

## Kapitel 13

# Pflege



### BQS - Projektleiter

Andrea **Trümner**

### Mitglieder der Fachgruppe Pflege

Angelika **Dick**  
Bremen

Prof. Dr. Astrid **Elsbernd**  
Esslingen

Käte **Harms**  
Ludwigshafen

Hans-Dieter **Hübinger**  
Worms

Elsbeth **Kosthorst**  
Essen

Ulrike **Reus**  
Münster

Daniela **Riese**  
Siegburg

Prof. Dr. Doris **Schiemann**  
Osnabrück

Hans-Joachim **Standke**  
Berlin

Stand: Oktober 2003

### Zusammenfassung

Die Qualitätsdarstellung in der Pflege erfolgte erstmalig für das Erhebungsjahr 2002. Ein Teildatensatz Pflege kam bei der Prostataresektion, der Schenkelhalsfraktur und der TEP bei Koxarthrose zum Einsatz.

In die Auswertung gingen folgende Datensätze ein:

- Leistungsbereich Prostataresektion:  
10.449 von 34.975 erwarteten Datensätzen  
(Vollständigkeit: 30%)
- Leistungsbereich Schenkelhalsfraktur  
7.908 von 45.710 erwarteten Datensätzen  
(Vollständigkeit: 17%)
- Leistungsbereich TEP bei Koxarthrose  
16.039 von 107.999 erwarteten Datensätzen  
(Vollständigkeit: 15%)

Die pflegerischen Datensätze waren verpflichtend von den Krankenhäusern zu dokumentieren, jedoch kamen Abschlüsse nicht zur Anwendung.

Drei Qualitätsziele werden in der vorliegenden Auswertung diskutiert.

Das erste Qualitätsziel bezieht sich auf die Thematik des Pflegeprozesses. In den Teildatensätzen wurde erfragt, ob eine Pflegeanamnese durchgeführt wurde, die zu den Grundlagen einer geplanten Pflege gehört. In 92,25 % wurde angegeben, dass eine Pflegeanamnese erhoben wurde. Die Krankenhausergebnisse weisen eine hohe Spannweite von 0 bis 100 % auf. Die Fachgruppe Pflege hat einen Referenzwert von 100 % festgelegt. 167 Krankenhäuser liegen unterhalb dieses Wertes.

Mit dem zweiten Qualitätsziel wurde die Häufigkeit der Risikoeinschätzung für Dekubitus ermittelt. Die Patienten der beiden orthopädischen Leistungsbereiche stehen aufgrund ihrer Erkrankung in hohem Maße in der Gefahr, einen Dekubitus zu entwickeln. 74,3 % dieser Patientengruppe erhielten eine Risikoeinschätzung. Die Rate erscheint insgesamt als akzeptabel.

Der Anteil an druckentlastenden Maßnahmen bei den Patienten, die ein positives Dekubitusrisiko aufwiesen, wurde mit dem dritten Qualitätsziel überprüft. Zur Prävention eines Dekubitus kommen die Förderung der Bewegung und druckentlastende Maßnahmen zum Einsatz. Bei 93,7 % der Patienten, bei denen ein Dekubitusrisiko bestand, wurden druckentlastende Maßnahmen durchgeführt. Da die Fachgruppe hier einen Referenzwert von 100 % zugrunde legt, muss bei insgesamt 88 Krankenhäusern auf Landesebene eine Kontaktaufnahme erfolgen.

In einer Sonderberechnung wurden Patienten betrachtet, bei denen im medizinischen Datensatz ein Dekubitus dokumentiert wurde und eine Risikoeinschätzung für Dekubitus erfolgte. Bei 45 Patienten, die einen Dekubitus aufwiesen, fehlte die Risikoeinschätzung. Diese Fälle sollten im strukturierten Dialog einer Betrachtung unterzogen werden.

## Einleitung

Für ein pflegerisches Qualitätsmessverfahren liegen aus dem Jahr 2002 erstmalig Auswertungsergebnisse vor. Pflegerische Teildatensätze waren dem urologischen Leistungsbereich „Prostataresektion“ und den beiden orthopädisch-unfallchirurgischen Leistungsbereichen „Schenkelhalsfraktur“ und „Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose“ abgeschlossen.

Im Mittelpunkt der Abfragen standen die Einstufung des Patienten in Pflegestufen nach der Systematik der PPR (Pflegepersonalregelung), die Anwendung der Pflegeprozessmethode sowie die Durchführung von pflegerischen Prophylaxen und Maßnahmen. Die Fachgruppe Pflege hat entschieden, ein Qualitätsziel zur „Pflege bei Prostataresektion“ in einem eigenen Kapitel darzustellen. Das Qualitätsziel „Beratung im Bezug auf das postoperative Verhalten“ wird im Kapitel xX des BQS-Qualitätsreports 2002 diskutiert.

Die vorliegenden Bewertungen beziehen sich auf zwei klassische Pflegethemen: den Pflegeprozess und die Dekubitusprophylaxe.

Unter dem Pflegeprozess versteht man eine Methode der Systematisierung von Pflegehandlungen, die sich in einem Prozess abbildet. Der Pflegeprozess beginnt mit der Aufnahme des Patienten im Krankenhaus und endet bei seiner Entlassung. Analog ist die Pflegeprozessmethode auf die ambulante Pflege und die Langzeitpflege übertragbar. Mit Hilfe eines Regelkreises kann der Prozess in seinen Schritten veranschaulicht werden (Abbildung 13.1).

Der Pflegeprozess wurde in den 1950er-Jahren zunächst in Amerika entwickelt. In einem 4-Phasen-Modell hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Regelkreis erweitert (*Thiemes Pflege 2002*), bevor Schweizer Autorinnen den Pflegeprozess 1981 in sechs Schritte differenzierten (*Fiechter & Meier 1998*). In die Vorschriften zu den Ausbildungszielen von Krankenschwestern und -pflegern (§ 3 Krankenpflegegesetz, 2003) wurde dieses Regelkreismodell ebenfalls wieder aufgenommen (Abbildung 13.1).

