

Studie

Wie häufig ist ein Dekubitus bei chronisch psychisch Kranken?



Über acht Jahre wurde im Pflege- und Wohnheimbereich des Zentrums für Soziale Psychiatrie Salzwedel (ZSP) – bei Neu- und Wiederaufnahmen – erhoben, ob ein Dekubitus vorliegt. In dieser Untersuchung zeigte sich, dass mehr als jeder Fünfte unter einem Dekubitus litt und dass Dekubitalgeschwüre bei Krankenhausentlassungen oft nicht mitgeteilt werden.

Was ist ein Dekubitus?

Ein Dekubitus (oder Druckgeschwür) ist eine Schädigung von Haut und tiefer liegendem Gewebe, die durch eine Kombination von Druck-, Scher- und Reibungskräften bei bettlägerigen oder immobilen Menschen auftreten kann. Das betroffene Gewebe – meist an Körperstellen mit Knochenvorsprüngen und dünnem Unterhautfettgewebe – wird nicht ausreichend mit Sauerstoff versorgt, Giftstoffe werden ungenügend abtransportiert, das Gewebe stirbt ab. Es entstehen chronische Wunden mit einem gestörten Heilungsprozess, die einen hohen Leidensdruck verursachen können. Entstanden innerhalb von Stunden oder Tagen, kann die Ausheilung Wochen oder Monate benötigen. Betroffen sind überwiegend ältere Menschen mit schweren Grunderkrankungen.

Dekubituserkrankungen sind ein besonderes Problem in Krankenhäusern und Pflegeheimen, aber auch bei pflegebedürftigen Menschen, die in der eigenen Wohnung versorgt werden. Durch geeignete pflegerische Maßnahmen lassen sich Dekubituserkrankungen in den meisten Fällen vermeiden. Auf eine entsprechende Prävention sollte daher in besonderem Maße geachtet werden. Eine empfehlenswerte, systematische Darstellung der Ergebnisse einer aktuellen Literaturrecherche zum Thema Dekubitus, Entstehung und Ursachen, Risikofaktoren und Prävention liefern Anders et al. (1).

Schweregrad der Dekubituserkrankung

Ist eine Dekubituserkrankung eingetreten, lassen sich nach dem Erscheinungsbild vier Schweregrade unterscheiden:

- Grad I: Hautrötung
- Grad II: Oberflächliche Hautläsion unterschiedlicher Größe
- Grad III: Hautdefekte von Oberhaut und Lederhaut, Nekrose des subkutanen Gewebes
- Grad IV: Hautdefekte und Nekrose mit Tiefenwirkung, Muskeln, Knochen, Sehnen und Kapsel können angegriffen sein.

Die Schweregrade der Dekubituserkrankung sollen in der Pflegedokumentation der Einrichtung festgehalten werden.

Dekubitusprophylaxe im ZSP

Im Pflege- und Wohnheimbereich des Zentrums für Soziale Psychiatrie Salzwedel (ZSP), der Kerneinrichtung eines gemeindepsychiatrischen Netzwerkes, werden chronisch psychisch kranke Erwachsene aus allgemeinen Krankenhäusern, psychiatrischen Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen oder durch direkte Überweisung aus der eigenen Wohnung aufgenommen und betreut. Wird ein Bewohner neu aufgenommen oder ist er länger als drei Tage abwesend, wird am Tag der Aufnahme beziehungsweise Wiederaufnahme ein Erhebungsbogen ausgefüllt, der neben anderen Daten des Bewohners das Vorhandensein eines Dekubitus und dessen Schweregrad erfasst. Ziel der Erhebung ist die Einleitung geeigneter pflegerischer Maßnahmen.

Daneben wird im ZSP die Einschätzung des Dekubitusrisikos nach der modifizierten Norton-Skala vorgenommen. Es gibt

Anzahl Studienbögen je Untersuchungszeitraum

Abb. 1

Untersuchungszeitraum						
7.1. bis 30.12.2002	9.1. bis 24.12.2003	15.3.2004	25.2. bis 1.9.2005	1.8. bis 23.11.2007	12.1. bis 23.9.2008	23.3. bis 23.12.2009
Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
41	31	1	15	2	31	19

einen ausführlichen Pflegestandard zum Thema Dekubitusprophylaxe und Dekubitusversorgung, der spezifische pflegerische Maßnahmen für eine erfolgreiche Dekubitusprophylaxe im ZSP beschreibt.

