

Qualitätsmanagement

Integratives Dekubitusmanagement

Gemeinsames Qualitätsprojekt der DRK Schwesternschaft Essen e. V. und AirSystems Medizinische Produkte GmbH, 2. Teil



Fotos: N. Dietrich

Karola Jansen-Flügel

Große Herausforderungen profitieren von besonderen Kooperationen. In Zusammenarbeit mit der DRK Schwesternschaft Essen e. V. hat die AirSystems Medizinische Produkte GmbH ein Konzept zum Integrativen Dekubitusmanagement (IDM) entwickelt. Dies sorgte für eine optimale Verknüpfung von Pflegeprofessionalität und medizintechnischem Standard im Bereich der Antidekubitushilfsmittel. Der zweite Teil dieses Beitrags beschreibt Entwicklung des Standards Dekubitusprophylaxe und -therapie sowie die Implementierung und Evaluation des Integrativen Dekubitusmanagementkonzeptes (IDM-Konzept).

Vorhandene Standards unzureichend

Der vorhandene Dekubitusprophylaxestandard war seit mehreren Jahren nicht aktualisiert worden. Ihm war zum Beispiel nicht zu entnehmen, bei welchen Patienten, mit welcher Skala die Gefährdung eingeschätzt und wann genau Folgeerhebungen durchgeführt werden sollten. Er enthielt noch pflegerische Maßnahmen, die nach dem heutigen Stand der Pflegewissenschaft nicht mehr durchgeführt werden, zum Beispiel den Einsatz von Zinkoxidsalbe zur Dekubitusprophylaxe. Welche Antidekubitussysteme in der Klinik verfügbar waren, war weder im Standard noch anderweitig schriftlich fixiert.

Damit blieb unklar, wann Antidekubitussysteme eingesetzt werden sollten. Der strukturelle Aufbau des Standards war nach der Systematik ‚Pflegeproblem, -ziel, -maßnahme und Häufigkeit der Maßnahmen erstellt, wobei Pflegeziele und -maßnahmen an mancher Stelle verwechselt worden waren.

Ein Standard bzw. Leitlinien zur Versorgung chronischer Wunden waren gar nicht vorhanden. Mit einer interdisziplinären Arbeitsgruppe, bestehend aus verschiedenen Stationsleitungen, Vertretern des

ärztlichen Dienstes aus verschiedenen Fachabteilungen, Leitung der Apotheke, der Pflegedienstleitung und der Projektleitung wurden Leitlinien zur Therapieempfehlung chronischer Wunden entwickelt. Leider konnten, aufgrund von hausinternen Gegebenheiten, diese Leitlinien bis zum Projektende nicht zum Einsatz kommen.

Neuer Standard orientiert sich am Expertenstandard

Mit einer monodisziplinären Arbeitsgruppe der Pflege, bestehend aus Stationsleitungen verschiedener Fachabteilungen, Vertretern der Krankenpflegeschule, Hygienefachkraft, Pflegedienstleitung und der Projektleitung wurde ein neuer Pflegestandard zur Dekubitusprophylaxe für die Klinik entwickelt. Man orientierte sich dabei inhaltlich und strukturell an dem Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe.

■ Der Zeitpunkt, wann bei welchem Patienten die Erst- und Folgeerhebung mit der Braden-Skala durchgeführt werden sollte, wurde festgelegt.

■ Das Intervall der Umlagerung wurde festgelegt. Es orientiert sich nun an der Hautüberprüfung, durchzuführen mit dem Fingertest nach *Phillips*.

■ Die verschiedenen Lagerungsformen wurden abgebildet und ihre Durchführung erläutert.

■ Für den neu entwickelten Bewegungsplan wurde festgesetzt, wann er anzulegen ist.

■ Die in der Klinik verwendeten Antidekubitusmatratzen mit ihrem Arbeitsprinzip (Wechsel- druck oder Weichlagerung) wurden aufgeführt.

■ Mögliche Nebenwirkungen der Wecheldruck oder Weichlagerung wurden dargestellt.

