

# Pflege bei Prostataresektion



## 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

## Einleitung

Die Qualitätsdarstellung in der Pflege ist in der Vergangenheit in Deutschland von vielen regionalen und lokalen Aktivitäten getragen worden. Eine bundesweit einheitliche Form der vergleichenden Qualitätsdarstellung in der Pflege wurde erstmalig im Jahr 2002 in drei Leistungsbereichen aus der Urologie, der Orthopädie bzw. der Unfallchirurgie durchgeführt.

In der Urologie erfolgte die Datenerfassung für die Qualitätsdarstellung bei der Prostataresektion nicht nur in einem medizinischen Datensatz, sondern auch in einem Teildatensatz „Pflege bei Prostataresektion“. Die eingesetzten pflegerischen Qualitätsindikatoren betrachten sowohl allgemeine Aspekte des Pflegeprozesses als auch spezifische Qualitätsmerkmale der Pflege bei der Prostataoperation.

Die Dokumentation war für die Krankenhäuser verpflichtend. Abschlüsse bei fehlender Dokumentation waren im Jahr 2002 nicht vorgesehen.

Mit den Ergebnissen der Bundesauswertung können die Pflegenden in den Krankenhäusern einschätzen, ob das pflegerische Handeln sich ausreichend an den spezifischen Bedürfnissen, Aktivitäten und dem Befinden der Patienten orientiert hat.

## Datengrundlage

Für 2002 wurden der BQS im urologischen Leistungsbereich Prostataresektion 38.025 Datensätze übermittelt. Ein großer Teil davon (34.975 Datensätze) liegt im Format der BQS-Spezifikation 5.0.1 vor. Unter diesen Datensätzen befanden sich 10.449 Teildatensätze zur Pflege bei Prostataresektion (Abbildung 31.1).

Alle gelieferten Teildatensätze Pflege konnten ausgewertet werden.

Die Beteiligung der Bundesländer variiert und weist bezogen auf das Verhältnis von erwarteten zu ausgewerteten Datensätzen des Basismoduls eine Spannweite von 0,4 bis 62 % auf. Zwei Bundesländer haben keine Teildatensätze Pflege geliefert. Insgesamt liegt die Vollständigkeit der Teildatensätze Pflege bezogen auf die gelieferten medizinischen Datensätze bei 30 %.

Die Teilnehmerate der Krankenhäuser ist verbesserungsfähig. Sie liegt für die Teildatensätze Pflege bei 43 %.

Für die Merkmale „Alter“ und „ASA-Klassifikation“ war die Patientengruppe, bei der ein Teildatensatz Pflege dokumentiert wurde, repräsentativ für die Patientengruppe, für die ein medizinischer Datensatz zur Prostataresektion dokumentiert wurde. Daher kann davon ausgegangen werden, dass keine selektierte Stichprobe zur Auswertung gekommen ist.

## Basisdaten

Im Mittel waren die Patienten 70,2 Jahre alt. 79,86 % der Patienten befanden sich in der Altersklasse der 60- bis 79-Jährigen. Die Gruppe der Hochbetagten (Alter > 80 Jahre) hatte einen Anteil von 11,96 % an den 10.423 Patienten mit gültiger Altersangabe.

Den ASA-Klassen 1 bis 2 sind 64,7 % der Patienten zuzuordnen und der ASA-Klasse 3 33,22 % der Patienten. 2,06 % der Patienten wurden den Hochrisikogruppen ASA 4 und 5 zugeordnet.

## Qualitätsziel: Oft schriftliche oder mündliche Beratung in Bezug auf das post- operative Verhalten für den Patienten / für die Angehörigen

### Problem

Die Beratung von Patienten und Angehörigen in Bezug auf das postoperative Verhalten gehört zu den originären Aufgaben der Pflege und ist ein vom Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege vom 16. Juli 2003 getragenes Ausbildungsziel. Dieser Aspekt gewinnt zunehmende Bedeutung, da sich die stationären Verweildauern verkürzen und eine reibungslose Organisation der Nachbehandlung nach dem stationären Aufenthalt wesentlich den Erfolg jeder Behandlung mitbestimmt. Seit 2002 liegt ein Expertenstandard zum Entlassungsmanagement vor, der sich in besonderem Maße mit dieser Thematik befasst (*DNQP 2002b*). Es ist Aufgabe jedes Krankenhauses, ein systematisches Entlassungsmanagement aufzubauen.