Studie untersucht Dekubitushäufigkeit

Es sollte über mehrere Jahre untersucht werden, wie häufig und aus welchen Einrichtungen Dekubitalgeschwüre mitgebracht werden. Als neuartige Fragestellung (Pilotstudie) sollte festgestellt werden, inwieweit die einweisenden Einrichtungen diese Dekubitalgeschwüre im Verlegungsbericht dokumentiert hatten. Hierfür musste bei Neubeziehungsweise Wiederaufnahmen im ZSP zusätzlich ein entsprechender Studienbogen ausgefüllt werden.

Die Organisation übernahm ein im Laufe der Zeit wechselnder Mitarbeiter mit wissenschaftlichen Kenntnissen neben seinen hauptberuflichen Aufgaben. Die Studienbögen wurden kopiert und in einem zentralen Studienordner gesammelt. Dessen Auswertung ist Grundlage der im Folgenden dargestellten Ergebnisse.

Ergebnisse

Für diese Untersuchung wurden im Zeitraum vom 7. Januar 2002 bis zum 23. Dezember 2009 im ZSP Salzwedel 140 Neuzugänge beziehungsweise Wiederaufnahmen mit dem oben beschriebenen Studienbogen erfasst. Dabei liegen für das Jahr 2006 gar keine und für die Jahre 2004 und 2007 nur vereinzelte Studienbögen vor. Für die anderen

Jahre wurden alle Neu- und Wiederaufnahmen erfasst (Abb. 1).

Die dokumentierten Bewohner kamen aus 23 unterschiedlichen Einrichtungen. 78 Bewohner wurden aus allgemeinen Krankenhäusern, 46 aus psychiatrischen Krankenhäusern, zwölf aus Pflegeheimen, drei aus Krankenhäusern mit sowohl allgemeiner als auch psychiatrischer Abteilung und einer von zu Hause aufgenommen. Am Tag der Aufnahme aus einer anderen Einrichtung oder der Rückkehr nach mindestens drei Tagen Abwesenheit wurde auf dem Studienbogen der Zustand des

Bewohners hinsichtlich Dekubitus erfasst. Dabei wurde neben anderen Merkmalen erhoben, aus welcher Einrichtung die Bewohner kamen, ob ein Dekubitus vorlag, welchen Schweregrad dieser Dekubitus hatte und ob er von der einweisenden Einrichtung schriftlich mitgeteilt wurde. Ferner wurden Hämatome dokumentiert.

Mehr als jeder Fünfte litt unter einem Dekubitus

Bei den 140 erfassten Neu- und Wiederaufnahmen im ZSP Salzwedel lag in 30 Fällen ein Dekubitus vor, das heißt 21,4 Prozent oder mehr als jeder

Dekubitusrisiko muss dokumentiert werden

Seit Einführung der Pflegeversicherung unterliegen die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in zunehmendem Maße der internen und externen Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung. Bis Ende 2010 wurden alle Einrichtungen vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) mindestens erstmalig geprüft. Seit 2011 finden diese Prüfungen jedes Jahr in allen Einrichtungen statt. Die Ergebnisse werden dann auch dem Verbraucher zugänglich sein. Es gibt verschiedene Prüfgrundlagen mit unterschiedlichem Rechtscharakter (2). Dazu zählen

- die Qualitätsprüfungsrichtlinien (verbindliche Richtlinien für MDK – Medizinischer Dienst der Krankenkassen – und Landesverbände der Pflegekassen),
- die MDK-Anleitungen (Interne Arbeitshilfe, erarbeitet von MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen – und MDK) und
- die Transparenzvereinbarungen (vertragliche Vereinbarung auf Bundesebene).

