



Dekubitus

**Grundlagenwissen und
Informationen über eine Untersuchung
zu den Ursachenzusammenhängen der
Entstehung von Druckgeschwüren**

**eine Broschüre für Angehörige
pflegebedürftiger Menschen**

Autoren:

T. Krause
J. Anders

Albertinen-Haus
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
Sellhopsweg 18-22
22459 Hamburg
forschung@albertinen.de

Inhaltsverzeichnis	Seite
Vorwort	2
Vom Lagern, Liegen und Durchliegen	3
Einleitung	3
Was ist ein Dekubitus und wie entsteht er?	4
Wo entsteht ein Dekubitus?	5
Wie kann man die Haut und das Gewebe entlasten?	6
10 wichtige Punkte im Kampf gegen das Druckgeschwür (inklusive weiterer Informationsquellen)	10
Ursachenzusammenhänge der Dekubitusentstehung	
Zusammenfassende Darstellung des Projektes und der Ergebnisse	
Einleitung	14
Methodik und Stichprobe	15
Ergebnisse	16
- Fall-Kontroll-Vergleich	16
- Beurteilung der Behandlung	17
- Befragung von Pflegekräften	17
- Befragung von leitenden Pflegekräften	19
- Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten	20
- Befragung von pflegenden Angehörigen	21
Schlussfolgerungen/Empfehlungen	23
Forschungsbedarf	29

Vorwort

Diese Broschüre zum Thema Dekubitus (Druckgeschwür) richtet sich in erster Linie an Laien, die am Thema Dekubitus interessiert, oder als Pflegekräfte davon betroffen sind. Der zweite Abschnitt wird auch für Fachleute interessant sein, die Forschungsergebnisse ohne Fachchinesisch nachlesen möchten.

Im ersten Abschnitt wird erklärt, was ein Dekubitus ist, wie und wo ein Dekubitus entsteht und welche Möglichkeiten zur Vermeidung bzw. Behandlung bestehen. Dieser Teil ist nicht als Pflegeanleitung zu verstehen, sondern dient dem Ziel, ein grundlegendes Verständnis für Dekubitus zu vermitteln, grobe Fehler zu vermeiden und Grenzen des eigenen Handelns als Laie zu erkennen.

Im zweiten Abschnitt werden die Ergebnisse einer wissenschaftlichen Untersuchung zu den Ursachenzusammenhängen der Dekubitusentstehung allgemeinverständlich dargestellt. Das Projekt „Ursachenzusammenhänge der Dekubitusentstehung“ wurde vom Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie (Hamburg) und dem Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg durchgeführt. Es wurde gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und der Robert Bosch Stiftung GmbH. Das Projekt hat in einem sehr umfassenden Ansatz die Risikofaktoren für die Entstehung von Dekubitus erforscht und aufgearbeitet. Ziel ist es die Ergebnisse leicht verständlich darzustellen.

Vom Lagern, Liegen und Durchliegen

Einleitung

Pflegende Angehörige übernehmen eine große Verantwortung. Gerade weil man einem anvertrauten Menschen so nahe steht, ist es oft nicht einfach, zwischen guter Pflege und „Übermutterung“ zu unterscheiden.

In den letzten Jahrzehnten hat in der Medizin und in den Pflegewissenschaften ein Gesinnungswandel stattgefunden. „Ruhe und Schonung“, gar „Bettruhe“, früher von Ärzten und Ärztinnen und Pflegekräften großzügig empfohlen, wird heute vermieden wo es geht. Denn Ärzte und Pfleger haben gelernt, dass nichts dem Körper so schadet wie fehlende Herausforderungen. Ein Beispiel soll das verdeutlichen: Wir alle haben schon mal erlebt, wie dünn und ungelentk ein Bein oder Arm aussieht, der für einige Wochen durch einen Gipsverband „ruhiggestellt“ wurde. Oder denken wir an die Fernsehaufnahmen von Astronauten, die nach wenigen Tagen in der Schwerelosigkeit des Weltalls Muskel- und Knochenmasse eingebüßt haben. Früher mussten diese jungen, gesunden und eigentlich gut trainierten Menschen oft aus ihrer Landefähre getragen werden. Heutzutage trainieren sie während des Raumfluges ihre Muskeln und beugen so massiven Kraftverlusten vor.

Doch nun zurück zur Pflege. Pflegebedürftige Menschen sind meist nicht jung und gesund, sondern haben schwere Erkrankungen hinter sich, von denen Behinderungen zurückgeblieben sind. In vielen Bereichen des Alltags ist Hilfe notwendig. Den Einkauf, den Haushalt, die Zubereitung der Mahlzeiten und ggf. auch die Hilfestellung beim Essen übernehmen meist Angehörige. Alle hauswirtschaftlichen Tätigkeiten und liebevolle Zuwendung ersetzen jedoch nicht die notwendige körperliche Bewegung. Es gilt also ein Kunstsück zu vollbringen: Gerade weil Pflegebedürftige körperlich behindert sind, müssen Bewegung und Beweglichkeit so gut es geht gefördert werden. Herz und Kreislauf, das Gehirn, die Verdauung und natürlich der Bewegungsapparat sind darauf angewiesen.

Werden zum Beispiel Arme und Beine nicht regelmäßig durchbewegt, so verkürzen sich die Sehnen. Schmerzen treten auf und die Gelenke werden steif. Im schlimmsten Fall entstehen starre Verkrümmungen und Fehlhaltungen der Gelenke (sog. Kontrakturen), so dass der Betroffene gar keine normale, entspannte Haltung

mehr einnehmen kann. Das ist natürlich sehr unangenehm für den Betroffenen, erschwert aber auch die weitere Pflege sehr.

Was ist ein Dekubitus und wie entsteht er?

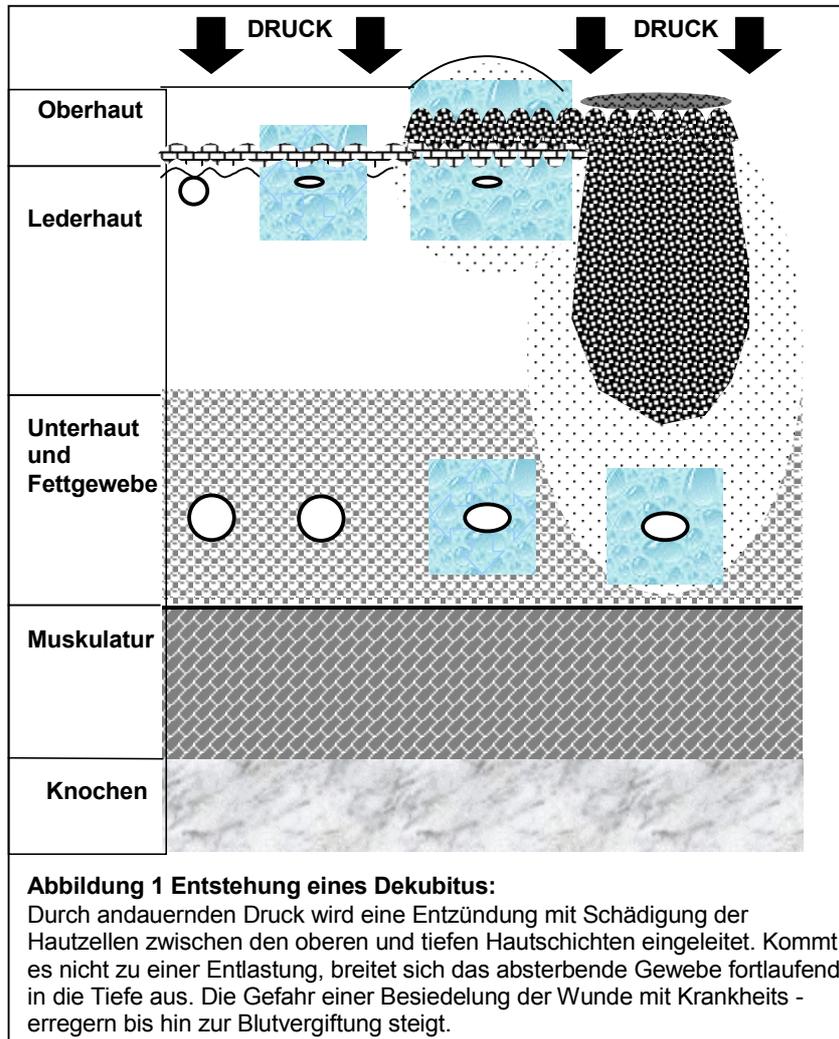
Doch noch eine Gefahr birgt der Bewegungsmangel: Unser größtes Organ, die Haut, wird durch sogenannte Druckgeschwüre¹ bedroht. Diese Geschwüre haben nichts mit Tumorerkrankungen zu tun, sondern sind Folge anhaltenden Druckes auf einzelne Hautstellen durch langes „Aufliegen“. Dazu reicht das Körpergewicht völlig aus, denn betroffen sind feinste Haargefäße in der Haut. Diese lassen sich leicht zusammendrücken. Es nützt auch nichts, das Bett -etwa mit einem Lammfell- besonders weich zu polstern.

