

**Auswirkungen von auditbasierten Schulungen
auf die Dokumentationsqualität
- am Beispiel der Dekubitusprophylaxe -**

**Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades
„Diplom-Pflegewirtin (FH)“**

**Fachhochschule Frankfurt am Main
University of Applied Sciences
Fachbereich „Soziale Arbeit und Gesundheit“
Studiengang Pflege (Differenzierung B)**

**Gutachterinnen: Prof. Dr. Ulrike Schulze
Dipl. Pflegewissenschaftlerin (FH) Birgit Sippel**

Abgabetermin: 08.08.2007

Autorin: Anika Stötzer

**Fachsemester 8
Sommersemester 2007
Matrikelnummer 770482**

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	4
2	PFLEGERISCHES QUALITÄTSMANAGEMENT IM KONTEXT DER DEKUBITUSPROPHYLAXE	6
2.1	Qualitätsindikator Dekubitusprophylaxe	6
2.2	Instrumente und Methoden des pflegerischen Qualitätsmanagements	8
2.2.1	<i>Leitlinien und Standards</i>	9
2.2.2	<i>Ergebnisorientiertes PflegeAssessment-AcuteCare® (ePA-AC®)</i>	11
2.2.3	<i>Audits</i>	12
2.2.4	<i>Schulungen</i>	13
3	DOKUMENTATION DER DEKUBITUSPROPHYLAXE	14
4	ZIEL UND FRAGESTELLUNG DER ARBEIT	16
5	LITERATURÜBERSICHT	18
5.1	Literaturrecherche	18
5.2	Stand der Forschung	20
6	FORSCHUNGSDESIGN UND METHODE	26
6.1	Forschungsdesign	26
6.2	Vorgehensweise	26
6.3	Schulungen	28
6.4	Ethische Überlegungen	29
6.5	Datenerhebung	29
6.5.1	<i>Stichprobe</i>	30
6.5.2	<i>Erhebungsinstrument</i>	31
6.6	Datenauswertung	32
7	ERGEBNISSE	33
7.1	Stichprobe	33
7.2	Systematische Risikoeinschätzung	35
7.3	Individueller Bewegungsplan	37
6.3.1	<i>Anwendung des Bewegungsplans</i>	37
6.3.2	<i>Dokumentierte Maßnahmen im Bewegungsplan</i>	38

8	DISKUSSION UND GRENZEN DIESER ARBEIT	41
8.1	Ergebnisdiskussion	41
8.2	Methodendiskussion	47
9	SCHLUSSFOLGERUNGEN	50
10	LITERATURVERZEICHNIS	54
11	ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	64
12	ANHANG	I
13	EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	XXXVIII

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Übersicht Untersuchungsablauf.....	27
Abb. 2 Altersverteilung	33
Abb. 3 Dekubitusrisiko gemäß Braden Skala ≤ 16	34
Abb. 4 Einschätzung mittels ePA-AC [®] Bogen mit Integrierter Bradenskala	35
Abb. 5 Risikoeinschätzung allgemein	35
Abb. 6 Anwendung des Bewegungsplans	37
Abb. 7 Anwendung des Fingertests	39
Abb. 8 Flussdiagramm Dekubitusprophylaxe	XXXV

Tabellenverzeichnis

Tab. 1	Übersicht über die Teilnehmerzahl der einzelnen Stationen	29
Tab. 2	Anzahl der dokumentierten Maßnahmen im Bewegungsplan	38
Tab. 3	Übersicht der Ergebnisse	40
Tab. 4	Suchstrategie	V
Tab. 5	Ein und Ausschlusskriterien der Literatur	VI
Tab. 6	Studienübersicht: Evaluation der Dekubitusprophylaxedokumentation anhand von Leitlinienempfehlungen.....	IX
Tab. 7	Studienübersicht: Interventionsstudien.....	XI
Tab. 8	Studienübersicht: Dokumentationsanalysen.....	XIII
Tab. 9	Studienübersicht: Evaluation von nationalen Leitlinienimplementierungen	XV
Tab. 10	Übersicht der Zielsetzung der Schulung.....	XIX
Tab. 11	Bedingungsanalyse	XXVII
Tab. 12	Übersicht Konzeption.....	XXX
Tab. 13	Seminarplanung.....	XXXIV
Tab. 14	Anwendung der Braden-Skala.....	XXXVI
Tab. 15	Risikoeinschätzung allgemein	XXXVI
Tab. 16	Anwendung des Bewegungsplans	XXXVI
Tab. 17	Kontinuität der dokumentierten Maßnahmen im Bewegungsplan	XXXVII
Tab. 18	Dokumentation des Fingertests	XXXVII