Erfahrungsberichte und Studien belegen die Notwendigkeit einer schriftlichen Beratung für Patienten in der nachoperativen Phase (Linden et al. 1999) bzw. zur Prävention von Komplikationen in der häuslichen Umgebung (Klug-Redman 1996, Pusch 2002). Insbesondere für Angehörige ist die schriftliche Beratung vorteilhaft und erforderlich.

Die Patienten, bei denen aufgrund einer benignen Prostatahyperplasie (BPH) ein operativer Eingriff notwendig wird, haben zumeist eine längere Beschwerdezeit durchlebt. Unter den 50-jährigen Männern ist jeder zweite von einer BPH betroffen (Napalkov et al. 1995). Im Alter über 80 Jahren zeigen vier von fünf Männern Prostatabeschwerden. Die postoperative Verweildauer der Patienten nach transurethraler Resektion beträgt im Durchschnitt 8,1 Tage. 5,44 % der Patienten werden mit einem Blasendauerkatheter entlassen, wobei die Krankenhausergebnisse Raten von 0 bis 27 % aufweisen (BQS-Bundesauswertung 2002). Eine Beratung ist bei diesen Patienten notwendig, um beispielsweise ein mögliches Fehlverhalten im Umgang mit dem Blasenkatheeter und Blasenentleerungsstörungen (und ggf. eine Inkontinenz) zu vermeiden.

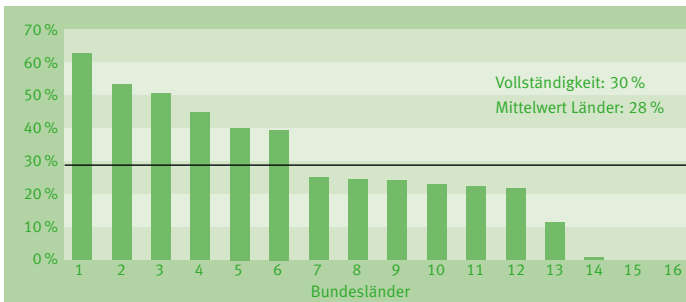
### Methodik

Anhand des Datenfeldes „Beratung in Bezug auf das postoperative Verhalten“ wurde ausgewertet, ob eine Beratung erfolgt ist. Weiterhin wurde bestimmt, ob diese Beratung mündlich, schriftlich oder sowohl schriftlich wie mündlich erfolgt ist.

### Ergebnisse

Eine Beratung wurde bei 91,8 % der Patienten durchgeführt. Die Durchführung einer mündlichen Beratung wurde bei 69,5 % aller Patienten dokumentiert. Keine Beratung erfolgte bei 8,2 % der Patienten (Tabelle 31.1). Bei 22,4 % der Patienten wurde dokumentiert, dass eine schriftliche oder eine schriftliche und mündliche Beratung erfolgt ist (Abbildung 31.2).

**Abbildung 31.1: Datengrundlage und Verteilung der Vollständigkeit gelieferter Datensätze nach Bundesländern**



<b>Vollständigkeit Datensätze Basisteil</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-Teildatensätze</b>		<b>2002</b>
Ausgewertete Datensätze		10.449
Gelieferte Datensätze (Basisdokumentation)		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 (Basisdokumentation)		484
Vollständigkeit (Basisdokumentation)		74 %
Vollständigkeit (Pflege)		43 %

