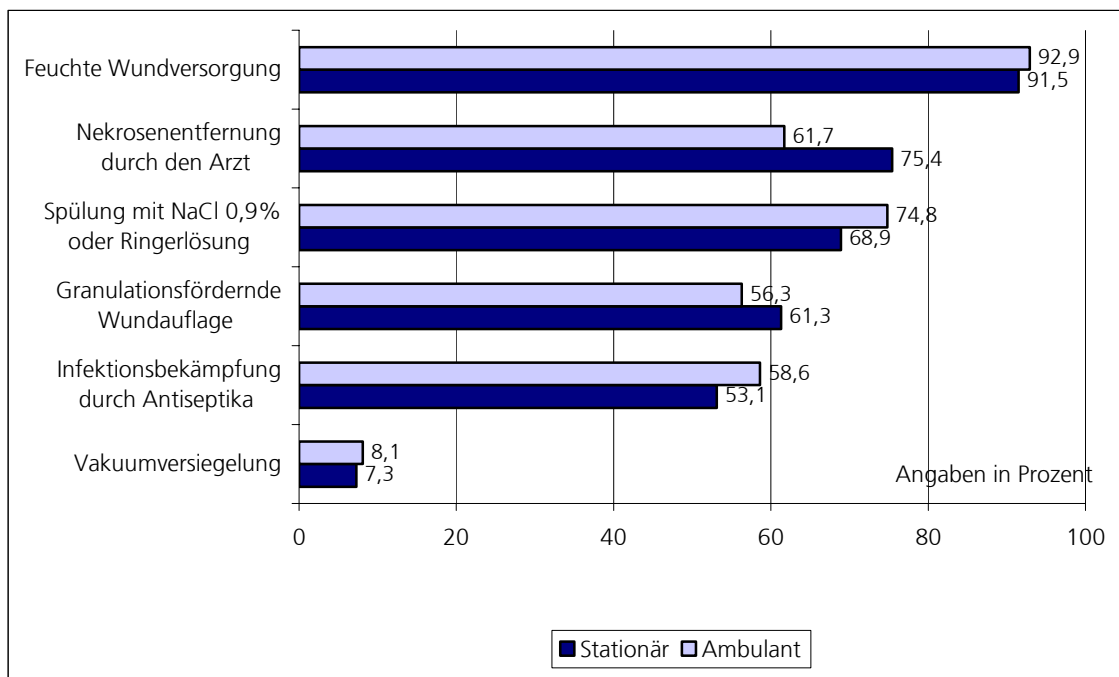


Abbildung 22: Behandlungsmethoden nach Arztanordnung

Die feuchte Wundversorgung wird nahezu identisch in der stationären (91,5%) und in der ambulanten Versorgung (92,9%) zur Dekubitusbehandlung eingesetzt und ist damit die favorisierteste Methode der Ärztinnen und Ärzte. Danach lassen sich leichte Unterschiede erkennen. Während drei Viertel aller Befragten in den stationären Einrichtungen die Nekrosenabtragung durch den Arzt nannten, gab die gleiche Anzahl bei den ambulanten Diensten die Spülung mit physiologischer Kochsalz- bzw. Ringerlösung an. Dahinter folgen im stationären Bereich die granulationsfördernde Wundauflage (61,3%) und die Infektionsbekämpfung durch Antiseptika (53,1%). Im ambulanten Bereich nannten 58,6% der Befragten die Infektionsbekämpfung durch Antiseptika und 56,3% die granulationsfördernde Wundauflage. Die Vakuumversiegelung kommt in beiden Bereichen etwa gleich selten zum Einsatz, stationär 7,3% und ambulant 8,1%.

Über die offenen Items machten die Befragten noch weitere Angaben zur lokalen Dekubitustherapie. Folgende Kategorien wurden gebildet:

- Individuelle Arztanordnung (S=12; A=13)
- Anwendung veralteter Methoden nach ärztlicher Anwendung (S= 8; A=9) wie etwa Zucker und Honig und Jod und die traditionellen trockenen Verbände (S=3; A=6) wie z.B. Wundgaze.
- Einschalten von Wundberaterinnen bzw. Wundberatern (S=8; A=8)

Die Ziele der Dekubitustherapie sind die Abheilung und der Verschluss des Hautdefektes sowie die Vermeidung von Komplikationen. Das Wundmanagement sollte dabei immer anhand der verschiedenen Dekubitusstadien erfolgen. Dies impliziert regelmäßige Kontrollen des Dekubitus und die Anpassung an den dynamischen Heilungsprozess. „Grundprinzipien der stadiengerechten Wundbehandlung sind die Wundreinigung, die Nekrosenabtragung, feuchte Wundbehandlung, Anregung der Granulation und Förderung der Epithelisierung“ (MDS 2001: 36).

Abgestorbenes nekrotisches Gewebe muss rechtzeitig entfernt werden. Nekrosen begünstigen das Wachstum von Bakterien und verhindern die Entstehung von Granulationsgewebe. Die Nekrosenabtragung muss durch die Ärztin bzw. den Arzt erfolgen. Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass die Nekrosenentfernung in der Praxis relativ häufig Anwendung findet.

Zur Säuberung von Wunden sind Spülungen mit physiologischer Kochsalzlösung oder Ringerlösungen geeignet. Lokale Antiseptika zur Desinfektion der Wunde sowie lokale Antibiotika sollten nicht mehr routinemäßig eingesetzt werden. Antiseptika schädigen das Granulationsgewebe. Zur Infektionsbekämpfung sind Silber-Aktivkohle Wundauflagen vorzuziehen. Sollte zur Therapie einer manifesten Infektion ein Antiseptika eingesetzt werden, muss der Wirkstoff wenig gewebeschädigend sein und die Behandlung spätestens nach Bildung von Granulationsgewebe beendet werden (Initiative chronische Wunde 1997: 40 u. Fischer 2004: 58). Auch der MDS rät vom Einsatz lokaler Antiseptika ab ebenso wie von einer enzymatischen Wundreinigung ab. Die enzymatische Wundreinigung wird als kaum wirksam eingestuft (MDS 2001: 36/56).

Zur feuchten Wundbehandlung stehen unterschiedliche Präparate zur Verfügung. Dies sind die Hydroaktivverbände, Hydropolymerverbände, Hydrogele und Alginat. Diese scheinen sich nach Erkenntnis der vorliegenden Untersuchung in der Praxis fest etabliert zu haben. Bradley (1999) führt auf, dass die moderne Wundversorgung die Schaffung eines feucht-warmen Wundmilieus und seltenere Verbandswechsels beinhaltet. Studien von Xakelis (1992) und dem Bundesverband Medizinprodukteindustrie e.V (1998) zeigen darüber hinaus auch die verkürzte Wundheilungsdauer und den geringeren Zeitaufwand der feuchten Wundversorgung auf. Nach einer vergleichenden Berechnung zwischen feuchter Wundversorgung und traditioneller Wundversorgung im ambulanten Bereich legte Sellmer (1997) dar, dass die Materialkosten um bis zu 72% und die Personalkosten für die Wundbehandlung eines Dekubitus um 75% gesenkt werden können (MDS 2001: 37/56).

In letzter Zeit findet zunehmend die Vakuumversiegelung bei therapieresistenten Dekubitalulcera Beachtung. Bei der Vakuumversiegelung wird mittels Vakuumpumpe ein Unterdruck erzeugt. Durch den entstehenden Unterdruck kommt es zu einer Steigerung der Wunddurchblutung, einer Reduktion des Gewebeödems, einer Minderung der bakteriellen Besiedlung und der Steigerung der Zellaktivität (MDS 2001: 41).

Nach Sellmer (1998c) wird die Wundbehandlung häufig noch nach veralteten Methoden durchgeführt. Konsens besteht über den Einsatz von Substanzen, die wegen fehlender Wirkung nicht eingesetzt werden sollten. U.a. sind dies: Zucker und Honig, lokale Antibiotika sowie Wund- und Heilsalben (MDS 2001: 37).

In der vorliegenden Untersuchung gaben einige der Befragten an, nach Arztanordnung genannte Substanzen und veraltete Methoden anwenden zu müssen. Dies waren:

- der Einsatz von Zucker, Honig, Jod und Mercurochrom (S=9; A=8)
- die Wundbehandlung mit trockenen Wundauflagen (S=6; A=3)

Die Anwendung dieser Methoden ist nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen der Wundbehandlung absolut nicht vertretbar.

Darüber hinaus wurde von mehr als der Hälfte der Befragten die Infektionsbekämpfung durch Antiseptika in der Praxis bestätigt. Die hohe Anzahl der Nennungen spricht für einen routinemäßigen Einsatz von Antiseptika. Dies gilt es kritisch zu überprüfen.

Signifikanzen nach Trägerschaft

Signifikanzen bezüglich der Trägerschaft sind in beiden Bereichen aufzeigbar, was die anschließenden Tabellen verdeutlichen:

Stationäre Einrichtungen

Stationäre Einrichtungen	Kommunal	Freigmein nützig	Privat	Gesamt
Nekrosenentfernung durch den Arzt	84,0	76,6	66,3	75,1
Granulationsfördernde Wundauflage	74,0	58,5	57,8	60,7
Feuchte Wundversorgung	98,0	92,2	84,3	91,1
Infektionsbekämpfung durch Antiseptika	62,0	50,7	51,8	52,7
Spülung mit NaCl 0,9% oder Ringerlösung	70,0	71,7	60,2	68,6
Vakuumversiegelung	2,0	8,8	6,0	7,1

Tabelle 60: Lokale Dekubitustherapie nach Trägerschaft in Prozent (stationär)

Stationäre Einrichtungen in privater Trägerschaft wenden die feuchte Wundversorgung mit 84,3% etwas weniger an im Vergleich zu den anderen beiden Trägerarten.

Ambulante Dienste

Ambulante Dienste	Kommunal	Freigemein nützig	Privat	Gesamt
Nekrosenentfernung durch den Arzt	47,1	64,4	58,7	61,7
Granulationsfördernde Wundauflage	73,8	59,9	51,8	56,3
Feuchte Wundversorgung	100,0	98,5	86,3	92,9
Infektionsbekämpfung durch Antiseptika	20,9	63,8	53,2	58,6
Spülung mit NaCl 0,9% oder Ringerlösung	80,3	74,9	74,7	74,8
Vakuumversiegelung	7,0	5,6	11,1	8,1

Tabelle 61: Dekubitustherapie nach Trägerschaft in Prozent (ambulant)

Auch im ambulanten Sektor wird die feuchte Wundversorgung bei Diensten in privater Trägerschaft etwas seltener angewandt als bei den anderen Trägerarten.

Signifikanzen nach Größenklassen

Auch hier sind Differenzen sowohl in stationären Einrichtungen als auch bei den ambulanten Diensten erkennbar:

Stationäre Einrichtungen

Stationäre Einrichtungen	1-10	11-30	31-60	61-90	91- 120	121- 150	151- 180	181 und mehr	Gesamt
Nekrosenentfernung durch den Arzt	30,0	62,8	59,7	81,9	87,4	76,9	100,0	88,9	75,4
Granulationsfördernde Wundauflage	30,0	51,2	59,7	61,4	69,0	53,8	100,0	66,7	61,3
Feuchte Wundversorgung	40,0	86,0	89,6	94,0	94,3	100,0	100,0	100	91,5
Infektionsbekämpfung durch Antiseptika	20,0	37,2	53,7	54,2	59,8	53,8	42,9	72,2	53,1
Spülung mit NaCl 0,9% oder Ringerlösung	30,0	53,5	58,2	74,7	81,6	73,1	42,9	83,3	68,9
Vakuumversiegelung	10,0	2,3	10,4	7,2	6,9	7,7	0,0	11,1	7,3

Tabelle 62: Dekubitustherapie nach Größenklassen in Prozent (stationär)

Signifikanzen traten nur im Bereich der kleinsten Größenklasse auf. Die Befragten gaben an, folgende Methoden zur Dekubitustherapie nach Arztanordnung seltener anzuwenden: Nekrosenentfernung durch den Arzt (30%), Spülung mit NaCl 0,9% oder Ringerlösung (30%) und die feuchte Wundversorgung (40%).

Ambulante Dienste

Ambulante Dienste	1-10	11-30	31-50	51-70	71 und mehr	Gesamt
Nekrosenentfernung durch den Arzt	56,4	53,9	59,5	71,1	79,4	61,7
Granulationsfördernde Wundauflage	43,6	51,4	63,0	52,2	67,5	56,3
Feuchte Wundversorgung	74,5	92,0	99,1	91,6	99,4	92,9
Infektionsbekämpfung durch Antiseptika	12,7	56,3	73,3	58,2	73,6	58,6
Spülung mit NaCl 0,9% oder Ringerlösung	38,2	74,4	84,4	73,8	88,2	74,8
Vakuumversiegelung	12,7	5,9	7,0	6,4	12,5	8,1

Tabelle 63: Dekubitustherapie nach Größenklassen in Prozent (ambulant)

Wiederum sind Unterschiede in der kleinsten Größenklasse auch im ambulanten Bereich erkennbar. Hier werden die feuchte Wundversorgung (74,5%), die Infektionsbekämpfung durch Antiseptika (12,7%) und die Spülung mit NaCl 0,9% oder Ringerlösung (38,2%) weniger häufig zur lokalen Dekubitustherapie eingesetzt. Hingegen findet eine Nekrosenabtragung durch den Arzt (79,4%) in der größten Größenklasse öfters statt als in anderen Größenklassen der ambulanten Dienste.

Neben der Lokalthherapie spielt die so genannte Kausaltherapie eine wesentliche Rolle bei der Behandlung von Dekubitalulcera. Letzterer wird häufig weniger Bedeutung entgegengebracht, was eine Wundheilungsverzögerung zur Folge haben kann. Zur Kausaltherapie zählen in der Regel die in der folgenden Fragestellung aufgeführten vier Bereiche: Druckentlastung, Ernährungsverbesserung, Schmerztherapie und Verbesserung des Allgemeinzustandes (www.dekubitus.de).

Frage 12:

Welche weiteren Methoden und Vorgehensweisen wenden Sie an, um die Heilung des Dekubitus zu unterstützen

Folgende weitere Vorgehensweisen zur Heilungsunterstützung eines Dekubitus werden von den Befragten der stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste eingesetzt:

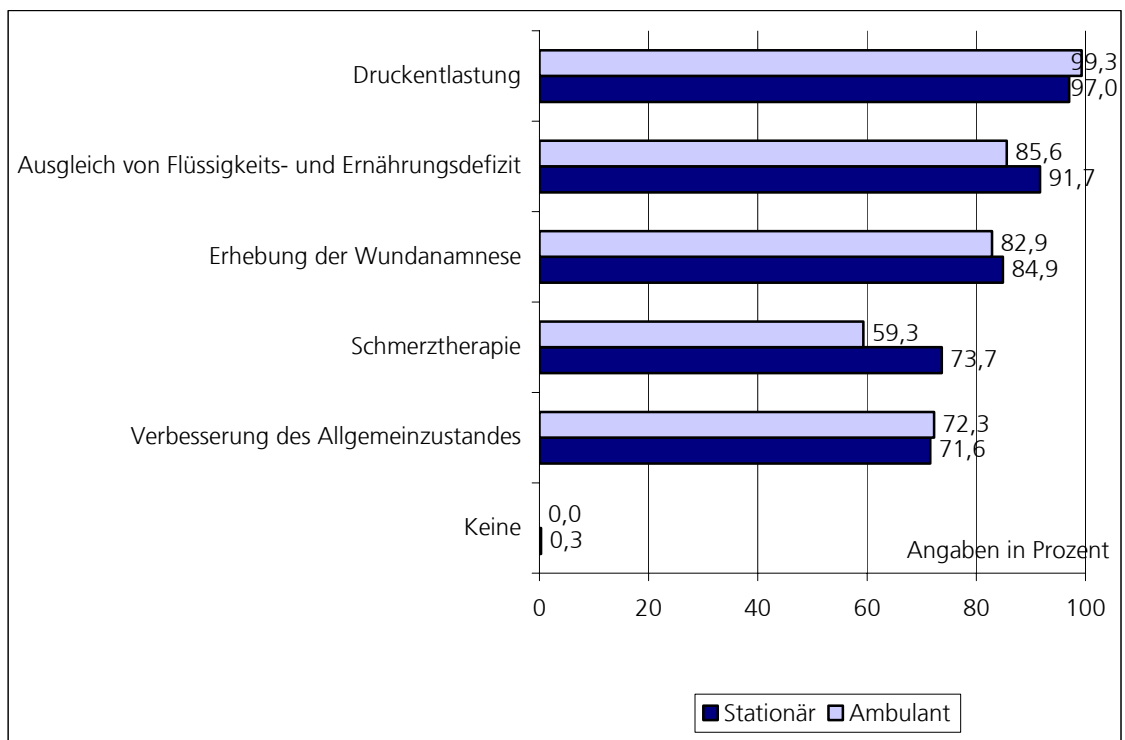


Abbildung 23: Zusätzliche Vorgehensweise zur Heilungsunterstützung

Insgesamt ist zu sagen, dass die stationären Einrichtung und die ambulanten Dienste der Kausaltherapie nachkommen. Die Druckentlastung wird nahezu von allen Befragten in den stationären Einrichtungen (97%) und bei den ambulanten Diensten (99,3%) durchgeführt. Des Weiteren folgen im stationären Bereich der Ausgleich von Flüssigkeits- und Ernährungsdefiziten (91,7%), die Erhebung der Wundanamnese (84,9%), die

Schmerztherapie (73,7%) und die Verbesserung des Allgemeinzustandes (71,6%). Im Allgemeinen werden die zusätzlichen Vorgehensweisen im ambulanten Bereich etwas seltener angewendet. Der Ausgleich des Flüssigkeits- und Ernährungsdefizits zu 85,6%, die Erhebung der Wundanamnese zu 82,9%, die Verbesserung des Allgemeinzustandes zu 72,3% und die Schmerztherapie in 59,3% der Fälle.

