

Ergebnis der Umfrage

Wie hilfreich ist der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe wirklich?

Hintergrund:

Seit Mai 2000 sind alle bundesdeutschen Pflegedienste gehalten, Mittel und Wege zu finden, die im Expertenstandard Dekubitusprophylaxe formulierten Forderungen in der Praxis zu erfüllen. Mit großem Engagement wurde dieser Standard in der Fachpresse vorgestellt, und bislang verging kein Monat, in dem nicht mindestens eine Zeitschrift neue Tipps und Hinweise zur Umsetzung dieses Standards an die Pflegenden herantrug. Kein anderes Pflegeproblem fand in dieser Zeit annähernd soviel Aufmerksamkeit wie der Dekubitus. Auch in den Fortbildungsangeboten und bei den Fachvorträgen auf Kongressen rangiert dieses Thema ganz oben. Fast könnte man den Eindruck gewinnen, als würde die Pflegequalität hauptsächlich daran gemessen, ob ein Druckgeschwür vorliegt oder nicht. Nichts wird seither gleichermaßen wichtig genommen sollte man meinen, angesichts der Fachveröffentlichungen, die es dazu gibt. Doch trotz des beispiellosen Engagements, mit dem die Einführung des Expertenstandard Dekubitusprophylaxe bislang vorangetrieben wurde, konnte die Zahl der angeblich mehr als 1,2 Mio. Dekubitusfälle in Deutschland in diesem Zeitraum kaum erkennbar gesenkt werden. Rechnet man die jüngsten regionalen Studien auf die BRD um, erleiden durchschnittlich 12% der Krankenhauspatienten einen Dekubitus, in Pflegeheimen schwanken die Zahlen vermutlich stärker, liegen im Schnitt jedoch ähnlich hoch wie in den Krankenhäusern, in der häuslichen Pflege geht man von 7-8% aus. Angesichts dieses Ergebnisses und weil bislang jede kritische Auseinandersetzung mit diesem Expertenstandard fehlt, sollte es erlaubt sein, die Nützlichkeit dieses Standards für die Praxis zu hinterfragen.

Auslöser zu dieser relativ spontan initiierten Umfrage war der Anruf einer engagierten Heimleiterin. Der MDK habe bei einer Qualitätsprüfung gefordert, den Expertenstandard einzuführen, denn der benutzte Dekubitusprophylaxestandard sei veraltet und nicht mehr akzeptierbar. Ihr Argument, dass die Mitarbeiter damit bislang gut zurecht gekommen seien und derzeit ja auch kein Dekubitusfall vorliege, änderte nichts an der Haltung der Prüfer vom MDK. Auch vorher hat es ungezählte Anrufe gegeben, von Pflegekräften, HeimleiterInnen bis hin zu Qualitätsbeauftragten größerer Organisationen, die Rat suchten oder einfach nur ihren Unmut ausdrückten, angesichts der im Expertenstandard erhobenen Forderung und der erlebten Umsetzungsschwierigkeiten. Die Vorsitzende des bundesweiten, unabhängigen Vereins ALzheimer-ETHik, Renate Demski, der ich davon erzählte, erklärte mir daraufhin ihre Verärgerung über diesen Expertenstandard aus der Sicht pflegender Angehöriger. Frau Demski war selbst jahrelang pflegende Angehörige und ist außerdem Ansprechpartnerin einer Alzheimer-Angehörigen-Selbsthilfegruppe, sowie Sprecherin für 10 weitere Gruppen pflegender Angehöriger in Hamm. In dieser Eigenschaft hatte sie den Expertenstandard 2001 erworben, um dann feststellen zu müssen, dass dieses ihr von den Kassen empfohlene Werk, anstatt brauchbarer Informationen über wichtige Maßnahmen zur Dekubitusvermeidung zu liefern, pflegenden Angehörigen jegliche Fähigkeit abspricht, diese Aufgabe eigenständig erfüllen zu können. Nimmt man den Expertenstandard wörtlich, dürfen Angehörige nur noch nach Weisung und Beratung durch speziell geschulte Pflegekräfte Maßnahmen zur Vermeidung von Druckgeschwüren vornehmen. Bedenkt man, dass 70% aller Pflegebedürftigen zu Hause von Angehörigen gepflegt werden und dass die Dekubitusrate bei diesen deutlich geringer ist als bei denen, die von Fachkräften in Heimen und Krankenhäusern gepflegt werden, sollten sich die Pflegeexperten vielleicht eher bei den Angehörigen Rat holen als umgekehrt.

Meine Erfahrung als Pflegeexpertin auf der einen und die von Frau Demski auf anderen Seite mündeten schließlich im Entschluss zu dieser Umfrage. Von vorneherein war uns klar, dass wir hier nur auf „kleiner Flamme würden kochen“ können, da wir die Geldmittel für eine weitreichende, professionell durchgeführte Umfrage, die wissenschaftlichen Ansprüchen genügen würde, nicht hatten bzw. uns andere Themen wichtiger sind, in die wir derzeit investieren. Kurzum, das Ganze durfte nichts kosten. Der Chefredakteur der Zeitschrift Altenpflege, Dr. Jenrich, fand diese Idee gut, zumal auch er Kenntnis von kritischen Stimmen hatte, die jedoch in den Veröffentlichungen bislang nicht zur Sprache kamen. So war er gerne bereit, im Januarheft 2004 einen kostenlosen Hinweis auf die Umfrage zu machen. Der Pflegerechtersperte und Fachbuchautor, Werner Schell, sah ebenfalls die Notwendigkeit einer kritischen Beleuchtung dieses Expertenstandards, da auch er in seinem Internetberatungsdienst und bei Schulungen von Pflegekräften immer wieder mit juristisch schwierigen Fragen der Umsetzungsproblematik konfrontiert wurde. So stellte auch er einen Hinweis auf diese Umfrage auf seine vielbeachtete Homepage. Andere folgten diesen Beispielen. Ihnen sagen wir an dieser Stelle: Herzlichen Dank!!!