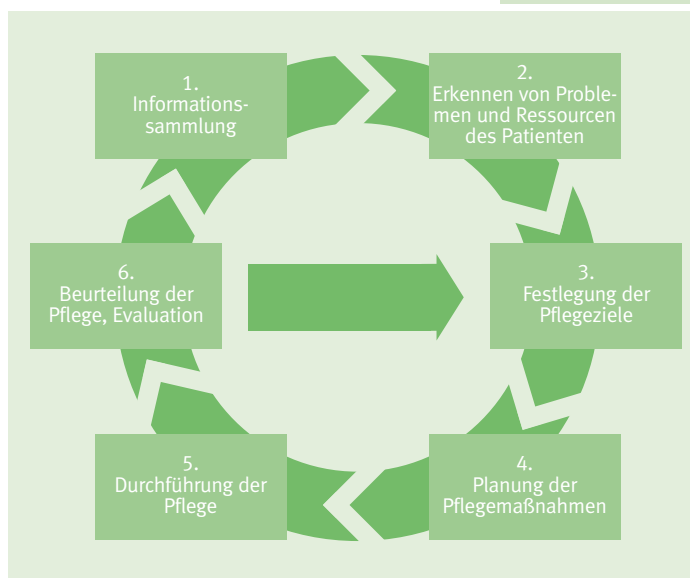
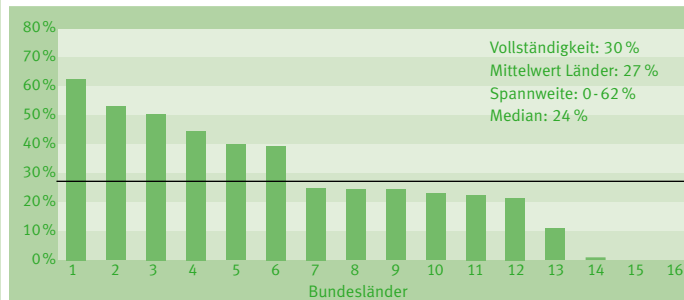


Abbildung 13.1 Pflegeprozess als Regelkreis (Fiechter & Meier 1998)

Die Pflegeplanung wird als gezielte Hilfe zur Planung von Interventionen, Evaluationen und Dokumentationen verstanden. Sie ist ein professionelles Instrument der Pflege. Mit Hilfe von Pflegediagnosen wird die Begründung für pflegerisches Handeln geliefert. Auf der Grundlage standardisierter Vorgehensweisen wird pflegerisches Handeln individuell für den Patienten angepasst und zielgerichtet umgesetzt. Der Erfolg ist jederzeit durch Kontrollmaßnahmen überprüfbar. Jeder dieser sechs Schritte des Regelkreises muss schriftlich dokumentiert sein, damit in fachlicher, finanzieller und juristischer Hinsicht professionell-pflegerisches Handeln belegt werden kann. Damit kann der Pflegeprozess im Rahmen von pflegerischer Qualitätssicherung durch Indikatoren erfasst werden.

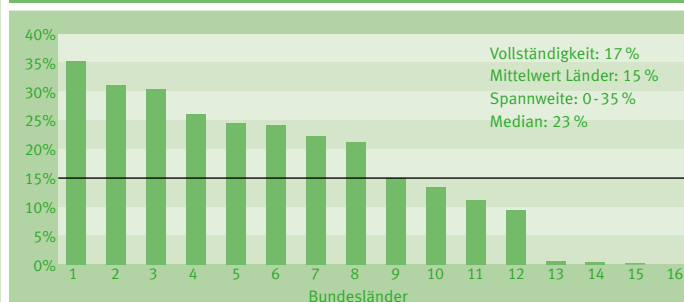
Ein Dekubitus (Druckgeschwür durch Wundliegen) ist eine durch länger anhaltenden Druck entstandene Wunde der Haut und des darunter liegenden Gewebes. Ein Dekubitus stellt immer eine schwerwiegende Komplikation dar, die im Zusammenhang mit einer schweren Erkrankung, langer Immobilität oder Bewusstseinsbeschränkung eines Patienten entstehen kann. Ein betroffener Patient leidet aufgrund der Wunde an starken Schmerzen und ist oft über Monate pflegebedürftig. Die Vorbeugung

**Abbildung 13.2: Datengrundlage und Verteilung der Vollständigkeit gelieferter Teildatensätze für den Leistungsbereich Pflege bei Prostataresektion**



<b>Vollständigkeit Datensätze</b>		<b>2002</b>
Ausgewertete Datensätze (Version 5.0.1)		34.975
Gelieferte Datensätze (Version 3.3)		3.050
Gelieferte Datensätze (Version 3.3 und 5.0.1)		38.025
Erwartete Datensätze		64.791
Vollständigkeit (ausgewertete Datensätze)		54 %
Vollständigkeit (gelieferte Datensätze)		59 %
<b>Pflege-Teildatensatz</b>		<b>2002</b>
Ausgewertete Datensätze		10.449
Gelieferte Datensätze (Basisdatensatz)		34.975
Vollständigkeit der Pflegedokumentation		30 %
<b>Vollständigkeit Krankenhäuser</b>		<b>2002</b>
Teilnehmende Krankenhäuser (gesamt)		374
Teilnehmende Krankenhäuser (Version 5.0.1)		356
Teilnehmende Krankenhäuser (Pflege)		152
Erwartete Krankenhäuser		484
Vollständigkeit (Basisdokumentation)		74 %
Vollständigkeit (Pflege)		43 %

**Abbildung 13.3: Datengrundlage und Verteilung der Vollständigkeit gelieferter Teildatensätze für den Leistungsbereich Pflege bei Schenkelhalsfraktur**



<b>Vollständigkeit Datensätze</b>		<b>2002</b>	<b>2001</b>
Ausgewertete Datensätze		45.710	18.834
Erwartete Datensätze		47.453	47.801
Vollständigkeit		96 %	39 %
<b>Pflege-Teildatensatz</b>		<b>2002</b>	
Ausgewertete Datensätze		7.908	
Gelieferte Datensätze (Basisdatensatz)		45.710	
Vollständigkeit der Pflegedokumentation		17 %	
<b>Vollständigkeit Krankenhäuser</b>		<b>2002</b>	<b>2001</b>
Teilnehmende Krankenhäuser (gesamt)		1.216	785
Teilnehmende Krankenhäuser (Pflege)		407	
Erwartete Krankenhäuser		1.168	1.207
Vollständigkeit (Basisdokumentation)		104 %	65 %
Vollständigkeit (Pflege)		34 %	

eines Dekubitus, die Dekubitusprophylaxe, gehört zu den originären Betätigungsfeldern der Pflege (DNQP 2002). Auch aus medizinischer, ethischer und ökonomischer Perspektive muss es das zentrale Anliegen sein, Druckgeschwüre konsequent durch erfolgreiche und kooperativ erbrachte Vorbeugemaßnahmen zu verhindern (Robert-Koch-Institut 2002).