Die Befragten hatten zusätzlich noch die Möglichkeit in einer offen gestellten Frage Verfahren zur Heilungsunterstützung eines Dekubitus anzugeben, die sie in ihrem Bereich anwenden. Es konnten vier Hauptbereiche herausgefiltert werden, die sich wie folgt darstellen lassen:

- Beratung der Kundinnen und Kunden bzw. der Bewohnerinnen und Bewohner und deren Angehörigen (S=3; A=22)
- Einsatz einer Wundberaterin bzw. eines Wundberaters (S=10; A=6)
- die Wunddokumentation (S=9; A=7)
- ergänzend zum Ausgleich des Flüssigkeits- und Ernährungsdefizit gaben einige Befragte speziell den Einsatz von eiweiß- und zinkreicher Ernährung an (S=9; A=7)

Die Dekubitustherapie sollte mit der Erhebung der Wundanamnese begonnen werden. Es sollte eine exakte Wundbeschreibung des Dekubitus vorliegen. Eine Wundanamnese beinhaltet die Lokalisation, das Stadium und die Größe des Dekubitus, die Beurteilung der Wundränder und Wundumgebung und die Beschreibung der Wundheilungsphase (www.dekubitus.de). Unterstützt werden sollte die Wundanalyse durch eine Fotodokumentation. Die Dokumentation der Dekubitusprophylaxe und Dekubitustherapie ist eine Beweismöglichkeit in haftungsrechtlichen Angelegenheiten und ist vorgeschrieben (MDS 2001: 61-62).

„Das absolut wichtigste Vorgehen bei der Dekubitustherapie ist die Wiederherstellung der Durchblutung des entsprechenden Hautareals. Dies wird durch die komplette Druckentlastung des betroffenen Gebietes erreicht“ (www.dekubitus.de). Die Kontinuität von druckentlastenden Maßnahmen, wie z.B. Lagerung, die aktive und passive Bewegungsförderung oder der Einsatz druckreduzierender Hilfsmittel ist Voraussetzung für die erfolgreiche Dekubitustherapie. Dabei gilt, dass ein manifestierter Dekubitus vom Auflagedruck vollständig entlastet werden muss. Dies sollte nach Möglichkeit ohne den Einsatz ringförmiger Hilfsmittel geschehen, da diese den Auflagedruck an den Seiten erhöhen (MDS 2001: 50).

Laut MDS leiden Dekubituspatientinnen und Patienten nach neuesten Untersuchungen an Mangelernährung, insbesondere an einem Mangel von Zink, Selen, Magnesium, Calcium, Vitamin B 12, Folsäure, Albumin, Transferrin und Cholinesterase. Durch die regelmäßige Beurteilung des Ernährungszustandes und Flüssigkeitshaushaltes sollen Defizite frühzeitig erkannt werden. Ernährungsunterstützende Maßnahmen wie z.B. die Aufmunterung und

Hilfestellung bei der Nahrungsaufnahme, die Förderung der selbstständigen Nahrungsaufnahme und die Anregung des Appetits können einer Fehl- und Mangelernährung entgegenwirken. Ebenso ist der Einsatz von Nahrungszusätzen zur Substitution der fehlenden Vitamine und Mineralien sinnvoll (MDS 2001: 35). Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung konstatiert, dass der Energiebedarf eines Dekubituspatienten auf 30-35 kcal pro kg pro Tag und der Proteinbedarf auf 1,2-1,5 g pro kg pro Tag steigt. Zudem empfiehlt sie die Versorgung mit wichtigen Vitaminen wie A, C, E und den Mineralstoffen Zink und Selen (www.dekubitus.de).

Man ging lange davon aus, dass Druckgeschwüre bzw. alle chronische Wunden keinerlei Schmerzen verursachen. Druckgeschwüre verursachen aber Schmerzen, die therapiert werden müssen. „Da dekubitale Erkrankungen die Gesundheit und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten langfristig minimieren, sollte der Vorbeugung und effektiven Behandlung große Bedeutung beigemessen werden.“ (www.dekubitus.de). Eine Schmerzbehandlung sollte aufgrund der seelischen und körperlichen Belastungen, die durch einen Dekubitus den Betroffenen widerfahren, durchgeführt werden (Krause et al 2004: 8). Schmerzen können auch durch die lokale Wundbehandlung (Verbandswechsel, Debridement) zu nehmen. Es sollten deshalb entsprechende Analgetika eingesetzt werden, die dem derzeitigen Stand der Schmerztherapie entsprechen (MDS 2001; 36). Die Frage nach Schmerzen, die z.B. durch die Grunderkrankung existieren, darf nicht unberücksichtigt bleiben. „Auch wenn die Schmerzthematik im Zusammenhang mit Druckgeschwüren negiert wurde, so ist sie doch ein wichtiger Bestandteil der Dekubitustherapie. Einerseits verbessert sie den Allgemeinzustand des Patienten und dient darüber hinaus der Bewegungsförderung“ (www.dekubitus.de).

Eine Verbesserung des Allgemeinzustandes kann nicht von heute auf morgen realisiert werden. Um dieses mittelfristige Ziel erreichen zu können, sollten Maßnahmen wie eine ausgewogene eiweiß- und vitaminreiche Ernährung, mindestens 1,5 Liter Flüssigkeit pro Tag, aktive- und passive Mobilisation und Beachtung des psychosozialen Wohlbefindens unternommen werden (www.dekubitus.de). Die Verbesserung des Allgemeinzustandes schließt die Behandlung der Grund- und Begleiterkrankungen mit ein.

Signifikanzen nach Trägerschaft

Stationäre Einrichtungen

Bei den stationären Einrichtungen konnten keine Signifikanzen bezüglich der Trägerschaft festgestellt werden.

Ambulante Dienste

Zu den weiteren Methoden und Vorgehensweisen zur unterstützenden Heilung eines Dekubitus konnten im Bereich der Trägerschaft nur bei den ambulanten Diensten Unterschiede festgestellt werden, dargestellt durch folgende Tabelle:

Ambulante Dienste	Kommunal	Freigemeinnützig	Privat	Gesamt
Keine	0,0	0,0	0,0	0,0
Erhebung der Wundanamnese	80,7	85,9	82,9	80,7
Druckentlastung	99,8	98,6	99,3	99,8
Ausgleich von Flüssigkeits- und Ernährungsdefizit	85,8	86,1	85,6	85,8
Schmerztherapie	58,8	60,0	59,3	58,8
Verbesserung des Allgemeinzustandes	61,6	85,5	72,3	61,6

Tabelle 64: Weitere Methoden in der Dekubitustherapie nach Trägerschaft in Prozent (ambulant)

Für ambulante Dienste in freigemeinnütziger Trägerschaft ist die Verbesserung des Allgemeinzustandes (85,5%) eine wichtige Vorgehensweise für den unterstützenden Heilungsverlauf eines Dekubitus und wird von ihnen signifikant häufiger angewendet als bei den Diensten in anderer Trägerschaft.

Signifikanzen nach Größenklassen

Hier konnten sowohl im stationären Bereich als auch bei den ambulanten Diensten Unterschiede festgestellt werden:

Stationäre Einrichtungen

Stationäre Einrichtungen	1-10	11-30	31-60	61-90	91-120	121-150	151-180	181 und mehr	Gesamt
Keine	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Erhebung der Wundanamnese	60,0	76,7	80,6	85,5	93,1	88,5	85,7	94,4	85,3
Druckentlastung	60,0	93,0	97,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	97,4
Ausgleich von Flüssigkeits- und Ernährungsdefizit	50,0	86,0	94,0	96,4	92,0	96,2	100,0	94,4	92,1
Schmerztherapie	50,0	58,1	74,6	78,3	78,2	69,2	85,7	88,9	74,2
Verbesserung des Allgemeinzustandes	40,0	76,7	79,1	71,1	69,0	65,4	85,7	77,8	72,1

Tabelle 65: Weitere Methoden in der Dekubitustherapie nach Größenklassen in Prozent (stationär)

Erkennbar ist, dass nur in der kleinsten Größenklasse (1-10) Signifikanzen auftreten. Die Erhebung der Wundanamnese (60%), die Druckentlastung (60%) und der Ausgleich von Ernährungs- und Flüssigkeitsdefiziten (50%) werden in dieser Größenklasse wesentlich seltener als Methode zur Heilungsunterstützung eines Dekubitus herangezogen.

Ambulante Dienste

Ambulante Dienste	1-10	11-30	31-50	51-70	71 und mehr	Gesamt
Keine	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Erhebung der Wundanamnese	100,0	75,8	82,4	80,2	87,1	82,9
Druckentlastung	100,0	98,4	100	98,9	99,4	99,3
Ausgleich von Flüssigkeits- und Ernährungsdefizit	87,3	86,7	86,4	81,6	83,6	85,6
Schmerztherapie	18,2	60,8	67,8	63,8	70,3	59,3
Verbesserung des Allgemeinzustandes	63,7	81,8	71,4	63,8	67,0	72,3

Tabelle 66: Weitere Methoden in der Dekubitustherapie nach Größenklassen in Prozent (ambulant)

Ambulante Dienste in der Größenklasse 1-10 führen häufiger die Wundanamnese durch, dafür praktizieren sie aber seltener die Schmerztherapie. Für die Größenklasse 11-30 ist die für die Verbesserung des Allgemeinzustandes mit 81,8% wichtiger als bei den anderen Größenklassen.

10 Dokumentation

Um eine gezielte und Erfolg versprechende Prophylaxe und Therapieform zu planen und durchzuführen, ist die Erfassung und Einschätzung unterschiedlichster Kriterien notwendig. Die Pflegedokumentation verfolgt ihrem Wesen nach insbesondere die nachfolgenden Zwecke:

- Unter organisatorischen Aspekten ist der Zweck der Pflegedokumentation der Informationsaustausch mit anderen an der Betreuung, Versorgung, Pflege und Behandlung des Pflegebedürftigen Beteiligten.
- Unter rechtlichen Gesichtspunkten besteht der Zweck der Pflegedokumentation darin, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der Pflegebedürftige sein aus dem Pflege- bzw. Heimvertrag abgeleitetes Informationsrecht über den Pflege- und Behandlungsverlauf wahrnehmen kann. Keinesfalls ist die Dokumentation ausschließlich Gedächtnisstütze für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege.
- Unter wirtschaftlichen Aspekten ist zu beachten, dass die Dokumentation der geleisteten pflegerischen Tätigkeiten unter anderem auch die Grundlage zu deren Abrechnung gegenüber den Kostenträgern bildet.

Ein haftungsrechtlicher Zweck der Pflegedokumentation wird weder im SGB XI noch im SGB V ausdrücklich beschrieben.

Frage 13:

Welche der folgenden Kriterien erfassen Sie in der Pflegedokumentation bezüglich der Dekubitusprophylaxe und der Therapie?

Folgende, für die Dekubitusprophylaxe und Therapie relevanten, Punkte erfassen die Befragten in der Pflegedokumentation:

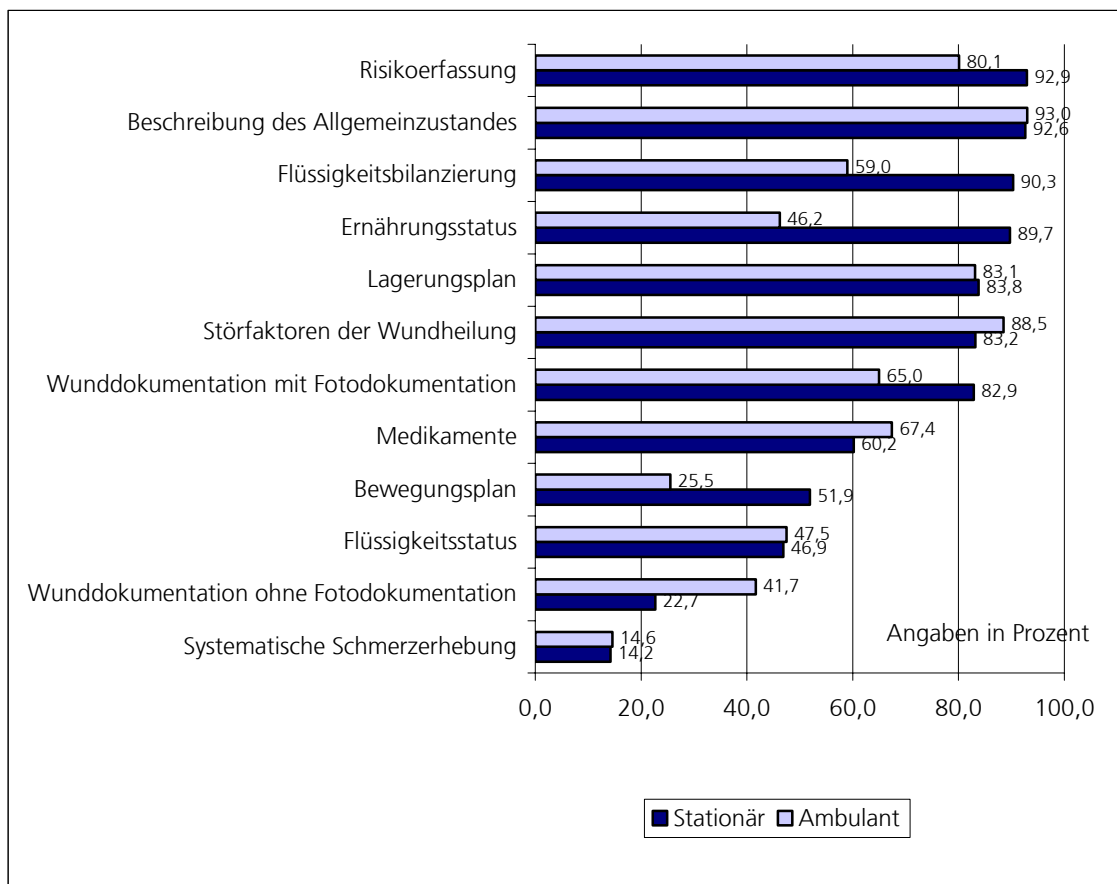


Abbildung 24: Pflegedokumentation

Wie die Grafik zeigt, erfassen die stationären Einrichtungen und die ambulanten Dienste eine Vielzahl von Faktoren im Rahmen der Dekubitusprophylaxe und Dekubitustherapie. Bei ca. 90% der Befragten in der stationären Pflege wird eine Risikoerfassung, eine Pflegeanamnese, eine Flüssigkeitsbilanzierung und die Erfassung des Ernährungszustands durch regelmäßige Gewichtskontrollen oder den Body-Mass Index durchgeführt. 80% der Befragten geben an, Lagerungspläne zu führen, bei bestehendem Dekubitus die Störfaktoren der Wundheilung wie z.B. Durchblutungsstörungen zu erfassen und eine Wunddokumentation mit Fotodokumentation zu führen. Erfreulicherweise wird nur noch

bei 22,7% die Wunddokumentation ohne Fotodokumentation durchgeführt. Einen Bewegungsplan, wie ihn der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe fordert, wird bereits bei 51,9% der Befragten eingesetzt. Eine systematische Schmerzerhebung spielt mit 14,2% eine untergeordnete Rolle.