Dazu ein Versuch: Beim Messen des Blutdruckes legt Ihnen der Arzt eine gepolsterte, breite Manschette um den Arm. Ist diese vollständig aufgepustet, drückt es ganz schön. Nun stellen Sie sich vor, die Manschette bliebe über mehrere Stunden an Ihrem Arm: Die Durchblutung ist unterbunden, weil die oberflächlichen Blutgefäße in der weichen Haut und im Fettgewebe zusammengedrückt werden. Der Arm wird rot, denn unterhalb der Manschette weiten sich die Blutgefäße, um möglichst viel Blut transportieren zu können. Doch vergeblich, es herrscht „Stau“, das Blut fließt nicht mehr. Schließlich wird aus den Körperzellen und dem Blut Flüssigkeit abgepresst und sammelt sich im Gewebe (Ödem). Der Arm schwillt an. Dadurch nimmt der Druck weiter zu. Das Gewebe bekommt keinen frischen Sauerstoff mehr über das Blut und beginnt unter der Hautoberfläche abzusterben, Blasen entstehen. Die Haut hält dem Druck nicht stand, die Wunde ist ein nach außen sichtbarer, offener Defekt im Gewebe. Ist einmal die schützende Hautschicht durchbrochen, entfällt der wichtigste Schutz des Körpers vor Krankheitserregern. Von der Haut wird sich das Geschwür in die Tiefe ausbreiten. Wird jetzt nicht vom Druck entlastet, so wären auch Fettgewebe, Muskulatur und sogar Knochen betroffen. Entzündungen der Weichteile bis hin zur Blutvergiftung können die Folge sein.

Nicht anders entsteht ein Druckgeschwür bei bettlägerigen Patienten. Und so wie Druckstellen am Obst von innen faulen, ist es auch beim Druckgeschwür. Daher helfen Salben oder pflegende Wirkstoffe von außen nicht.

¹ Druckgeschwür = Dekubitus von lat. decumbere: sich niederlegen; Synonyma: deut. Dekubitalgeschwür, -ulcera, engl.: pressure ulcer, pressure sore)

Abbildung 1 Entstehung eines Druckgeschwüres (Dekubitus)

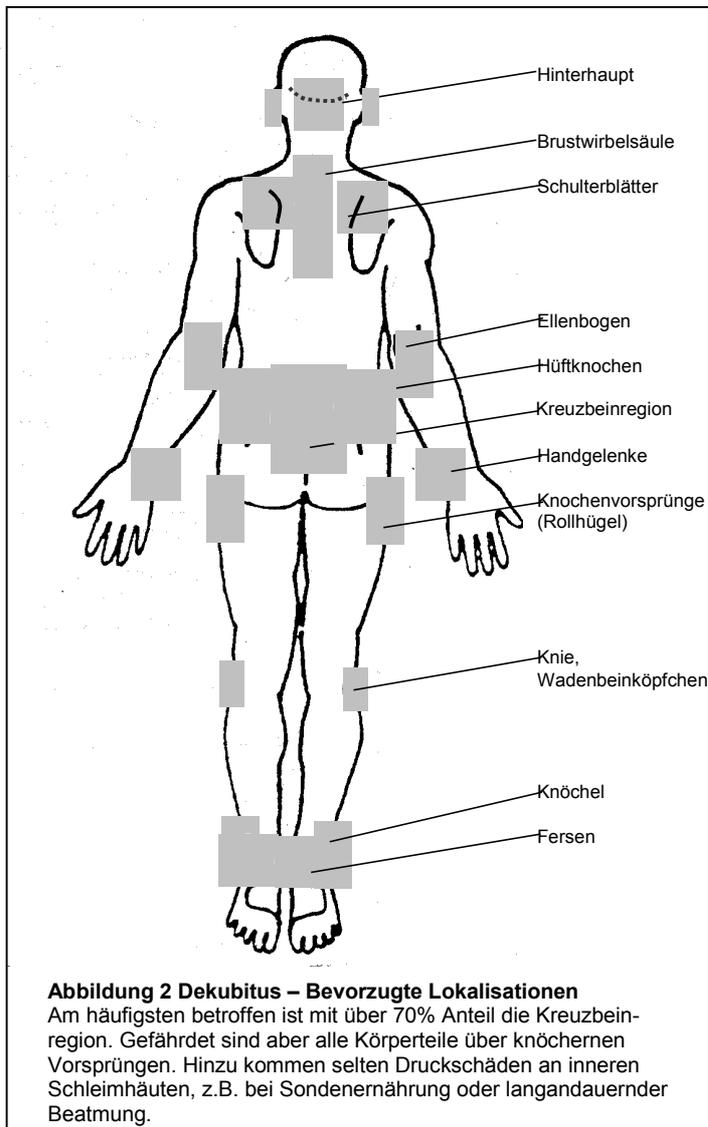


Wo entsteht ein Dekubitus ?

Nur eine Maßnahme ist entscheidend, um vorzubeugen oder zu heilen: Die sofortige Entlastung der betroffenen Körperstellen vom Auflagedruck.

Doch welche Stellen sind das? In erster Linie gefährdet sind Stellen, an denen Haut zwischen Knochenvorsprüngen und der Auflage zusammengedrückt wird. Vor allem am unteren Rücken, an den Hüftknochen oder Fersen ist das so. Die Abbildung 2 zeigt Zonen, die besonders häufig betroffen sind.

Abbildung 2 Besonders von Dekubitus gefährdete Körperstellen



Wie kann man die Haut und das Gewebe entlasten?

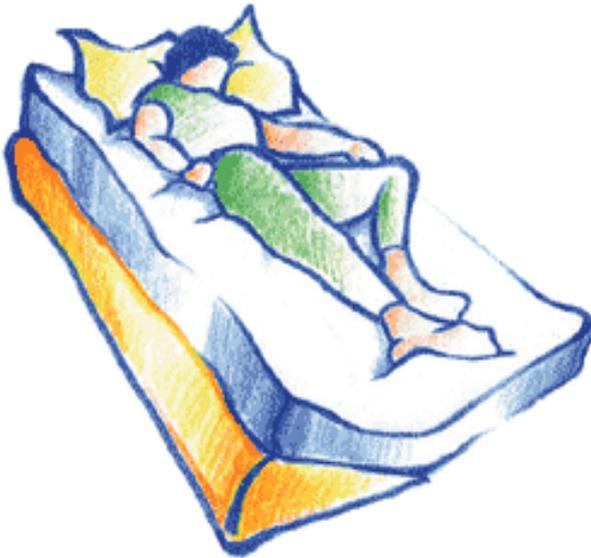
Etwa alle 2 Stunden sollte der Körper des zu Pflegenden in eine neue Position gebracht werden. Dazu gibt es verschiedene Lagerungstechniken. Soll z.B. die Region um die untere Wirbelsäule entlastet werden, ist es nicht sinnvoll, den Betroffenen aus der Rückenlage in eine sitzende Position zu bringen. Im Sitzen ist der Druck auf diese Partie sogar besonders groß. Hilfreich ist in diesem Falle eine Schräglagerung um 30°. Einen Rückenhälfte, aber auch Knochenvorsprünge im Oberschenkel (sog. Trochanter) werden so wirksam entlastet.

Die nachfolgenden Abbildungen sollen die verschiedenen Lagerungstechniken verdeutlichen.



30°-Lagerung

Bei dieser Lagerung wird entweder die rechte oder linke Gesäß- bzw. Körperhälfte belastet. Diese Stellen eignen sich zur Druckbelastung, da sie durch die Gewebemuskulatur gut abgepolstert sind und sich keine Knochenvorsprünge darunter befinden. Diese Stellung wird mit Hilfe von zwei großen Kissen erreicht, die auf die Hälfte (Schiffchen) gefaltet werden. Das erste wird rechts oder links der Wirbelsäule unter den Rücken gelegt, das zweite unter den entsprechenden Oberschenkel. Diese Form der Lagerung bedarf einiger Übung und Drehtechnik, sie kann jedoch schnell erlernt werden.