Der erste Schritt zur Prophylaxe ist die Einschätzung des Patienten, ob dieser gefährdet ist, einen Dekubitus zu entwickeln. Die so genannte Risikoeinschätzung dient dazu, bereits vor der Entstehung eines Dekubitus Vorbeugemaßnahmen einzuleiten. Pflegende müssen über Wissen zur Entstehung eines Dekubitus, zu Ursachen, beeinflussenden Risikofaktoren, Methoden und Instrumenten verfügen, um das Dekubitusrisiko eines Patienten erkennen und einstufen zu können. Die Dokumentation des Dekubitusrisikos ist Teil der Pflegedokumentation und damit auch Teil des Pflegeprozesses.

Für den Leistungsbereich „Pflege bei Prostataresektion“ waren insgesamt acht Qualitätsziele formuliert, die in 13 Datenfeldern abgefragt wurden. Die Datensätze zu den beiden orthopädischen Leistungsbereichen „Pflege bei Schenkelhalsfraktur“ und „Pflege bei Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose“ waren identisch und umfassten jeweils 16 Qualitätsziele mit 28 Datenfeldern.

## Datengrundlage

Obwohl eine fehlende Dokumentation von Pflegedatensätzen für die Krankenhäuser im Verfahrensjahr 2002 nicht mit Abschlüssen verknüpft war, haben mehr als 400 chirurgische und orthopädische und 152 urologische Krankenhausabteilungen 34.396 Datensätze zur Auswertung geliefert.

Die Ermittlung der Sollzahlen für die Teildatensätze Pflege in den Leistungsbereichen Prostataresektion, Schenkelhalsfraktur, TEP bei Koxarthrose stellt einen Sonderfall der Betrachtung der Vollständigkeit des Bundesdatenpools 2002 dar.

Das Ziel ist, 100 % Vollständigkeit für die Pflegedokumentation zu erreichen, d.h., es sollten idealerweise alle Datensätze der Basisdokumentationen

(medizinische Teildatensätze) dieser Leistungsbereiche einen Teildatensatz Pflege enthalten. Jedoch kann die Anzahl aller gelieferten Teildatensätze Pflege nicht höher sein als die der gelieferten Datensätze für den jeweiligen medizinischen Leistungsbereich. Aus diesem Grunde wurden in der Auswertung die Anzahl der erwarteten Teildatensätze Pflege gleichgesetzt mit der Anzahl der gelieferten Datensätze für das medizinische Modul. Auf dieser Grundlage konnte dann eine länderbezogene Vollständigkeit berechnet und dargestellt werden. Die Vollständigkeit der drei Leistungsbereiche ist in Tabelle 13.1 dargestellt.

Die demografischen und epidemiologischen Basisdaten der Patienten in den Pflegedatensätzen sind getrennt nach Leistungsbereichen in den Tabellen 13.2, 13.3 und 13.4 zusammengefasst.

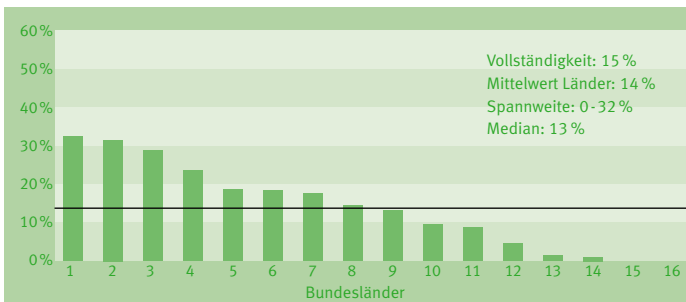
### Qualitätsziel: Immer Erhebung der Pflegeanamnese

#### Problem

Die Erhebung der Pflegeanamnese ist Grundlage für die Erstellung eines Pflegeplanes. Sie dient der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit sowie der Erfassung von Pflegeproblemen und Fähigkeiten des Patienten. Ohne das Wissen um diese relevanten Aspekte kann keine professionelle Pflege durchgeführt werden. Daher kann vorausgesetzt werden, dass die Erhebung einer Pflegeanamnese bei jedem Patienten durchgeführt werden muss. Die Fachgruppe Pflege hat entschieden, die Ergebnisse der Bundesauswertung 2002 hinsichtlich dieses Qualitätsziels zu diskutieren.

Eng verknüpft mit der Erhebung der Pflegeanamnese ist das Thema „Pflegedokumentation“. Aus fachlichem und haftungsrechtlichem Interesse sollte es geboten sein, eine Pflegedokumentation zu führen. Ferner dienen die medizinisch-pflegerischen Dokumentationen der internen Qualitätsdarstellung. Im Krankenpflegegesetz ist die Verpflichtung zur Dokumentation der geplanten Pflege fest verankert (§ 3 KrPflG). Die Pflegedokumentation ist eine Urkunde im Sinne des § 267 StGB.

**Abbildung 13.4: Datengrundlage und Verteilung der Vollständigkeit gelieferter Teildatensätze für den Leistungsbereich Pflege bei Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose**



Vollständigkeit Datensätze	2002	2001
Ausgewertete Datensätze	107.999	45.064
Erwartete Datensätze	103.130	99.847
Vollständigkeit	105 %	45 %
Pflege-Teildatensatz	2002	
Ausgewertete Datensätze	16.039	
Gelieferte Datensätze (Basisdatensatz)	107.999	
Vollständigkeit der Pflegedokumentation	15 %	
Vollständigkeit Krankenhäuser	2002	2001
Teilnehmende Krankenhäuser (gesamt)	1.113	671
Teilnehmende Krankenhäuser (Pflege)	358	
Erwartete Krankenhäuser	1.042	1.066
Vollständigkeit (Basisdokumentation)	107 %	63 %
Vollständigkeit (Pflege)	34 %	

**Tabelle 13.1: Vollständigkeit der Datenübermittlung und Beteiligung der Krankenhäuser**

	Pflege bei Prostataresektion	Pflege bei Schenkelhalsfraktur	Pflege bei TEP bei Koxarthrose
Ausgewertete Datensätze	10.449	7.908	16.039
Erwartete Datensätze	34.975	45.710	107.999
Vollständigkeit	30 %	17 %	15 %
Teilnehmende Krankenhäuser	356	1.216	1.113
Teilnehmende Krankenhäuser (Pflege)	152	407	358
Erwartete Krankenhäuser (Basisdokumentation)	484	1.168	1.042
Vollständigkeit (Basisdokumentation)	74 %	104 %	107 %
Vollständigkeit (Pflege)	43 %	34 %	34 %