In der ambulanten Versorgung zeigt sich, dass sich die Schwerpunkte in der Dokumentation im Vergleich zu den stationären Einrichtungen etwas verlagern. Ebenso wie in der stationären Pflege steht vor allem die Pflegeanamnese mit Erfassung des Allgemeinzustands der Kundinnen und Kunden mit über 90% an erster Stelle, gefolgt von den Störfaktoren der Wundheilung. Das Führen von Lagerungsplänen liegt mit 83,1% an dritter Stelle. Bewegungspläne, die eine Weiterführung der herkömmlichen Lagerungspläne darstellen, spielen mit 25,5% eine eher untergeordnete Rolle. Erstaunlicherweise geben hier nur 80,1% der Befragten der ambulanten Dienste an, eine Risikoerfassung in der Dokumentation aufzunehmen, wo hingegen im Fragekomplex zur Risikoerfassung 95% der Befragten ambulanten Dienste angeben, eine standardisierte Einschätzung anhand einer Skala durchzuführen. Bei vorhandenem Dekubitus erfolgt bei 65% die Wunddokumentation mit Foto und bei 41,7% ohne Foto. Die Flüssigkeitszufuhr und der Ernährungsstatus wird bei ca. 50% der Befragten ambulanten Dienste dokumentiert und spielt damit, im Vergleich zu den stationären Einrichtungen, eine geringere Rolle. Dies liegt sicherlich u.a. daran, dass die Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit durch die Angehörigen erfolgt. Eine systematische Schmerzerhebung führen 14,6% durch. Trotzdem ist es auch für die ambulanten Dienste sinnvoll, wenn die Bestimmung des Ernährungszustandes z.B. durch den Body-Mass Index und des täglichen Kalorien- und Flüssigkeitsbedarfs durch entsprechende Instrumente erfolgt.

Der MDS konstatiert in seiner Stellungnahme (2001), dass eine Dokumentation mindestens folgende Bestandteile haben muss:

- Patientenstammblatt
- Pflegeanamnese
- Individuelle Pflegeplanung
- Durchführungsnachweise
- Berichtsblatt
- Ärztliches Verordnungsblatt.

Des Weiteren sind bei Bedarf zu führen:

- Dekubitus- Risikoerfassungsskala
- Lagerungsplan
- Ein- Ausführplan und Bilanzierungsblatt
- Wunddokumentation.

(MDS 2001: 61)

Signifikanz nach Trägerschaft

Stationäre Einrichtungen

Bei den stationären Einrichtungen konnten keine Signifikanzen bezüglich der Trägerschaft festgestellt werden.

Ambulante Dienste

Bei den ambulanten Diensten konnten bei der Frage nach der Dokumentation folgende trägerspezifischen Signifikanzen festgestellt werden:

Ambulante Dienste	Kommunal	Freigemeinnützig	Privat	Gesamt
Risikoerfassung	73,8	81,0	79,2	80,1
Beschreibung des Allgemeinzustandes (Pflegeanamnese)	100,0	94,6	91,0	93,0
Lagerungsplan	54,1	78,2	89,4	83,1
Bewegungsplan	7,0	21,5	30,6	25,5
Störfaktoren der Wundheilung (z.B. Diabetes Mellitus, Durchblutungsstörungen)	73,8	91,2	85,4	88,5
Medikamente	59,9	69,1	65,6	67,4
Systematisch Schmerzerhebung	7,0	13,5	16,0	14,6
Ernährungsstatus, z.B. Gewichtskontrolle und BMI	27,8	40,9	52,7	46,2
Flüssigkeitsstatus, z.B. Hautfaltentest	13,9	45,4	50,6	47,5
Flüssigkeitsbilanzierung	54,1	52,1	67,3	59
Wunddokumentation mit Fotodokumentation	34,8	60,2	71,3	65
Wunddokumentation ohne Fotodokumentation	72,2	47,6	34,4	41,7

Tabelle 67: Skalen zur Risikoeinschätzung nach Trägerschaft in Prozent (ambulant)

Ambulante Dienste in privater Trägerschaft erfassen die durchgeführten Lagerungen signifikant häufiger in einem Lagerungsplan als die ambulanten Dienste in kommunaler und freigemeinnütziger Trägerschaft.

Signifikanz nach Größenklassen

Stationäre Einrichtungen

Stationäre Einrichtungen	1-10	11-30	31-60	61-90	91-120	121-150	151-180	181 und mehr	Gesamt
Risikoerfassung	80,0	81,8	89,6	94,0	96,6	96,2	100,0	100,0	92,4
Beschreibung des Allgemeinzustandes	90,0	88,6	94,0	90,4	97,7	80,8	100,0	94,4	92,4
Lagerungsplan	100,0	84,1	89,6	86,7	78,2	84,6	85,7	66,7	83,9
Bewegungsplan	50,0	38,6	52,2	51,8	58,6	30,8	57,1	77,8	51,8
Störfaktoren der Wundheilung	60,0	75,0	92,5	78,3	85,1	76,9	100,0	88,9	82,7
Medikamente	60,0	56,8	64,2	55,4	59,8	53,8	71,4	83,3	60,2
Systematisch Schmerzerhebung	30,0	6,8	17,9	13,3	13,8	19,2	0,0	16,7	14,3
Ernährungsstatus	60,0	68,2	89,6	96,4	96,6	88,5	100,0	94,4	89,8
Flüssigkeitsstatus, z.B. Hautfaltentest	50,0	43,2	55,2	44,6	46,0	42,3	14,3	61,1	47,1
Flüssigkeitsbilanzierung	90,0	88,6	91,0	90,4	90,8	88,5	100,0	88,9	90,4
Wunddokumentation mit Foto	60,0	50,0	82,1	90,4	90,8	88,5	100,0	94,4	83,0
Wunddokumentation ohne Foto	30,0	45,5	19,4	14,5	26,4	19,2	0,0	11,1	22,8

Tabelle 68: Skalen zur Risikoeinschätzung nach Größenklassen (stationär)

Stationäre Einrichtungen mit 1-10 Bewohnerinnen und Bewohnern erheben den Ernährungsstatus im Vergleich signifikant seltener. Dies trifft auch auf Einrichtungen mit 11-30 Pflegebedürftigen zu. Signifikant häufig wird der Ernährungsstatus in Einrichtungen mit 91-120 Bewohnerinnen und Bewohnern erhoben. Die Wunddokumentation ohne Foto überwiegt im Vergleich zu den übrigen Größenklassen in der Größenklasse 11-30. In Folge dessen wenden die Einrichtungen in dieser Größenklasse die Wunddokumentation mit Foto signifikant seltener an.

Ambulante Dienste

Ambulante Dienste	1-10	11-30	31-50	51-70	71 und mehr	Gesamt
Risikoerfassung	56,4	78,2	86,9	79,9	90,9	80,1
Beschreibung des Allgemeinzustandes	87,3	95,2	94,8	92,7	89,8	93,0
Lagerungsplan	100,0	77,2	86,1	79,2	78,9	83,1
Bewegungsplan	25,5	22,6	30,1	24,3	24,2	25,5
Störfaktoren der Wundheilung	87,3	88,1	85,9	90,5	93,7	88,5
Medikamente	61,8	71,2	65,1	72,1	65,1	67,4
Systematisch Schmerzerhebung	0,0	16,2	18,4	11,2	18,3	14,6
Ernährungsstatus	69,1	49,3	38,0	45,0	37,4	46,2
Flüssigkeitsstatus, z.B. Hautfaltentest	43,6	48,9	43,7	54,5	49,5	47,5
Flüssigkeitsbilanzierung	69,1	51,9	61,8	62,9	57,7	59,0
Wunddokumentation mit Foto	43,6	68,0	65,3	71,0	71,5	65,0
Wunddokumentation ohne Foto	56,4	41,1	36,5	36,4	45,0	41,7

Tabelle 69: Skalen zur Risikoeinschätzung nach Größenklassen in Prozent (ambulant)

In der ambulanten Versorgung lassen sich Signifikanzen nur in der Größenklasse 1-10 Kundinnen und Kunden feststellen. Signifikant seltener wird in dieser Größenklasse das Dekubitusrisiko erfasst und dokumentiert und ein bestehender Dekubitus mit Foto dokumentiert. Eine Schmerzerhebung wurde nicht angegeben. Signifikant häufiger erfolgt die Erhebung des Ernährungszustandes und der Einsatz eines Lagerungsplanes.

11 Fortbildung

Die Fort- und Weiterbildung der Pflegekräfte ist ein zentraler Ansatz zur Verbesserung der Versorgungsqualität. Neue pflegewissenschaftliche und medizinische Erkenntnisse sowie neue Erfahrungen aus der Praxis erfordern von den Pflegekräften eine ständige Überprüfung und Erweiterung ihres Wissens. Wissen kann sich mit der Zeit als falsch oder überholt herausstellen. Die Verantwortung für die Weiterbildung und Qualifizierung der Pflegekräfte liegt in der Verantwortung der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, aber auch bei den Pflegefachkräften selbst. Sie sind gesetzlich dazu verpflichtet, ihre Tätigkeit nach den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen auszuüben (DNQP 2002: 35).

Zielsetzung der folgenden Fragestellungen war es, Aufschluss darüber zu erhalten, wie viele Fortbildungen zum Thema Dekubitusprophylaxe und -therapie in den letzten zwei Jahren angeboten und genutzt und welche Themenschwerpunkte behandelt wurden. Interessant in diesem Zusammenhang ist auch, wie das frisch erlernte Wissen in die Praxis getragen und nachhaltig umgesetzt wird und wo der aktuelle Fortbildungsbedarf gesehen wird.

Frage 14:

Haben sie in den letzten zwei Jahren eine Fortbildung zum Thema Dekubitusprophylaxe und Therapie angeboten? Zu den Fortbildungen zählen auch: Kinästhetik, Mobilisationstechniken, Lagerungstechniken.

Die Befragten der stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste gaben an, für folgende an der Dekubitusprophylaxe und -therapie beteiligten Gruppen, Fortbildungen angeboten zu haben:

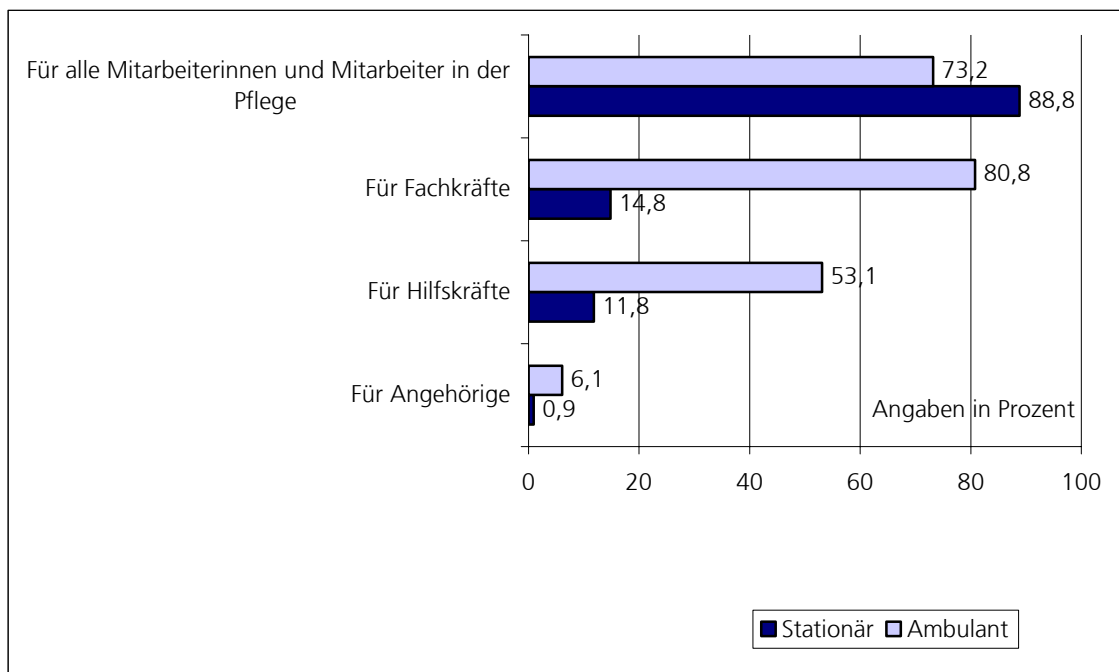


Abbildung 25: Fortbildungsteilnahme Gruppenspezifisch

88,8% der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber der stationären Einrichtungen boten in den letzten zwei Jahren Fortbildungen für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege, d.h. sowohl für die Fach- als auch für die Hilfskräfte an. Fortbildungsveranstaltungen speziell für Fachkräfte führten 14,8% der stationären Einrichtungen durch, für Hilfskräfte 11,8% und für Angehörige 0,9%. In der ambulanten Pflege richteten sich 73,2% der Fortbildungsmaßnahmen an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege. 80,8% der Nennungen entfielen auf Fortbildungen nur für Fachkräfte, 53,1% nur für Hilfskräfte und 6,1% auf Fortbildungen für Angehörige.

Der recht deutliche Unterschied in Bezug auf die Fortbildungen für Fachkräfte und Hilfskräfte zwischen den ambulanten Diensten und den stationären Einrichtungen lässt sich vermutlich auf das unterschiedliche „Ankreuzverhalten“ bei der Beantwortung der

Fragestellung zurückführen. Beobachtet werden konnte, dass bei den ambulanten Diensten wesentlich häufiger die Beantwortung der Frage nach Fortbildungsangeboten „Ja, für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Pflege“ durch das zusätzliche Ankreuzen der beiden anderen Antwortmöglichkeiten „Ja, für Fachkräfte“ und „Ja, für Hilfskräfte“ untermauert wurde. Allerdings könnte sich der hohe Anteil der Fortbildungen speziell für die Fachkräfte auch auf die im Vergleich zu den stationären Einrichtungen wesentlich höhere Fachkraftquote in den ambulanten Diensten erklären.

Signifikanzen nach Trägerschaft

Stationäre Einrichtungen

Bei den stationären Einrichtungen konnten keine Signifikanzen bezüglich der Trägerschaft festgestellt werden.

Ambulante Dienste

Ambulante Dienste	Kommunal	Freigemein nützig	Privat	Gesamt
Für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege	73,8	75,8	70,2	73,2
Für Fachkräfte	73,8	88,7	71,8	80,8
Für Hilfskräfte	34,8	61,2	44,3	53,1
Für Angehörige	0,0	7,1	5,2	6,1

Tabelle 70: Fortbildungsangebot nach Trägerschaft in Prozent (ambulant)

Die Tabelle gibt Aufschluss darüber, dass private Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber von ambulanten Diensten für ihre Fachkräfte mit 71,8% ein geringeres Fortbildungsangebot anbieten als die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber der anderen beiden Trägerschaften tun.

Anzahl und Dauer der Veranstaltungen

Die durchschnittliche Dauer einer Fortbildungsveranstaltung zum Thema Dekubitusprophylaxe und-therapie betrug in den stationären Einrichtungen 4,4 Stunden und bei den ambulanten Diensten 3,8 Stunden. Die kürzeste Veranstaltungsdauer war bei den stationären Einrichtungen eine halbe Stunde und bei den ambulanten Diensten eine Stunde. Die längste Veranstaltung dauerte bei den stationären Einrichtungen 60 und bei den ambulanten Diensten 50 Stunden. Vermutlich handelte es sich hierbei um eine Fortbildungsreihe bzw. Weiterbildung. Die Hälfte der genannten Veranstaltungen bei den stationären Einrichtungen dauerte zwei Stunden und bei den ambulanten Diensten drei Stunden.