Ziel der Umfrage

Vor diesem Hintergrund war die Umfrage gedacht, um vor allem jenen Stimmen unter den beruflich Pflegenden Gelegenheit zur Meinungsäußerung zu geben, die mit der Umsetzung des Expertenstandards diverse Schwierigkeiten haben, denn die kritischen Stimmen trauen sich bislang allenfalls hinter vorgehaltener Hand Stellung zu beziehen. Das durch die Medien und die meisten feder- und wortführenden Experten vorgetragene "Du musst!" "Du bist verpflichtet, die Forderungen dieses Standards zu erfüllen, wenn du dich nicht strafbar machen willst!", hat selbst viele, sonst recht Mutige, eingeschüchtert. Öffentlich gibt fast niemand zu, dass er damit ein Problem hat, denn das käme dem Eingeständnis "gefährlicher Pflege" gleich. Wer den Expertenstandard ablehnt, wird dahingehend diskriminiert, als ihm unterstellt wird, in der Pflege nicht die erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung von Druckgeschwüren ergreifen zu wollen. Dies geht inzwischen schon so weit, dass sich Heimbetreiber in ihrer Existenz bedroht fühlen, wenn sie dem MDK gegenüber zugeben, mit der Umsetzung große Schwierigkeiten zu haben. Andere machen sich weniger Gedanken, sind inzwischen vielleicht abgestumpft, weil sie aus eigener Erfahrung wissen, dass schon sehr viel mehr passieren muss, als gehäufte Dekubitusfälle, bis ein Heim geschlossen wird. Qualitätsstandards und Qualitätssicherungsunterlagen werden dort allenfalls ordentlich abgeheftet, damit man sie im Falle einer Prüfung vorzeigen kann. Auch das ist Realität und keine seltene. Für die Krankenhauspflege und ambulante Pflege gilt Ähnliches. Eine mir bekannte Krankenschwester (Nachtwache, 6 Nächte im Monat), die ich kürzlich traf und fragte, ob sie an der Umfrage teilnehmen würde, erfuhr bei dieser Gelegenheit zum ersten Mal, dass es einen solchen Standard gibt. Anderen, die ich darauf angesprochen habe, war dies sichtlich peinlich, weil sie nicht zugeben wollten, dass sie etwas nicht wissen, was sie scheinbar wissen sollten. Trotz des großen Informationsaufgebotes in den vergangenen 4 Jahren ist die Kunde von diesem Expertenstandard noch längst nicht bis in den letzten Winkel durchgesickert. Angesichts dieser, uns schon vor dem Rücklauf der Fragebögen bekannten Umstände, stand nicht zu erwarten, dass sich sogleich Tausende von unserem Vorhaben angesprochen fühlen würden. Wichtiger als eine Massenbewegung war und ist es uns, mit dieser Aktion den Kreislauf der stillschweigenden Hinnahme zu durchbrechen.

Gestaltung des Umfragebogens

Der Fragebogen wurde bewusst im Stil einer Meinungsumfrage gestaltet und nicht an wissenschaftlichen Kriterien orientiert. Er erhebt nicht den Anspruch auf Wissenschaftlichkeit! Dies sei betont, weil wir einige Rückmeldungen von in der Aus- Fort- und Weiterbildung tätigen Pflegefachkräften erhielten, die Anstoß an der unprofessionellen Aufmachung des Bogens nahmen, der wissenschaftlichen Anforderungen nicht entspricht. Andere monierten die suggestive Frageform, durch die Pflegekräfte angeregt würden, den Expertenstandard abzuwerten. Auch darüber haben wir uns im Vorfeld Gedanken gemacht. Dabei haben wir die bis dahin am häufigsten vernommenen Rückmeldungen von Pflegekräften aus der Praxis teilweise wörtlich in den Fragebogen aufgenommen. Auf diese Weise wollten wir feststellen, ob dies nur eine Einzelmeinung war oder eine Meinung, der sich andere anschließen können. Darüber hinaus bietet der Bogen jedoch auch die Möglichkeit den Expertenstandard in allen Punkten rundherum zu befürworten.

Organisatorisches

Von der Idee bis zum Startzeitpunkt der Umfrage lagen knapp 3 Wochen, einschließlich Weihnachtszeit und Jahreswechsel. Denn bis Erscheinen der Januarausgabe der Zeitschrift Altenpflege, mit dem Hinweis auf die Umfrage, musste der Fragebogen und einige andere formale Dinge neben der übrigen Arbeit entwickelt sein. Aus Zeitgründen haben wir es leider nicht geschafft, den Fragebogen so aufzuarbeiten, dass er auf der Internetseite direkt ausgefüllt werden konnte, wodurch sicherlich eine wesentlich höhere Beteiligungsrate zu erzielen gewesen wäre. So musste der Bogen zunächst einmal ausgedruckt oder kopiert werden und dann per Post, Fax oder Mail an die angegebene Adresse weitergeleitet werden. Etlichen Interessenten wurde auf Anfrage ein Bogen zugeschickt. Insgesamt werten wir, auch im nachhinein betrachtet, den umständlichen Zugriff auf den Bogen und die bürokratische Hürde der Zustellung als großes Manko, welches sicher viele Pflegekräfte, die ohnehin durch die Bürokratie genervt sind, abgehalten hat.

Auswertung der Fragebögen

Die Auswertung der anonymisierten Fragebögen übernahm ALzheimer-ETHik e.V. in Zusammenarbeit mit einer Schule in Hamm, die hiermit zugleich ein praxisbezogenes Projekt im Mathematikunterricht anbieten konnte. Am 4. 3. 2004 fand die Ergebnispräsentation an der Schule statt.