Teil dieser Prüfungen sind unter anderem Erhebungsbögen, die das Pflegedokumentationssystem der stationären Einrichtung beurteilen, das heißt ermitteln, ob ein einheitliches Pflegedokumentationssystem und darin auch eine Dokumentation des Dekubitusrisikos beziehungsweise eine Dekubitusrisikoskala für den einzelnen Patienten vorliegt (3). In der MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der stationären Pflege vom 27. August 2009 wird eine Erläuterung zu dieser Prüffrage gegeben. So gibt es verschiedene Verfahren, um das Dekubitusrisiko mithilfe einer Skala einzuschätzen (z. B. Braden-Skala, Norton-Skala). Ist das Risiko erkannt, kann mit geeigneten individuellen Methoden der Prophylaxe einer Dekubituserkrankung vorgebeugt werden. Die Skalen erleichtern auch die fortlaufende Dokumentation. Die Anwendung der Skalen wird bei Aufnahme in die Einrichtung für alle Patienten empfohlen, für die eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann. Die Überprüfung von Risikopatienten muss in regelmäßigen Abständen und bei Veränderung der Mobilität anhand standardisierter Verfahren dokumentiert werden.

Liegt ein nennenswertes Dekubitusrisiko vor, sind individuell angepasste Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe erforderlich. In den Prüfberichten werden die im Einzelfall eingeleiteten Maßnahmen in der Pflegeplanung auf ihre Angemessenheit überprüft. Im Falle von begründeten Anhaltspunkten, zum Beispiel bei Beschwerden und Hinweisen, werden auch anlassbezogen chronische Wunden wie Dekubitus untersucht und geprüft.

Aufnahmen mit Dekubitus nach Art der einweisenden Einrichtung

Abb. 2

Art der einweisenden Einrichtung		Dekubitus festgestellt			Gesamt
		Ja	Nein	Keine Angabe	
Pflegeheim	Anzahl %	2 16,7 %	9 75,0 %	1 8,3 %	12 100,0 %
Allgemeines Krankenhaus	Anzahl %	24 30,8 %	53 67,9 %	1 1,3 %	78 100,0 %
Psychiatrisches Krankenhaus	Anzahl %	2 4,3%	41 89,1%	3 6,5 %	46 100,0 %
Krankenhaus mit allgem. und psychiatrischer Abteilung	Anzahl %	1 33,3 %	2 66,7 %	0 0 %	3 100,0 %
zu Hause	Anzahl %	1 100,0 %	0 0 %	0 0 %	1 100,0 %
Gesamt	Anzahl %	30 21,4 %	105 75,0 %	5 3,6 %	140 100,0 %

Chi² = 18,335, df = 8, sign. = .019**Dekubitus bei Aufnahme (je Untersuchungszeitraum)**

Abb. 3

Untersuchungszeitraum		Dekubitus festgestellt			Gesamt
		Ja	Nein	Keine Angabe	
7.1. bis 30.12.2002	Anzahl %	7 17,1 %	34 82,9 %	0 0 %	41 100,0 %
9.1. bis 24.12.2003	Anzahl %	2 6,5 %	29 93,5 %	0 0 %	31 100,0 %
15.3.2004	Anzahl %	0 0 %	1 100,0 %	0 0 %	1 100,0 %
25.2. bis 1.9.2005	Anzahl %	4 26,7 %	11 73,3 %	0 0 %	15 100,0 %
1.8. bis 23.11.2007	Anzahl %	2 100,0 %	0 0 %	0 0 %	2 100,0 %
12.1. bis 23.9.2008	Anzahl %	10 32,3 %	19 61,3 %	2 6,5 %	31 100,0 %
23.3. bis 23.12.2009	Anzahl %	5 26,3 %	11 57,9 %	3 15,8 %	19 100,0 %
Gesamt	Anzahl %	30 21,4 %	105 75,0 %	5 3,6 %	140 100,0 %

Chi² = 28,433, df = 12, sign. = .005

Fünfte litt unter einem Dekubitus. Dabei unterschieden sich die Werte je nach einweisender Einrichtung erheblich. Während die Anzahl der an Dekubituserkrankten aus psychiatrischen Krankenhäusern sehr gering war (4,3 Prozent) und ausschließlich den Schweregrad 1 betraf, lag der Anteil der Bewohner mit Dekubituserkrankung, die aus Pflegeheimen aufgenommen wurden, bei 16,7 Prozent (jeweils zwei Fälle, Schweregrad 1 und Schweregrad 2). Bei Patienten aus einem allgemeinen Krankenhaus konn-

te bei fast einem Drittel (30,8 Prozent) eine Dekubituserkrankung nachgewiesen werden. Hier kamen Schweregrade von 1 bis 3 vor (Abb. 2).