■ Es wurden Kriterien entwickelt, wann Antidekubitus- systeme einzusetzen sind und wann eine Überprüfung stattfinden muss sowie ob das System noch notwendig ist.

■ Zur Unterstützung der richtigen Auswahl wurde eine Indikationstabelle zum Einsatz klinischer Antidekubitus- systeme mit möglichen Patientensymptomen und einzelnen Produkteigenschaften der Systeme erstellt.

■ Ein Gesprächsleitfaden für Aufklärungsgespräche von Patienten und Angehörigen wurde entwickelt.

■ In Zusammenarbeit mit der Apotheke wurde eine Liste der hausinternen Waschzusätze und Hautpflegemittel mit Einsatzgebiet und Kontraindikationen im Dekubitusprophylaxestandard verankert.

■ Es wurden die pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse festgehalten, welche Hautpflegeprodukte nicht mehr zur Dekubitusprophylaxe eingesetzt werden sollen.

■ Im Bereich der Ernährung wurde anhand des Merkmals „Ernährungsgewohnheiten“ auf der Braden-Skala festgehalten, wann die Pflegepersonen einen Ein- und Ausführplan der Flüssigkeitsmenge anzulegen haben.

■ Zu allen Punkten wurde festgelegt, was, wo zu dokumentieren ist.

■ In allen Bereichen wurden im Ergebniskriterium messbare Elemente implementiert, um die Umsetzung des Dekubitus-

prophylaxestandards evaluieren zu können.

Implementierung des neuen Standards

Der neue Dekubitusprophylaxestandard wurde mit drei Veran- staltungen in der Klinik eingeführt. Hierbei wurden, soweit schon fertig gestellt, die neuen Dokumentationselemente vor- gestellt.

Die Umsetzung der einzelnen Elemente des Standards und die Einführung der neu entwickelten Dokumentationselemente wurden in der Beglei- tungsphase (ca. drei Wochen pro Station) von der Projektlei- tung unterstützt, begleitet und kontrolliert. Dies wurde sehr praxisnah an die gegebene Sta- tionssituation angepasst. Somit konnte überprüft werden, ob die Kriterien des Standards auf allen Stationen so umsetzbar sind, wie man es sich theoretisch vorgestellt hat oder ob die Kriterien eventuell verändert werden müssen.

Die Begleitungsphase

Einführung der neuen Dokumentationselemente

Mit der Begründung des Zeit- mangels wurde zu Beginn der praktischen Begleitungsphase die neue standardisierte Pflege- planung nur selten verwendet. Diese wurde mehr als „Arbeits- beschäftigungsmaßnahme“ denn als hilfreiches Instrument zur zielgerichteten Pflege emp- funden. Häufig konnten die Pflegepersonen in vielen Fällen nur über das Argument der rechtlichen Verpflichtung zum Ausfüllen der Pflegeplanung und der korrekten Gesamtdo- kumentation bewegt werden. Außerdem bereitete es vielen Pflegepersonen Schwierigkeiten, diese Pflegeplanung auszu- füllen. Hier bedurfte es vieler Auseinandersetzungen, täglicher Unterstützung und Über- prüfung der Pflegepersonen, bis die neue Pflegeplanung akzep- tiert und in den Arbeitsablauf

aufgenommen wurde. Anders war es beim Wunddokumenta- tionsbogen. Die Vorformulie- rungen wurden als Erleichte- rungen empfunden, weil einer- seits abgebildet war, was doku- mentiert werden musste und andererseits die im Vorfeld häufig bestandenen Formulie- rungsschwierigkeiten wegfielen.

Mit dem IDM-Konzept konnten die pflegerische Qualität gesteigert, die Patientenversorgung optimiert und Kosten minimiert werden.

Es wurde als vorteilhaft emp- funden, dass nun auf einen Blick gesehen werden konnte, wie sich die Wunde unter ent- sprechenden Therapiemaßnah- men entwickelt hatte. Dement- sprechend wurde der Wunddo- kumentationsbogen schnell in die Praxis übernommen. Die Einführung des Bewegungspla- nes wird im weiteren Verlauf noch deutlich erläutert.