Beteiligung an der Umfrage

Insgesamt gingen bislang 137 ausgefüllte Bögen aus dem gesamten Bundesgebiet ein, davon konnten bei der am 2. und 3. von der Schule durchgeführten Auswertung 111 Bögen berücksichtigt werden. (Leider waren einige

Fax-Übertragungen nicht vollständig oder kaum lesbar. Die nach dem 2. März eingegangenen Bögen wollen wir bei einer getrennten Bewertung von Antworten aus der stationären und ambulanten Pflege berücksichtigen, die für einen späteren Zeitpunkt geplant ist.)

Darüber hinaus gab es zahlreiche Telefonate und Rückmeldungen per Mail. So rief z.B. gleich zu Anfang eine Pflegedienstleiterin an, die erklärte, nicht teilnehmen zu können, weil die Trägerorganisation, zu der ihre Einrichtung zählt, erst in Kürze über die Einführung dieses Standards beraten wolle. Zwei weitere Rückmeldungen beinhalteten die Frage (darunter eine Qualitätsbeauftragte für mehrere Einrichtungen), ob sie unseren Bogen zu einer internen Befragung in ihren Häusern einsetzen dürfe. Vor allem für die Stationsmitarbeiter schien dieser gut geeignet, auch um die grundsätzliche Haltung festzustellen, die bei einer anonymen Befragung solcher Art leichter zum Ausdruck gebracht wird. So richtig aktiv wurden die meisten erst gegen Ende Februar. Scheinbar brauchte es einen Monat, bis sich diese Aktion genügend herumgesprochen hatte. Doch wegen des Projekttag-Termins der Schule mussten wir am 27.2. als Einsendeschlussdatum festhalten.

Volle Anonymität bleibt gewahrt, so folgen nur allgemeine Angaben, die in der Aufstellung der Ergebnisse keinen Eingang finden können. Einige Absender gaben ihre volle Anschrift an. Poststempel (der Einrichtung), Mail- und Fax-Adressen teilten den Absender indirekt mit. Erkennbar wurde dadurch, wie viele Mitarbeiter einer Einrichtung sich beteiligten (16, 11, 8, 7, 6 und 2). Das Bild der Einrichtungsträger ist sehr bunt: privat, städtisch und Wohlfahrtsverbände als Träger – quer durch das Bundesgebiet.

Auch wenn die Umfrage aufgrund der Beteiligungszahl nicht repräsentativ sein mag, den Anspruch einer Stichprobe, die alle Bereiche und unterschiedliche Leistungsanbieter umfasst, erfüllt sie allemal. Im Ergebnis zeichnen sich deutliche Tendenzen und Schwierigkeiten ab, wie auch das Bemühen der Beteiligten, die Vorgaben des Standards zu erfüllen.

Ergebnis der Umfrage - Darstellung in % + Ergänzungen und Kommentare

Frage 1: Wie zuverlässig wird dieser Standard in der Praxis gehandhabt?

- 50 % Alle PflegemitarbeiterInnen wissen, was wann zu tun ist, und halten sich daran.
- 35 % Nur wenige PflegemitarbeiterInnen wissen, was zu tun ist, und halten sich daran.
- 10 % Kaum ein/e PflegemitarbeiterIn weiß was genau, wann zu tun ist, jeder macht etwas anderes.
- 5 % ohne Angabe

Ergänzungen auf den Bögen (soweit lesbar)

- (Lehrer Altenpflegeschule:) „In der Schule: alle lernen den Expertenstandard kennen. Bei Praxisbesuchen: Nur wenige wissen, was zu tun ist.“
- angekreuzt wurde: „Alle PflegemitarbeiterInnen wissen, was wann zu tun ist, und halten sich daran.“
Vereinzelt wurde das "und alle halten sich daran", durchgestrichen oder es wurde ergänzt: „Standard wurde offiziell noch nicht vorgestellt.“ „Expertenstandard wurde im Team noch nicht besprochen!“
- Betrachtet man die weiteren Antworten, entsteht mitunter der Eindruck, dass nicht erkannt wurde, dass der Expertenstandard gemeint war. Diese Beantwortenden hatten vermutlich die hausinternen Regelungen bei Dekubitus in ihrer Vorstellung.

Kommentar:

Immerhin die Hälfte der Antwortenden geben an, in ihrem Arbeitsbereich wüssten alle Mitarbeiter, was wann zu tun ist und hielten sich daran.

Diese Angaben relativieren sich in vielen Fällen jedoch dadurch, dass gleichzeitig angekreuzt wird, was zu dieser positiven Einschätzung im Widerspruch steht:

- Zugleich wurde z.B. angekreuzt: "Nur einzelne Mitarbeiter führen eine Risikoeinschätzung durch oder "Reagiert wird erst, wenn bereits Druckzeichen vorhanden." oder " Über das Experimentierstadium sind wir bei uns noch nicht hinausgekommen." oder "Mit diesem Punkt haben wir uns noch nicht befasst."
- Zu „Mikrobewegungen“ (siehe Frage 5) wurde gleichzeitig mitgeteilt: „noch nie gehört“ oder gar nichts eingetragen oder eine nicht zu Mikrobewegungen gehörende Methode angeführt.

Um genauer herauszufinden, wie der Kenntnisstand der Mitarbeiter tatsächlich ist, müsste man diesen Punkt aufliedern, d.h. inhaltlich auflisten, was konkret gewusst wird/werden sollte.

Frage 2: Nach welcher Systematik wird die Risikoeinschätzung vorgenommen?

benutzte (vorhandene) Einschätzungsskala:

81,6 % Braden Skala, 17,5 % Norton Skala, 0 % Waterlow Skala, 0,8 % keine Skala

Einschätzungshäufigkeit:

5,3% einmalig, 16,8% wöchentlich, 24,2 % monatlich, 45,3% bei Bedarf, 5,5% keine Regelung

Weitere Angaben zur Einschätzung:

- 55,5 % Nur einzelne PflegemitarbeiterInnen führen eine Risikoeinschätzung durch.
- 2,5 % Anfangs wurde das regelmäßig gehandhabt, inzwischen nicht mehr.
- 9,9 % Reagiert wird erst, wenn bereits Druckzeichen erkennbar sind.
- 30,9 % Bei uns wird kein Einschätzungsbogen benutzt (da diese hohe Zahl konträr zu den oben gemachten Angaben steht - „0,8 keine Skala“, ist anzunehmen, dass von denen die diesen Punkt ankreuzten der „Einschätzungsbogen“ nicht mit der „Skala“ identisch gesehen wurde.)
- 1,2 % Ich/wir stehen auf dem Standpunkt, dass jede Pflegefachkraft auch ohne dieses Instrument erkennen sollte, wenn eine Gefährdung vorliegt. Dafür ist man ja schließlich Fachkraft.