**Tabelle 13.2: Basisstatistik Pflege bei Prostataresektion**

Altersverteilung	Anzahl	Anteil
Anzahl Patienten mit gültiger Altersangabe und importierten Pflegedatensätzen	10.423	100 %
< 20	1/10.423	0,01 %
20-39	5/10.423	0,05 %
40-59	847/10.423	8,13 %
60-79	8.342/10.423	79,86 %
≥80	1.246/10.423	11,96 %
Alter		
Median	70,0 Jahre	
Mittelwert	70,2 Jahre	
Einstufung nach ASA-Klassifikation	Anzahl	Anteil
ASA 1: Normaler, ansonsten gesunder Patient	1.277/10.449	12,22 %
ASA 2: Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	5.485/10.449	52,49 %
ASA 3: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung	3.471/10.449	33,22 %
ASA 4: Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung	202/10.449	1,93 %
ASA 5: Moribunder Patient	14/10.449	0,13 %

**Tabelle 13.3: Basisstatistik Pflege bei Schenkelhalsfraktur**

Altersverteilung	Anzahl	Anteil
Anzahl Patienten mit gültiger Altersangabe und importierten Pflegedatensätzen	7.893	100 %
< 20	8/7.893	0,10 %
20-39	59/7.893	0,57 %
40-59	392/7.893	4,97 %
60-79	2.920/7.893	36,99 %
≥80	4.514/7.893	57,19 %
Alter		
Median	81,0 Jahre	
Mittelwert	79,3 Jahre	
Geschlecht		
Männlich	1.779	22,50 %
Weiblich	6.129	77,50 %
Einstufung nach ASA-Klassifikation	Anzahl	Anteil
ASA 1: Normaler, ansonsten gesunder Patient	317/7.893	4,01 %
ASA 2: Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	2.021/7.893	25,56 %
ASA 3: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung	4.727/7.893	59,77 %
ASA 4: Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung	797/7.893	10,08 %
ASA 5: Moribunder Patient	46/7.893	0,58 %

## Methodik

In den pflegerischen Teildatensätzen wurde die Erhebung der Pflegeanamnese einschließlich der Qualifikation des Personals abgefragt, durch die diese Erhebung erfolgte. Differenziert wurde, ob die Erhebung der Pflegeanamnese durch eine(n) Krankenschwester/-pfleger mit dreijähriger Ausbildung, durch eine Krankenpflegehelferin, durch sonstiges Personal oder gar nicht vorgenommen wurde.

In der Auswertung werden die Daten aus den Teildatensätzen von drei Leistungsbereichen gemeinsam ausgewertet. Obwohl sich die Patienten hinsichtlich ihrer Grunderkrankung, ihres Alters und der Pflegebedürftigkeit unterscheiden, bestehen für die Anforderungen an die Methodik der Pflege dieser Patienten keine Unterschiede.

## Ergebnisse

Fasst man die Datensätze der drei Pflegemodule zusammen, dann zeigt sich, dass bei insgesamt 31.730 Patienten (92,25 %) eine Pflegeanamnese durchgeführt wurde (Abbildung 13.5).

## Bewertung

Seitens der externen Qualitätssicherung werden keine einheitlichen und standardisierten Vorgaben zur Anamneseerhebung gemacht. Einige Krankenhäuser dokumentieren EDV-basiert die Pflegeanamnese, in anderen werden Pflegepläne noch mit der Hand verfasst. Ein Erstgespräch, das zur Aufnahme des Patienten geführt wird, kann sich daher im Krankenhaus A auf ein Ausfüllen einer Checkliste durch das Sekretariat beziehen. Im Krankenhaus B wiederum unterliegt die Erhebung der Pflegeanamnese dem Pflegedienst. Aussagen zur Qualität der verschiedenen Methoden werden nicht vorgenommen. Demzufolge hat die Fachgruppe Pflege beschlossen, bei der Datenauswertung auf die Differenzierung nach der beruflichen Qualifikation der Erheber zu verzichten.

Mit Hilfe des Indikators „Pflegeanamnese“ kann jedoch die Prozessqualität eines Krankenhauses beschrieben werden. Mit der Erhebung der Pflegeanamnese beginnt im Krankenhaus der Prozess einer geplanten Pflege. Ohne die Informationssammlung zu Fähigkeiten, Einschränkungen, Bedürftigkeit des Patienten und weiteren pflegerisch relevanten Daten kann keine professionelle Pflege geleistet werden (Ammerwerth et al. 2003). Die Rate der Patienten, bei denen keine Pflegeanamnese dokumentiert wurde, liegt bei 7,75 %. Auffällig ist die Spannweite der Krankenhausergebnisse von 0 bis 100 %.

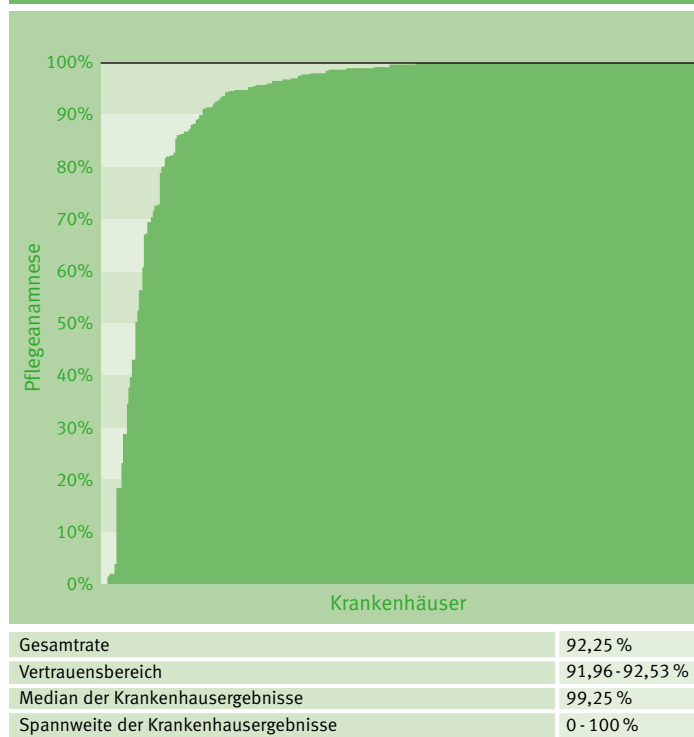
Die Fachgruppe Pflege erachtet den Aspekt der Pflegeanamnese als sehr bedeutend im Zusammenhang mit dem Pflege- und Versorgungsprozess im Krankenhaus. Daher wird ein Referenzwert von 100 % festgelegt. In 132 von 299 Krankenhäusern wurde zu 100 % eine Pflegeanamnese durchgeführt. In den übrigen 167 Krankenhäusern wurde der Referenzwert von 100 % nicht erreicht. Hier ergeht der Vorschlag zu einem strukturierten Dialog auf der Landesebene.