Gefährdungseinschätzung

Während des Projektes wurde die Gefährdungsrisikoskala von *Norton* zugunsten der von *Braden* umgestellt. In den Fortbil- dungen zur Dekubitusprophy- laxe sind die Vorteile einer standardisierten Risiko- einschätzung diskutiert worden, wobei ausdrücklich darauf hin- gewiesen wurde, niemals die klinische Einschätzung und die eigenen Erfahrungswerte außer Acht zu lassen. Anhand von Beispielen mussten alle Teil- nehmer die Braden-Skala aus- füllen und ihre Beurteilungen der einzelnen Merkmale be- gründen. In der Pflegepraxis vor Ort wurde gemeinsam mit den Mitarbeitern das Ausfüllen der Skala geübt und bei Ver- ständnisschwierigkeiten erläu- tert.

Die Tage, an denen eine erneute Risikoerhebung durchzuführen war, wurden im Vorfeld auf der

Patientenkurve mit einem Textmarker markiert, damit die Folgeerhebungen nicht in Vergessenheit gerieten. Die Braden-Skala wurde nun regelmäßig ausgefüllt. Sie konnte auf den meisten Stationen zügig etabliert werden.

Lagerung und Mobilisation

Bereits in den Fortbildungen wurde die Bewegungsförderung unter Vermeidung von Reibungs- und Scherkräften dargestellt und praktisch eingeübt. Zum besseren Verständnis hierfür dienten die der Kinästhetik hinterlegten Konzepte mit kleinen Selbsterfahrungsübungen. In der praktischen Begleitungsphase der Projektleitung wurde nun die Bewegungsförderung unter kinästhetischen Gesichtspunkten in der alltäglichen Pflegesituation eingeübt.

Der schon während den Fortbildungen bemerkte Widerstand setzte sich in der Praxis fort und wurde hauptsächlich mit großer erforderlicher Zeitintensität begründet. Wurden Patienten zusammen in dieser Weise bewegungsgefördert, erkannten viele Pflegepersonen die Vorteile. Gewohnheitsmäßiges „Heben und Tragen“ wurde jetzt von der Projektleitung unterbrochen, Bewegungsförderung unter kinästhetischen Gesichtspunkten erneut vorgeführt und erklärt, damit sich diese neue Methodik langsam einprägte.

Die Dokumentation der Lagerungen fand auf dem neu entwickelten Bewegungsplan statt. Dieser hatte im Gegensatz zu den alten Lagerungsplänen ein DinA3-Format und wurde auf speziell dafür angefertigten Klemmbrettern in die Nähe des Patientenbettes gehängt. Somit war eine sofortige, zeitnahe Dokumentation möglich.

Durch die Vielfalt der aufgeführten Lagerungs- und Mobilisationsmaßnahmen wurde den Pflegenden immer wieder verdeutlicht, wie viele verschiedene Möglichkeiten zur Lagerung

sie besaßen. Zusammen mit den Pflegepersonen wurde immer wieder überlegt, welche Lagerung für den jeweiligen Patienten am sinnvollsten erschien und wie diese Lagerung korrekt durchgeführt und überprüft wurde. Durch diese Maßnahme verbreiterte sich die Lagerungsvielfalt und Patienten wurden jetzt auch mit A-Lagerungen, schiefer Ebene oder Mikrolagerungen versorgt.

Durch den neuen Bewegungsplan wurden nun auch die Maßnahmen ersichtlich, die zwar zuvor auch durchgeführt wurden, aber der Dokumentation nicht zu entnehmen waren, zum Beispiel „Sitz an der Bettkante“ oder „Stehen vor dem Bett“.

Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung bereitete der Bewegungsplan mit der Bewertungsspalte der pflegerischen Maßnahmen. Es fiel den Pflegenden schwer, diese Bewertungen kontinuierlich und in kurzen Worten zu dokumentieren. Fortwährende Erläuterungen über die Inhalte und Vorteile dieser Spalte, das Einüben von Formulierungen, ständiges Anhalten und gemeinsames Ausfüllen waren notwendig.