Auch bezüglich der Veranstaltungshäufigkeit konnte im stationären Bereich ein höherer Wert erzielt werden. Hier wurden durchschnittlich 4,1 Veranstaltungen in den letzten zwei Jahren durchgeführt, im ambulanten Bereich waren dies hingegen nur 3,0

Veranstaltungen zum Thema Dekubitusprophylaxe und -therapie. Aus dem Ergebnis lässt sich jedoch nicht der Schluss ziehen, dass in den ambulanten Diensten ein Fortbildungsdefizit besteht, da insgesamt die ambulanten Dienste im Vergleich zu den stationären Einrichtungen wesentlich weniger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beschäftigen. Folglich müssen von den ambulanten Diensten nicht die gleiche Anzahl an Fortbildungen angeboten werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die stationären Einrichtungen zwar mehr Veranstaltungen zum Thema Dekubitusprophylaxe und -therapie durchführen, deren Dauer allerdings in der Regel kürzer ist als bei den ambulanten Diensten.

Signifikanzen nach Größenklassen

Stationäre Einrichtungen

Stationäre Einrichtungen	1-10	11-30	31-60	61-90	91-120	121-150	151-180	181 und mehr	Gesamt
Wie viele Veranstaltungen wurden in den letzten zwei Jahren durchgeführt?	2,0	3,4	3,6	3,6	4,2	5,5	4,7	7,4	4,1
Wie lange dauerte eine Veranstaltung im Durchschnitt?	2,3	3,6	3,8	4,1	5,0	7,4	4,8	3,5	4,4

Tabelle 71: Fortbildungsanzahl nach Größenklassen (stationär)

Die stationären Einrichtungen mit der Größenklasse 181 und mehr Bewohnerinnen und Bewohner boten mit durchschnittlich 7,4 Veranstaltungen in den letzten zwei Jahren signifikant häufiger Fortbildungen an als die kleineren Einrichtungen. Trotz der größeren Anzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist hier ein Quantitätssprung festzustellen, da die nächst kleinere Größenklasse erheblich weniger Fortbildungen durchführten.

Ambulante Dienste

Bei den ambulanten Diensten konnten keine Signifikanzen bezüglich der Größenklassen festgestellt werden.

Frage 15:

Wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben in den letzten zwei Jahren an Fortbildungen zum Thema Dekubitus teilgenommen?

In der folgenden Grafik ist dargestellt, wie viele Pflegefachkräfte und Pflegehilfskräfte an internen und externen Fortbildungsangeboten in den letzten zwei Jahren teilgenommen haben:

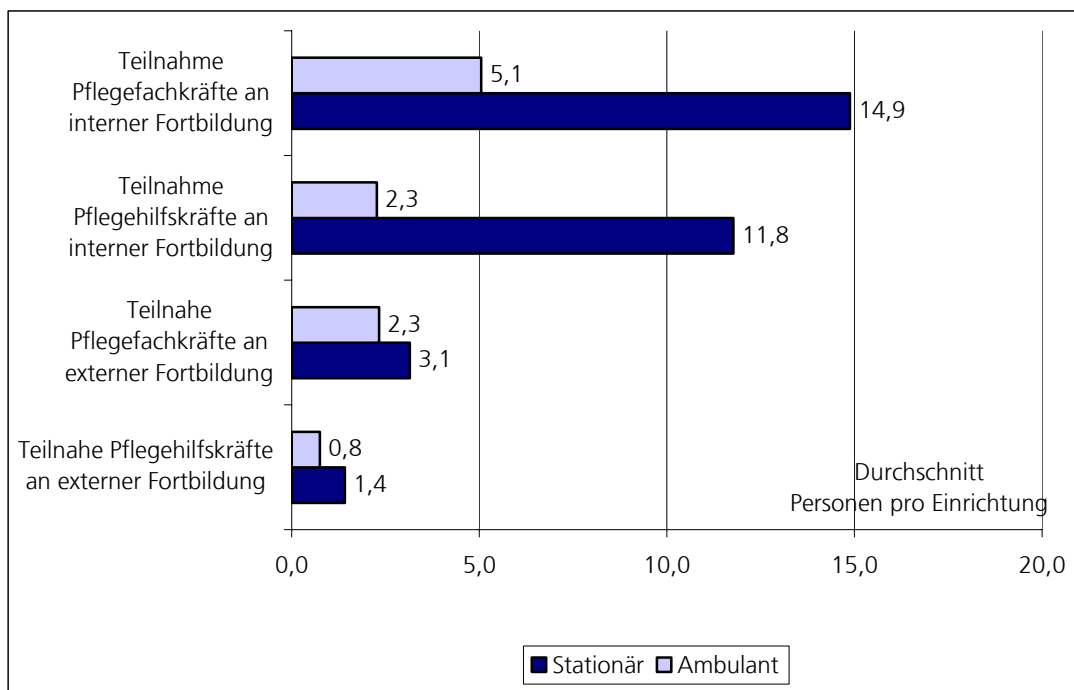


Abbildung 26: Fortbildungsteilnahme der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

In den letzten zwei Jahren nahmen im Durchschnitt pro stationärer Einrichtung ca. 15 Pflegefachkräfte an internen und drei Pflegefachkräfte an externen Fortbildungen zum Thema Dekubitusprophylaxe und -therapie teil. Von den Pflegehilfskräften in stationären Einrichtungen besuchten zwölf Personen eine interne Veranstaltung und 1,4 Personen eine externe Veranstaltung.

Bei den ambulanten Diensten nahmen im Durchschnitt fünf Pflegefachkräfte an internen und zwei an externen Fortbildungen teil. Bei den Pflegehilfskräften waren es im Durchschnitt zwei Personen, die eine interne Veranstaltung und durchschnittlich 0,8 Personen, die eine externe Fortbildungsveranstaltung besuchten.

Im Folgenden ist dargestellt, wie viel Fortbildungsstunden pro Mitarbeiterin und pro Mitarbeiter in den stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste im Durchschnitt in den letzten zwei Jahren absolviert wurde:

Stationäre Einrichtungen

Stationäre Einrichtungen	1-10	11-30	31-60	61-90	91-120	121-150	151-180	181 und mehr	Gesamt
Durchschnittliche Fortbildungsstunden pro Mitarbeiter/in in den letzten zwei Jahren	0,75	0,97	0,64	0,31	0,36	0,55	0,22	0,21	0,49

Tabelle 72: Durchschnittliche Fortbildungsstunden pro MA (stationär)

Bei den stationären Einrichtungen fällt auf, dass die kleinen Einrichtungen bis 60 Bewohnerinnen und Bewohner im Vergleich zu den größeren Einrichtungen relativ viel Fortbildungsstunden pro Mitarbeiterin und pro Mitarbeiter investieren. Lediglich die Größenklasse 121-150 investiert etwas mehr als 0,5 Stunden an Fortbildungszeit pro Mitarbeiterin und Mitarbeiter.

Ambulante Dienste

Ambulante Dienste	1-10	11-30	31-50	51-70	71 und mehr	Gesamt
Durchschnittliche Fortbildungszeit pro Mitarbeiter/in in den letzten zwei Jahren	1,58	1,40	1,05	0,81	0,69	1,12

Tabelle 73: Durchschnittliche Fortbildungsstunden pro MA (ambulant)

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den ambulanten Diensten. Auch hier verbringen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der kleinen Dienste mehr Zeit mit Fortbildungen als die größeren Dienste. Mit Größe der Einrichtung nimmt die Fortbildungszeit pro Mitarbeiterin und Mitarbeiter ab.

Frage 16:

Was waren die Schwerpunkte der Fortbildungsmaßnahmen?

Die Fortbildungsschwerpunkte für die stationären Einrichtungen und für die ambulanten Dienste verdeutlicht die anschließende Grafik:

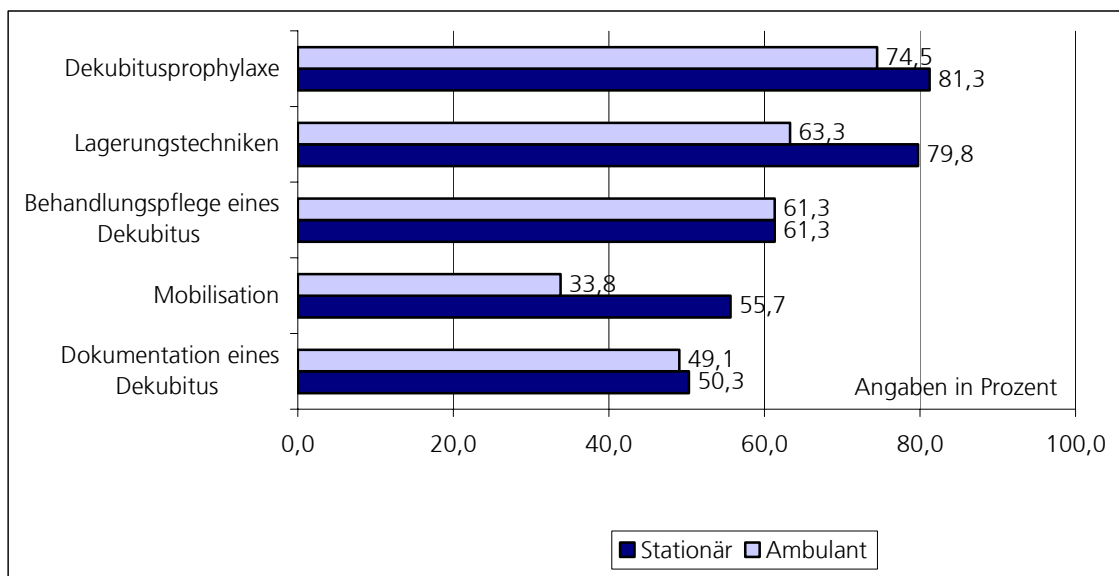


Abbildung 27: Fortbildungsschwerpunkte

Für die stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste ließen sich die Dekubitusprophylaxe, die Lagerungstechniken und die Behandlungspflege eines Dekubitus als Hauptschwerpunkte identifizieren. Die Behandlungspflege lag bei beiden Gruppen mit 61,3% identisch an dritter Stelle. Zu beobachten ist, dass die Mobilisation bei den ambulanten Diensten (33,8%) seltener ein Fortbildungsthema war.

Zusätzlich wurden über die offenen Items noch folgende Themenschwerpunkte genannt:

- Pflegerische Konzepte (S=19; A=15).

Hierunter wurden Aussagen wie Kinästhetik, Basale Stimulation und das Bobath Konzept zusammengefasst.

- Ernährung und Flüssigkeitsversorgung (S=23; A=9)
- Expertenstandard Dekubitusprophylaxe (S=6; A=3)
- Hilfsmiteleinsetz (S=4; A=3).

Signifikanz nach Größenklassen

Stationäre Einrichtungen:

Folgende Unterschiede konnten hier bei den stationären Einrichtungen festgestellt werden:

Stationäre Einrichtungen	1-10	11-30	31-60	61-90	91-120	121-150	151-180	181 und mehr	Gesamt
Dekubitusprophylaxe	60,0	72,1	81,8	79,5	87,2	73,1	100,0	100,0	81,4
Behandlungspflege eines Dekubitus	10,0	62,8	65,2	56,6	66,3	61,5	57,1	72,2	61,4
Mobilisation	40,0	53,5	59,1	53,0	54,7	46,2	85,7	72,2	55,5
Lagerungstechniken	40,0	69,8	78,8	79,5	86,0	80,8	100,0	88,9	79,6
Dokumentation eines Dekubitus	40,0	37,2	53,0	51,8	51,2	50,0	14,3	83,3	50,4

Tabelle 74: Fortbildungsschwerpunkte nach Größenklassen in Prozent (stationär)

Erkennbar ist, dass bei den stationären Einrichtungen der kleinsten Größenklasse die Behandlungspflege eines Dekubitus (10%) und die Lagerungstechniken (40%) seltener Themenschwerpunkte in Fortbildungsveranstaltungen waren. Hingegen wurde die Dokumentation in der größten Größenklasse (83,3%) wesentlich häufiger zum inhaltlichen Schwerpunkt gemacht.

Ambulante Einrichtungen

Ambulante Dienste	1-10	11-30	31-50	51-70	71 und mehr	Gesamt
Dekubitusprophylaxe	43,6	79,8	76,9	80,0	81,0	74,5
Behandlungspflege eines Dekubitus	30,9	58,9	66,7	70,3	74,9	61,3
Mobilisation	0,0	38,5	38,7	43,0	36,3	33,8
Lagerungstechniken	49,1	59,6	69,4	67,8	67,9	63,3
Dokumentation eines Dekubitus	43,6	43,5	46,3	61,9	60,4	49,1

Tabelle 75: Fortbildungsschwerpunkte nach Größenklassen in Prozent (ambulant)

Signifikanzen konnten hier nur in der kleinsten Größenklasse festgestellt werden. Die Dekubitusprophylaxe (43,6%), die Behandlungspflege eines Dekubitus (30,9%) und die Mobilisation (0,0%) waren hier signifikant seltener Thema einer Fortbildung.

Frage 17:

Wie fördern Sie die nachhaltige Umsetzung des erlernten Wissens?

Diese Frage wurde völlig offen gestellt und die Befragten hatten die Möglichkeit in Textform ihre Strategien zu benennen. Die Aussagen wurden dann zu Kategorien zusammengefasst. Die sechs häufigsten Nennungen werden durch die folgende Grafik dargestellt:

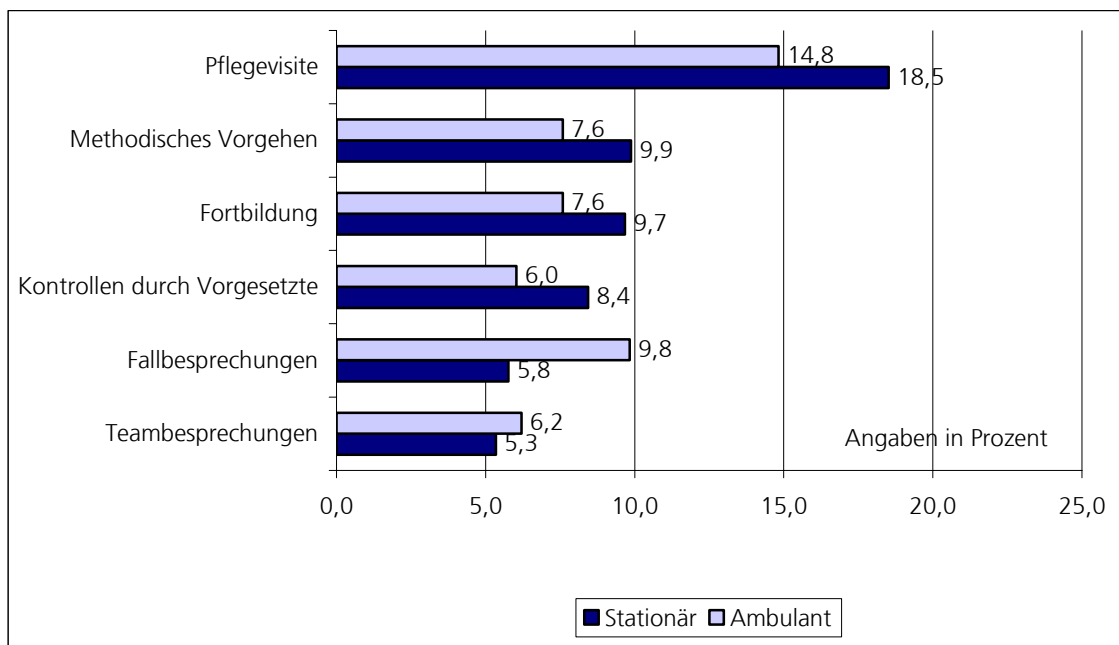


Abbildung 28: Strategien zur Umsetzung des erlernten Wissens

Sowohl in den stationären Einrichtungen (18,5%) als auch im ambulanten Bereich (14,8%) ist die Pflegevisite die favorisierte Methode zur Umsetzung und Sicherung des erlernten Wissens. Das methodische Vorgehen, worunter der Einsatz von Arbeitsgruppen, Diskussionen und Feedbacks sowie Workshops zu verstehen ist, wird in stationären Einrichtungen zu 9,9% und bei den ambulanten Diensten zu 7,6% angewendet. Ähnlich verhält es sich mit den Fortbildungen und den Kontrollen durch Vorgesetzte. Fallbesprechungen und Teambesprechungen, die im Gegensatz zur Pflegevisite ohne Einbeziehung der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Kundinnen und Kunden durchgeführt werden, kommen mit 9,8% und 6,2% häufiger bei den ambulanten Diensten als in den stationären Einrichtungen (5,8% und 5,3%) vor. Als weitere Methode das Wissen nachhaltig zu sichern, wurde von den stationären Einrichtungen (4,3%) und von den ambulanten Diensten (7,1%) der fachliche Austausch/Gespräche/Besprechungen benannt. Die Dienstübergabe/Dienstbesprechungen als Strategie zur nachhaltigen Umsetzung erlernten Wissens wurde im stationären Bereich von 3,1% und bei den

ambulanten Diensten von 6,7% angegeben. Auch die Pflegeplanung/Pflegedokumentation wurde von 1,6% in stationären Einrichtungen und von 5,9% aus dem ambulanten Bereich erwähnt.