Ergänzungen:

- (Lehrer Altenpflegeschule:) In der Schule lehren wir: Resident Assessment Instrument mit Risikoerkennung, ergänzend bei vorhandenen Alarmzeichen Einsatz von Braden oder Norton Skala. Bei Praxisbesuchen in verschiedenen Einrichtungen sehe ich selten die Norton Skala ohne Regelung der Einschätzungshäufigkeit, oft wird keine Skala benutzt, reagiert wird häufig erst bei ersten Druckzeichen.“
- „Auch Hilfskräfte führen Krankenbeobachtung durch und leiten es dann weiter.“

Kommentar:

Zunächst wird deutlich, dass die Mehrzahl der Pflegenden den im Expertenstandard gemachten Empfehlungen folgte und die Braden Skala einsetzt. Vorher galt die erweiterte Nortonskala als das Mittel der Wahl. Interessanter jedoch als dieses Ergebnis sind die Angaben zur Einschätzungshäufigkeit, die vor allem deutlich machen, dass die Einschätzung letztlich jeder Pflegekraft überlassen bleibt. Wenn eine Pflegefachkraft jedoch erst dann eine Einschätzung mit Hilfe eines Bogens vornimmt, nachdem sie den "Bedarfsfall", mithin ein Dekubitusrisiko bei einem Pflegebedürftigen bereits erkannt hat, dann liefert der Bogen höchstens noch die schriftliche Bestätigung ihrer Einschätzung. Die eigentliche Einschätzung obliegt mit oder ohne Bogen der rechtzeitigen Reaktion der zuständigen Pflegeperson auf eine sich verändernde Situation. Ansonsten müsste man strenggenommen täglich einschätzen, denn täglich, mitunter von einer Stunde auf die nächste, kann eine Situationsänderung entstehen, die mit einem Dekubitusrisiko verbunden ist. Mit einer Regelung, die eine wöchentliche oder monatliche Einschätzung bei jedem Pflegebedürftigen vorsieht, wird man in vielen Fällen zu spät kommen, würde die Pflegekraft nicht auch ohne Erhebungsbogen rechtzeitig auf die Gefahr reagiert haben. Auch die übrigen Angaben zu diesem Punkt stellen die Risikoeinschätzungsbögen als beliebiges, notgedrungenes (weil im Expertenstandard vorgeschriebenes) Hilfsmittel heraus. Aus der Sicht pflegender Angehöriger wäre der Einsatz aller, auch der Hilfskräfte, bei der Krankenbeobachtung (siehe letzte Ergänzung) nur zu unterstützen. Sofern dem Angehörigen zu Hause die Gefahrenpunkte bekannt sind, kann auch er, ohne Skala, selbstständig Dekubitusgefährdung wahrnehmen und vorbeugen. Dass Angehörige dazu in der Lage waren und sind, beweisen die verhältnismäßig geringen Dekubitusfälle in der häuslichen Pflege.

Frage 3: Wie zuverlässig werden Prophylaxemaßnahmen geplant und durchgeführt?

- 27,9 % Plan und Durchführung werden regelmäßig von der PDL/Qualitätsbeauftragtem kontrolliert - hier im Haus ist man sehr dahinter, dass das läuft.
- 20 % Planung der Maßnahmen bleibt den Pflegekräften auf Station überlassen.
- 24,2 % Wenn ein Risikowert ermittelt wurde, wird in jedem Falle ein Plan erstellt.
- 9,3 % Nur bei hohem Risiko wird ein individueller Lagerungs- / Bewegungsplan erstellt.
- 1,9% Nur bei bereits bestehendem Dekubitus wird ein Plan erstellt.
- 0 % Nicht einmal bei bereits bestehendem Dekubitus werden Pläne erstellt.
- 6 % Pläne werden zwar erstellt, aber nicht konsequent beachtet.
- 1,4 % Jeder handhabt das, wie er es für richtig hält - keiner kümmert sich darum.
- 9,3 % Man würde ja gerne alles optimal machen, aber es fehlt die Zeit.

Ergänzung:

(Lehrer Altenpflegeschule:) „Häufig sehen wir bei Praxisbesuchen, dass die Verantwortung für Planung und Kontrolle bei einer leitenden Pflegekraft liegt. Von Bewegungsplänen ist sehr selten die Rede, d.h. die Lagerungspläne enthalten oft wenn vorhanden nicht die Maßnahmen zur Mobilisierung o.ä. Bei vorhandenem Dekubitus war in der Regel ein Plan geschrieben, wurde auch beachtet.“

Kommentar:

In etwa 1/3 der Einrichtungen sind die Führungskräfte bemüht den Forderungen des Standards zu entsprechen. Bei einem etwa gleich großen Prozentsatz bleibt es den Pflegekräften auf den Stationen / in den WB überlassen, ob, wann und wie sie einen Plan erstellen. Neben diesen eher allgemein gehaltenen Angaben zur Planung wäre es interessant, die verschiedenen in der Praxis existierenden Pläne einer vergleichenden Bewertung zu unterziehen.