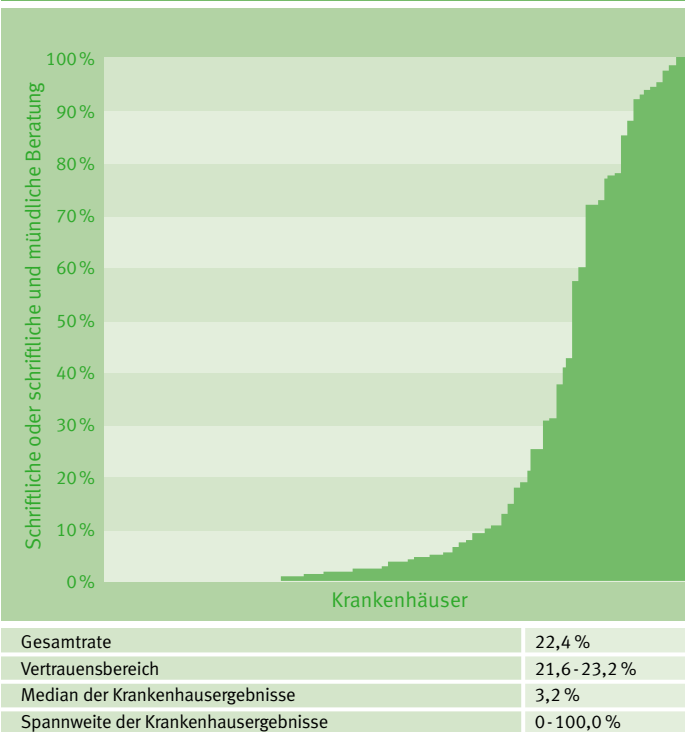
**Tabelle 31.1: Schriftliche oder mündliche Beratung zum postoperativen Verhalten**

Gesamtrate	91,8 %
Vertrauensbereich	91,3 - 92,3 %
Median der Krankenhauswerte	100,0 %
Spannweite der Krankenhauswerte	0 - 100,0 %

### Bewertung

Die Ergebnisse der Bundesauswertung 2002 zeigen, dass für den pflegerischen Umgang mit dem Thema Schulung und Beratung von Patienten ein insgesamt gutes Versorgungsniveau besteht. Für die Interpretation ist zu berücksichtigen, dass ein Ausfüllhinweis für das Datenfeld, mit dem die Abfrage erfolgt ist, im Jahr 2002 nicht hinterlegt war. Allerdings gehört die Formulierung des Datenfeldes zum geläufigen pflegespezifischen Sprachgebrauch.

**Abbildung 31.2: Anteil von Fällen mit schriftlicher oder schriftlicher und mündlicher Beratung in Bezug auf post-operatives Verhalten an allen Fällen mit dokumentiertem Pflegedatensatz**



*101 Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle in dieser Grundgesamtheit, Gesamtrate bezogen auf 10.449 Fälle.*

Es soll darauf hingewirkt werden, dass Informationen häufiger auch in schriftlicher Form weitergegeben werden. Aus erziehungswissenschaftlichen und pflegewissenschaftlichen Untersuchungen ist bekannt, dass eine Beratung mit Nutzung von schriftlichen Materialien mit höherem Erinnerungseffekt und entsprechenden Umsetzungseffekten verbunden ist (Klug-Redman 1996, Klug-Redman 2001).

Schriftliche Informationen sind Erinnerungshilfen, die den Grad der Informiertheit des Patienten steigern (Linden et al. 1999). Dies ist umso wichtiger, da es sich bei den angesprochenen Problematiken überwiegend um schambesetzte Themen handelt wie Blasenentleerung, Inkontinenz und Sexualität. Insbesondere für Angehörige sind Informationen, die schwarz auf weiß nach Hause getragen werden können, notwendig. Ideal ist sicher die Kombination einer schriftlichen und mündlichen Beratung.

Im Hinblick auf häufig durchgeführte Elektiveingriffe, wie die Prostataresektion, ist es notwendig, dass Schulungs- und Beratungsunterlagen immer vorgehalten werden (siehe dazu auch Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, Osnabrück 2002a). In diesen Unterlagen sollen medizinisch-pflegerische Inhalte in verständlicher Sprache und bebildert mit Grafiken den betroffenen Patienten vermittelt werden (Klug-Redmann 2001). Zu speziellen Gefahren, die beispielsweise bei unhygienischem Umgang mit dem Blasenkatheter entstehen, müssen Pflegenden Information und Anleitung geben. Die Bewältigung des Alltags steht bei Pflegeproblemen im Mittelpunkt der häuslichen Versorgung. Hier kann eine professionelle Pflege zur fördernden Pflege werden und auch einen Beitrag zur Kosteneinsparung leisten. Schließlich geht es um die Vermeidung von Infektionen, Schmerzen, chronischer Pflegebedürftigkeit und ggf. einer notwendigen Wiedereinweisung ins Krankenhaus.