Einsatz von Antidekubitusmatratzen

Die Bedarfsermittlung zum Antidekubitussystem wurde in den Fortbildungen zur Dekubitusprophylaxe geschult. Hier wurden Grundlagenkenntnisse über die Prinzipien der Wechsellagerung- und Weichlagerung erklärt. An Fallbeispielen wurde erarbeitet, wann welches Antidekubitussystem nach welchen Entscheidungskriterien eingesetzt werden soll. Die Pflegenden selbst mussten sich auf die Antidekubitussysteme legen. Verschiedenste Steuerelementeinstellungen wurden eingeübt und die Pflegepersonen lernten, mit entsprechenden Handgriffen zu überprüfen, ob eine auf dem System gelagerte Person ausreichend geschützt war.

Benötigte ein Patient während der praktischen Begleitungsphase auf den Stationen ein Antidekubitussystem, wurden die bislang erfolgten Maßnahmen anhand des Bewegungsplanes, der Risikoeerhebungsskala und der Pflegedokumentation überprüft. Die Pflegepersonen lernten zu begründen, ob der Patient ein Antidekubitussystem und – wenn ja – welches er benötigte. So konnten die Zusammenhänge zwischen Pflegeproblem, Zielsetzung und Auswahl des richtigen Antidekubitussystems immer wieder neu ins Bewusstsein gerufen werden. Zusätzlich unterstützend zeigte sich die schon beschriebene Indikationstabelle zur richtigen Auswahl eines Antidekubitussystems.

Bei der Versorgung der Patienten mit Antidekubitusmatratzen wurden dann grundlegende Änderungen in der Klinik vorgenommen. Die Pflegepersonen mussten jetzt, nach Ermittlung des Patientenbedarfs, die Antidekubitussysteme mit der Nennung des Produktnamens selbst bestellen und konnten diese Entscheidung nicht, wie zuvor, dem Vertreiber überlassen. Des Weiteren wurden die in der Klinik vorhandenen Antidekubitussysteme in „Stand-by“-Funktion (auf der Station gelagerte, unbenutzte Systeme) ausgetauscht. Somit konnten die qualitativ hochwertigsten Systeme nur noch nach Bedarfsermittlung bestellt werden und nicht wie zuvor, ohne zu hinterfragen, einfach auf diese Systeme zurückgegriffen werden.

Jedes System musste jetzt mit Begründung per E-Mail bei der Pflegedienstleitung angemeldet werden, die sich vorbehielt, stichprobenartig die Auswahl auf den Stationen zu überprüfen. Die Abmeldung der Antidekubitussysteme erfolgte auf demselben Weg, so dass ein Überblick entstand, wie viele Systeme sich aktuell im Haus befanden. In der praktischen

Umsetzung zeigten sich hier große Probleme, da viele Pflegepersonen Berührungängste aufgrund fehlender Kenntnisse im Umgang mit dem PC hatten. Aus diesem Grund wurde auf der Indikationstabelle zur richtigen Auswahl von Antidekubitussystemen, ebenfalls der Arbeitsvorgang „Versenden einer E-Mail“ detailliert beschrieben und abgebildet.

Hautpflege

In den Fortbildungen wurde die Wichtigkeit einer Hautanalyse bei Dekubitus gefährdeten Patienten noch einmal verdeutlicht. Zusammen wurden die vielfältigen Kriterien hierfür erarbeitet. Es wurde diskutiert, ob ritualisierte Pflegehandlungen wie die tägliche Ganzkörperwaschung mit Waschzusätzen bei Dekubitus gefährdeten Patienten sinnvoll ist und welche Hautpflegeprodukte eingesetzt beziehungsweise nicht mehr eingesetzt werden sollten. Durch die Erhebung einer Hautanalyse und der Erklärungen zur Wirkungsweise einzelner Hautpflegeprodukte sollten die Pflegenden lernen, adäquate Produkte einzusetzen.

In der Pflegepraxis auf den Stationen war es zunächst auch hier schwierig, alte Gewohnheiten aufzugeben. Sobald einfach die Flasche mit den Hautpflegeprodukten vom Bettwagen gegriffen wurde, hinterfragte die Projektleitung diese Handlung. Es wurde immer wieder eingeübt, die verschiedenen Emulsionsformen durch Fühlen auf der eigenen Haut unterscheiden zu lernen, denn manchmal befanden sich auf den Produkten nicht die Bezeichnungen W/Ö oder Ö/W.