Vor allem im Bezug auf die Lagerungsintervalle wäre das Ergebnis zu erwarten, dass diese so unterschiedlich gehandhabt werden, wie die Meinungen der Pflegekräfte auseinandergehen. Nach bisherigen Erfahrungswerten variiert dieses von 2-6 stündlich. Einzelne gehen weiterhin auf Nummer sicher, und streben eine Umlagerung nach maximal 2 Stunden an, während die Mehrzahl, vor allem in der stationären Altenpflege, das Lagerungsintervall bei Bettlägerigen auf 4 stündlich erhöht zu haben scheint. Da der Expertenstandard keine konkreten Empfehlungen enthält, lediglich die bis dahin geltende Zwei-Stunden-Lagerungsregel abgeschafft wurde, dürften Lagewechsel schon aus Zeitgründen eher zu selten als zu häufig vorgenommen werden.

Frage 4: Welche Hilfsmittel zur Weich-/Umlagerung werden bei Ihnen verwendet/ sind bevorratet?

- 42,63% Schaumstoffmatratzen
20,15% Schaumstoffauflagen
56,7 % spezielle Lagerungskissen (neben der Warenbezeichnung benutzter Spezialkissen, wurden hier häufig auch Luftstrom- bzw. Wecheldruckmatratze aufgeführt)
31,0 % normale Kopfkissen
Sind die Hilfsmittel in ausreichendem Maße vorhanden?
40,4% Ja 54,8 % meistens 4,8 % selten

Ergänzung:

(Lehrer Altenpflegeschule:) „Lagerungsmittel sind in den Praxiseinrichtungen umfassend vorhanden (häufig Wecheldruckmatratzen, teilweise erscheinen hier die Bewohner eher übertversorgt.“

Kommentar:

Die im Expertenstandard hervorgehobene Nützlichkeit von Schaumstoff gegenüber anderen Weichlagerungsmitteln schlägt sich in der Praxis offenbar nieder. Wobei man in einem weiteren Schritt untersuchen müsste, wie hart oder weich, dick oder dünn das verwendete Schaumstoffmaterial ist. Denn die Angebotspalette ist recht groß und die Unterschiede im Auflagedruck ebenfalls. Aber auch die Wecheldruckmatratze wird weiterhin noch regelmäßig eingesetzt.

Frage 5: Nach welcher Methode werden die sog. Mikrobewegungen durchgeführt?

- 20,8 % keine Angabe, darunter 12,5 % derer die in Frage 1 die 1. Antwortmöglichkeit bejaht hatten.
29,2 % Es gibt (gute) praktische Erfahrungen mit folgender Methode:
Kinästhetik (häufigste Angabe, wenngleich fragwürdige Methode für diesen Zweck! Effektivität ist nicht erforscht. Man erinnere sich, wie vor einigen Jahren noch die Eis und Fön Methode sinnvoll erschien und mit großem Enthusiasmus propagiert wurde.)
Basale Stimulation (zweithäufigste Angabe: Basale Stimulation kann sicher nicht schaden, wäre zumindest gleichzeitig eine angenehme Form der Zuwendung. Um eine erforschte Methode unter dem Gesichtspunkt der Mikrobewegung handelt es sich nicht.)
Urgospray (Es handelt sich um einen Spray, nicht um eine Bewegung (eine Angabe))
Duodorsallagerung (eine Angabe, relativ unbekannt, für den Kranken eher etwas unbequem erscheinende Maßnahme, so unerforscht für diesen Zweck wie alles andere.)
des weiteren wurden als Methode teils mehrfach aufgeführt: *Lagerungsprotokoll, richtige Lagerung, Beobachtung, Bobathkurse, Eigenbewegung fördern, Reduzierung Psychopharmaka*
5,8 % Es wurde Verschiedenes ausprobiert, nichts davon erschien wirklich sinnvoll/ durchführbar.
15 % Über das Experimentierstadium sind wir bei uns noch nicht hinausgekommen.

- 0,8 % Die in der Schulung gemachten Vorschläge sind genauso fragwürdig wie es die Eis- und Fön-Methode war. Ich habe keine Lust, mich hier auf weitere Spielereien einzulassen.
- 7,5% Nicht einmal die Experten in der Schule können uns sagen, wie genau verfahren werden soll.
- 5,8 % Keine Ahnung, was man da in der Praxis machen soll.
- 5 % Den Begriff nie gehört.
- 10,2 % Mit diesem Punkt haben wir uns noch nicht befasst.

Ergänzungen zu den Mikrobewegungen:

- „sind nicht durchzuführen, bin im ambulanten Dienst“
- „sind (Methode wird nicht genannt) bei uns auf dem Lagerungsplan mit Zeitplanung festgehalten worden, wird dann mit Handzeichen des jeweiligen Mitarbeiters abgezeichnet / festgehalten.“
- „Wir sind dabei, laufend weiter zu schulen. Kritikpunkt: Es gibt kaum empirische Forschungsergebnisse.“

Kommentar:

Die genannten Methoden sind fragwürdig, wie bereits zu den einzelnen Methoden ausgeführt wurde. Die letzte Ergänzung nennt knapp das zentrale Problem: 'Mikrobewegungen' ist nicht nur ein neuer Begriff, sondern eine im Expertenstandard empfohlene neue Pflegemaßnahme, von der im Grunde jedoch niemand weiß, wie sie konkret aussehen soll. Bisher existieren weder durch Erfahrung noch durch Studie gesicherte Erkenntnisse, welche Methode wie hilfreich ist. Die für den Expertenstandard verantwortlichen Experten empfehlen damit lediglich eine Idee, vergleichbar mit der Eis- und Fönmethode, durch die man bis vor nicht allzu langer Zeit dachte, die Blutzirkulation in dekubitusgefährdeten Regionen wirksam anzuregen, die sich inzwischen jedoch als unwirksam und eher gefährlich erwiesen hat. Wohl aus Sorge mit einer ähnlich konkreten Idee erneut zu scheitern, fordern PflegewissenschaftlerInnen ihre Kollegen an der Basis nun dazu auf, irgendetwas anderes zu versuchen, wodurch die Durchblutung immobiler Regionen angeregt werden kann. Wie lässt sich dieser Aufruf zum freien Praxisexperiment mit dem Anspruch auf "Wissenschaftlichkeit" vereinbaren, der als das eigentliche Motiv hinter dem Expertenstandard angegeben wird? Auf der gesamten Ebene experimentiert seither jeder nach Gutdünken: Hinsichtlich der Handhabung der Planung genauso wie bei den Lagerungszeiten, dem Einsatz von Lagerungsmaterialien bis hin zur Art und Durchführung von Bewegungen bzw. Mikrobewegungen.