Der Themenbereich „Eduktion, Beratung und Anleitung“ ist für die deutschsprachige Pflege noch recht neu. Bisher geschah die Aufklärung über Schmerzen, Sondenernährung oder eine chronische Wunde zumeist eher punktuell oder zufällig (Abt-Zegelin 2000). Ende der 1990er-Jahre geriet dieses Themenfeld der Patienteninformation immer mehr in den Fokus der beruflichen Pflege. Im neuen Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege, das im Sommer 2003 verabschiedet wurde, stehen die Unterstützung, Beratung und Anleitung von zu Pflegenden und deren Angehörigen gleichberechtigt neben dem Erlernen von pflegerischen Fertigkeiten.

Im Jahr 2002 wurde vom Deutschen Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) ein Expertenstandard Entlassungsmanagement für die Pflege konsentiert. In diesem Standard wird auch das Thema der Beratung von Patienten und Angehörigen differenziert dargestellt. Die Fachgruppe Pflege analysiert derzeit, in welcher Form Qualitätsindikatoren auf der Basis des Expertenstandards entwickelt werden können. Dafür liefern die vorliegenden Auswertungsergebnisse wichtige Informationen.

Für den Strukturierten Dialog in der Pflege auf der Landesebene soll eine Konzentration auf die Qualitätsmerkmale „Dekubitusprophylaxe“ und „Pflegeanamnese“ aus den Leistungsbereichen der Orthopädie und Unfallchirurgie erfolgen. Diese Konzentration erfolgt unter anderem, weil derzeit die Arbeitsstrukturen für die Pflege in den Institutionen für Qualitätssicherung der Bundesländer noch sehr unterschiedlich sind. In vielen Bundesländern befinden sich diese Strukturen erst im Aufbau. Ein Referenzwert für den Qualitätsindikator „Beratung in Bezug auf das postoperative Verhalten für den Patienten/für die Angehörigen“ wird daher nicht festgelegt.

## Ausblick

Die in den Jahren 2002 und 2003 erhobenen Informationen zum Pflegeprozess und zur pflegerischen Versorgungsqualität bezogen sich eher auf die Messung von Struktur- und Prozessqualität. Die Auswertungsergebnisse dieser Qualitätsmerkmale eignen sich sehr gut für das interne Qualitätsmanagement in den Krankenhäusern.

Die Fachgruppe Pflege hat für das Verfahrensjahr 2004 einen stark verkürzten Datensatz mit dem Fokus „Dekubitusprophylaxe“ entwickelt. Mit diesem Messinstrument wird es möglich sein, valide und reliable Ergebnisse zur Dekubitusprophylaxe zu ermitteln.

Unter dem Aspekt der erwarteten Entwicklung im Gesundheitswesen mit kürzer werdenden Verweildauern im stationären Bereich und der wachsenden Notwendigkeit der Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung wird das pflegerische Entlassungsmanagement mit Betrachtung der Ergebnisqualität Relevanz gewinnen.

## Literaturverzeichnis

Abt-Zegelin A.

Neue Aufgabe für die Pflege: Patientenedukation – Information, Schulung und Beratung von Betroffenen und Angehörigen.

*Die Schwester, Der Pfleger* 2000; 39 (1): 56-59.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.

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

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

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege.

Arbeitstexte zur 2. Konsensuskonferenz in der Pflege. Thema: Entlassungsmanagement.

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

Klug-Redman B.

Patientenschulung und Beratung.

Berlin: Ullstein Mosby; 1996.

Klug-Redman B.

The practice of patient education.

St. Louis: Mosby; 2001.

Linden M, Gothe H, Ryser M.

Was man schwarz auf weiß besitzt... Umfrage zur Patienteninformation.

*Deutsches Ärzteblatt* 1999; 96 (4): 638-639.

Napalkov P, Maisonneuve P, Boyle P.

Worldwide patterns of prevalence and mortality from benign prostatic hyperplasia.

*Urology* 1995; 46 (Supplement 3A): 41-46.

Pusch K.

Anforderungen an Schulungsmaterialien.

*Die Schwester, Der Pfleger* 2002; 8: 652-659.