Schiefe Ebene

Eine etwas einfachere Form ist die Patientenlagerung mittels Schiefer-Ebene. Dazu wird entweder rechts oder links zwischen Matratze und Sprungrahmen Material gesteckt, das die Matratze um ca. 20 cm anhebt. Hierzu eignen sich gerollte Decken oder Schaumstoffkeile. Zu beachten ist, dass diese über die gesamte Bettlänge reichen. Der Vorteil dieser Lagerung besteht in der einfachen Durchführung für den ungeübten Helfer. Sie ist besonders schonend, da der Patient nicht gedreht werden muss. Diese Methode eignet sich besonders gut für unruhige Personen, da das Lagerungsmittel weder verrutschen noch aus dem Bett fallen kann.

	<p>135°-Lagerung</p> <p>Neben den beschriebenen Formen ist auch die 135-Grad-Lagerung möglich. Sie bietet einen besonderen Vorteil bei bereits vorhandenen Druckgeschwüren im Bereich des Steißbeins. Die meisten Patienten empfinden diese Haltung als recht angenehm. Auch hier wird wiederum mit zwei Kissen gearbeitet, wobei eines unter eine Hälfte des Oberkörpers gebracht wird und das andere unter die entsprechende Hüfte und Oberschenkel.</p>
	<p>Hohllagerung</p> <p>Gefährdete oder betroffene Körperstellen können auch durch eine Hohllagerung entlastet werden. Die Fersen eignen sich besonders gut für diese Form. Bei der Hohllagerung ist jedoch darauf zu achten, dass man durch diese Maßnahme keine anderen Körperstellen extrem belastet bzw. einem Druck aussetzt, der die Blutzirkulation beeinträchtigt. Folglich dürfen Sitzringe aus Schaumstoff oder aus Gummi nicht eingesetzt werden.</p>
	<p>V-Lagerung</p> <p>Die letzte der hier vorgestellten Möglichkeiten ist die sogenannte V-Lagerung. Sie wird bei Patienten erwogen, die bereits Hautschädigungen im Bereich der Wirbelsäule haben. Zudem wirkt die sie atemstimulierend, also außerdem als Pneumonieprophylaxe (vorbeugende Maßnahme gegen Lungenentzündungen). Benötigt werden wiederum zwei nicht zu prall gefüllte Kissen, die zu Schiffchen geformt werden. Diese werden im Bereich des Oberkörpers überlappend zu einem V geformt, dessen Spitze oberhalb des Steißbeins liegt. Diese Lagerung kann auch im Sitzen durchgeführt werden.</p>

Abdruck der Abbildungen und der Texte mit freundlicher Genehmigung des IGAP Institut für Innovationen im Gesundheitswesen und angewandte Pflegeforschung

Um diese Lagerungstechniken richtig anwenden zu können, raten wir Laien, einen Kurs „Pflege für Angehörige“ zu besuchen. Ansprechpartner sind die Krankenkassen, die Kosten werden teilweise rückerstattet. Man kann sich auch an die örtliche

Sozialstation, die Gemeindeschwester oder an einen der ambulanten Pflegedienste wenden. Denn richtiges Lagern hilft nicht nur den Pflegebedürftigen – pflegende Angehörige schonen auch sich und erfahren viel über rückschonendes Arbeiten. Auch Bewegungsübungen zum Lockern der Gelenke werden dort vermittelt. Gute und sichere Pflege zu leisten ist nur möglich, wenn sich die Pflegenden auch selbst pflegen. Man sollte sich nicht scheuen, auf das Wissen und die Hilfe professioneller Pflegekräfte zurückzugreifen und mit dem Hausarzt über die Situation zu sprechen. Sinnvoll ist es unter Umständen auch, für gewisse Zeit eine Krankengymnastin bzw. einen Krankengymnasten hinzuzuziehen.

10 wichtige Punkte im Kampf gegen das Druckgeschwür

Die Zusammenfassung zeigt nochmal die wichtigsten Maßnahmen auf, um Druckgeschwüre zu vermeiden bzw. ihre Abheilung zu unterstützen.

1. Wer ist gefährdet?

Grundsätzlich alle Personen mit schweren Bewegungseinschränkungen (Immobilität), die selbst nicht oder nur schwer einen Lagewechsel vornehmen können. Besonders betroffen sind Menschen mit Erkrankungen des Nervensystems (Lähmungen bei Multipler Sklerose oder Schlaganfall, Parkinson'scher Krankheit, Querschnittslähmungen), schweren geistigen Erkrankungen mit eingeschränkter Mobilität (dementielle Erkrankungen wie die Alzheimer'sche Erkrankung).

2. Wie kann man vorbeugen?

Gefährdete Personen müssen in ihrer Eigenbewegung gefördert werden. Auch passives Durchbewegen der Gelenke und regelmäßiges Umlagern (auch nachts) bei bettlägerigen Patienten zählt dazu.

3. Welche Maßnahmen zur Bewegungsförderung sind die richtigen?

Art und Ausmaß der Mobilisierung muss für jeden Patienten individuell bestimmt werden. Hier sind Sie als Laie überfordert: Holen Sie sich Unterstützung von professionellen Pflegediensten und ihrem Hausarzt. Diese können Sie sowohl beraten und einen Bewegungsplan aufstellen als auch eventuell notwendige Hilfsmittel wie spezielle Matratzen verordnen. Einmal angeleitet, können Sie dann selbständig und schonend für sich und den Betroffenen Lagerungswechsel vornehmen.

4. Ersparen Hilfsmittel mir die Lagerungen?

Leider nein. Keine noch so weiche Matratze führt zu der notwendigen vollständigen Druckentlastung. Sie können aber eine Behandlung unterstützen. Geeignet sind sog. Superweichmatratzen und Wechseldrucksysteme. Fachleute im Sanitätsfachhandel, bei der Krankenkasse, der Sozialstation, der Pflegedienste und natürlich der Hausarzt können bei der Auswahl helfen.

5. Wer kann nachts helfen?

Wenn nächtliche Lagewechsel alle 2 bis 4 Stunden bei Pflegebedürftigen notwendig sind, sollte überlegt werden, ob dies leistbar ist. Hier sollte man sich über Unterstützungsmöglichkeiten bei den bereits o.g. Ansprechpartnern beraten lassen.

6. Helfen Salben, die Haut zu schützen?

Eine gute Hautpflege mit milden, seifenfreien Waschsyndets und rückfettenden Lotionen verhindert eine Austrocknung und Verletzung der Haut, das ist für jeden Pflegebedürftigen wichtig und angenehm. Mit der Entstehung eines Druckgeschwürs hat die Hautoberfläche allerdings nichts zu tun. Im Gegenteil, es sollten keine Salben, Öle oder andere Substanzen auf offene Stellen aufgebracht werden. Das kann zu Reizungen, Allergien und Wundheilungsstörungen beitragen.

7. Kann eine besondere Diät helfen?

Nicht direkt. Druckgeschwüre entstehen in erster Linie durch Druck. Allerdings sind Menschen mit Auszehrung, wenig Fettgewebe und Mangelernährung besonders gefährdet. Auch verlieren Patientinnen und Patienten mit offenen Druckgeschwüren viel Eiweiss über die Wunde und benötigen Energie zur Wundheilung. Eine ausgewogene Ernährung mit Vitaminen aus frischem Obst und Gemüse und Eiweiss aus Fleisch oder Milchprodukten ist wichtig für Gesundheit und Wohlbefinden. Wenn der/die Betroffene wenig isst, an Schluckstörungen oder Appetitmangel leidet, dann sollte wiederum der zuständige Arzt/Ärztin und/oder der Pflegedienst hinzugezogen werden.

8. Gibt es besondere Warnzeichen?

Ja! Einmal am Tag sollten Rücken, Fersen und Gesäß angeschaut werden, z.B. während der Hilfestellung beim Waschen oder Anziehen. Umschriebene Rötungen, die unter Druck mit dem Finger nicht verschwinden und nicht rasch abblassen, sind ein Zeichen höchster Gefahr. Es liegt dann bereits eine Druckschädigung der Haut vor. Werden nicht sofort Maßnahmen ergriffen, wird sich der Gewebeschaden ausbreiten. Ein Arzt sollte sofort informiert werden! Ein Druckgeschwür, auch in diesem frühen Stadium, kann nicht bis nach dem Wochenende warten. Denn bis helfende Maßnahmen organisiert sind, vergehen noch mehrere Stunden.