Die Problematik im ambulanten Dienst – 70-80 % der Pflegebedürftigen leben zu Hause, werden zum Teil ambulant versorgt – wird durch die erste Ergänzung sehr deutlich. Wie kann ein ambulanter Pflegemitarbeiter Mikrobewegungen gewährleisten? Abgesehen davon, dass nicht belegt ist, welche Methode nun tatsächlich hilfreich ist. Angesichts der 2. Ergänzung, dass Lagerungspläne abgezeichnet werden, wird die gesamte Kritik an der Dokumentation wach ... Sie kann gefälscht werden, nachgetragen werden.

Frage 6: Ergebnis: Haben sich die Investitionen an Zeit, Arbeitskraft und Geld bezahlt gemacht?

- 20 % Ja, bei uns sind seit Einführung des Expertenstandards weniger Dekubitusfälle aufgetreten.
- 13 % Auf einzelnen Stationen/Wohnbereichen zeichnen sich Erfolge ab.
- 47 % Wir hatten vorher bereits verhältnismäßig selten einen Dekubitus - unverändert geblieben.
- 2 % Seither hat die Dekubitusrate auf Station/ im Heim eher noch zugenommen.
- 14 % Ich kann dazu nichts sagen, Vergleichsdaten fehlen/ sind mir nicht bekannt.
- 4 % ohne Angabe

Ergänzungen:

- (Lehrer Altenpflegeschule:) „Hierzu kann bei den stichprobenartigen Praxisbesuchen durch Pflegelehrer keine valide Aussage gemacht werden“
- (als Grund für die Zunahme der Dekubitusfälle seit Einführung des Expertenstandards:) „Ursache: Dekubitusfälle werden nicht mehr als „Versagen“ gewertet - Es folgt eine sichere Meldung nach Auftreten an die Leitung. Vermutung: Nicht die Anzahl hat sich erhöht, sondern die Transparenz!“ (Ein anderer Kommentar zur Zunahme der Dekubitusfälle:) „Derzeit weniger Zeit, weil deutlich weniger Arbeitskräfte!“
- (Bereits zuvor selten Dekubitusfälle:) „seitdem wir mit Olivenöl-Emulgator baden.“ (*Dies wäre eine eigene Nachfrage wert gewesen: Mit welchen Alternativ-Möglichkeiten haben Sie gute Erfahrungen?*)

Kommentar

Erstaunlich ist die positive Einschätzung der Dekubitusrate seit Einführung des Expertenstandards. Dieses Ergebnis widerspricht den von Krankenkassen registrierten Dekubitusfällen. Nach dieser Registrierung ist es

Tatsache, dass die Bemühungen zur Einführung des Expertenstandards nicht dazu beigetragen haben, die Dekubitusrate in Deutschland erkennbar zu senken.

Als Erklärungen für diese Differenz bieten sich an:

- Die subjektive Einschätzung von Beteiligten kann keine objektiven Ergebnisse liefern.
- Es beteiligten sich an der Umfrage Pflege-Mitarbeiter, für die Dekubitus seit längerem Thema ist – ohne dass sie dabei den Expertenstandard im Blick hatten (Begründung im Kommentar zu Frage 1).

Zahlreicher sind jedoch die Stimmen, die berichten, dass bereits vor Kenntnis und Umsetzung des Standards erfolgreich Dekubitusprophylaxe betrieben wurde, somit der Stand an Dekubitus-Erkrankten unverändert blieb.

Um weniger subjektive, genauere Angaben zu erhalten, müsste folgenden Fragen nachgegangen werden: Wie war das Verhältnis Pflegebedürftiger mit Dekubitus vor den Umsetzungsbemühungen des Expertenstandards im Vergleich zu heute? Was hat sich von damals bis heute geändert hinsichtlich der Prophylaxeregelung? Mit Hilfe eines systematischen internen Qualitätssicherungsverfahrens würden sich solche Fragen beantworten lassen. Derzeit kann man lediglich aus den von den Krankenkassen registrierten Dekubitusfällen auf das Ergebnis der Umsetzungsbemühungen schließen. Demnach ist es Tatsache, dass die Bemühungen zur Einführung des Expertenstands bislang nicht dazu beigetragen haben, die Dekubitusrate in Deutschland merklich zu senken. Wobei genaue Zahlen oder gar Vergleichsdaten bis heute fehlen.

Frage 7: Wie zufrieden sind Sie mit diesem Expertenstandard und seiner Umsetzung?

- 25,5 % Nach Anfangsschwierigkeiten haben wir einen Weg gefunden, mit dem es sich leben lässt.
- 4,0 % Bei der Umsetzung tauchte ein Hindernis nach dem nächsten auf.
- 1,1 % Zeitweise hatte es den Anschein, als würden alle mitziehen und wir das ganz gut hinkriegen, aber jetzt ist die Luft raus und guter Rat teuer.
- 6,9 % Die Mitarbeiter/Kollegen ziehen nicht richtig mit.
- 5,7 % Die Verunsicherung ist heute größer als vor dem Versuch, diesen Standard einzuführen.
- 2,9 % Vorher hatten wir ein klares Konzept, haben uns bemüht den zweistündigen Lagewechsel durchzuführen, heute lagert der eine gar nicht, der andere, wenn er gerade dran denkt.
- 18,3 % Vor allem hat sich der Schreibaufwand erhöht. Heim- oder Pflegedienstleitung würden am liebsten sehen, wenn wir jeden Handgriff aufschreiben.
- 9,1 % Ich war/bin ziemlich enttäuscht/erbst/verwundert über diesen Expertenstandard, da man sich alles für die Praxis Wichtige aus der Literatur zusammen suchen muss. So weit war man vorher auch schon.
- 5,1 % Auf Expertenstandards, die einen nur noch mehr in die Enge treiben, kann ich verzichten.
- 21,7 % Ich schlage vor, dass die Experten ein Praktikum in der Praxis absolvieren, bevor sie sich an den nächsten Expertenstandard setzen. Sollen sie uns doch erst einmal vormachen, wie man diesen Forderungen bei all dem anderen gerecht werden kann.