Noch immer gehört die Dokumentation von pflegerischen Tätigkeiten zu den unattraktiven Aufgaben im Pflegedienst. Die Pflegedokumentation erfordert einen hohen Formulierungs- und Schreibaufwand und wird daher häufig als aufwendig angesehen und nicht konsequent durchgeführt. Hier könnte die Umstellung auf eine EDV-gestützte Dokumentation eine Erleichterung bringen.

**Tabelle 13.4: Basisstatistik Pflege bei TEP bei Koxarthrose**

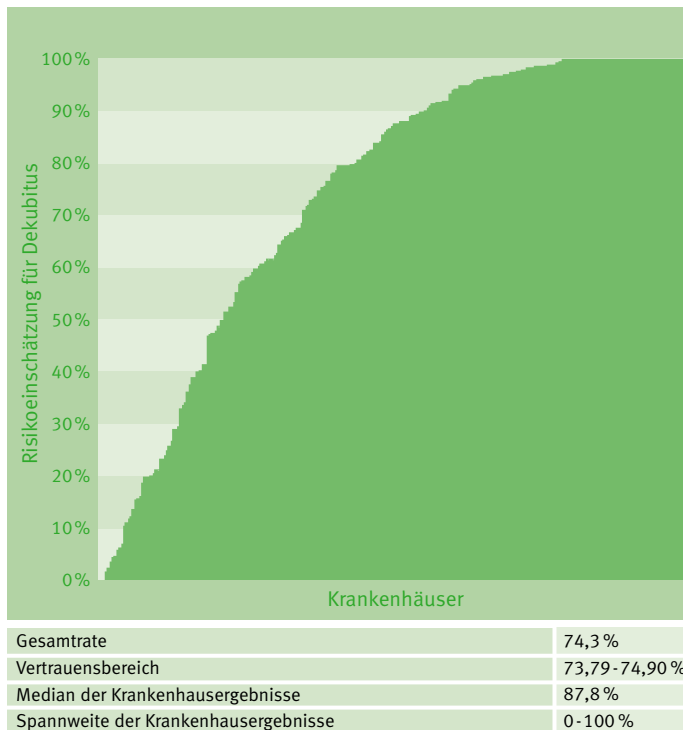
Altersverteilung	Anzahl	Anteil
Anzahl Patienten mit gültiger Altersangabe und importierten Pflegedatensätzen	16.016	100 %
< 20	3 / 16.016	0,02 %
20-39	251 / 16.016	1,57 %
40-59	2.853 / 16.016	17,81 %
60-79	11.043 / 16.016	68,95 %
≥ 80	1.866 / 16.016	11,65 %
Alter		
Median	69,0 Jahre	
Mittelwert	67,1 Jahre	
Geschlecht		
Männlich	6.186	38,57 %
Weiblich	9.853	61,43 %
Einstufung nach ASA-Klassifikation		
ASA 1: Normaler, ansonsten gesunder Patient	1.968 / 16.039	12,27 %
ASA 2: Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	9.527 / 16.039	59,40 %
ASA 3: Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung	4.405 / 16.039	27,46 %
ASA 4: Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung	137 / 16.039	0,85 %
ASA 5: Moribunder Patient	2 / 16.039	0,01 %

**Abbildung 13.5: Anteil von erhobener Pflegeanamnese an allen Pflegemodulen**



299 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in der Grundgesamtheit, Gesamtrate bezogen auf 34.396 Fälle. Der Referenzwert wurde bei 100 % festgelegt.

**Abbildung 13.6: Anteil von Risikoeinschätzung für Dekubitus bei Patienten in den Leistungsbereichen Schenkelhalsfraktur und TEP bei Koxarthrose**



*260 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in der Grundgesamtheit, Gesamtrate bezogen auf 23.947 Fälle.*

## Qualitätsziel: Immer Risikoeinschätzung für Dekubitus

### Problem

Die Einschätzung des Dekubitusrisikos sollte unmittelbar zu Beginn der Aufnahme eines Patienten in das Krankenhaus erfolgen. Sie dient der Beurteilung, wie hoch für jeden Patienten das individuelle Risiko ist, ein Druckgeschwür zu entwickeln. Zu diesem Zweck erfolgt entweder die Anwendung einer standardisierten Skala oder eine klinische Beurteilung der Patienten ohne Anwendung einer Skala. Im weiteren Pflegeverlauf sollte die Einschätzung regelmäßig wiederholt werden.

Die Fachgruppe Pflege stützt sich in der Formulierung des Qualitätsziels auf den Nationalen Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe (*DNQP 2002*). Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege legte fest, dass die Einschätzung bei allen Patienten zu erfolgen hat, „bei denen eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann“. Bei den Patienten, die in den Leistungsbereichen „Schenkelhalsfraktur“ und „Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose“ erfasst werden, handelt es sich um Patienten, die zu einer Dekubitusrisikogruppe gehören. Insbesondere die Patienten mit Schenkelhalsfrakturen sind hochbetagte Patienten, die aufgrund von Unfällen oder Stürzen akut in das Krankenhaus eingeliefert werden. Die Patienten, die aufgrund von arthrotischer Veränderung der Hüfte zur Implantation eines künstlichen Hüftgelenks im Krankenhaus aufgenommen werden, sind zumeist in ihrer Bewegungsfähigkeit stark eingeschränkt und leiden unter Schmerzen. Auch hier besteht erwartungsgemäß ein erhöhtes Dekubitusrisiko.

Unmittelbar nach Erhebung eines Risikos sollen seitens der Pflegekräfte bewegungsfördernde und druckentlastende Maßnahmen eingeleitet werden. Die Entwicklung eines individuellen Bewegungsplanes für den gefährdeten Patienten wird empfohlen (*DNQP 2002*).