Die Bettwagen wurden so bestückt, dass sich grundsätzlich beide Produktvarianten auf ihnen befanden.

Ernährung

Die Mangelernährung als ein Faktor zur Dekubitusentstehung war ein weiteres Thema der Fortbildungen zur Dekubi-

tusprophylaxe. Hier wurden die Pflegenden mit ihren eigenen Dokumentationen zu Trink- und Essgewohnheiten konfrontiert. Wenn man zum Ernährungsstatus Eintragungen in der Pflegeanamnese finden konnte, dann bezogen sie sich meist auf Größe und Gewicht. Essgewohnheiten wurden z. B mit „1600 kcal Diabetes Kost“ beschrieben.

In den Fortbildungen wurde verdeutlicht, was unter Essgewohnheiten und Trinkgewohnheiten zu verstehen ist. Die verschiedenen Ursachen der Malnutrition wurden erläutert. Während der Fortbildungen zeichnete sich ab, dass der Bereich Ernährung als mögliches Pflegeproblem kein großes Problembewusstsein bei den Pflegenden hervorruft. Dieser Eindruck bestätigte sich auch auf manchen Stationen in der Pflegepraxis. Die Vorgabe im Dekubitusprophylaxestandard, einen Flüssigkeitsbilanzierungsbogen anzulegen, wenn eine bestimmte Punktzahl unter dem Merkmal „Ernährung“ auf der Braden-Skala erreicht war, wurde nicht kontinuierlich umgesetzt. Es bedurfte immer wieder der Erinnerung und der Kontrollen durch die Projektleitung.

Zum Ende der Begleitungsphase einer jeweiligen Station fand ein Abschlussgespräch mit den Mitarbeitern und der Stationsleitung statt. Auf den Stationen wurde ein Leitfaden mit Fragestellungen hinterlassen, anhand dessen die Pflegepersonen überprüfen konnten, ob sie alle pflegerisch notwendigen Maßnahmen, bei einem Dekubitusrisiko gefährdeten Patienten durchgeführt haben.

Evaluation durch Selbst- und Fremdeinschätzung

Zwei Monate nach Beendigung der praktischen Begleitungsphase erhielten die Pflegepersonen einen Fragebogen, in dem sie ihre Fähigkeiten selbst

einschätzen sollten. Der Fragebogen bezog sich auf praktische Fähigkeiten zu den Themen Gefährdungseinschätzung, Lagerung, Lagerungshilfsmittel, Hautpflege, Ernährung, Anleitung von Patienten und Angehörigen, Wundversorgung und Dokumentation. Die Pflegekräfte mussten entsprechend ihrer selbst eingeschätzten Fähigkeit ankreuzen, ob sie sich bei der Durchführung der Maßnahmen

1. sicher fühlten
2. teilweise sicher fühlten
3. unsicher fühlten.

Parallel dazu bekam die Stationsleitung denselben Fragebogen und musste diesbezüglich ihr gesamtes Pflegeteam einschätzen. Über den Vergleich der Selbst- und Fremdwahrnehmung war es möglich herauszufinden, ob noch pflegerische Defizite bestanden und diese von der Stationsleitung wahrgenommen wurden, und sie somit ihr Pflegeteam auch entsprechend unterstützen konnte.

Vorwiegend folgende Defizite ließen sich noch darstellen:

■ Bei der der Einschätzung des Wundzustandes und der Auswahl der Wundverbände fühlten sich auf allen Stationen die Pflegenden nur teilweise sicher bei der Durchführung (bis zu 57 %). Dies gilt auch, mit Ausnahme einer Station, für die Erstellung der Wunddokumentation.

■ Im Bereich der Pflegedokumentationen fühlen sich 50 Prozent der Pflegekräfte aller Stationen nur teilweise sicher beim Erstellen der Pflegeplanung zur Dekubitusprophylaxe und bei der Beschreibung des Verlaufs/der Bewertung der Pflegemaßnahmen bezüglich der Hautpflege und Ernährung im Pflegebericht. Dies gilt auch für die Durchführung der schriftlichen Pflegezielkontrolle.