Weitere Nennungen waren u.a:

- Qualitätszirkel
- Mentorinnen und Mentoren/Multiplikatoreneinsatz
- Fachliteratur
- Begleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Frage 18:

Wo sehen Sie weiteren Fortbildungsbedarf?

Auch diese Frage wurde wie die vorherige Frage 17 völlig offen gestellt. Das methodische Vorgehen war entsprechend:

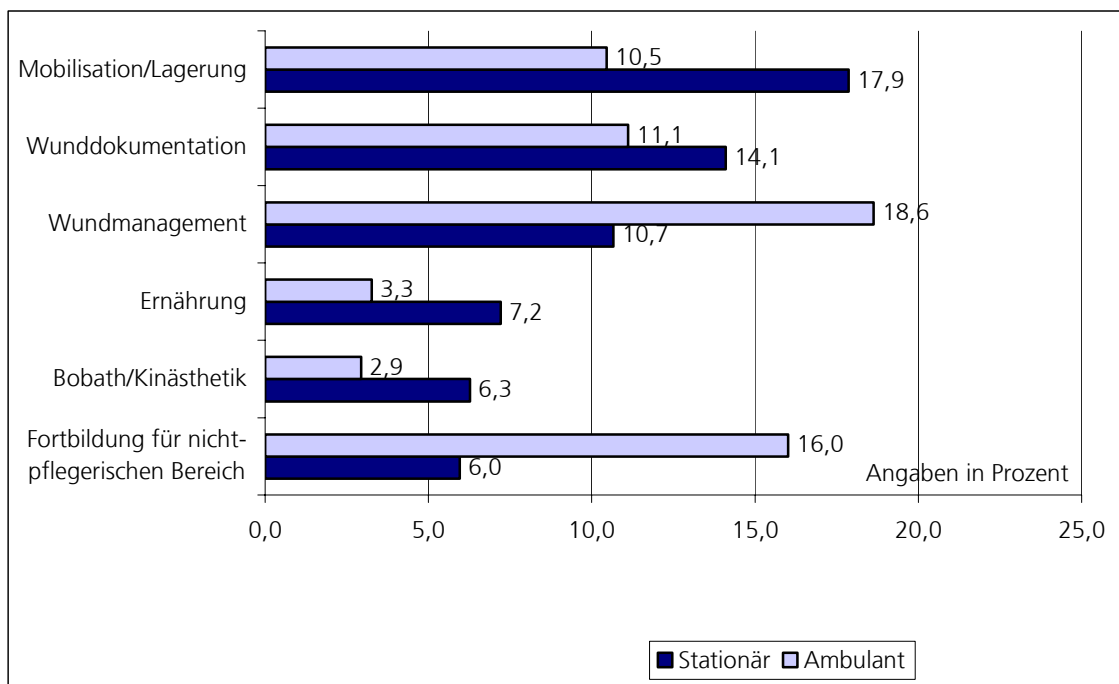


Abbildung 29: Weiterer Fortbildungsbedarf

Die stationären Einrichtungen sehen den meisten Fortbildungsbedarf in der Mobilisation und Lagerung (17,9%), in der Wunddokumentation (14,1%) und im Wundmanagement (10,7%). Von den ambulanten Diensten hingegen wird ein Fortbildungsbedarf eher in den Bereichen Wundmanagement (18%), Fortbildungen für den nicht pflegerischen Bereich (16%), Wunddokumentation (11,1%) sowie in der Mobilisation/Lagerung (10,5%) angegeben. In der Kategorie „Fortbildungen für den nicht pflegerischen Bereich“ wurde ein Fortbildungsbedarf hauptsächlich für die Ärztinnen und Ärzte z.B. in moderner Wundbehandlung gesehen. Innerhalb dieser Kategorie wurden ebenfalls Fortbildungen für die Kostenträger vorgeschlagen. Ambulante Dienste nannten darüber hinaus einen Fortbildungsbedarf in Bezug auf die Angehörigenarbeit sowie Schulungen für Angehörige (4,6%), in Produkt und- Hilfsmittelschulungen (3,9%) und bezüglich des Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe (3,3%).

Durch die vorliegende Untersuchung wird der weiterhin bestehende Fortbildungsbedarf deutlich. Das DNQP benennt Fortbildungen als das Hauptinstrument für die

Kompetenzerhaltung und -erweiterung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Im Expertenstandard wird aktuelles Wissen zur Dekubitusverhütung vorausgesetzt. Zur effektiven Umsetzung und Anwendung des Erlernten empfiehlt das Deutsche Netzwerk Fortbildungsmaßnahmen mit praktischen Übungen. Allerdings scheinen finanzielle und personelle Hürden die Umsetzung des neuen Wissens in die Praxis zu erschweren (DNQP 2002: 35/47/88).

Neben den allgemeinen und speziellen Fortbildungen zum Thema Dekubitus erachtet das DNQP die Ausbildung und das Hinzuziehen von Pflegeexpertinnen und Experten für Themen wie z.B. Kontinenzförderung, Ernährung und Bewegung für die wirksame Prävention von Druckgeschwüren als sinnvoll (DNQP 2002: 40). In diesem Zusammenhang ist sicherlich auch die Ausbildung von so genannten Wundexpertinnen und -experten wünschenswert.

12 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Wie bereits im Kapitel zur Dekubitustherapie erwähnt, obliegt die therapeutische Betreuung und somit die Verordnung von Behandlungspflege und bestimmter Hilfsmittel den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Damit tragen Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte gemeinsam eine zentrale Verantwortung für die Qualität der Versorgung. Die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen erweist sich in der Praxis immer wieder als problematisch. Die Anerkennung der unterschiedlichen Fachkompetenzen und Tätigkeitsbereiche stellt eine Grundvoraussetzung für eine gelungene Zusammenarbeit dar. Eine gute Zusammenarbeit schafft Transparenz, klärt Aufgaben und Zuständigkeiten und ermöglicht eine Kontinuität im Behandlungsprozess. Um einen gewünschten Erfolg in der Dekubitusprophylaxe und -therapie zu erreichen, ist eine gut funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit zwingend angezeigt, um Schäden vorzubeugen, den Wundheilungsprozess zu optimieren und damit das Leiden der Betroffenen zu mindern.

Im folgenden Fragekomplex ging es um die Zusammenarbeit der Pflegekräfte mit den Ärztinnen und Ärzten. Ziel war es, die Zusammenarbeit zwischen beiden Berufsgruppen zu untersuchen.

Frage 19:

Wie bewerten Sie überwiegend die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten bezüglich der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Kundinnen und Kunden mit Dekubitus?

Die befragten stationären Einrichtungen und ambulante Dienste beurteilen die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten folgendermaßen:

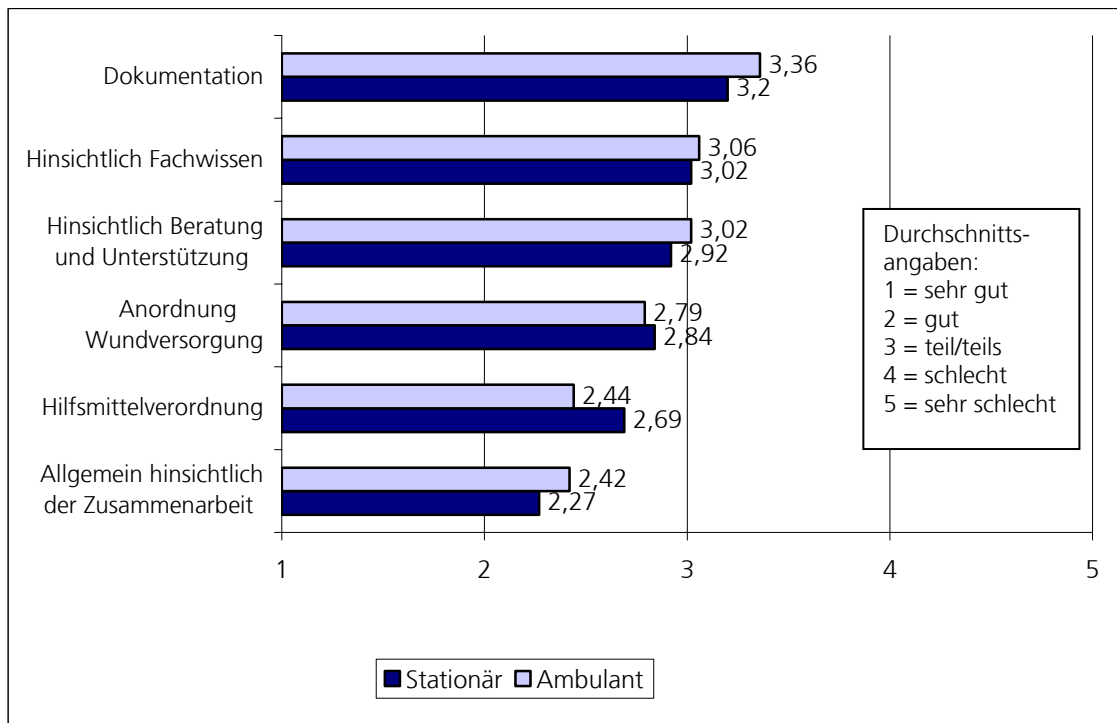


Abbildung 30: Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Insgesamt wird die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten von den stationären Einrichtungen und den ambulanten Diensten mittelmäßig bewertet. Interessanterweise besteht bei den stationären Einrichtungen und den ambulanten Diensten das gleiche Ranking. Vor allem mit der Dokumentation durch die Ärztinnen und Ärzte sind weder die stationären Einrichtungen (3,2) noch die ambulanten Dienste (3,36) zufrieden. Auch scheint es Unstimmigkeiten zwischen den beiden Berufsgruppen hinsichtlich des Fachwissens der Ärztinnen und Ärzte zu geben. Hier waren die stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste nur teilweise zufrieden (S=3,06; A=3,02). Zusätzlich gaben noch neun ambulante Dienste und 13 stationäre Einrichtungen Erklärungen ab. Sie beklagten vor allem ein Wissensdefizit der Ärztinnen und Ärzte in der modernen Wundversorgung und der Dekubitusprophylaxe.

Bei der Frage nach der Beratung und Unterstützung wurden mit 3,02 für die stationären Einrichtungen und 2,92 für die ambulanten Dienste ähnliche Werte vergeben. Teilweise zufrieden bis zufrieden waren die Befragten in Bezug auf die Hilfsmittelverordnung. Hier vergaben die stationären Einrichtungen einen Durchschnittswert von 2,69 und die ambulanten Dienste den Wert 2,44. Die allgemeine Zusammenarbeit schneidet bei den stationären Einrichtungen mit 2,27 und bei den ambulanten Diensten mit 2,42 am besten ab.

Die nachfolgenden Tabellen geben nochmals eine Übersicht in Prozentangaben. Zur besseren Übersicht werden für die stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste die Bewertungen getrennt in Tabellen (Prozentangaben) aufgeführt:

Stationäre Einrichtungen

Stationäre Einrichtungen	Sehr gut-gut	teils/teils	Schlecht - sehr schlecht
Zusammenarbeit allgemein	61,4	34,9	3,6
Beratung und Unterstützung	26,8	51,2	22,0
Fachwissen	25,5	45,9	28,6
Dokumentation	26,9	34,9	38,3
Hilfsmittel	41,9	40,1	18,1
Wundversorgung	33,5	45,6	20,8

Tabelle 76: Bewertung Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten in Prozent (stationär)

Die überwiegende Mehrheit (61,9%) der Befragten in den stationären Einrichtungen beurteilten die allgemeine Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten als sehr gut bis gut, lediglich 3,6% empfinden sie als schlecht oder sehr schlecht. Eine sehr gute bis gute Beratung und Unterstützung durch die Berufsgruppe beobachten 26,8% der Befragten, während die Hälfte (51,2%) sie als Mittelmaß (teils/teils) bewertet. Ähnlich verhält sich dies auch bezüglich des Fachwissens der Ärztinnen und Ärzte. Lediglich ein Viertel der Befragten schätzen dies als sehr gut bis gut ein, die Hälfte als Mittelmaß (teils/teils) und immerhin 28,6% als schlecht bis sehr schlecht. Hinsichtlich der Dokumentation ist deutlich ein Verbesserungspotential erkennbar. 38,3% der Befragten aus den stationären Einrichtungen bewerteten diese als schlecht bis sehr schlecht und auch annähernd so viele (34,9%) bezeichnen die Dokumentation nur mittelmäßig (teils/teils). Die Hilfsmittelverordnung wird von 41,9% als sehr gut bis gut und von 40,1% als Mittelmaß gesehen. Auch die Wundversorgung wird nur von 33,5% als sehr gut bis gut bewertet, 45,6% sind nur mäßig zufrieden (teil/teil) und 20,8% erleben sie sogar als schlecht oder sehr schlecht.

Ambulante Dienste

Ambulante Dienste	gut	teils/teils	schlecht
Zusammenarbeit allgemein	50,6	43,8	5,6
Beratung und Unterstützung	23,6	48,5	27,9
Fachwissen	23,1	48,8	28,0
Dokumentation	19,1	31,2	49,6
Hilfsmittel	55,5	29,9	14,6
Wundversorgung	34,2	45,6	20,2

Tabelle 77: Bewertung Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten in Prozent (ambulant)

Die Hälfte der Befragten aus den ambulanten Diensten (50,6%) empfindet die Zusammenarbeit als sehr gut bis gut und 43,6% bewerten sie als mäßig (teils/teils). Lediglich 5,6% erleben sie als schlecht oder sehr schlecht. Ebenfalls annähernd die Hälfte bewertet die Beratung und Unterstützung (48,5%) und das Fachwissen (48,8%) als Mittelmaß (teils/teils). Sehr gut oder gut finden die Beratung und Unterstützung nur 23,6% und das Fachwissen nur 23,1% der Befragten. Wie schon bei den stationären Einrichtungen zu beobachten war, besteht auch hier bezüglich der Dokumentation Verbesserungspotenzial, da sie von der Hälfte (49,6%) der Befragten als schlecht bis sehr schlecht eingestuft wird und lediglich von 19,1% als sehr gut bis gut. Die Hilfsmittelverordnung wird von 55,5% als positiv empfunden und mit sehr gut bis gut bewertet. Hingegen schätzen 45,6% der Befragten die Wundversorgung nur als Mittelmaß (teils/teils) ein, 20,2% beurteilen sie sogar als schlecht bis sehr schlecht.