## Methodik

In den Pflege-Teildatensätzen wurde abgefragt, ob eine Risikoeinschätzung für Dekubitus durchgeführt wurde. Es bestand die Möglichkeit, die Frage zu bejahen oder zu verneinen. Wurde die Risikoeinschätzung mit Ja beantwortet, dann musste angegeben werden, ob ein Risiko vorlag und ob eine anerkannte Skala bzw. eine hausinterne Skala zur Einschätzung angewandt wurde.

Da die Pflegedatensätze der beiden orthopädischen Leistungsbereiche identisch aufgebaut waren, hat sich die Fachgruppe Pflege entschieden, die Daten zusammen auszuwerten und zu diskutieren.

## Ergebnisse

Bei insgesamt 23.947 Fällen (74,3 %) wurde eine Risikoeinschätzung für Dekubitus vorgenommen (Abbildung 13.6). Bei 6.143 Fällen (25,7 %) wurde keine Einschätzung des Dekubitusrisikos durchgeführt. Von den 17.804 eingeschätzten Patienten hatten 8.782 Patienten – also nahezu die Hälfte (49,33 %) – ein positives, d.h. bestehendes oder erwartetes Risiko.

## Bewertung

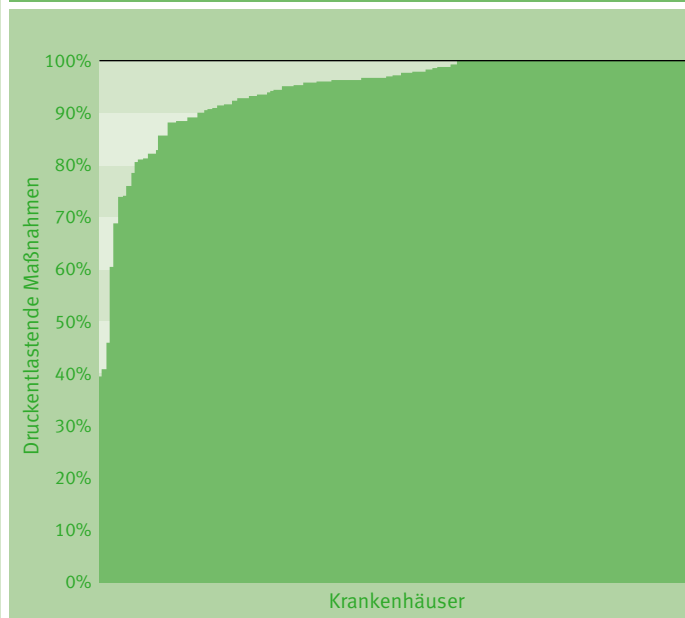
Die Fachgruppe Pflege hält die Einschätzung des Dekubitusrisikos in 74,3 % der Fälle für nicht ausreichend. Insbesondere im Hinblick auf die Rate der Patienten, bei denen ein Dekubitusrisiko festgestellt wurde (49,33 %), ist die gemessene Anzahl der Risikoeinschätzungen zu niedrig. Jedoch sollte bei der Bewertung berücksichtigt werden, dass diesem Datenfeld im Jahr 2002 teilweise keine Ausfüllhinweise hinterlegt waren. Fehlinterpretationen waren daher möglich. Unter Berücksichtigung dieses Aspektes ist die erhobene Rate akzeptabel. Grundsätzlich ist die Fachgruppe der Meinung, dass jeder Patient eine Einschätzung des Dekubitusrisikos erhalten sollte. Diese Einschätzung sollte im Rahmen der pflegerischen Aufnahme bei jedem Patienten durchgeführt werden. Dazu ist nicht

unbedingt ein standardisiertes Instrument, wie z.B. eine Skala, notwendig. Eine systematische Einschätzung durch geschulte Fachpflegekräfte kann auch im Rahmen der Pflegeanamnese stattfinden. Innerhalb des Nationalen Expertenstandards wird jedoch auf den Nutzen von Einschätzungsskalen verwiesen. Die Empfehlung, dass jeder Patient, bei dem eine Gefährdung für Dekubitus nicht ausgeschlossen werden kann, eine Einschätzung erhalten muss, wurde im Jahr 2002 nur unzureichend umgesetzt (*DNQP 2000, Wissensnetzwerk evidence.de 2002*). Zukünftig ist jedoch damit zu rechnen, dass sich der Anteil an Risikoeinschätzungen erhöhen wird. Standardaussagen, wie sie im Expertenstandard Dekubitusprophylaxe formuliert wurden, werden in der Pflege breit auf Kongressen, in Fachzeitschriften und in der Aus- und Weiterbildung diskutiert.

Das Vorhandensein eines Risikos wurde bei jedem zweiten Patienten, bei dem zuvor eine Einschätzung vorgenommen wurde, festgestellt. Diese hohe Risikorate kann mit einer deutschsprachigen Untersuchung verglichen werden. Von rund 7.000 untersuchten Krankenhauspatienten wiesen 37 % ein Dekubitusrisiko auf, das mit der Braden-Skala erhoben wurde (*Dassen et al. 2002*). Da diese Studienpopulation sowohl ein niedrigeres Alter als auch eine niedrigere PPR-Stufe aufwies als die dokumentierten Patienten der Bundesauswertung, lässt sich die geringere Rate an Risikopatienten für Dekubitus erklären.

Das Thema Dekubitusprophylaxe ist in der Pflege nicht neu: Umfangreiche Publikationen, Schulungs- und Fortbildungsmaßnahmen zur Dekubitusprophylaxe gibt es bereits seit vielen Jahren. Die systematische Einschätzung des Dekubitusrisikos wird seit Beginn der 1990er-Jahre propagiert (*Bienstein & Schröder 1992*). Auch weist die amerikanische Leitlinie zum Thema Dekubitus (AHCPR 1992) bereits seit 1992 auf die Verwendung von standardisierten Instrumenten zur Risikoeinschätzung hin.

**Abbildung 13.7: Anteil von druckentlastenden Maßnahmen an Dekubitusrisiko-Fällen**



Gesamtrate	93,7 %
Vertrauensbereich	93,1 - 94,2 %
Median der Krankenhauseergebnisse	97,2 %
Spannweite der Krankenhauseergebnisse	39,6 - 100 %

146 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit, Gesamtrate bezogen auf 8.782 Fälle. Der Referenzwert wurde bei 100 % festgelegt.