9. Sind Druckgeschwüre heilbar?

Glücklicherweise ja. Voraussetzung ist aber wieder eine gute Bewegungsförderung und Druckentlastung der betroffenen Stellen. Auch andere Risikofaktoren, z.B. Ernährungsstörungen, Entzündungen oder eine schlecht eingestellte Zuckerkrankheit (Diabetes), müssen durch begleitende Behandlungen durch den Arzt ausgeschaltet werden. Wichtig ist eine gute Vorbereitung der Wunde durch chirurgische Säuberung. Auf den sauberen Wundgrund werden dann moderne Pflasterverbände gebracht. Diese ganz speziellen Wundauflagen kleben nicht an der Wunde und setzen Feuchtigkeit frei. Wie in einem kleinen Treibhaus können dann die körpereigenen Reparaturzellen ans Werk gehen. Die Wunde soll dabei nicht gestört werden, daher werden diese Auflagen nur alle zwei bis drei Tage gewechselt. Um Entzündungen vorzubeugen, sollte der Verbandswechsel unter keimfreien Bedingungen von professionellem Pflegepersonal vorgenommen werden. Schmerzmedikamente helfen dem Patienten bis zur Abheilung, denn pro Tag bildet sich nur etwa 1mm neues Gewebe. Merke: Ein Dekubitus ist schnell da, heilt aber langsam. Also ist Vorbeugung besser als Heilung.

10. An wen können sich pflegende Angehörige wenden?

Allgemeine Informationen zum Thema Dekubitus lassen sich gut im Internet finden. Eine bewusst klein gehaltene Auswahl von Internet-Adressen haben wir nachfolgend zusammengestellt. Diese Seiten bieten seriöse Informationen sowohl für Laien als auch für Professionelle und enthalten weitere Hinweise auf Literatur, Leitlinien, Fachgesellschaften und andere Internet-Seiten.

- <http://www.patientenleitlinien.de/Dekubitus/dekubitus.html>
Solide und gründliche Informationen für Patienten. Es sind auch Patientenleitlinien zu anderen Krankheitsbildern und Risikofaktoren vorhanden. Die Seite www.evidence.de Universität Witten/Herdecke ist eine umfassende Lehr-, Lern- und Informationsplattform.
- <http://www.medizinfo.de/wundmanagement/dekubitus.htm>
Kompakter und leicht verständlicher Überblick zu Dekubitus
- <http://www.m-ww.de/krankheiten/hautkrankheiten/wundliegen.html>
Kompakter und leicht verständlicher Überblick zu Dekubitus und vielen

- Hautkrankheiten
<http://www.dekubitus.de/index.htm>
 Sehr umfassende Seite zum Thema Dekubitus. Für Laien verständlich und anschaulich bebildert. Die Seite richtet sich auch an Professionelle.
- <http://www.patienten-information.de/selbsthilfe.htm>
 Qualitätsgeprüfte Behandlungsinformationen für Patienten und Laien zu vielen Krankheitsbildern.
- <http://www.dgfw.de>
 Homepage der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (DGfW)
- <http://www.icwunden.de>
 Homepage der Initiative Chronische Wunden (ICW). Dort ist für 5 € eine professionelle Dekubitus-Leitlinie als Druckversion (86 Seiten) erhältlich.
- www.albertinen.de
 Auf der Homepage des Albertinen-Diakoniewerkes werden in 2004 alle Ergebnisse des Projektes „Ursachenzusammenhänge der Dekubitusentstehung dargestellt.
- www.bmfsfj.de
 Homepage des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit einer Vielzahl von Ratgebern, Publikationen, Gesetzen und Forschungsvorhaben auch zu pflegerischen Themen.

Vom Bundesministerium für Gesundheit gibt es ein Bürgertelefon, bei dem auch Fragen zur Pflegeversicherung beantwortet werden. Die Anrufe sind gebührenfrei und die Auskünfte sind kostenlos:

0800 / 151515-8

Angehörige, die bereits Pflege leisten und spezielle Informationen zum Einzelfall wünschen sollten sich am besten an den Pflegedienst wenden, wenn dieser bereits eingeschaltet ist. Ein(e) weitere(r) wichtige Ansprechpartnerin bzw. Ansprechpartner ist natürlich die Hausärztin bzw. der Hausarzt. Darüber hinaus sollte es möglich sein über die folgenden Stellen Informationen und Beratung zum Thema Dekubitus zu erhalten:

- Soziale Beratungsstellen
- Pflegeverbände
- Pflegetelefone (soweit vorhanden)

Vermittlung von Selbsthilfegruppen:

NAKOS Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen

Wilmsdorfer Straße 39

10627 Berlin

Telefon 030 / 31 01 89 60

Fax: 030 / 31 01 89 70

E-Mail: selbsthilfe@nakos.de

www: www.nakos.de

Ursachenzusammenhänge der Dekubitusentstehung

Zusammenfassende Darstellung des Projektes und der Ergebnisse

Einleitung

Das Projekt Ursachenzusammenhänge der Dekubitusentstehung hat in einem umfassenden Forschungsprojekt die Gründe für die Entstehung von (höhergradigen) Dekubitus untersucht. Die Hauptfragestellung war:

Warum bekommen Patientinnen und Patienten keinen höhergradigen Dekubitus (Kontrollen), obwohl sie ein vergleichbares Risikoprofil aufweisen wie Patientinnen und Patienten mit einem höhergradigen Dekubitus (Fälle)?

Ergänzend zu den patientenbezogenen Datenerhebungen wurden parallel folgende Befragungen durchgeführt:

- Befragung von 256 Pflegekräften zu den Ursachenzusammenhängen der Dekubitusentstehung. Die Pflegekräfte kamen aus den Einrichtungen, in denen Recherchen zu Patientinnen und Patienten der Hauptuntersuchung (Fall-Kontroll-Vergleich) stattfanden.
- Befragung von 67 leitenden Pflegekräften (i.d.R. Pflegedienstleitungen) zu den Ursachenzusammenhängen der Dekubitusentstehung und zu Maßnahmen, die in den Pflegeeinrichtungen bei Dekubitus oder bei Dekubitusgefährdung durchgeführt werden.
- Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten: In einer Basisbefragung wurden alle niedergelassenen und hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte in Hamburg zum Thema Dekubitus befragt. 245 Antwortbögen konnten ausgewertet werden. In einer Fall-Erhebung wurden 60 Ärztinnen und Ärzte, die an der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten mit höhergradigem Dekubitus beteiligt waren, um ihre Einschätzung eines konkreten Falles gebeten.
- Befragung von 61 Angehörigen, die an der Pflege von Dekubitus-Risikopatientinnen und -patienten beteiligt waren, zur Pflegesituation und zur Belastung.

Die Angehörigenbefragung erfolgte überwiegend im persönlichen Interview, teilweise auch in schriftlicher Form. Die anderen Befragungen wurden schriftlich und anonym

durchgeführt. Die Stärken des Projektes liegen einerseits in der Wissenschaftlichkeit des Fall-Kontroll-Vergleiches für eine relativ große Zahl von Dekubituspatientinnen und Dekubituspatienten mit einem höhergradigen Dekubitus und andererseits in der Einbeziehung und Befragung aller Beteiligten mit direktem Patientinnen- und Patientenkontakt

Methodik und Stichprobe

Der Fall-Kontroll-Vergleich wurde in drei Schritten durchgeführt:

1. Verstorbene mit Dekubitus bzw. einer vermuteten hohen Dekubitusgefährdung vor dem Tod wurden durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Institutes für Rechtsmedizin ermittelt. In Hamburg findet vor der Einäscherung (Kremation) immer eine sogenannte zweite Leichenschau statt. Die Betonung liegt auf „schau“, denn keiner dieser Verstorbenen wird seziert, wenn nicht Anzeichen für eine unnatürliche Todesursache vorliegen. Außerdem findet die zweite Leichenschau in den Räumlichkeiten der Krematorien selbst statt und nicht in der Rechtsmedizin.
2. Angehörige wurden um eine Einverständniserklärung gebeten, damit weitergehende Recherchen über die Patientin bzw. den Patienten erfolgen konnten. Danach wurde der Kontakt mit den betroffenen Pflegeeinrichtungen bzw. Pflegediensten aufgenommen.
3. Recherche in den Pflegeakten und Dokumentationssystemen und Erfassung aller für die Fragestellung relevanten Angaben.