■ Im Bereich der Hautpflege fühlten sich die Pflegenden von sechs Stationen sicher, während sich noch 50 Prozent der Mitar-

beiter von zwei Stationen nur teilweise sicher bei der Auswahl des richtigen Hautpflegeproduktes fühlten.

Die Stationsleitungen schätzen in den meisten Fällen ihr Team unsicherer ein, als das Team sich selbst. Die Auswertung zeigte, dass die Dokumentation der Dekubitusprophylaxe und -therapie immer noch mit Schwierigkeiten für die Pflegenden verbunden war, begründet durch mangelnde Übungszeit.

Die einzelnen Ergebnisse wurden für die jeweilige Station transparent gemacht und die Unterschiede zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung dargestellt. Sichtbare Defizite wurden ggf. mit Nachschulungen und erneuten Kontrollen durch die Projektleitung begegnet. Des Weiteren bot die Projektleitung ihre Unterstützung bei Problemen an, auch wenn sie nicht mehr in der Begleitungsphase einer Station war. Hiervon machten die Pflegenden während des fortschreitenden Projektes im zunehmenden Maße Gebrauch.

Evaluation der Umsetzung des neuen Standards

Die Überprüfung des Dekubitusprophylaxestandards auf acht Stationen fand neun Monate nach der offiziellen Einführung statt. Die Stationen kamen aus den Fachbereichen der Inneren Klinik, der Allgemein- und Unfallchirurgie. Ziel

war es, dass die Ergebniskriterien des Dekubitusprophylaxestandards zu 70 Prozent in den pflegerischen Handlungsalltag umgesetzt sein sollten. Die Überprüfung fand durch die Projektleitung und die stellvertretende Pflegedienstleitung anhand der Pflegedokumentationen der Dekubitusrisiko gefährdeten Patienten vor Ort auf den Stationen statt.

Am Stichtag der Überprüfung wurde auf den acht Stationen 20 Pflegedokumentationen (n = 20) Dekubitusrisiko gefährdeter Patienten gesichtet. In Abb. 1 sind die Werte dargestellt, die der kontinuierlichen Durchführung in der Pflegepraxis entsprechen.

■ 90 Prozent der Pflegedokumentationen wiesen eine **Gefährdungseinschätzung** unmittelbar zu Beginn der pflegerischen Versorgung auf. Bei 80 Prozent wurden kontinuierlich die **Folgeerhebungen** durchgeführt. Hier gab es in der praktischen Umsetzung keine Probleme zu geben.

■ Bei 90 Prozent der Patienten war unmittelbar nach der Feststellung des Dekubitusrisikos mit der Braden-Skala ein **Bewegungsplan** angelegt. In nur 45 Prozent der Fälle waren die **Bewertungen zur Bewegungs- und Hautsituation** kontinuierlich (täglich) dokumentiert. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass weitere 25 Prozent teilweise kontinuierlich (alle zwei Tage) dokumentierten und somit ein grober Verlauf der Bewe-

gungs- und Hautsituation erkennbar blieb.

■ In 70 Prozent der Fälle wurde die **modifizierte Pflegeplanung** ausgefüllt. Das bedeutet, dass die Pflegeplanungen überwiegend genutzt werden, obwohl sich noch 50 Prozent der Pflegenden bei der Selbsteinschätzung nur teilweise sicher bei ihrer Erstellung fühlen.

■ Zu weiteren 70 Prozent wurden die **Hauptpflegemaßnahmen** schriftlich geplant, aber nur zu 35 Prozent der Verlauf kontinuierlich (spätestens alle zwei Tage) im Pflegebericht beschrieben. Hier spiegelt sich deutlich die Unsicherheit aus der Selbsteinschätzung der Pflegenden wider, den Verlauf und die Bewertung pflegerischer Maßnahmen zu dokumentieren. Erstaunlich ist, dass Hautpflegemaßnahmen zu 95 Prozent im Durchführungsnachweis dokumentiert werden, obwohl die Planung der Maßnahmen nur zu 70 Prozent erfasst wurde.