Betrachtet man die Einschätzungen der Befragten, so wird das Verbesserungspotenzial im Bereich interdisziplinärer Zusammenarbeit deutlich. Um die Qualität zu optimieren und Kosten zu senken, bedarf es einer verbesserten Kommunikation und Zusammenarbeit aller Beteiligten. Auch die vom BFSFJ in Auftrag gegebene Studie zu den Ursachenzusammenhängen der Dekubitusentstehung konstatiert unprofessionelle Barrieren zwischen den Ärztinnen und Ärzten und den Pflegekräften. Hier gaben die Pflegekräfte den Ärztinnen und Ärzten durchweg schlechte Noten hinsichtlich des Kenntnisstandes der Prophylaxe und der Behandlung (Krause 2004: 83). Neben den Pflegekräften wurden Hausärztinnen und Hausärzte zu ihrer Aufgabenwahrnehmung bei der Dekubitusprophylaxe und -therapie im Rahmen einer Teilstudie befragt. Dort gaben 21% Meinungsverschiedenheiten mit der Pflege über die Art der Dekubitusversorgung an. Die Qualität der pflegerischen Betreuung wurde von 20% der Hausärztinnen und Hausärzte als mangelhaft angegeben. Eine überdurchschnittlich hohe Qualität der allgemeinen pflegerischen Leistungen gaben 35% an. Bei den Punkten Dekubitusprophylaxe bzw. Dekubitusbehandlung waren es 24% bzw. 33%. Damit fiel insgesamt die Sicht auf die Qualität der Pflege besser aus, als die Sicht der Pflege auf die Ärzteschaft (Krause 2004: 72-82). Die Studie konstatiert darüber hinaus eine fehlende Einsicht der Ärztinnen und Ärzte, dass Dekubitus ein zumeist vermeidbares Problem darstellt und nicht zwangsläufig Folge von Multimorbidität und Alter oder alleinige

Angelegenheit der Pflege ist. Die erhobenen Daten zur Dekubitustherapie zeigen ein wenig zielgerichtetes Handeln der Ärztinnen und Ärzte. Die Verordnungen bezogen sich vor allem auf die lokale Wundbehandlung und weniger auf die Minimierung von Risikofaktoren (Krause 2004: 83).

Signifikanzen nach Trägerschaft

Stationäre Einrichtungen

Stationäre Einrichtungen	Kommunal	Freigemein nützig	Privat	Gesamt
Allgemein hinsichtlich der Zusammenarbeit	2,4	2,3	2,22	2,3
Hinsichtlich Beratung und Unterstützung	3,2	2,9	2,8	2,9
Hinsichtlich Fachwissen	3,2	3,0	3,0	3,0
Dokumentation	3,4	3,2	3,1	3,2
Hilfsmittelverordnung	2,9	2,7	2,6	2,7
Anordnung Wundversorgung	3,0	2,8	2,8	2,8

Tabelle 78: Interdisziplinäre Zusammenarbeit nach Trägerschaft (stationär)

Stationäre Einrichtungen in kommunaler Trägerschaft beurteilen die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft hinsichtlich Beratung und Unterstützung signifikant schlechter als die Einrichtungen anderer Träger. Die privaten stationären Einrichtungen fühlen sich durch die Ärztinnen und Ärzte signifikant besser beraten und unterstützt.

Ambulante Dienste

Ambulante Dienste	Kommunal	Freigemein nützig	Privat	Gesamt
Allgemein hinsichtlich der Zusammenarbeit	2,8	2,4	2,4	2,4
Hinsichtlich Beratung und Unterstützung	3,7	3,1	2,9	3,0
Hinsichtlich Fachwissen	3,7	3,1	3,0	3,1
Dokumentation	3,1	3,5	3,2	3,4
Hilfsmittelverordnung	2,7	2,4	2,5	2,4
Anordnung Wundversorgung	3,1	2,7	2,9	2,8

Tabelle 79: Interdisziplinäre Zusammenarbeit nach Trägerschaft (ambulant)

Bei den ambulanten Diensten zeigen sich Signifikanzen im Bereich der Dokumentation. Signifikant zufriedener sind die kommunalen Einrichtungen mit der Dokumentation durch die Ärztinnen und Ärzte. Signifikant schlechter beurteilen die freigemeinnützigen Einrichtungen das Nachkommen der Dokumentationspflicht der Ärztinnen und Ärzte.

Signifikanzen nach Größenklassen

Stationäre Einrichtungen

Bei den stationären Einrichtungen konnten keine Signifikanzen bezüglich der Größenklassen festgestellt werden.

Ambulante Dienste

Ambulante Dienste	1-10	11-30	31-50	51-70	71 und mehr	Gesamt
Allgemein hinsichtlich der Zusammenarbeit	2,0	2,4	2,4	2,7	2,6	2,4
Hinsichtlich Beratung und Unterstützung	2,4	2,9	3,2	3,2	3,3	3,0
Hinsichtlich Fachwissen	2,3	3,1	3,2	3,2	3,3	3,1
Dokumentation	2,4	3,2	3,6	3,7	3,7	3,4
Hilfsmittelverordnung	2,0	2,4	2,4	2,6	2,7	2,4
Anordnung Wundversorgung	2,0	2,9	2,8	3,0	3,0	2,8

Tabelle 80: Interdisziplinäre Zusammenarbeit nach Größenklassen (ambulant)

Bei allen Items scheinen die ambulanten Dienste, die 1-10 Kundinnen und Kunden betreuen, mit der Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten signifikant zufriedener zu sein. Weitere Signifikanzen ließen sich bei der Dokumentation und bei der Hilfsmittelverordnung feststellen. Während die ambulanten Dienste mit 11-30 zu Pflegenden signifikant einen besseren Wert bei der Dokumentation vergab, beurteilen die ambulanten Dienste mit 71 und mehr Kundinnen und Kunden die Zusammenarbeit bezüglich der Hilfsmittelversorgung signifikant schlechter.

13 Hilfsmittelverordnung

Der Dekubitusprophylaxe ist aus ethischer sowie aus wirtschaftlicher Sicht Vorrang vor der Dekubitustherapie einzuräumen (MDS 2001: 55). Leistungen zur Verhütung von Krankheiten und zur Prävention sind gesetzlich niedergeschrieben. Im SGB V (§ 12 Abs. 1) und im SGB XI (§ 29 Abs. 1) ist das Wirtschaftlichkeitsgebot der Leistungsträger definiert. Darin heißt es, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Der MDS führt auf, dass bei Hilfsmitteln zur Dekubitusprophylaxe bei vergleichbarer Wirkung das kostengünstigere gewählt werden sollte bzw. über den Einsatz andersartiger Mittel nachgedacht werden müsse. § 126 des SGB V regelt die Beziehung der Kostenträger zu den Leistungserbringern von Hilfsmitteln, die demnach eine Zulassung erhalten haben müssen, um Versicherte mit Hilfsmitteln versorgen zu können. Im Auftrag des Gesetzgebers erstellen die Spitzenverbände der Krankenkassen ein Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelverzeichnis das gemäß § 128 SGB V regelmäßig fortzuschreiben ist. Die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer und Hilfsmittelhersteller müssen vor der Fortschreibung Gelegenheit zur Äußerung erhalten. Die Kassenärztin und der Kassenarzt müssen die Verordnung von Hilfsmitteln innerhalb des gesetzlichen Rahmens, nach dem Gebot der Wirtschaftlichkeit und durch die Überzeugung des Zustandes des Pflegebedürftigen durchführen. (Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung 2003: 4/5). Nach Erhalt der Verordnung müssen die Versicherten (oder eine entsprechende Vertretung) das Sanitätshaus aufsuchen und einen Kostenvoranschlag erstellen lassen. Diese beiden Unterlagen werden dann von der Krankenkasse geprüft. Bezüglich der Dekubitusprophylaxe und insbesondere des Dekubitus, da dieser eine Eilversorgung ist, sollte versucht werden, die Leistungsentscheidung und Leistungsbereitstellung so schnell wie möglich durchzuführen.

Frage 20:

Wie lange dauert Ihrer Erfahrung nach das Verfahren von der Hilfsmittelverordnung durch den Arzt bis zur Leistungsentscheidung der Krankenkassen?

Frage 21:

Wie lange sind die Lieferzeiten des Sanitätshauses bei nicht individuell anzupassenden Hilfsmitteln?

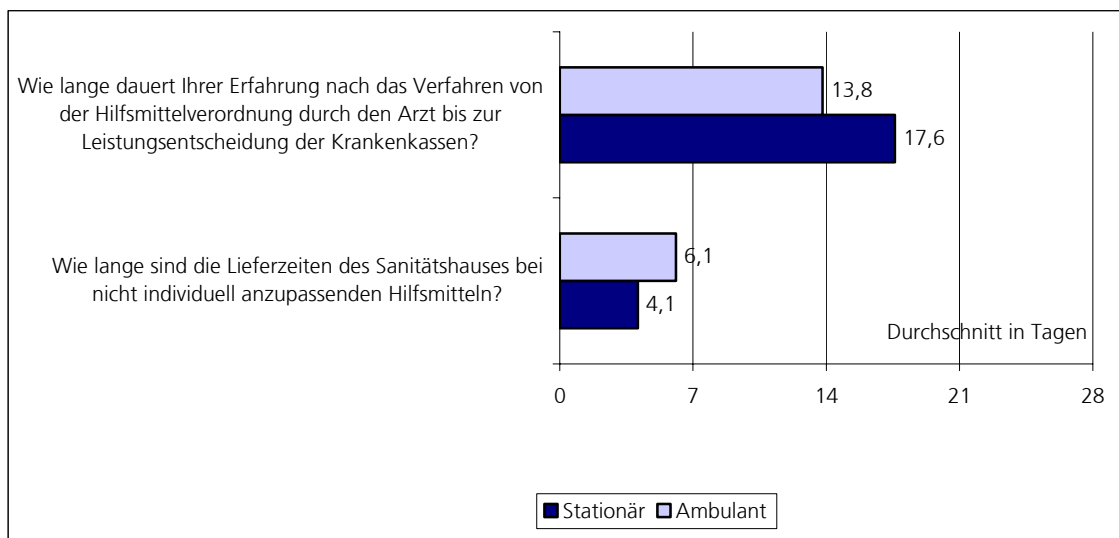


Abbildung 31: Hilfsmittelverordnung

Die Grafik zeigt, dass bei den stationären Einrichtungen die Entscheidung über die Finanzierung der Leistung mit durchschnittlich 17,6 Tagen länger dauert als bei den ambulanten Diensten, die durchschnittlich 13,8 Tage auf den Bescheid warten müsse. Bis zur endgültigen Bereitstellung der Hilfsmittel vergehen laut Befragte der stationären Einrichtungen im Durchschnitt weitere 4,1 Tage. Nach Angaben der ambulanten Dienste warten diese 6,1 Tage bis zur Lieferung des entsprechenden Hilfsmittels durch das Sanitätshaus.

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege führt in dem von ihnen entwickelten Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe auf, dass druckreduzierende Hilfsmittel wie Weichlagerungsmatratzen sofort zugänglich, Spezialbetten wie Luftkissenbetten innerhalb von zwölf Stunden zur Verfügung stehen sollten. Die

dekubitusgefährdete Person soll unverzüglich die für ihn geeignete druckreduzierende Unterlage zur Verfügung gestellt bekommen (DNQP 2002: 34).

Um diesen Vorgaben gerecht werden zu können, muss im Hinblick auf die Dauer der Leistungsentscheidung und der Leistungsbereitstellung eine Verbesserung der vorhandenen Strukturen und Vorgaben erfolgen.

Signifikanz nach Größenklassen

Stationäre Einrichtungen

Bei den stationären Einrichtungen konnten keine Signifikanzen bezüglich der Größenklassen festgestellt werden.

Ambulante Dienste

Ambulante Dienste	1-10	11-30	31-50	51-70	71 und mehr	Gesamt
Wie lange dauert Ihrer Erfahrung nach das Verfahren von der Hilfsmittelverordnung durch den Arzt bis zur Leistungsentscheidung der Krankenkassen?	15,1	17,9	18,3	16,7	15,6	17,2
Wie lange sind die Lieferzeiten des Sanitätshauses bei nicht individuell anzupassenden Hilfsmitteln?	12,7	8,4	7,0	8,5	8,5	8,8

Tabelle 81: Hilfsmittelverordnung nach Größenklassen in Tagen (ambulant)

Wie die Tabelle verdeutlicht, geben die kleinen ambulanten Dienste in der Größenklasse 1-10 wesentlich längere Lieferzeiten des Sanitätshauses an.

Frage 22:

Wie viele Anträge auf Hilfsmittel zur Dekubitusprophylaxe und- therapie haben sie im letzten halben Jahr gestellt?

Die Ergebnisse sind in der folgenden Grafik dargestellt:

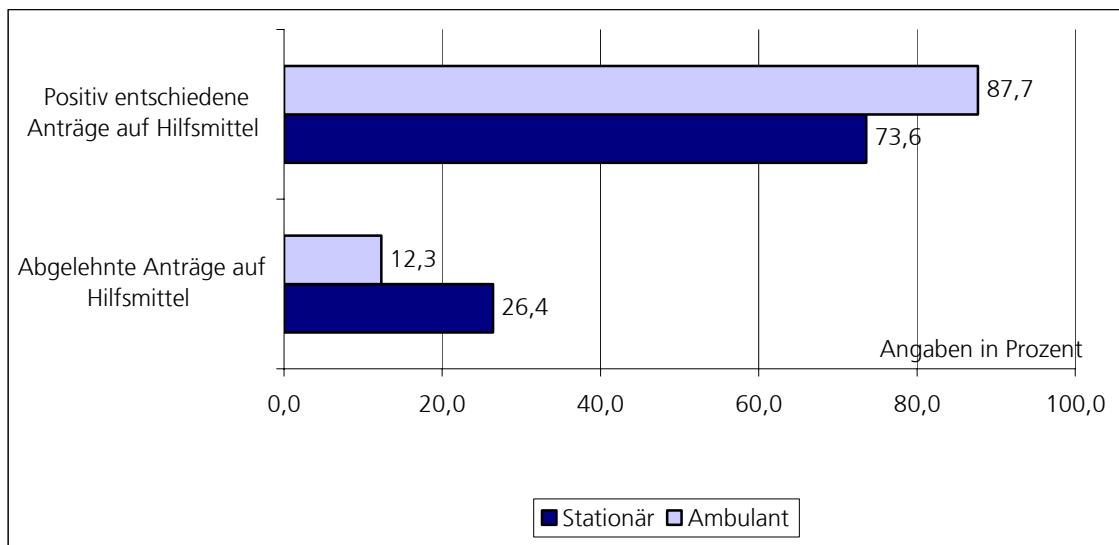


Abbildung 32: Hilfsmittelanträge

Die stationären Einrichtungen stellten im letzten halben Jahr durchschnittlich 6,4 Anträge. Davon wurde drei Viertel der Anträge positiv und ein Viertel negativ entschieden. Die Antragshäufigkeit war bei den ambulanten Diensten nahezu identisch. Hier wurden durchschnittlich 6,3 Anträge für Hilfsmittel gestellt. 87,7% wurden akzeptiert und nur 12,3% abgelehnt. Somit scheint die Antragstellung bei den ambulanten Diensten erfolgreicher zu verlaufen.

In der Studie „Ursachszusammenhänge der Dekubitusentstehung“ nannten 7,4% der Pflegekräfte die Hilfsmittelqualität und -quantität als Grund für eine Dekubitusentstehung. Die Hausärztinnen und Hausärzte jedoch benannten die Hilfsmittelversorgung nur zu 2% als Entstehungsgrund. Dennoch gaben ca. 29% beider Berufsgruppen an, in der Verbesserung der Hilfsmittelversorgung ein Optimierungspotenzial für eine bessere Versorgungsqualität zu sehen. Die Studie legt auch dar, dass die Informationen der Pflege anlassbildend für die Anordnung oder Verordnung vorbeugender Maßnahmen bei der Hälfte der Hausärztinnen und Hausärzten war (Krause et al. 2004: 46 u. 74-77).

Signifikanzen nach Größenklassen

Es konnten Signifikanzen sowohl bei den stationären Einrichtungen als auch bei den ambulanten Diensten identifiziert werden.