Nach der Datensammlung wurden die Patientinnen und Patienten nach Fällen und Kontrollen aufgeteilt und in einem speziellen Verfahren einander zugeordnet. Dieses sogenannte Matching führt dazu, dass die beiden Gruppen (Fälle und Kontrollen) auch wirklich vergleichbar sind. In unserer Studie wird bspw. eine 85-jährige Frau, deutlich übergewichtig (adipös), bettlägerig und mit Dekubitus Grad III mit einer anderen Frau verglichen, die keinen Dekubitus hatte, aber ansonsten die gleichen Merkmale trug. Am Ende dieses Zuordnungsprozesses standen 100 Fälle 100 Kontrollen gegenüber. Alle 200 Patienten zusammen wiesen ein hohes Durchschnittsalter (85,7 Jahre), einen hohen Frauenanteil (80%), ein hohes Ausmaß

an Immobilität (86% Bettlägerigkeit) sowie einen Anteil von 66% deutlich untergewichtiger Patientinnen und Patienten auf.

Ergebnisse

Fall-Kontroll-Vergleich

Die zahlreichen Risikofaktoren für Dekubitus beeinflussen sich häufig gegenseitig, einfache Ursache-Wirkung-Ketten bezogen auf einzelne Risikofaktoren waren also nicht zu erwarten. Trotz dieser Komplexität haben sich in unserer Studie aus der Vielzahl der untersuchten Risikofaktoren nur fünf als besonders auffällig (signifikant) im statistischen Vergleich erwiesen:

- Kooperationsfähigkeit der Patientin bzw. des Patienten. (Patienten-Compliance)
- Verkürzung der Muskulatur und Unbeweglichkeit der Gelenke (Kontrakturen)
- Medikamente mit beruhigender oder ruhig stellender Wirkung (Sedativa)
- Schlechte Durchblutung an den Extremitäten durch Verengung der Blutgefäße (periphere Arterielle Verschlusskrankheit)
- Vorliegen der Pflegestufe 3

Zusammenfassend ist für den Fall-Kontroll-Vergleich festzuhalten, dass

1. die fünf auffälligen Risikofaktoren Ansatzpunkte für Verbesserungsmaßnahmen sein sollten. Dies ist gemeint mit Blick auf Fortbildungsangebote, die Verbesserung von Skalen zur Einschätzung des Dekubitusrisikos sowie die weitere Erforschung dieser Risikofaktoren.
2. aus methodischen Gründen keine Aussagen über den Einfluss der Matching-Variablen (Ernährungszustand, Immobilität, Alter, Geschlecht) möglich sind.
3. einige Risikofaktoren bei dieser Studie schlecht untersucht werden konnten, weil sie nach dem Tod nicht ermittelbar sind, dies gilt bspw. für den Flüssigkeitshaushalt.
4. hinsichtlich der Hilfsmittelversorgung von keiner systematisch schlechteren Versorgung der Fälle auszugehen ist.
5. bei den Fällen auch keine systematisch schlechteren Lagerungsintervalle (Rhythmus, nach dem die Patienten regelmäßig umgelagert werden) festzustellen war.

6. auch hinsichtlich der ärztlichen Interventionen (Verordnung von Hilfsmitteln, Zahl der Hausbesuche etc.) keine systematisch schlechtere Versorgung nachgewiesen werden konnte.

Fazit:

Der Fall-Kontroll-Vergleich unterstreicht die Komplexität der Ursachen für Dekubitus. Alle untersuchten Risikofaktoren nehmen Einfluss auf die Entstehung eines Dekubitus. Es wurden jedoch bei dieser Untersuchung Risikofaktoren identifiziert, die im besonderen Maße mit höhergradigen Dekubitus zusammenhängen. Die Versorgungsqualität bei den Fällen war trotz vermehrter Anstrengungen im Vergleich zu den Kontrollen nicht ausreichend bzw. setzte nicht rechtzeitig an. Es bedarf daher einer Vielzahl von Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen, um die Qualität zu verbessern und zu sichern.

Beurteilung der Behandlung

Die Beurteilung der Behandlungsmaßnahmen an 127 Patientinnen und Patienten des Fall-Kontroll-Vergleiches mit Dekubitus ergab, dass

1. veraltete und schädliche Maßnahmen und Mittel wie „Eisen und Föhnen“ eher eine Ausnahme darstellen. In unserer Stichprobe wurden bei 9% der Patientinnen und Patienten mit Dekubitus \geq Grad II derartige Mittel eingesetzt.
2. die Behandlung von Patientinnen und Patienten in der Mehrzahl Schwächen hinsichtlich einer konsequenten Strategie aufwies. Der häufige und langfristige Einsatz nicht wundheilender Mittel, die unsinnige Kombination von Maßnahmen sowie der Wechsel von unterschiedlichen Therapieansätzen in kurzen Zeiträumen wurden bei 46% der Patientinnen und Patienten verzeichnet.
3. eine nach Aktenlage zeitgemäße und wissenschaftlich fundierte Dekubitusbehandlung bei 38% der Patientinnen und Patientenen anzunehmen war.
4. die zuständige Ärztin bzw. der Arzt häufig erst bei hochgradigen Befunden eingriff oder hinzugezogen wurde.

Befragung von Pflegekräften

Die Stichprobe der 256 befragten Pflegekräfte kennzeichnet sich durch einen erwartungsgemäß hohen Frauenanteil von 83,2%. Die Pflegekräfte kamen überwiegend aus dem Heimbereich (58,6%), gefolgt von ambulanten Pflegediensten

(21,6%) und Krankenhäusern (18,0%). Examinierte Kräfte waren mit 75,4% vertreten, Alten- und Krankenpflegehelferinnen bzw. Alten- und Krankenpflegehelfer mit nur 5,9% und ungelernte Kräfte mit 13,9%. In der Befragung haben die Pflegekräfte deutlich zum Ausdruck gebracht, dass das Thema Fort- und Weiterbildung einen Schwerpunkt darstellt. Im einzelnen zeigten sich die Ergebnisse wie folgt :

Die Pflegekräfte haben bekannte und wichtige Risikofaktoren als Gründe für die Entstehung von Dekubitus benannt (Immobilität: 60,2%, Ernährungszustand: 47,3%, unzureichende Lagerung: 30,1%, Herz-Kreislaufkrankungen: 23,8%, Druck: 23,4%. Die im Fall-Kontroll-Vergleich mit höhergradigem Dekubitus verbundenen Risikofaktoren wurden allerdings nur relativ selten angeführt (Kooperationsfähigkeit 5,5%, Kontrakturen 0,8%, beruhigende bzw. ruhig stellende Medikation: <0,5%). Als problematisch einzuschätzen sind darüber hinaus unspezifische Risikokategorien wie „schlechter Allgemeinzustand“ (16,8%) oder „trockene Haut“ (12,5%), die mit dem Entstehungsmechanismus von Dekubitus nur bedingt zu tun haben.

Einen Dekubitus für generell vermeidbar hielten 46,5% (n=137) der Pflegekräfte. Dieser Anteil wurde mit steigender Qualifikation eher kleiner. Bei den Gründen für die Unvermeidbarkeit von Dekubitus nannten die Pflegekräfte die schon vorher genannten Risikofaktoren, allerdings rückte die Kooperationsfähigkeit bei dieser Fragestellung zunehmend ins Blickfeld (22,4%).

Die in den teilnehmenden Institutionen befragten Pflegekräfte sollten zum einen ihre eigene Kompetenz in Bezug auf Dekubitusversorgung bewerten und zum anderen die Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte nach dem gleichen Muster einschätzen. Erwartungsgemäß gaben sich die Pflegekräfte im Bereich der Vorbeugung bessere Noten als im Bereich der Behandlung, sowohl was das Wissen als auch was die Umsetzung der persönlichen Kenntnisse anging. Durchweg schlechtere Noten bekamen die Hausärztinnen und Hausärzte hinsichtlich des Kenntnisstandes bei der Vorbeugung aber auch hinsichtlich des Kenntnisstandes bei der Behandlung.

Eine spezielle Arbeitsbelastung durch Dekubitus wurde von 41,4% der Befragten festgestellt. Neben der körperlichen Belastung durch die Lagerungsmaßnahmen (34,3%) wurde vor allem der zeitliche Aspekt (Zeitmangel: 22,9%; Personalmangel:

18,1%) betont, womit auch der Ressourcenverbrauch durch die entstandenen Dekubitus angedeutet wurde. Belastend wirkten auch emotionale Faktoren (10,5%), therapeutische Maßnahmen und der Verbandswechsel (10,0%) sowie die häufig problematische Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten (9,5%).

Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen wurden von den befragten Pflegekräften als zentraler Aspekt des Qualitätsmanagements bei Dekubitus thematisiert. Diese wurden nach der Pflegedokumentation und Lagerungsplänen, aber vor den Dekubitus-Risikoskalen als drittwichtigste Qualitätssicherungs-Maßnahme genannt. Bei der Frage nach Verbesserungsmöglichkeiten wurde Fort- und Weiterbildung am häufigsten angeführt, allerdings inhaltlich nicht konkret ausgeführt.