**Tabelle 13.5: Dekubitusrate in den Leistungsbereichen Schenkelhalsfraktur und TEP bei Koxarthrose**

	gesamt	Schenkelhalsfraktur	TEP bei Koxarthrose
Anteil von Dekubitus (medizinischer Datensatz)	0,82 %	1,9 %	0,37 %
Anteil von Dekubitus (Pflege)	1,1 %	2,36 %	0,42 %

## Qualitätsziel: Durchführung von druckentlastenden Maßnahmen bei Patienten mit Dekubitusrisiko

### Problem

Druckentlastende Maßnahmen und Förderung von Bewegung sind die beiden Tätigkeiten, die zur pflegerischen Prophylaxe eines Dekubitus gehören. Es muss individuell abgestimmt werden, welche Förderung der Patient benötigt, um keinen Dekubitus zu erleiden. In einer Analyse der Daten aus 2002 wurde die Durchführung von druckentlastenden Maßnahmen bei den Patienten ausgewertet, die ein positives Dekubitusrisiko hatten.

### Methodik

Zur Berechnung der Rate wurden aus dem Pflegedatensatz die Datenfelder 18=ja und 19=1 oder 2 zur Risikoeinschätzung als Grundgesamtheit gezählt.

Diese Rate wurde in einem nächsten Schritt mit Datenfeld 20=ja (druckentlastenden Maßnahmen) ausgewertet.

### Ergebnisse

Abbildung 13.7 zeigt die Krankenhauseergebnisse für den Anteil von druckentlastenden Maßnahmen an Dekubitusrisiko-Fällen. Die Grundgesamtheit umfasst die 8.782 Fälle aus den Leistungsbereichen „Schenkelhalsfraktur“ und „TEP bei Koxarthrose“, bei denen ein Dekubitusrisiko dokumentiert war.

### Bewertung

Bei 93,7 % der Patienten, die ein positives Dekubitusrisiko hatten, wurden druckentlastende Maßnahmen durchgeführt. Die Fachgruppe Pflege wertet diese Rate als Ausdruck insgesamt guter Versorgungsqualität. Ein Referenzwert wird bei 100 % festgelegt. Bei jedem Patienten, bei dem ein Risiko für die Entwicklung eines Dekubitus identifiziert wurde, müssen unverzüglich Maßnahmen zur Prophylaxe eingeleitet werden (DNQP 2002).

Bei rund 560 Patienten (6,35 %) wurden jedoch keine druckentlastenden Maßnahmen angegeben. Ob bei diesen Patienten eine Prophylaxe versäumt wurde, oder ob diese Patienten zur Eigenbewegung motiviert wurden und die Druckentlastung eigenständig durchführen konnten, kann aus den vorliegenden Daten nicht differenziert werden. 88 Kliniken erreichen nicht den geforderten Referenzwert von 100 %.

### Sonderauswertung: Risikoeinschätzung für Dekubitus bei Patienten mit Dekubitus

#### Problem

Mit dieser Berechnung soll überprüft werden, ob die Patienten, die einen Dekubitus entwickelten, während des Krankenhausaufenthaltes als dekubitusgefährdet eingestuft wurden.

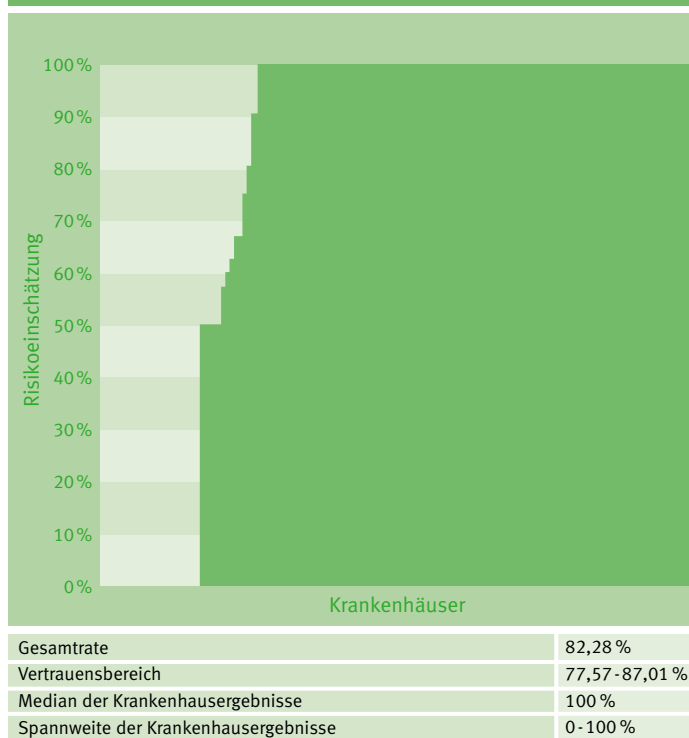
#### Methodik

In den beiden medizinischen Datensätzen der Leistungsbereiche Schenkelhalsfraktur und TEP bei Koxarthrose wurde in den Datenfeldern der postoperativen Komplikationen abgefragt, ob der Patient einen Dekubitus entwickelt hat. Bei 856 Patienten des Leistungsbereichs Schenkelhalsfraktur wurde ein Dekubitus dokumentiert. Im Leistungsbereich TEP bei Koxarthrose waren es 400 Patienten, für die ein Dekubitus dokumentiert wurde. Dies entspricht einer Gesamtrate von 0,82 %.

Bezogen auf die Fälle, in denen ein pflegerischer Teildatensatz ausgefüllt wurde, konnten 254 Patienten mit einem Dekubitus identifiziert werden. Dies entspricht einer Rate von 1,1 % ( $n=23.947$ ), bezogen auf den Leistungsbereich Schenkelhalsfraktur bei 2,36 % und für den Leistungsbereich TEP bei Koxarthrose bei 0,42 % (Tabelle 13.5).

In einer Sonderauswertung wurde die Rate der Patienten ermittelt, bei denen sowohl ein Dekubitusrisiko vorlag und die einen Dekubitus entwickelten.

**Abbildung 13.8: Anteil von Risikoeinschätzung für Dekubitus an allen Fällen mit dokumentiertem Dekubitus**



*Gesamtrate bezogen auf 254 Fälle. 23 (16,9 %) von 136 Krankenhäusern haben keine Risikoeinschätzung dokumentiert.*

#### Ergebnisse

Von 254 Patienten, bei denen im medizinischen Teildatensatz ein Dekubitus dokumentiert worden ist, wurde bei 209 Patienten (82,28 %) eine Risikoeinschätzung durchgeführt (Abbildung 13.8).