Ergänzungen:

- (Lehrer in Altenpflegeschule:) „Die vorgegebenen Antworten treffen nicht zu: Ich erlebe den Expertenstandard als sehr hilfreiches Instrument, im Pflegeunterricht die verschiedenen Qualitätsebenen an einem konkreten Pflegeproblem zu erarbeiten und mir Hilfe für die Pflegeplanung zu holen. Wir üben den Einsatz an Fallbeispielen aus der von den Schülern erlebten Praxis.“
- zwei Verweise auf die Notwendigkeit weiterer interner Schulung: "um den Expertenstandard gut / optimal einsetzen zu können.“
- "(Der Standard) war eine große Hilfe bei der Umsetzung der Prophylaxe im Haus“
- „Der Standard ist vor allem für die Pflegeleitungskräfte wichtig. Sie steuern damit das Prophylaxe- und Wundmanagementsystem im Haus. Für die meisten Mitarbeiter wäre der Standard zu intellektuell.“
- „Ein zu hoher Aufwand erforderlich, um E-Standard auf die Einrichtung anzupassen.“
- „Musste erst auf die Einrichtung angepasst werden mit sehr hohem Zeit- und Schreibaufwand.“ wie man den Forderungen bei all dem anderen gerecht werden kann: „vor allem das Schriftliche“
- „Den Expertenstandard in der Praxis als Standard zu übernehmen, war sehr aufwändig. Es wäre besser, wenn Expertenstandard auch als solcher für den Transfer in der Praxis vorbereitet würde.“

Kommentar (mit Hinweis auf die Querschnittanalyse)

Der überwiegende Teil der Antwortenden nimmt Schwierigkeiten bei der Umsetzung wahr und zwar massive Schwierigkeiten. Eine Querschnittsanalyse ergab bei den Pflegenden ohne Leitungsfunktion 74,5% kritische Voten, bei den Leitungskräften und oder solchen mit Zusatzqualifikation 25,5%. Das Ergebnis dieser (und anderer) Querschnittsfragen wollen wir hier nicht im einzelnen darstellen, weil dies sehr viel Platz benötigt.

Insgesamt bestätigt es die in den übrigen Kommentaren ausgeführte Einschätzung, die man mit den Worten zusammenfassen könnte: Die Mehrheit kennt den Expertenstandard und zeigt sich bemüht, diesem in der Praxis zu entsprechen. Jedoch da der Standard nicht vorgibt, was wie gemacht werden soll, differieren die Maßnahmen je nach Person bzw. Bereich, so dass die Ergebnisse mehr den hausinternen Regelungen zugesprochen werden müssen als dem Expertenstandard, der ja auch keine konkreten Prophylaxemaßnahmen vorschreibt und nur an ganz wenigen Stellen eine klare Empfehlung abgibt. „Es wäre besser, wenn der Expertenstandard auch als solcher für den Transfer in der Praxis vorbereitet würde.“, schrieb eine Teilnehmerin an den Rand ihres Bogens. Dem kann man nur beipflichten, wenn man die Zeit, die Verunsicherung und die Verschiedenheit der Methoden und Maßnahmen sieht, die alleine dadurch ausgelöst wurden, dass der Standard wichtige inhaltliche Fragen unbeantwortet lässt.

Dort, wo der Standard konkret Stellung zu einzelnen Maßnahmen bezieht, werden diese weitgehend auch beachtet, s. Braden-Skala oder Lagerungshilfen. Hier wurde in der Umfrage deutlich, dass umsetzbare Vorgaben große Beachtung finden.

Wer zu anderen Fragen eine konkrete Antwort erwartet, wird an die aktuelle Literatur verwiesen. Somit fehlt die gesamte inhaltliche Dekubitusprophylaxe. Jedoch von den Pflege-Mitarbeitern wird erwartet, dass sie das Richtige tun.

Angaben zur Berufstätigkeit der Teilnehmer:

1. Wo arbeiten Sie?

- 68,75 % Altenheim
- 24,11 % Ambulanter Pflegedienst
- 5,36 % Krankenhaus/Klinik
- 3,57 % Sonstige

2. Welche Ausbildung haben Sie?

- 46,4 % AltenpflegerIn
- 42,9 % KrankenschwesterPfleger
- 6,25 % PflegehelferIn
- 0,89 % SchülerIn Pflegeberufe
Zusatzqualifikation (verschiedene Angaben entsprechend der Auflistung unten)

3. In welcher Funktion arbeiten Sie?

- 45,9 % PDL (Pflegedienstleitung), davon 12,5% mit QM Funktion, und 4,2 % mit WBL Funktion
- 16,7 % WBL (Wohnbereichsleitung)
- 12,5 % Pflegedienstmitarbeiter, davon 4,2 % als Schichtleitung/stv. WBL-Leitung
- 4,2 % HeimleiterIn (z.T. gleichzeitig PDL und Stationsleitung)
- 4,2 % Pflegepädagogen, Aus- und Fortbildung
- 4,2 % Dekubitusexperten
- 4,2 % Sozialpädagogen (Sozialdienst und andere Funktionen)

Überwiegend waren es Teilnehmer mit Leitungsfunktion, die sich an der Umfrage beteiligt haben. Die Frage stellt sich, wie das Ergebnis einer Umfrage unter allen Mitarbeitern einer Einrichtung ausgefallen wäre.