Befragung von leitenden Pflegekräften

Bei der Befragung von leitenden Pflegekräften war es Ziel, Angaben über die Verbreitung und Häufigkeit von Qualitätssicherungsmaßnahmen, Standards in der Dekubitusvorbeugung und Wundversorgung sowie bezüglich der Personalausstattung zu erhalten. Darüber hinaus wurden auch die leitenden Pflegekräfte zu den Gründen für die Entstehung von Dekubitus befragt. Mit immerhin 67 auswertbaren Bögen wurde in dieser Befragung eine erhebliche Zahl von Institutionen bzw. Einheiten (Heime, ambulante Dienste, Krankenhäuser) abgebildet. Bei der Frage nach den Gründen für die Entstehung von Dekubitus nannten die leitenden Pflegekräfte bekannte Faktoren (Ernährungszustand: 68,2%, Immobilität: 48,5%), gewichteten diese aber etwas anders als nicht-leitende Kräfte.

Die Frage nach in den Einrichtungen eingeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen zeigte insbesondere, dass die Skalen zur Einschätzung eines Dekubitusrisikos einen hohen Verbreitungsgrad (90,9%) aufweisen. Der Widerspruch zwischen dem hohen Verbreitungsgrad einerseits und einer doch relativ geringen Akzeptanz seitens der Pflegekräfte andererseits bedarf der Aufarbeitung. Des Weiteren ist auffällig, dass in den Pflegeeinrichtungen regelmäßig Fortbildungen stattfinden (78,8%), während aus dem Kreis der Pflegekräfte gerade vermehrt Bildungsangebote gewünscht wurden. Themen und Form weiterbildender Maßnahmen wären daher näher zu untersuchen.

Die personellen Ressourcen wurden zu einem Schwerpunkt dieses Teilprojektes, weil sich zeigte, dass examinierte Kräfte bzw. Altenpflegekräfte schwierig zu

rekrutieren sind, die gesetzlich geregelte Fachkraftquote (50%) im Schichtbetrieb dementsprechend schwierig einzuhalten ist und die Arbeitsbelastung im Verlauf der vergangenen fünf Jahre als dramatisch gestiegen wahrgenommen wurde.

Bei der Einschätzung der dekubitusbezogenen Kompetenz erteilten die leitenden Pflegekräfte sowohl den nicht-leitenden Pflegekräften als auch den Ärztinnen und Ärzten durchweg schlechtere Noten als die Pflegekräfte sich selbst bzw. der Ärzteschaft. Erstaunlich ist, dass hinsichtlich der Prophylaxe- und der Behandlungskompetenz keine Unterschiede bei den Ärztinnen und Ärzten gemacht wurde.

Verbesserungsmöglichkeiten wurden an erster Stelle mit dem Wunsch nach mehr qualifiziertem Personal (62,9%) ausgedrückt. Unterstrichen wurde dieser Aspekt mit der Bemängelung des Zeitmangels (19,4%), der mit der personellen Ausstattung einherging. Mit knapp einem Fünftel der Nennungen (19,4%) wurde die zeitgerechte und bessere Versorgung mit Hilfsmitteln angemahnt.

Befragung von Hausärztinnen und Hausärzten

In einer Basisbefragung A wurden alle 800 niedergelassenen und hausärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzte (praktische Ärztinnen und Ärzte, Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, Internistinnen und Internisten) in Hamburg angeschrieben. Die Rücklaufquote betrug 31%. Nur 22% der Hausärztinnen und Hausärzte hielten einen Dekubitus grundsätzlich für vermeidbar. Körperliche Defizite und Erkrankungen der Patientinnen und Patienten (71%) wurden hauptsächlich für die Entstehung von Druckgeschwüren verantwortlich gemacht, aber auch schlechte Pflegebedingungen (52%) und strukturelle Mängel des Gesundheitssystems (13%, z.B. Mangel an Pflegekräften, Bewilligung von Pflege- und Sachleistungen etc.) wurden angeführt.

In einer Fall-Erhebung B wurden 89 Ärztinnen und Ärzte, die an der Behandlung einer Patientin bzw. eines Patienten mit höhergradigem Dekubitus beteiligt waren, um ihre Einschätzung eines konkreten Falles gebeten. 60 auswertbare Antworten gingen in die Evaluation ein. Dort bestätigten sich wiederum die anlässlich des Fall-Kontroll-Vergleiches aufgefallenen therapeutischen Unzulänglichkeiten: Nur 40%

verordneten Maßnahmen der Bewegungsförderung, *Antiseptika* kamen häufig zum Einsatz (42%) und auch veraltete Maßnahmen (Zucker und Honig) wurden genannt.

Insgesamt wurden die Hausärztinnen und Hausärzte erst bei Vorliegen eines höhergradigen Dekubitus hinzugezogen oder übernahmen erst dann eine aktive Rolle, nämlich 43% nach Übergang des Dekubitus in einen höhergradigen Befund (III oder IV). Dementsprechend sollten Schulungen auf eine frühe Einbindung von Hausärztinnen und Hausärzten im Rahmen der Risikoabschätzung und prophylaktischen Betreuung immobiler Patientinnen und Patienten abzielen. Praktische Kurse, Seminare oder Qualitätszirkel scheinen zur Vermittlung aktueller Kenntnisse der Wundbehandlung und insbesondere zur Richtung der Aufmerksamkeit auf die Dekubitusvermeidung für Ärztinnen und Ärzte geeigneter als die von ihnen bevorzugten Methoden der Fortbildung (Literaturstudium).

Ferner sollten die Kommunikation mit ambulanten Pflegediensten (z.B. gemeinsame Pflegevisite), pflegenden Angehörigen und ihre Anleitung mehr Raum erhalten. Solange Hausbesuche allerdings im engen Budget eines Quartals vergütet werden, besteht dazu wenig Anreiz.

Befragung von pflegenden Angehörigen

Die interviewten 61 pflegenden Angehörigen waren mit 82% überwiegend weiblich. Das Alter der pflegenden Angehörigen lag mit durchschnittlich 69,5 Jahren niedriger als das Durchschnittsalter der von ihnen (mit-) gepflegten Patientinnen und Patienten (80,5 Jahre). Dies liegt unter anderem in unterschiedlichen Pflegebeziehungen begründet. Es ließen sich Konstellationen von Laienpflege mit und ohne professionellen Pflegedienst sowie Laienpflege mit und ohne familiäre Unterstützung differenzieren. Meist handelte es sich bei den Befragten um Ehepartner der Verstorbenen; in knapp 30% waren auch (Schwieger-) Töchter/Söhne als Hauptpflegeperson vertreten. Es offenbarte sich ein hoher Grad der Belastung auf verschiedenen Ebenen. Im Einzelnen zeigten sich folgende Ergebnisse und Ansätze für Verbesserungsmöglichkeiten:

Belastet fühlten sich gefühlsmäßig: 95,1%, zeitlich (im Sinne ständiger Verfügbarkeit): 91,8%, körperlich: 65,5%, finanziell 34,4%. Die qualitative

Auswertung der Interviews konnte diese Ergebnisse bestätigen und durch eine weitere Differenzierung noch anschaulicher machen. Folgende Dimensionen von Belastung wurden identifiziert: Hilflosigkeit: 63,9%, stete Präsenz: 54,7%, eigene Vernachlässigung: 52,5%, seelische Belastung: 42,5%, Lagerungsprobleme: 41,0%, keine Ruhe finden: 23,0%, soziale Isolation: 23,0%, zu wenig Schlaf: 21,3%.

Das Ausmaß der Belastung wurde von professionellen Pflegekräften teilweise anders gewichtet. Pflegekräfte überschätzten tendenziell die finanzielle und körperliche Belastung von Laienpflegerinnen und Laienpflegern und unterschätzten eher ihre seelische und zeitliche Belastung.

Die Hilfsmittelversorgung wurde von 21,3% der befragten Angehörigen als problematisch hinsichtlich der Genehmigungsdauer und Lieferzeit beschrieben. Durch die Einbindung eines Pflegedienstes gab es weniger Verzögerungen. Hier sehen wir Ansätze für Verbesserungen.