## Bewertung

Bei 1.256 Patienten wurde im medizinischen Datensatz die Komplikation Dekubitus angegeben. Davon gehörten 254 Patienten zu der Gruppe, bei der der Teildatensatz Pflege ausgefüllt wurde. 82,3 % dieser Patienten mit Dekubitus erhielten eine Risikoeinschätzung während des Krankenhausaufenthaltes. Bei rund 18 % der Patienten (45 Patienten) wurde keine Risikoeinschätzung durchgeführt.

Bei den 45 identifizierten Fällen mit dokumentiertem Dekubitus und fehlender Einschätzung des Dekubitusrisikos soll ein strukturierter Dialog eingeleitet werden. In Einzelfallanalysen müssen diese Fälle der genauen Betrachtung unterzogen werden. Es kann aus dem Datensatz nicht differenziert werden, ob der Dekubitus bereits bei Krankenhausaufnahme bestanden hat oder erst während des stationären Aufenthaltes aufgetreten ist. In jedem Fall hätte jedoch eine Risikoeinschätzung erfolgen sollen.

## Ausblick

Die Ergebnisse der Bundesauswertung 2002 liefern für die Pflege erstmalig notwendige Daten, die eine Einschätzung der pflegerischen Versorgung im stationären Bereich ermöglichen. Die Ergebnisse zeigen insgesamt eine gute Versorgungssituation, die eine hohe Professionalität der Pflege in Deutschland widerspiegelt.

Mit Hilfe der festgelegten Referenzwerte konnten Krankenhäuser identifiziert werden, in denen die Vorgehensweise zu den untersuchten Qualitätsmerkmalen im Rahmen eines strukturierten Dialogs hinterfragt werden sollen. Die Ergebnisse dieses strukturierten Dialogs sind nicht nur für die Qualitätsverbesserung in den einzelnen Krankenhäusern entscheidend, sondern helfen ebenfalls, die eingesetzten Qualitätsmessverfahren zu optimieren. Ziel ist es, die Effektivität des Verfahrens kontinuierlich zu verbessern.

Für die Pflege sind allerdings nicht in allen Bundesländern Arbeitsstrukturen vorhanden, die eine Durchführung des Strukturierten Dialogs ermöglichen. Im ersten Jahr der verpflichtenden externen Qualitätssicherung für die Pflege befinden sich diese Strukturen teilweise noch im Aufbau, teilweise aber auch erst in der Planung. Die Fachgruppe Pflege plädiert daher nachdrücklich dafür, dass in allen Bundesländern pflegerische Arbeitsstrukturen eingerichtet werden, die eine flächendeckende Durchführung des Strukturierten Dialogs in der Pflege ermöglichen. Nur durch diese Strukturen kann der Nutzen des Qualitätssicherungsverfahrens für die einzelnen Krankenhäuser und die Qualität der Gesamtversorgung effektiv erreicht werden.

Eine weitere Aufgabe der Weiterentwicklung des Verfahrens besteht in der Steigerung der Vollständigkeit der Erfassung. Die im Jahr 2002 mit 15 bis 30 % nicht zufrieden stellende Vollständigkeit der Dokumentation ist nicht nur dadurch begründet, dass keine Abschlüsse bei fehlender pflegerischer Dokumentation vorgesehen waren, sondern ebenfalls dadurch, dass in vielen Krankenhäusern die krankenhausesinternen Abläufe, die für eine vollständige Dokumentation erforderlich sind, nicht ausreichend gewährleistet waren. So ist durch Rückmeldungen aus Krankenhäusern deutlich geworden, dass teilweise die Pflege keinen Zugang zur Krankenhaus-EDV hatte, um die Dokumentation durchzuführen. Diese Abläufe müssen mit hoher Priorität in den Krankenhäusern optimiert werden, um die ab 2004 sanktionierte pflegerische Qualitätssicherung erfolgreich umsetzen zu können.

Inhaltlich ist im Jahr 2004 eine Konzentration der Qualitätsdarstellung auf die Darstellung der Ergebnisqualität der Dekubitusprophylaxe vorgesehen. Damit kann für ein relevantes Versorgungsproblem ein Ergebnisindikator mit Hilfe eines sehr straffen Erhebungsinstrumentes dargestellt werden, das aus einem Datensatz mit sechs Datenfeldern besteht.

## Literaturverzeichnis

Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR).

Pressure ulcer in adults: prediction and prevention.

*Clinical Practice Guideline No. 3. Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services; 1992.*

Ammenwerth E, Eichstädter R, Schrader U.

EDV in der Pflegedokumentation: Ein Leitfaden für Praktiker.

*Hannover: Schlütersche Verlag und Druck GmbH & Co. KG; 2003.*

Bienstein C, Schröder G.

Dekubitus. Prophylaxe und Therapie.

*Eschborn: DBfK-Verlag; 1992.*

Dassen T, Heinze C, Lahmann N, Lohrmann C, Mertens E, Tannen A.

Dekubitus, Sturzereignisse, Pflegeabhängigkeit, Prävalenzerhebung 2002.

*Berlin: Institut für Medizin-/ Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft; 2002.*

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).

Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung.

*Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege; 2002.*

Fiechter V, Meier M.

Pflegeplanung – Eine Anleitung für die Praxis.

*Fritzlar: RECOM Verlag; 1998.*

Kellnhauser E, Schewior-Popp S, Sitzmann F, Geißner U, Gümmer M, Ullrich L (Hrsg.).

Thiemes Pflege: entdecken – erleben – verstehen – professionell handeln.

*9. völlig neu bearbeitete Auflage. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag; 2002.*

Krankenpflegegesetz 2003.

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und Veränderung weiterer Gesetze (KrPflG).

*Bundesgesetzblatt 21.07.2003, 1442-1458.*

Robert-Koch-Institut.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 12: Dekubitus.

*Robert Koch Institut; 2002.*

[www.rki.de/GBE/HEFTE/DEKUBIT/DEKUBIT.PDF](http://www.rki.de/GBE/HEFTE/DEKUBIT/DEKUBIT.PDF)

Wissensnetzwerk evidence.de der Universität Witten/Herdecke.

Leitlinie Dekubitusprävention.

[www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien.html](http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien.html)