■ Bei der Überprüfung des Dekubitusprophylaxestandards waren zu 95 Prozent keine Patienten vorhanden, die ein **Antidekubitussystem** benötigten. Dies war nur bei einem Patienten der Fall und hier waren alle Kriterien aus dem Dekubitusprophylaxestandard erfüllt. Aufgrund der zu kleinen absoluten Zahl wurde hier keine prozentuale Auswertung durchgeführt.

■ Im Bereich der **Ernährung** waren zwölf Patienten vorhanden, bei denen kein ernährungsbedingtes Dekubitusrisi-

Evaluation Dekubitusprophylaxestandard

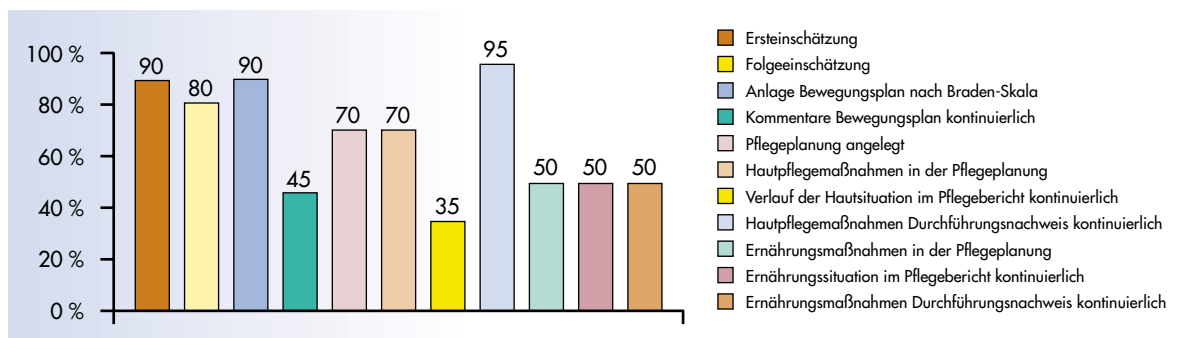


Abb. 1

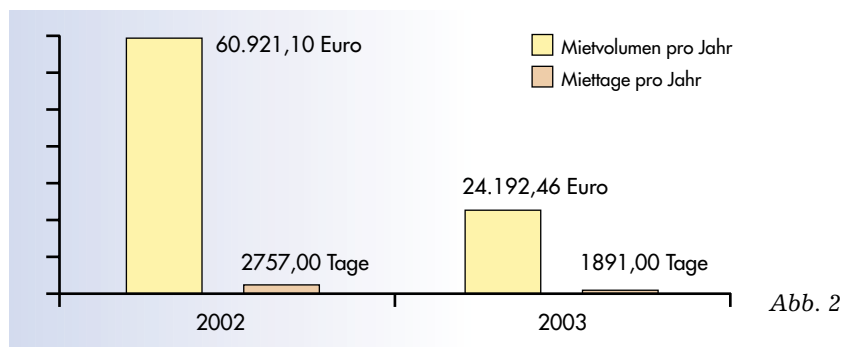
ko bestand. Hier verringerte sich die Grundgesamtheit auf $n = 8$. Diese niedrigen absoluten Zahlen müssen bei der Betrachtung der Prozentzahlen berücksichtigt werden. Bei 50 Prozent dieser Patienten wurden Maßnahmen zur Ernährung schriftlich in der Pflegeplanung dokumentiert. Ebenso wurden in 50 Prozent der Fälle der Verlauf der Ernährungssituation im Pflegebericht dokumentiert. Auch die Dokumentation der Ernährungsmaßnahmen im Durchführungsnachweis wurde zu 50 Prozent erreicht.