Die pflegerische Kompetenz von Angehörigen erwies sich als schwer ermittelbar. Grund dafür war die insgesamt große Hilflosigkeit und Unsicherheit der Angehörigen, die mit grundsätzlichen pflegerischen Fragen vielfach überfordert waren. Dies betraf sowohl Angehörige mit und ohne vorausgegangenen Lehrgang. Daraus ergibt sich die Frage nach der konzeptionellen Ausgestaltung von Schulungsmaßnahmen und Anleitungen für pflegende Angehörige. Während in der institutionellen Versorgung von Pflegebedürftigen viele qualitätssichernde Maßnahmen angelegt sind, findet die häusliche Laienpflege weitgehend unbeobachtet statt.

Aus der Differenzierung nach Pflegekonstellationen (mit und ohne Pflegedienst bzw. mit und ohne familiäre Hilfe) lässt sich ableiten, dass Entlastungsmaßnahmen möglichst spezifisch auf die individuelle Situation angepasst werden sollten. Im Vordergrund steht vor allem eine zeitliche Entlastung. Auch eine kontinuierliche Beratung/Begleitung wurde von den Angehörigen gewünscht.

Schlussfolgerungen

Vorbemerkungen

Aus den Ergebnissen des Forschungsprojektes „Ursachenzusammenhänge der Dekubitusentstehung“ lassen sich verschiedene Vorschläge für eine optimierte dekubitusbezogene Qualitätssicherung ableiten. Ziel darf es aber nicht sein, neue Leitlinien oder Standards zu Prävention oder Therapie zu entwickeln. Dies ist bereits an anderer dafür zuständiger Stelle geschehen (AWMF-Leitlinien, Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege 2000). Zentrale Fragestellung der vorliegenden Arbeit war es, Risikokonstellationen von Patientinnen und Patienten in Bezug auf Dekubitusentstehung und Schwachstellen bei der Dekubitusprophylaxe und –behandlung zu identifizieren. Der Studienansatz war dabei bewusst auf die Berücksichtigung vieler Faktoren ausgelegt, konnte also bestimmte Teilaspekte nicht tiefgründig evaluieren. So konnte und sollte die Effizienz spezieller Lagerungsmittel bei Dekubitus wissenschaftlich nicht bewiesen werden. Der Vorteil des gewählten breiten Ansatzes besteht darin, dass der Komplexität der Ursachenzusammenhänge des Dekubitus nachgegangen wurde, und die Entstehungsmechanismen in einem umfassenden Setting abgebildet wurden. Die Bewertung des Fall-Kontroll-Vergleiches in Zusammenhang mit den parallel durchgeführten Befragungen aller Beteiligten stellt dabei einen wesentlichen Wert des vorliegenden Forschungsansatzes dar. Die folgenden Empfehlungen sind Resultat dieses kombinierten Studiendesigns:

Schlussfolgerungen für die Pflege

Die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Pflegekräften ist ein zentraler Ansatzpunkt für eine bessere Versorgungsqualität. Die Pflegekräfte haben in der Befragung auf verschiedenen Ebenen die Bedeutung von Aus-, Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen zum Ausdruck gebracht.

- In der **Ausbildung zur Krankenschwester bzw. zum Krankenpfleger** werden an der Krankenpflegeschule des Albertinen-Diakoniewerkes derzeit 12 Unterrichtsstunden zum Thema Dekubitus gegeben. Diese finden vergleichsweise früh im Ausbildungsgang statt, wünschenswert wäre diesbezüglich eine Auffrischung am Ende der Ausbildung, um das komplexe Geschehen bei Dekubitus noch einmal vor einem umfassenderen Kontext zu beleuchten. Eine

weitere Empfehlung ist die stärkere Ansprache jener Risikofaktoren, die von Pflegekräften nur unzureichend wahrgenommen werden. Ein Lehrer für Pflege bestätigte, dass bspw. die Medikation als Risikofaktor bei Dekubitus nicht oder nur am Rande in der Ausbildung erwähnt wird.

- In der **Ausbildung zur Krankenpflegehelferin bzw. zum Krankenpflegehelfer** und zur Altenpflegehelferin bzw. zum Altenpflegehelfer werden derzeit etwa 8 bzw. 12 Stunden zum Thema Dekubitusprophylaxe unterrichtet. Dies wird von der Leiterin unserer Schule als angemessen beurteilt, allerdings sieht sie im Bereich der Wundbehandlung angesichts neuer Methoden und (Verbands-)Materialien einen erhöhten Bedarf, diesbezügliche Kenntnisse an die Schülerinnen und Schüler zu vermitteln. In diesem Zusammenhang wurde auch noch einmal darauf hingewiesen, dass die Anwendung insbesondere moderner Verfahren zum Wundmanagement vor allem vom Sachverstand und von der Verschreibungsbereitschaft der Ärzte abhängig ist.
- Im Albertinen-Haus wird ein **Kurs-Curriculum** zum Thema **Dekubitus** erarbeitet. Dieses Curriculum soll ein zentraler Baustein sein, um aktuelles Wissen und Informationen an Pflegekräfte zu vermitteln. Das Konzept sieht bewußt ein niedrighschwelliges Angebot bezüglich Umfang und Kosten für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der Basis vor. Schwerpunkt ist die Vermittlung von Fertigkeiten, um Gelerntes unter alltäglichen Bedingungen umsetzen zu können. Das Angebot soll modular aufgebaut sein und wird im Rahmen von 2-3stündigen Veranstaltungen alle wichtigen Themen um Dekubitus praxisorientiert anbieten.
- Die **Skalen zur Einschätzung des Dekubitus-Risikos** sind, trotz unbefriedigender Sensitivität und Spezifität, immer noch unverzichtbarer Bestandteil des dekubitusbezogenen Qualitätsmanagements. Empfehlenswert ist, die Skalen regelhaft einzusetzen und die Einschätzung durch andere individuelle und situationsbedingte Erfahrungen und Parameter zu ergänzen. Wir denken dabei insbesondere an die durch die Studie ermittelten Risikofaktoren der Patienten-Compliance (Kooperationsfähigkeit) und der Medikation mit zentralnervös wirksamen Medikamenten.

Schlussfolgerungen für den ärztlichen Bereich

Die Hausärztin bzw. der Hausarzt als erste Ansprechpartnerin bzw. Ansprechpartner vieler Patientinnen und Patienten und pflegender Angehöriger in der ambulanten Versorgung muss stärker in die Prävention von Dekubitus und die Risikobeurteilung gefährdeter Patientinnen und Patienten einbezogen werden bzw. sich dieser Verantwortlichkeit stellen. Gezielte, praxisorientierte Fortbildungsmaßnahmen sind anzubieten. Es fehlt vor allem an der Einsicht, dass Dekubitus ein zumeist vermeidbares Leiden und nicht zwangsläufig Folge von Multimorbidität und Alter ist oder alleinige Angelegenheit der Pflege. Die im Rahmen der Hausarztbefragungen und des Fall-Kontroll-Vergleiches erhobenen Daten zur Behandlung zeigen bemühtes, aber oft wenig zielgerichtetes Handeln. Auch bezogen sich therapeutische Verordnungen vor allem auf die lokale Wundbehandlung, weniger auf die unerlässliche Minimierung von beteiligten Risikofaktoren wie Mangelernährung oder Immobilität. Eine stärkere Orientierung an aktuellen Leitlinien zu Prävention und Therapie wäre wünschenswert. Strukturelle Probleme trugen teilweise zu zeitlichen Verzögerungen bei und erschwerten einigen Hausärztinnen und Hausärzten die Tätigkeit im ambulanten Versorgungsbereich. Das Verhältnis zur Pflege wurde ambivalent geschildert und lässt auf kommunikative Probleme schließen. Aus den Ergebnissen leiten wir folgende Maßnahmen für die Praxis ab:

- Berücksichtigung des Themas Dekubitusprävention und Dekubitustherapie in der **Ausbildung der Medizinstudenten**. Dazu bietet sich das Fach Dermatologie an, neuerdings natürlich auch das Fach Geriatrie, das vermehrt an Universitäten gelehrt wird. Jedem Medizinstudent muss dieses Leiden unter dem Aspekt, dass es größtenteils vermeidbar ist, mit der nötigen Deutlichkeit vermittelt werden. Besonders ist dabei den Studenten die Wertschätzung der Pflege und die Bedeutung der Zusammenarbeit Pflege / Medizin in diesem Bereich zu vermitteln.
- **Angebot von Fortbildungsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte**. Auf Bitte der Ärztekammer Hamburg fand unter Leitung des Albertinen-Hauses eine mehrstündige Fortbildungsveranstaltung mit hochkarätigen Referenten statt. Die Veranstaltung stieß nur auf geringe Resonanz bei Ärztinnen und Ärzten. Eine Rücksprache mit dem Vorstand des Vorsitzenden des Bundes Deutscher Allgemeinmediziner (BDA) ergab, dass sich Allgemeinärzte kurze Seminare mit

mehreren Themen wünschen. Das von den niedergelassenen Allgemeinärzten geforderte Wissen ist so breit, dass sie nicht bereit sind, einem Themenbereich mehrere Stunden zu widmen. Diesbezüglich wird im Wintersemester in unserer Akademie in Zusammenarbeit mit dem BDA eine Pilotfortbildung stattfinden.