Stationäre Einrichtungen

Stationäre Einrichtungen	1-10	11-30	31-60	61-90	91-120	121-150	151-180	181 und mehr	Durchschnitt
Anträge auf Hilfsmittel zur Dekubitusprophylaxe und -therapie im letzten halben Jahr	6,0	3,5	4,6	5,5	7,4	11,0	5,2	18,4	6,7
Anträge auf Hilfsmittel zur Dekubitusprophylaxe und -therapie wurden abgelehnt	0,5	0,7	1,6	1,5	2,5	1,5	2,6	5,8	1,9
Anträge auf Hilfsmittel zur Dekubitusprophylaxe und -therapie wurden positiv entschieden	4,9	3,1	3,2	4,1	4,9	9,4	2,6	12,6	4,9
Anteil positiv entschiedener Anträge in Prozent	80,6	84,7	76,6	71,2	72,1	75,4	54,7	65,8	74,0

Tabelle 82: Hilfsmittelantragsstellung nach Größenklassen in Anzahl der Anträge und Prozent (stationär)

Erkennbar ist, dass die größte Größenklasse (181 und mehr) mit durchschnittlich 18,4 Anträgen wesentlich mehr Hilfsmittelverordnungen stellt. Dies war bei zunehmender Größenklasse aufgrund der steigenden Bewohnerinnen- und Bewohneranzahl zu erwarten. Auffällig ist jedoch der quantitative „Sprung“ zwischen der Größenklasse 151–180 und der größten Größenklasse. Zu erwähnen bleibt, dass in der größten Größenklasse nicht nur signifikant mehr Anträge für Hilfsmittel gestellt werden, sondern auch wesentlich mehr Anträge positiv (12,6%) sowie negativ (5,8%) entschieden wurden. Dies lässt sich auf die hohe Zahl der Antragsstellungen zurück führen. Der Gesamtanteil der positiv entschiedenen Anträge liegt bei allen Größenklassen zwischen 65,8% und 80,6%, was einen Durchschnittswert von 74% ergibt.

Ambulante Dienste

Ambulante Dienste	1-10	11-30	31-50	51-70	71 und mehr	Durchschnitt
Wie viele Anträge auf Hilfsmittel zur Dekubitusprophylaxe und -therapie haben Sie im letzten halben Jahr gestellt?	5,1	3,6	6,4	8,2	11,5	6,3
Anträge auf Hilfsmittel zur Dekubitusprophylaxe und -therapie wurden abgelehnt	0,6	0,5	1,5	0,9	1,1	1,0
Anträge auf Hilfsmittel zur Dekubitusprophylaxe und -therapie wurden positiv entschieden	4,6	3,0	5,3	6,8	10,5	5,4
Anteil positiv entschiedener Anträge in Prozent	95,6	88,8	84,5	88,7	87,9	87,7

Tabelle 83: Hilfsmittelantragstellung nach Größenklassen in Anzahl der Anträge und Prozent (ambulant)

Wie schon bei den stationären Einrichtungen stellen die größte Größenklasse (71 und mehr) signifikant häufiger Anträge auf Hilfsmittel zur Dekubitusprophylaxe und Therapie. Im Durchschnitt sind es 11,5 Anträge im letzten halben Jahr. Davon werden signifikant mehr positive Bescheide (10,5) ausgestellt als bei den anderen Größenklassen.

14 Anregungen, Vorschläge und Kritik

Zum Abschluss der Befragung hatten die Befragten die Möglichkeit ihre Anregungen zum Thema Dekubitus zu benennen:

Im Folgenden haben Sie die Möglichkeit weitere Anmerkungen zum Thema Dekubitus zu machen, in denen Sie erläutern können, was für eine gute Versorgung sinnvoll ist.

Die letzte Frage wurde offen gestellt und die Befragten konnten ihre Angaben in Textform machen. Diese Angaben wurden erfasst und ausgewertet. Dazu wurden Aussagen mit gleichem oder ähnlichem Inhalt zu Hauptkategorien zusammengefasst.

Die Hauptkategorien mit den meisten Nennungen sind in der folgenden Grafik dargestellt:

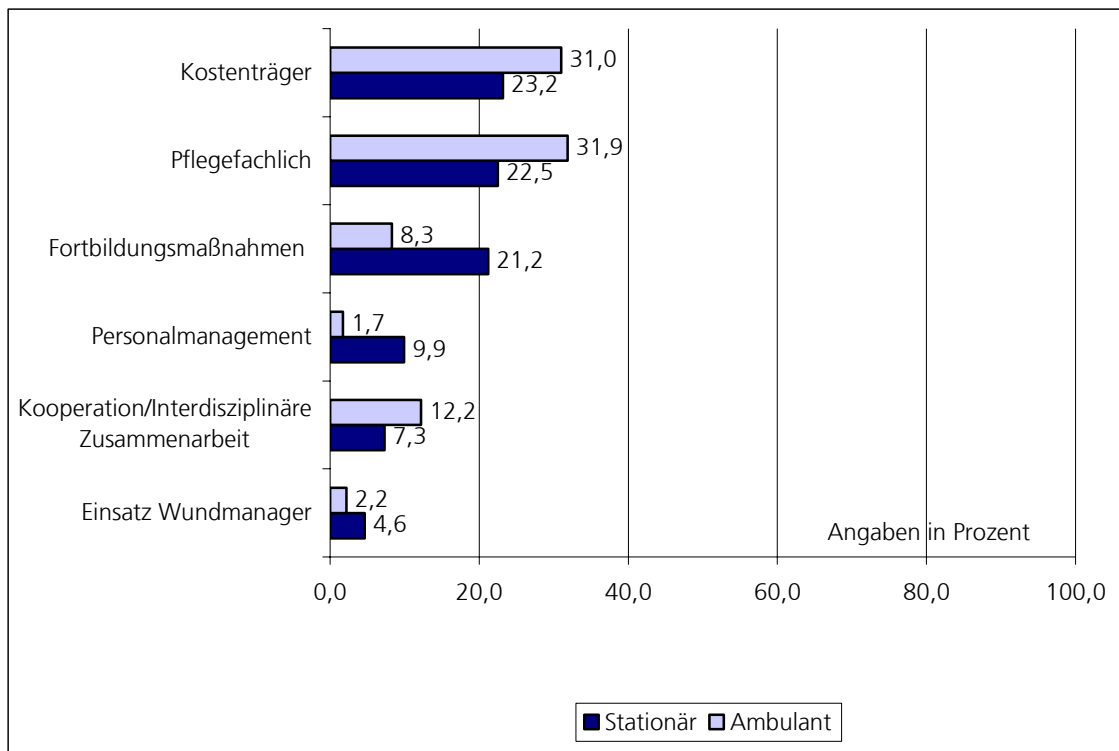


Abbildung 33: Anmerkungen für eine gute Versorgung zum Thema Dekubitus

23,9% der stationären Einrichtungen und 31% der ambulanten Einrichtungen sehen ein Verbesserungspotenzial auf Seiten der Kostenträger. Hierunter wurden Aussagen zur Finanzierung prophylaktischer Maßnahmen und Hilfsmittel, schnelleren Bearbeitung der Anträge und Vereinfachung der bürokratischen Prozesse subsummiert. Folgende Beispiele aus den Fragebogen verdeutlichen dies:

- „Es wäre sinnvoll, wenn die Krankenkassen nicht erst bei bereits vorhandenem Dekubitus, sondern schon zum Zweck der Dekubitusprophylaxe vom Hausarzt verordnete Wechseldruckmatratzen oder ähnliches genehmigen würden. Außerdem müsste das Genehmigungsverfahren wesentlich zügiger durchgeführt werden, um drohende Schädigungen rechtzeitig sinnvoll begegnen zu können“
- „Antidekubitusmatratzen werden erst genehmigt, wenn ein Hautdefekt aufgetreten ist. Dies ist unmenschlich, unwirtschaftlich und ein Widerspruch zum Auftrag der Prophylaxe!!!“
- „Anhebung der Vergütung: Eine Dekubitusbehandlung bei Grad 3 zu 4,70 €, es ist völlig illusorisch hier eine wirtschaftliche Betriebsführung zu erreichen!“.

Die stationären Einrichtungen benannten zu 22,5% und die ambulanten Dienste zu 31,5% pflegefachliche Inhalte für eine gute Versorgung und Prophylaxe. Dies beinhaltete u.a. die konsequente Anwendung des Pflegeprozesses, die konsequente Durchführung prophylaktischer Maßnahmen und der gezielte, zeitnahe Einsatz von Hilfsmitteln. Die Forderung nach einer modernen und wissenschaftliche fundierten Dekubitusbehandlung wurde hier erwähnt. Eine aktivierende und an den Bedürfnissen der Betroffenen orientierte Pflege macht für einige der Befragten eine gute, Dekubitus vermeidende Pflege aus. Unterstrichen wird dies durch folgende Aussagen: „Für uns steht im Vordergrund Ernährung, baldige häufige Bewegung und Mobilisation zur Vermeidung eines Druckgeschwürs! Erhaltung der Lebensqualität und -freude ist unser wichtigstes Ziel!“ oder „Aktivierende Pflege, die Leute nicht im Bett liegen lassen, alles was der Mensch noch selber machen kann, muss er selber machen. Man hilft den Menschen nicht, wenn man für sie tut, was sie selbst tun können.“

21,1% der Befragten aus dem stationären Bereich und 8,3% aus dem ambulanten Sektor sehen Fortbildungsmaßnahmen für Ärztinnen, Ärzte und für das Krankenhauspersonal als sinnvoll an. Hintergrund dieser Aussagen sind Unzufriedenheiten mit den Anordnungen der Behandlungspflege und der Übernahme von Personen mit Dekubitus aus den Kliniken.

Die anschließende Kategorie, die von den Befragten der stationären Einrichtungen zu 9,9% genannt wurde und von den ambulanten Diensten zu 1,7%, beinhaltet Aussagen zum Personalmanagement. Subsumiert wurden darunter Forderungen nach motiviertem und qualifiziertem Personal, die Einhaltung der Fachkraftquote und des Personalschlüssels. „Für eine gute Versorgung, nicht nur beim Thema Dekubitus, ist es wichtig, gutes, motiviertes und qualifiziertes Personal zu haben. Daher sollten die Verantwortlichen tunlichst vermeiden, den Personalschlüssel oder die Fachkraftquote negativ zu verändern. Eine Minderqualifizierung und Personalabbau (Mangel) führen zu weitaus größeren Kosten auf lange Sicht als man zunächst einspart.“

Die Kooperation und die interdisziplinäre Zusammenarbeit stellt für 7,3% der Befragten in stationären Einrichtungen und für 12,2% der Befragten aus der ambulanten Pflege ein wichtiges Kriterium für eine gute Versorgung im Bereich Dekubitus dar. Wie wichtig eine gute Zusammenarbeit vor allem für die ambulanten Dienste ist, zeigt die Aussage: „Im ambulanten Dienst sind die Zusammenarbeit mit den Angehörigen und dem Hausarzt die wichtigste Voraussetzung, um Dekubitus sinnvoll zu behandeln.“

Den Einsatz einer Wundmanagerin bzw. eines Wundmanagers wurde von den stationären Einrichtungen in 4,6% der Fälle genannt. Bei den ambulanten Diensten waren es 2,2%.

In der ambulanten Pflege erachten 3,5% der Befragten die Übertragung von mehr Entscheidungskompetenz und Verantwortung für Pflegefachkräfte bei der Dekubitusprophylaxe und -therapie als sinnvoll. Folgende Aussagen verdeutlichen dies:

- „Dekubitusprophylaxen und auch weitestgehend die Behandlung sollten in den Kompetenz- und Verantwortungsbereich von Pflegefachkräften gelegt werden. Die

kennen den Patienten von teilweise mehreren Hausbesuchen täglich und nicht nur vom Schreibtisch, wie zu 100% die Kostenträger und teilweise die Ärzte!“

- „Sinnvoll wäre es, wenn Krankenschwestern Dekubitustherapie anordnen dürften. Sie haben oft mehr Wissen und Weiterbildung in diesem Bereich als die niedergelassenen Ärzte“
- Mehr Kompetenzen für Pflegefachkräfte bzgl. der Dekubitusbehandlung, z.B. Ausstellen von Rezepten zur Wundversorgung“.

Die folgenden Anregungen sind Einzelangaben und lassen sich nicht zu Kategorien zusammenfassen:

- „Fortbildungspflicht für Angehörige bei Dekubitus und Dekubitusrisiko.“
- „Kostenentlastung der Angehörigen im Prophylaxebereich.“
- „MDK bei Aufnahme anwesend, Fachkraft für Dekubitusprophylaxe finanziert durch Pflegekassen (Stellenschlüssel 1:50)“
- „Notdienst am Wochenende“ und
- „Öffentlichkeitsarbeit, Preisreduzierung therapeutischer Mittel, Physiotherapieverordnungen öfters – täglich“.

Zusammenfassend lassen sich nach Ansicht der Befragten folgende Kriterien für eine gute Dekubitusprophylaxe und Therapie aufstellen:

- die Finanzierung dekubitusprophylaktischer Maßnahmen sowie eine schnellere Bearbeitung der Hilfsmittelverordnungen
- die konsequente Anwendung des Pflegeprozesses und die Durchführung der Pflege nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen
- die Förderung der Selbstständigkeit der pflegebedürftigen Menschen
- die Personalentwicklung durch Fort- und Weiterbildung für Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte. Für den ambulanten Bereich spielt in diesem Zusammenhang die Schulung und Beratung der Angehörigen eine Rolle
- der zeitnahe und gezielte Einsatz von Hilfsmitteln
- eine wissenschaftlich fundierte Wundbehandlung
- die Einhaltung der Fachkraftquote und des Personalschlüssels
- gute interdisziplinäre Zusammenarbeit und
- die Anerkennung der Kompetenz der Pflegekräfte.

15 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Dekubitus gehört zu den Pflegeproblemen in den Einrichtungen der Altenhilfe und im Krankenhaus. Aus diesem Grund nimmt die Diskussion um die fachgerechte Prophylaxe und Versorgung in der Fachwelt einen breiten Raum ein und ist Grundlage intensiver pflegfachlicher Auseinandersetzung. Pflegewissenschaftliche Erkenntnisse zum Thema Dekubitus haben in der Praxis Einzug gefunden und zu einer Qualitätssteigerung und zu einer Professionalisierung der Pflege geführt. Die Weiterentwicklung und die Sicherung der Qualität in der Versorgung von dekubitusgefährdeten Menschen scheint auch in den stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten in Bayern eine große Rolle zu spielen.

Insgesamt ergab die vorliegende Untersuchung ein positives Bild und ein hohes fachliches Niveau der stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste in Bezug auf die Versorgungsqualität von dekubitusgefährdeten Personen. Dies macht die vorliegende Untersuchung deutlich.

- Die Prävalenzrate der Dekubitushäufigkeit ist im Vergleich zu anderen Studien relativ niedrig.
- Die Einrichtungen der stationären Altenhilfe und die ambulanten Dienste führen zu 95% eine standardisierte Risikoeinschätzung durch und die Prophylaxe und Versorgung von dekubitusgefährdeten und an Dekubitus erkrankten Personen erfolgt anhand von Pflegestandards.
- Prophylaktische Maßnahmen werden zum überwiegenden Teil adäquat eingesetzt.
- Dekubitusprophylaxe und Dekubitustherapie sind Thema von Fortbildungsveranstaltungen

Trotz aller positiven Ergebnisse lassen sich aus den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung verschiedene Empfehlungen für eine Optimierung der dekubitusbezogenen Qualitätssicherung und der Qualitätsentwicklung ableiten.

Dekubitushäufigkeit – weiterer Forschungsbedarf

- 23,1% der Männer und 7% der Frauen mit Dekubitus Grad 4 sind in den stationären Einrichtungen in der Pflegestufe 1. In der ambulanten Pflege liegt der Frauenanteil mit Dekubitus Grad 4 in der Pflegestufe 1 bei 14%, der Männeranteil bei 10,3%. Dieser Anteil kann als relativ hoch bezeichnet werden, geht man im Allgemeinen davon aus, dass hochgradigen Dekubitus eher bei Schwerstpflegebedürftigen anzutreffen sind. Hier gilt es die Gründe zu eruieren.
- Hauptentstehungsorte für Dekubitalulcera sind sowohl die eigene Einrichtung bzw. der eigene Pflegedienst als auch das Krankenhaus. Ebenso spielt das häusliche Umfeld ohne Pflegedienst eine große Rolle beim Erwerb eines Dekubitus. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf zu den Gründen.