Ein ähnliches Ergebnis wurde in einer Untersuchung der Charité Berlin aus dem Jahre 2009 gefunden (4). Bei einer Befragung in 76 Pflegeheimen und 15 Krankenhäusern kam das Team um Lahmann zu dem Ergebnis, dass in den Pflegeheimen zehn Prozent der Bewohner und in Krankenhäusern 27 Prozent der Patienten an Druckgeschwüren

litten. Die Autoren stellten einen Rückgang der Häufigkeit von Druckgeschwüren in den letzten Jahren fest und vermuten, dass allein die Tatsache einer wissenschaftlichen Untersuchung in einer Einrichtung zu einer Verbesserung der Pflegequalität führt.

Kein Rückgang der Dekubitushäufigkeit in den letzten Jahren

Ein Rückgang der Häufigkeit von Druckgeschwüren konnte in der Salzwedeler Studie nicht bestätigt werden. Hier haben in

den letzten Jahren die Zahl und der prozentuale Anteil – von Aufnahmen mit Druckgeschwüren – nicht abgenommen (Abb. 3). Aufgrund der geringen Fallzahlen ist eine Interpretation dieses Ergebnisses eher schwierig.

Dekubitalgeschwüre werden bei Krankenhausentlassungen oft nicht mitgeteilt

Bemerkenswerte Defizite zeigten die pflegerischen Verlegungsberichte von Krankenhäusern. Trotz Dekubitusentstehung im Krankenhaus wurden – bei Entlassung – Druckgeschwüre oft nicht angegeben. In keiner Aufnahme aus psychiatrischen Kliniken war in den Überleitungsbögen ein Dekubitus dokumentiert, bei den allgemeinen Krankenhäusern fehlte diese Angabe in einem Drittel der Fälle (Abb. 4). Tendenziell lässt sich sagen, je höher der Schweregrad des Dekubitus, desto eher wurde er auch mitgeteilt.

Häufiges Vorkommen von Hämatomen

Die Salzwedeler Studie berücksichtigte auch festgestellte Hämatome. Während aus Pflegeheimen gar keine Hämatome verzeichnet wurden, hatten 10,3 Prozent der Aufnahmen aus psychiatrischen Krankenhäusern und 22,2 Prozent aus allgemeinen Krankenhäusern ein Hämatom. Diese bestanden teilweise auch an Stellen, die sich durch Blutabnahmen, operative Eingriffe, Heparin-Injektionen oder Ähnliches nicht erklären ließen. Daher ist das Auftreten von Hämatomen in Krankenhäusern eher erstaunlich und bedarf weiterer Untersuchung.

Druckgeschwüre entstehen vor allem in allgemeinen Krankenhäusern

Für den in der Salzwedeler Dekubitusstudie untersuchten Personenkreis lässt sich feststel-

len, dass Druckgeschwüre vorwiegend in allgemeinen Krankenhäusern entstehen, seltener dagegen in Pflegeheimen. In psychiatrischen Krankenhäusern entstanden sie noch seltener, vermutlich weil dort die Einweisungen aufgrund akuter psychischer Krisen geschehen und die meisten Patienten daher nicht bettlägerig sind, sondern gehen können.

Doch die Studie zeigt, dass bei Aufnahme von Bewohnern ins ZSP der Dekubitus ein viel zu häufig zu beobachtendes Krankheitsbild ist. Insbesondere in allgemeinen Krankenhäusern wird der Dekubitusprophylaxe und -behandlung, so die Vermutung, zu wenig Bedeutung beigemessen. Geht man davon aus, dass ein Druckgeschwür bei adäquater Risikoeinschätzung in den meisten Fällen vermeidbar ist, so erscheint eine verstärkte Qualitätskontrolle und Dekubi-

Anzeige
im Heft

Anzahl der Aufnahmen, wo in Überleitungsbögen ein Hinweis auf entstandenen Dekubitus fehlte

Abb. 4

Bei wie vielen Aufnahmen war – im Verlegungsbericht – ein Dekubitus nicht mitgeteilt worden?