- **Durchführung von ärztlichen Qualitätszirkeln und Thematisierung der Dekubitusproblematik.** Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eines im Albertinen-Haus durchgeführten Qualitätszirkels für Hausärzte haben diesbezüglich großes Interesse gezeigt. Im Umfang von zwei Veranstaltungen wurden den Ärztinnen und Ärzten die Prinzipien und Verfahren eines modernen Wundmanagements bei Dekubitus näher gebracht.
- Das bereits angesprochene **Curriculum** zum Thema Dekubitus soll in einem zweiten Schritt speziell auf die Bedürfnisse von **Ärztinnen und Ärzten** angepasst werden.

Schlussfolgerungen für die Angehörigenarbeit

- Pflegende Angehörige von dekubitusgefährdeten Patientinnen und Patienten benötigen verstärkt **Entlastungsmaßnahmen!** Zu einer Entlastung gehört sowohl die Kenntnis von Hilfsangeboten als auch eine individuelle und bedarfsgerechte Unterstützung, je nach familiärer Situation. Im Vordergrund sollte vor allem eine zeitliche Entlastung stehen.
- Die Effekte von **Angehörigenschulungen** konnten im Rahmen des Projektes nicht evaluiert werden. Eine fachliche Anleitung sollte sich nicht auf die Vermittlung theoretischer Inhalte beschränken, sondern durch eine Praxisanleitung im häuslichen Pflegeumfeld ergänzt werden.
- Sinnvoll als Informationsquelle für pflegende Angehörige sind u. E. **Broschüren**, die wie der vorliegende Text speziell auf die Dekubitusproblematik aufmerksam machen und ein grundlegendes Verständnis für Dekubitus schaffen. Diesbezüglich gibt es bislang zu wenig Material, das in der Praxis auch die Zielgruppe erreicht. In Ergänzung zu diesem Bericht werden deshalb die

wichtigsten Ergebnisse zur Studie in einer verkürzten Laienversion zusammengestellt und durch allgemeine Informationen zum Thema Dekubitus ergänzt.

- Empfehlenswert für die häusliche Pflege wären **Hilfen zur Früherkennung von Dekubitus** auch für pflegerische Laien, analog zu den Dekubitus-Risikoskalen für professionelle Pflegekräfte. Die Entwicklung solcher Instrumente ist für ein Folgeprojekt geplant, das direkt in der konkreten Pflegesituation im häuslichen Umfeld ansetzt.
- Konkrete **pflegerische Fragestellungen** konnten von den **Angehörigen** nur selten beantwortet bzw. eingeschätzt werden. Dies trifft auch auf die speziell auf Dekubitus ausgerichteten Kenntnisse und Tätigkeiten zu, so dass aus diesem Themenkomplex leider keine Empfehlungen ableitbar sind.

Schlussfolgerungen für die Versorgungspraxis, Versorgungsstrukturen und die Vernetzung

- Im Bereich der ambulanten **Hilfsmittelversorgung** sehen wir zwei Ansatzpunkte. Erstens scheint im ambulanten Bereich eine praktikablere Steuerung und Organisation der Vergabe von Hilfsmitteln dringend nötig, insbesondere dann, wenn kein ambulanter Pflegedienst eingebunden ist. Hausärztinnen und Hausärzte bestätigen diese Einschätzung. Zweitens kann eine bedarfsgerechte Versorgung nur erreicht werden, wenn entgegen den Vorgaben der Kostenträger Hilfsmittel bereits zur Prophylaxe verordnet werden. Die bestehende Regelung ist nach dem aktuellen Wissensstand zur Prävention von Dekubitalgeschwüren kontraproduktiv und widerspricht der Situation in Pflegeeinrichtungen, die adäquate Hilfsmittel vorhalten müssen, eben um prophylaktisch arbeiten zu können. Um Lagerungssysteme nicht nach dem Gießkannenprinzip anzuwenden wären Abgrenzungskriterien sinnvoll, damit Patienten mit erhöhtem Risiko gezielt mit hochwertigen Lagerungssystemen versorgt werden können. Die Risiko-Skalen könnten dabei ein wesentlicher Baustein sein.

- Die Einbindung von „**Dekubitus-Beauftragten**“ in Pflegeheimen und Kliniken ist eine geeignete Maßnahme um die Versorgungsqualität zu erhöhen. Ähnlich wie im Qualitätsmanagement, der Stoma-Pflege oder der Einhaltung von hygienischen Maßnahmen können sich sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Pflegekräfte qualifizieren. Durch Multiplikatoren mit Expertenwissen als Schnittstelle zum übrigen Personal lassen sich Kenntnisse effizient verbreiten und aktualisieren. In diesem Zusammenhang sind beispielsweise **Dekubitus-Visiten** eine sinnvolle Möglichkeit zur praxisnahen Vermittlung von Wissen und gleichzeitig eine Maßnahme zur Qualitätssicherung.
- Empfehlenswert sind Maßnahmen, die alle Beteiligten (Pflegekräfte, Ärzte und ggf. Angehörige) in der konkreten Situation ansprechen und zu einer **optimierten Zusammenarbeit** führen. Das geplante Folgeprojekt mit einem „Dekubitus-Coaching“ setzt genau hier an und wird versuchen, allen Beteiligten Informationen und Anregungen zu geben. Ziel ist einerseits, die konkrete Situation zu verbessern und andererseits, mittelfristig zu einer besseren Kultur der Zusammenarbeit zu gelangen. Diesbezüglich liegen bereits positive Erfahrungen aus anderen Projekten vor, in denen das Albertinen-Haus die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten nachhaltig verbessern konnte.
- Auf Ebene der **externen Qualitätssicherung** haben sich im Kontext der Studie die Prävalenz- und Inzidenzerhebungen von „equip“ (Externer Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe in der ambulanten und stationären Pflege), die EQS-Daten aus dem Krankenhausbereich sowie die Datensammlungen des Institutes für Rechtsmedizin als sinnvoll erwiesen. Empfehlenswert ist der Aufbau und die Teilnahme an solchen Strukturen zur Qualitätssicherung. Die damit verbundene Transparenz und die Möglichkeiten des Benchmarkings sowie die Vernetzung der teilnehmenden Institutionen haben in Hamburg zu sinkenden Dekubituszahlen geführt.
- Im Bereich der Kontrollinstanzen wie dem **Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der Heimaufsicht** sehen wir ergänzend zu den vorhandenen Kontrollfunktionen auch Möglichkeiten der Beratung und Vermittlung von Angeboten. Das geplante Projekt „Dekubitus-Coaching“ wird

diesen positiven Ansatz aufgreifen. Erstens sollen die Möglichkeiten des Zuganges zu Patienten und Angehörigen überprüft, zweitens Informationsmaterial über den MDK an die Zielperson weitergegeben und drittens soll die Vermittlung eines kostenfreien und unverbindlichen Dekubitus-Coachings (das nicht durch den MDK selbst durchgeführt wird) getestet werden. Diese Maßnahmen sollen wissenschaftlich evaluiert werden, um Praktikabilität, Akzeptanz, Effizienz und nicht zuletzt die Kosten zu überprüfen.

Forschungsbedarf

Aus dem Projekt haben sich eine Reihe von wissenschaftlichen Fragestellungen ergeben.

- Bei häuslicher Pflege stellt sich die Frage, inwieweit eine **Dekubitus-Checkliste für pflegende Angehörige** als Frühwarnsystem nützlich sein kann.
- Die **Skalen zur Einschätzung des Dekubitusrisikos** für professionelle Pflegekräfte weisen einen hohen Verbreitungsgrad auf, haben aber andererseits eine verbesserungswürdige Akzeptanz bei den Pflegekräften. Darüber hinaus sollte auch an der Zuverlässigkeit und Genauigkeit dieser Instrumente gearbeitet werden.
- Der Zusammenhang zwischen **Urininkontinenz und Dekubitus** ist in der Fachwelt noch lange nicht ausdiskutiert.
- Der Einsatz von beruhigenden oder ruhig stellenden Medikamenten (**Sedativa**) sollte beforscht werden, da dieser Risikofaktor bisher wahrscheinlich eher unterschätzt wird.