Risikoeinschätzung

- Die Skalen der Risikoeinschätzung haben in den Einrichtungen in Bayern einen sehr großen Verbreitungsgrad. Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung rät von dem Einsatz der Norton-Skala für ältere Menschen ab. Diese steht allerdings bei den Befragten ambulanten Diensten an erster Stelle. Im Hinblick auf die Zielgruppe sollte deren Einsatz dringend überprüft und kritisch diskutiert werden.
- Laut Untersuchung werden in einigen Einrichtungen bzw. ambulanten Diensten unterschiedliche Skalen gleichzeitig eingesetzt. Dies gilt es aus Gründen der Vergleichbarkeit zu vermeiden.
- Im Rahmen der Studie wurde über vertiefte Auswertungen festgestellt, dass einige Einrichtungen bzw. ambulante Dienste mehr Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Kundinnen und Kunden mit einem Dekubitus pflegen, als sie Risikopatientinnen und -patienten angegeben haben. Schulungen zum Umgang mit den Skalen können in diesem Zusammenhang ein vergleichbares Einschätzungsniveau und einen einheitlichen Umgang mit den Skalen erreichen.

Risikofaktoren

Die Entstehung eines Dekubitus ist ein komplexes Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren und noch wenig erforscht. Die Studie zu den Ursachenzusammenhängen der Dekubitusentstehung konnte Zusammenhänge zwischen der Entstehung eines höhergradigen Dekubitus und den Risikofaktoren „Medikamente mit zentral-dämpfender Wirkung“ und „Kontrakturen“ feststellen (Krause et al. 2004). Bei den stationären Einrichtungen und den ambulanten Diensten scheinen diese Faktoren wenig im Blickfeld zu sein. Neben einem weiteren Forschungsbedarf zu diesem Thema sollten Pflegekräfte auf die Ursachenzusammenhänge und die Rolle der genannten Faktoren sensibilisiert werden. Der Einsatz von sedierenden Medikamenten sollte eingehend geprüft werden.

Neben den Pflegekräften stehen hier vor allem die Ärztinnen und Ärzte in der Verantwortung.

Prophylaxen

Die stationären Einrichtungen und die ambulanten Dienste führen ein breites Spektrum an prophylaktischen Maßnahmen durch. Dies betrifft die Lagerung, die Mobilisation und Bewegungsförderung, die Ernährung, die Hautpflege, aber auch die Anleitung und Schulung von Angehörigen. Spezielle Matratzen und Auflagen sowie andere Hilfsmittel werden umfangreich eingesetzt. Trotzdem kommen nach wie vor unwirksame oder kontraindizierte Maßnahmen und Hilfsmittel zum Einsatz.

Lagerung und Hilfsmittel

Vermieden werden sollten:

- Lagerungstechniken wie z.B. die 90 Grad Lagerung, die den Auflagedruck erhöhen
- Lagerungsringe
- Felle
- Watteverbände
- Wassermatratzen

Überprüft werden sollte der hohe Anteil der eingesetzten Wechseldruckmatratzen. Studien weisen darauf hin, dass der Einsatz von weichen Unterlagen die Eigenbewegungen der Betroffenen einschränken und zu einer Veränderung der Körperwahrnehmung führen kann (DNQP 2002: 52). Bei der Entscheidung für ein druckreduzierendes Hilfsmittel ist wesentlich, welche Pflege- und Therapieziele mit den Betroffenen angestrebt werden.

Ebenso sollte der Frage nachgegangen werden, warum die sowohl im Expertenstandard Dekubitusprophylaxe als auch in der Grundsatzstellungnahme Dekubitus empfohlene 135-Grad-Lagerung, in der Praxis nur geringe Anwendung findet.

Hautpflege

Hyperämisierende Substanzen, hautabdeckende Pasten und Puder, porenverstopfende Fettsubstanzen, hautreizende Mixturen, Desinfektionsmittel sowie farbige, quecksilberhaltige Mixturen und Lebensmitteln sollten zur Hautpflege nicht eingesetzt werden.

Ernährung

Verbesserungsmaßnahmen zur Dekubitusprophylaxe im Bereich der Ernährung lassen sich in der ausgewogenen Ernährung auf der Grundlage eines Ernährungsplanes, im gezielten Einsatz von Instrumenten wie z.B. dem Body-Mass-Index, der Zusammenarbeit mit einer

Ernährungsberaterin bzw. einem Ernährungsberater und mit dem Einbeziehen der Betroffenen und Angehörigen erkennen.

Mobilisation und Bewegung

Aktivierende Pflege und der Erhalt der Mobilität sind zwei der wichtigsten prophylaktischen Maßnahmen. Die Aktivitäten sollten hier neben der Mobilisation und der körperlichen Aktivierung auch auf die geistige Anregung der Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Kundinnen und Kunden gelegt werden.

Verordnung prophylaktischer Maßnahmen und Hilfsmittel

Vor allem im ambulanten Bereich scheint eine Optimierung der Steuerung und Vergabe der Hilfsmittel dringend notwendig. Eine bedarfsgerechte Versorgung kann nur erreicht werden, wenn schnell und unbürokratisch prophylaktische Maßnahmen und Hilfsmittel angewendet werden können. Dies schließt mit ein, dass entgegen der Vorgabe der Kostenträger Hilfsmittel bereits zur Prophylaxe verordnet werden können und prophylaktische Maßnahmen im Leistungskatalog der Kostenträger Berücksichtigung finden und entsprechend vergütet werden. Für ein solches Vorgehen sind politische Anpassungen erforderlich.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Ein Verbesserungspotenzial zeigt sich bei der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen den Pflegekräften und den Ärztinnen und Ärzten. Zwar gab der überwiegende Teil der Befragten an, dass die allgemeine Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten sehr gut bis gut sei, allerdings zeigen sich Verbesserungspotenziale bei den in der Praxis notwendigen Prozesse wie der Dokumentation, der Beratung und Unterstützung sowie der adäquaten Wundversorgung und der Hilfsmittelverordnung durch die Ärztinnen und Ärzte. Vor allem bei der Dokumentation empfanden 38,3% der Befragten die Zusammenarbeit als schlecht bis sehr schlecht. Probleme scheinen in der Kommunikation und der gegenseitigen Anerkennung und Akzeptanz zu liegen. Gründe dafür sind evtl. im unterschiedlichen beruflichen Selbstverständnis zu suchen. Strukturelle Gegebenheiten wie z.B. die Weisungsbefugnis auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte und die Weisungsgebundenheit auf Seiten der Pflegekräfte tragen zu diesem Spannungsfeld bei. Eine Möglichkeit die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Professionen zu verbessern und ein einheitliches Verständnis und Fachwissen zur Dekubitusprophylaxe und -therapie herzustellen, wären z.B. berufsgruppenübergreifende Fortbildungsmaßnahmen. In der Untersuchung von Krause et al. wird als weitere Maßnahme der Einsatz von so genannten „Dekubitusbeauftragten“ bzw. Wundexpertinnen und -experten angeregt (Krause et al. 2004: 84). Der Markt für Bildungsmaßnahmen zur Wundversorgung ist groß und ausgesprochen heterogen. Die Absolventinnen und Absolventen können Zertifizierungen erwerben wie z.B. zertifizierte Wund- bzw. Dekubitusbeauftragte. Die Angebote richten sich meist an Pflegekräfte. Einige Institute wie z.B. die Bayerische Pflegeakademie bieten ihre Lehrgänge u.a. auch für Ärztinnen und Ärzte an

(<http://www.bayerische-pflegeakademie.de>). Eine einheitliche Regelung zu den Ausbildungsinhalten und zu den Abschlüssen gibt es nicht. Erste Bestrebungen zur Vereinheitlichung der Maßnahmen und Zertifizierungsmöglichkeiten liegen allerdings vor. Mit dem Abschluss ist für die Dekubitusbeauftragten bzw. die Wundexpertinnen und -experten keine Erweiterung des Entscheidungsspielraums in der Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten verbunden. Eine Neuordnung der Aufgabenverteilung in der Wundversorgung z.B. durch die Übertragung der Anordnungsbefugnis auf die ausgebildeten Dekubitusbeauftragten bzw. Wundexpertinnen und -experten, wäre eine Möglichkeit den Auseinandersetzungen bezüglich einer adäquaten Wundbehandlung ein Ende zu setzen.

Fortbildungsmaßnahmen für Pflegekräfte

Fort- und Weiterbildung ist ein zentraler Ansatzpunkt für die Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität. Eine weitere Intensivierung der Fortbildungsangebote ist wünschenswert. Einen weiteren Fortbildungsbedarf sehen die Pflegekräfte für die Bereiche Mobilisation/Lagerung, Wunddokumentation und –management und Ernährung. Ein weiteres wichtiges Thema ist die Anwendung der Risikoskalen. Für alle Fortbildungen gilt, dass sie praxisorientiert durchgeführt werden und Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die von den Pflegekräften unter alltäglichen Bedingungen umgesetzt werden können. Neben den internen Fortbildungsveranstaltungen haben sich die einrichtungsübergreifenden Fortbildungsveranstaltungen bewährt. Externe Fortbildungsveranstaltungen verbessern nicht nur die einrichtungsübergreifende Kommunikation, sondern bieten auch die Möglichkeit des Lernens von guten Beispielen. Vor allem kleinere Einrichtungen und Dienste können im Sinne der Wirtschaftlichkeit von einrichtungsübergreifenden Fortbildungen profitieren.

Fortbildungsmaßnahmen für Ärztinnen und Ärzte

Die befragten Pflegekräfte sehen Defizite im Fachwissen der Ärztinnen und Ärzte bezüglich der Wundversorgung und Therapie von Personen mit Dekubitus. Die Anordnung von obsoleten Dekubitustherapien wie z.B. Einsatz von Zucker, Honig, Jod, Mercurocrom und Wundbehandlungen mit trockenen Wundauflagen sind als Indizien dafür zu werten. Auch ist der routinemäßige Einsatz von Antiseptika kritisch zu sehen und zu überprüfen. Es besteht ein Schulungsbedarf im modernen Wundmanagement für die Ärztinnen und Ärzte. Darüber hinaus gilt es die Ärztinnen und Ärzte auf eine Verantwortungsübernahme über die Lokalbehandlung hinaus im Sinne einer ganzheitlichen Dekubitusversorgung zu sensibilisieren und zu schulen. Wichtiger Bestandteil einer systematischen Dekubitusbehandlung wäre beispielsweise die Schmerzbehandlung.

Beratung und Schulung der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen

Pflegende Angehörige leisten in der häuslichen Pflege einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung der Pflegebedürftigen. Die Beratung und Schulung der Pflegebedürftigen und der pflegenden Angehörigen ist ein wesentlicher Punkt zur

Vermeidung von Dekubitalulcera im häuslichen Umfeld. Neben Themen wie z.B. die Wichtigkeit der prophylaktischen Maßnahmen und deren Anwendung sowie die Risikoerkennung müssen Informationen zur Leistungsanspruchnahme vermittelt werden. Damit kann die Handlungsbereitschaft pflegender Angehöriger und die Bereitschaft bei den prophylaktischen Maßnahmen professionelle Hilfe anzufordern gefördert werden. Darüber hinaus sollte die enorme zeitliche und die physischen und psychischen Belastungen Ansatzpunkte der Beratung und Schulung der Angehörigen sein.

Umsetzung und Förderung von erlerntem Wissen

Im Rahmen der Befragung gaben die stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste Empfehlungen ab, wie das in Fortbildungen erlernte Wissen in der Praxis verankert und gesichert werden kann. Die von den Befragten genannten Maßnahmen lassen sich unter die Oberbegriffe Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung zusammenfassen. Als Empfehlungen nannten die Befragten die Implementierung von Qualitätszirkeln, die Durchführung der Pflegevisite und Fall- und Teambesprechungen und die konsequente Durchführung des Pflegeprozesses.

16 Literaturverzeichnis

Bayerische Pflegeakademie: Wundexperte. Zertifizierung nach der Initiative Chronischer Wunden (ICW), <http://www.bayerische-pflegeakademie.de/wundexperte30-10-06.htm>, 3. August 2005

Benninghaus H.: Deskriptive Statistik. Stuttgart: Teubner B.G. Verlag, 1974

Bortz, J.: Statistik für Sozialwissenschaftler. Berlin / Heidelberg / New York / London: Springer Verlag, 1993

Care konkret: Krankenpflege: Änderung der Richtlinie in Kraft, care konkret vom 11. März 2005

Dassen, T. (Hrsg.): Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizin- / Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft: Prävalenz: Pflegeabhängigkeit, Sturzereignis, Inkontinenz, Dekubitus. Erhebung 2004. Berlin: 2004

Dassen, T. (Hrsg.): Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizin- / Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft: Prävalenz: Pflegeabhängigkeit, Sturzereignis, Inkontinenz, Dekubitus. Erhebung 2003. Berlin: 2003

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Osnabrück: 2002

Fischer, B.: Wundfibel. Wundheilung, Wundinfektion, Wundtherapie. Gütersloh: 2004

Gabler, S.; Hoffmeyer-Zlotnik, J.; Krebs, D.: Gewichtung in der Umfragepraxis. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1994

Initiative Chronische Wunden: Leitlinie Dekubitus: Kaufbeuren: 1997

Fraunhofer IAO: Modellprojekt „Qualitätssicherung durch Dekubituserfassung im Ostalbkreis“. Ergebnispräsentation 2004. Unveröffentlichte Vortragsfolien, gehalten am 2. Februar 2005 in Aalen.

Fraunhofer IAO: Info- Reihe Pflege – ein Erfolg. Vortragsfolien, gehalten bei der Abschlussveranstaltung der Info- Reihe Pflege am 27. Januar 2005; www.ostalbkreis.de

Institut für Innovationen im Gesundheitswesen und angewandte Pflegeforschung (IGAP) Dekubitus. Ein drückendes Problem. Bremervörde: 8. neu überarbeitete Auflage, 2002

Institut für Innovationen im Gesundheitswesen und angewandte Pflegeforschung (IGAP): www.dekubitus.de; 26. Mai 2005

Krause T.; Anders J.; Heinemann A.; Cordes O.; Wilke L.; Kranz S.; Kühl M.: Ursachenzusammenhänge der Dekubitusentstehung. Ergebnisse einer Fall- Kontroll- Studie mit 200 Patienten und Befragung aller an der Pflege Beteiligten. Stuttgart: 2004

Leffmann, C.: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 12. Dekubitus. Berlin: 2002

Leffmann, C.: „Qualitätssicherung in der Dekubitusprophylaxe“ in Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Heft 2 April 2004, Steinkopff Verlag Darmstadt

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Fassung vom 17. Juni 1992) zuletzt geändert am 1. Dezember 2003

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS): Grundsatzstellungnahme Dekubitus. Medizinisch- pflegerische Grundlagen, Prophylaxe und Therapie, Bearbeitung von Behandlungs-/Pflegefehlervorwürfen. 2001

Schiemann, D.; Moers, M.: Werkstattbericht: Stationsgebundene Qualitätsentwicklung in der Pflege. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Osnabrück: 2004

Schnell, R.; Hill, P.; Esser, E.: Methoden der empirischen Sozialforschung. München/Wien: Oldenbourg Verlag, 1992

Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014) zuletzt geändert durch Artikel 22 des Gesetzes vom 22. April 2005 (BGBl. I S. 1106) Rechtsstand 1. Mai 2005

Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) zuletzt geändert durch Artikel 20 des Gesetzes vom 22. April 2005 (BGBl. I S. 1106), Rechtsstand 1. Mai 2005

Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2003. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Bonn: April 2005. www.destatis.de

Steingäß S.; Klein B.; Hube G.; Pavel K.; Walter K.; Weiss V.: „Neue Wege der Qualitätssicherung – Modellprojekt Dekubitusforschung im Ostalbkreis“ in Gesundheitswesen (2002), S. 585 ff., Stuttgart – New York: Georg Thieme Verlag KG

Steingaß S.; Klein B.; Pavel K.; Ruf U.; Walter K.; Weiss V.: „Transparenz in der Pflege – Dekubituserfassung auf Landkreisebene als Instrument der Qualitätssicherung“ in: Gesundheitswesen (2004), S. 802 ff., Stuttgart – New York: Georg Thieme Verlag KG

17 Anhang