Abschließend wollen wir einen Punkt hervorheben, der im Zusammenhang mit der Dekubitusprophylaxe bislang viel zu wenig Beachtung findet. Immerhin gab es einen Teilnehmer der Umfrage, der darauf hinwies, nämlich auf die Dekubitus-Gefährdung durch „ruhigstellende Medikamente“ – vor allem von Menschen mit Demenz. Die Gefährdung durch „Ruhigsteller“ wurde 2003 in einer in Hamburg durchgeführten Studie herausgehoben. Demnach, sowie auch nach unserer Beobachtung und Darlegung, stellt diese ein höheres Risiko dar, als Mangelernährung und Inkontinenz. Titel: „Ursachenzusammenhänge der Dekubitusentstehung. Ergebnisse einer Fall-Kontroll-Studie mit 200 Patienten und Befragung aller an der Pflege Beteiligten“. Sie finden diese Studie u.a. auf der Homepage des Bundesfamilienministeriums www.bmfsfj.de

Dank & Hoffnung

Neben denen, die auf die Umfrage hingewiesen haben, gilt unser Dank zunächst allen, die sich an der Umfrage beteiligt haben! Trotz aller Hindernisse!

Herzlich danken wir den SchülerInnen der Klasse BFG U2 (Berufsfachschule Gesundheitswesen, Unterstufe) der Elisabeth-Lüders-Schule Hamm, mit ihren Mathematiklehrerinnen Frau Maas und Frau Anja Hörnemann, Studienreferendarin, die uns einen Großteil der Auswertungsarbeit abgenommen haben und begeistert – Schüler wie Lehrer - bei der Sache waren!

Und vorausseilender Dank gilt all jenen, die sich mit dafür einsetzen zu schauen, wie es den Pflege-Mitarbeitern in der Praxis mit allen „Anweisungen von oben ergeht“? Wie ist Zeit für kompetente Pflege zu schaffen? Wir hoffen, dass der durch die Umfrage begonnene Dialog für alle Beteiligten – Pflegebedürftige wie Pflege-Mitarbeiter und nicht zuletzt auch für pflegende Angehörige – Hilfreiches erbringt. Es wäre wünschenswert, würde die gelungene Kooperation zwischen pflegenden Angehörigen und professionellen Pflegekräften, wie sie bei diesem spontanen Projekt praktiziert wurde, Schule machen. Expertenstandards wie dieser schaffen eher Distanz, anstatt dass hierdurch eine Basis für ein sinnvolles Miteinander geschaffen würde.

Ausblick

Wie könnte man das Dekubitus- Problem und mit ihm zugleich andere Pflege-Probleme lösen?

1. Vergleichsuntersuchungen sind in der Praxis durchzuführen, bis man klare Aussagen darüber treffen kann, welche Maßnahmen sich regelmäßig bewährt haben.
2. Darauf aufbauend müsste der Expertenstandard komplett überarbeitet werden. Wobei konkret, verständlich, nachvollziehbar festzulegen wäre, was zur Dekubitusprophylaxe gehört. Zeit und Kraft von Pflege-Mitarbeitern dürfen nicht durch theoretische Arbeiten, die sie teilweise überfordern, gebunden werden. Pflegewissenschaft hat ihren Praxisbezug kritisch zu reflektieren und so zu gestalten, dass Pflege-Mitarbeiter an der Basis nicht auf die Ebene der Wissenschaft gezwungen werden. Auch pflegende Angehörige müssen verstehende Adressaten von gesicherten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen sein können.
3. Neue wissenschaftliche Ergebnisse und sich aufdrängende Erfahrungswerte sind zum Anlass zu nehmen, den Expertenstandard entsprechend zu aktualisieren. Zum Beispiel wäre zu überlegen, wie der Feststellung Rechnung getragen werden kann, dass ruhigstellende Medikamente das Dekubitusrisiko erhöhen (s. Hamburger Studie). Hier entsprechende Vorsorgemaßnahmen zu ergreifen, wäre nicht allein Sache der Pflege. Auch Ärzte müssten in die Pflicht genommen werden.
4. Prophylaxemaßnahmen müssten angemessen vergütet werden, hingegen sollten die Kosten für die Behandlung eines Dekubitus nach dem Verursacherprinzip umgelegt werden. Auf diese Weise ließe sich die Dekubitusrate mit Sicherheit am schnellsten senken. Denn dann würden Krankenhäuser, Heime und Pflegedienste auch ohne Expertenstandard frühzeitig und ausreichend Vorsorge treffen. Im Prinzip weiß man ja, was zu tun wäre, auch ohne dass jede Maßnahme wissenschaftlich belegt ist. Der Dekubitus ist inzwischen zu einem Marktfaktor geworden, für deren Behandlung die Kassen viel Geld bezahlen, Geld, welches nicht zuletzt jene erhalten, die den Dekubitus hätten verhindern können.

Tatsächlich ist der Dekubitus eines von vielen Beispielen, wie in unserem gegenwärtigen System Pflege- und Behandlungsfehler geradezu belohnt werden. Eine der Hauptursachen für die hohe Dekubitusrate dürfte unser symptom- bzw. diagnosebezogenes Honorierungssystem sein (je mehr Diagnosen, desto mehr Geld). Mit Forschung und Standards wird man wenig ausrichten, solange die Dekubitusbehandlung lukrativer bleibt.

Autorinnen:

Adelheid von Stösser
Am Ginsterhahn 16
53562 St. Katharinen
Tel 02644 / 3686 Fax 02644 / 80440
Mail: stoesser.standard@t-online.de
www.pflegekonzepte.de s. auch unter Umfrage

Renate Demski
ALZheimer-ETHik e.V.
Lappenbredde 10
59063 Hamm
Tel 02381 / 51015 Fax 040 / 3603 690 502
Mail: alzeth@aol.com
www.alzheimer-ethik.de