Art der einweisenden Einrichtung			Dekubitusangabe fehlte	Aufnahmen mit dabei festgestelltem Dekubitus
Pflegeheim	Schweregrad	Grad I	–	1
		Grad II	–	1
	Gesamt	–	2	
Allgemeines Krankenhaus	Schweregrad	Grad I	4	12
		Grad II	3	9
		Grad III	0	2
		Grad unklar	1	1
	Gesamt	8	24	
Psychiatrisches Krankenhaus	Schweregrad	Grad I	2	2
	Gesamt		2	2
Krankenhaus mit allgem. und psychiatrischer Abteilung	Schweregrad	Grad I	1	1
	Gesamt		1	1

Wird aufgrund der geringen Fallzahlen statistisch nicht signifikant

tusschulung im pflegerischen Bereich der Allgemeinkrankenhäuser nötig und wünschenswert.

Hierfür sollte auch die pflegerische Dekubitusdokumentation in den Krankenhäusern verbes-

sert werden. Über 20 Prozent der untersuchten Krankenhausentlassungen litten an Druckgeschwüren. Doch in mindestens einem Drittel der Verlegungsberichte wurden die Dekubitalgeschwüre von den Krankenhäusern nicht angegeben.

Danksagungen:

Ich danke Frau Angela Müller, Frau Ina Nowack, Herrn Dr. Ralf Oberste-Ufer und weiteren Mitarbeitern des ZSP Salzwedel für deren ständige und erfolgreiche Dekubitus-Prophylaxe, das engagierte Qualitätsmanagement und die Mitarbeit an dieser Studie.

Literatur:

(1) Anders, J.; Heinemann, A.; Leffmann, C.; Leutenegger, M.; Pröfener, F.; Renteln-Kruse, W. von: Dekubitalgeschwüre – Pathophysiologie und Primärprävention, in: Deutsches Ärzteblatt Int 2010; 107 (21): 371-82 oder www.aerzteblatt.de/v4/archiv/sslcm.asp?id=75308

(2) GKV Spitzenverband, MDS Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.: Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege, Qualitätsprüfungs-Richtlinien, MDK-Anleitung, Transparenzvereinbarung, Köln 2009

(3) Qualitätsprüfungs-Richtlinien, Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) vom 11. Juni 2009 in der Fassung vom 30. Juni 2009

(4) Mehr Druckgeschwüre in Krankenhäusern als in Heimen, Pflegewissenschaftler der Charité legen Studie vor, In: Wirtschaftsmagazin für den Nervenarzt 11-12/2009, S. 4 und unter: <http://idw-online.de/pages/de/news338237>; und ausführlicher in: Lahmann, Nils; Kottner, Jan; Heinze, Cornelia; Schmitz, Gabriela; Tannen, Antje: Bundesweite Erhebung zu Pflegeproblemen 2009. Charité Universitätsmedizin Berlin; Institut für Medizin-, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Nicolas Nowack
Zentrum für Soziale Psychiatrie Salzwedel
Hoyersburger Straße 60, 29410 Salzwedel
E-Mail: info@zsp-salzwedel.de
www.gemeinde-psychiatrie.de

Die pflegerischen Sorgfaltspflichten im Berufsalltag

Seminar am 14.02.2011 in Kassel

Pflegerecht richtig kennen

Referent: Peter Jacobs,
Pflegedirektor am Klinikum der LMU München

Rechtsunsicherheiten, wie sie immer wieder im Alltag der Pflegenden in Krankenhäusern, Altenpflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten auftreten, sind Gegenstand dieses Tagesseminars. Dabei wird den Teilnehmern ausreichend Gelegenheit zu Fragen und zur Diskussion gegeben sowie die Rechtsprechung ausführlich dargestellt.

Dauer: 08.30 Uhr bis 15.30 Uhr

Preis: 75,- Euro (zzgl. MwSt.)

(Die Verpflegung und Tagungsunterlagen sind im Preis enthalten)

Die Teilnehmerzahl ist auf 50 Personen begrenzt.

Anmeldung (bitte schriftlich)

Redaktion Die Schwester Der Pfleger, Silvia Scherf, Tel.: (0 56 61) 73 44 83, Fax: (0 56 61) 75 15 83, E-Mail: silvia.scherf@bibliomed.de

Tagungsort

Anthroposophisches Zentrum Kassel e.V., Wilhelmshöher Allee 261, 34131 Kassel, www.az-kassel.de. Das Anthroposophische Zentrum liegt in unmittelbarer Nähe des ICE-Bahnhofs Wilhelmshöhe.