Abschließend lässt sich sagen, dass die Zielsetzung erreicht wurde, die dafür verantwortlich ist, den Patient dauerhaft und konsequent in der Entwicklung seines Dekubitusrisikos zu beobachten und entsprechende pflegerische Maßnahmen zu ergreifen. Hier greift unterstützend die Selbsteinschätzung der Pflegepersonen ein, indem sie sich sicher bei der Durchführung von Lagerung, im Umgang mit dem Einsatz von Antidekubitussystemen und zu weiten Teilen sicher bei der Auswahl der richtigen Pflegeprodukte fühlen. Die Schwächen in der Dokumentation zeigen, dass besonders in diesem Punkt eine längerfristige, praktische Begleitung der Pflegenden indiziert wäre.

Deutliche Einsparungen der Mietkosten

Auf der Grundlage der monatlichen Abrechnungen der Firma Airsystems, wurde das Gesamtmietvolumen/Jahr und das Mietverhalten der einzelnen Stationen zu Beginn des Pilotprojektes ermittelt. So konnten die Hauptkostenverursacher identifiziert werden. Auf diesen Stationen wurde dann, in Abhängigkeit zum Patientenkontext, nach der Entscheidungsfindung zu einem Antidekubitussystem gefragt. Dabei stellte sich heraus, dass oft alte, unre-

Kostenreduzierungen Antidekubitussysteme 2002 bis 2003



flektierte Gewohnheiten und nicht das Pflegeproblem beziehungsweise das Pflegeziel als Entscheidungsgrundlage dienen. Dadurch fand häufig eine Überversorgung der Patienten mit teuren Antidekubitussystemen statt, welche unnötigerweise Mehrkosten verursachten.

Alle bereits erläuterten veränderten Maßnahmen bezüglich des Einsatzes von Antidekubitussystemen in der Klinik führten im Verlaufe des Projektes dazu, dass im Vergleichszeitraum Januar bis August 2002 zu 2003, das Mietvolumen von 60.291,10 auf 24.192,46 Euro reduziert werden konnte. Das beinhaltete Einsparungen von 36.728,64 Euro. Somit konnten die Kosten im Vergleichszeitraum zum Vorjahr um 60 Prozent reduziert werden (Abb. 2). Diese setzten sich aus der Miettagereduzierung von 866 Tagen und dem bedarfsgerechten Einsatz der Antidekubitussysteme zusammen. Im Vergleich zum Zeitraum 2002 werden heute nur noch die Hälfte der Kosten pro Monat für Antidekubitussysteme aufgewendet.

Fazit

Abschließend lässt sich nach dem Gesamtprojekt sagen:

- Die Rate der Entstehung von Dekubitalgeschwüren konnte in der eigenen Institution von 13 auf fünf Prozent gesenkt werden.

- Es besteht eine pflegewissenschaftlich fundierte Kon-

zeption zur Dekubitusprophylaxe in Form des Standards.

- Dieser wird evaluiert und ermöglicht weitere zukünftige Pflegequalitätsentwicklungen bezüglich der Dekubitusprophylaxe.

- Der Dekubitusprophylaxestandard ist in seinen wesentlichen Elementen umgesetzt. Hieraus resultiert eine einheitliche Vorgehensweise der Pflegekräfte.

- Das Fachwissen der Pflegenden bezüglich der Dekubitusprophylaxe und -therapie hat sich erhöht.

- Die Qualität der praktischen Pflege hat sich verbessert.

- Die Kosten im Bereich der Antidekubitussysteme konnten im Vergleich zum Vorjahr um 60 Prozent gesenkt werden.

Damit wurde die Zielsetzung des IDM-Konzeptes, die Steigerung pflegerischer Qualität, die optimierte Patientenversorgung und -zufriedenheit sowie eine Kostenminimierung für die Institution erreicht und im Sinne der DRGs gehandelt.

Literatur:

Pelka, R.: Expertise zur Kostensituation bei chronischen Wunden, München, 1997, S. 3
 Panfil, E.-M.: Pflegequalität am Beispiel der Dekubitusversorgung. In: Die Schwester Der Pfleger. Bibliomed Verlag. Ausgabe 7/2000. S. 584.

Anschrift der Verfasserin:

Karola Jansen-Flügel,
 Dipl.-Pflegerwissenschaftlerin
 DRK-Schwesternschaft Essen e. V.
 Hohlweg 8,
 45147 Essen