1 Einleitung

„Wie gelangt neues Wissen in die Praxis - und was ist nötig, dieses Wissen erfolgreich in der Pflegepraxis zu implementieren?“ Mit dieser Fragestellung beschäftigt sich vor allem das Konzept Evidence-based Nursing (EBN). Dieses Konzept stellt eine Methode zur Integration der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse unter der Berücksichtigung der klinischen Expertise der Pflegenden, den Patientenpräferenzen und den verfügbaren Ressourcen in die Pflegepraxis dar (vgl.: Behrens & Langer, 2006). Einen Weg um externe Evidenz, d.h. Forschungsergebnisse, in die Praxis zu integrieren bietet die Implementierung der nationalen Expertenstandards. Im Rahmen der Erstellung des Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ wurde das international verfügbare, evidenzbasierte Wissen zu dieser Thematik systematisch aufbereitet und durch Expertenmeinungen ergänzt. Mit der Umsetzung des Expertenstandards wird die Forderung, das Pflegehandeln an pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen auszurichten, erfüllt.

In den HSK, Dr. Horst-Schmidt-Kliniken GmbH, wurde der Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe“ in Form einer internen, abteilungsübergreifenden Leitlinie in die Pflegepraxis implementiert und im Jahr 2006 evaluiert. Die Ergebnisse zeigten, dass die Leitlinie noch nicht flächendeckend umgesetzt wurde. Insbesondere konnten Verbesserungspotentiale in der Anwendung der systematischen Risikoeinschätzung und des individuellen Bewegungsplans identifiziert werden. Im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses wurde ein Schulungsbedarf im Bereich der Dokumentation der Dekubitusprophylaxe abgeleitet.

Ziel dieser Arbeit ist es, zu untersuchen welchen Einfluss Schulungen, die auf Basis stationsbezogener Audit-Ergebnisse beruhen, auf die Dokumentationsqualität der Dekubitusprophylaxe haben. Hierzu wurde ein Quasi-Experimentelles Forschungsdesign gewählt.

Zu Beginn dieser Arbeit wird die Problematik der Dekubitusprophylaxe vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, des medizinisch-technischen Fortschritts der eine erhöhte Lebenserwartung, aber auch die steigende Anzahl chronischer Erkrankungen mit sich bringt aufgegriffen. Dieser Wandel und die gleichzeitigen Veränderungen

im Gesundheitssektor, wie die Finanzierung der Krankenhäuser über Diagnosis Related Groups (DRG`s) stellen weitreichende Anforderungen an ein Qualitätsmanagement. Ziel dabei ist es, Prozesse optimal zu steuern und die Qualität der Versorgung sicherzustellen. Die dafür notwendigen Strategien und Methoden werden kurz erläutert. Durch die Einführung des nationalen Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ gewinnt die Pflegedokumentation zunehmend an Bedeutung, da hierdurch explizite Vorgaben zu einer lückenlosen und nachvollziehbaren Dokumentation gegeben sind. Der Stand der Forschung zur Thematik dieser Arbeit wird im Literaturteil beschrieben. Anschließend werden der Untersuchungsprozess und die Ergebnisse der vorliegenden Studie dargestellt. Die Diskussion und die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen für Pflege, Pflegemanagement und Pflegeforschung bilden den Abschluss dieser Arbeit.

2 Pflegerisches Qualitätsmanagement im Kontext der Dekubitusprophylaxe

Seit der Gesundheitsstrukturreform 2000 sind zugelassene Krankenhäuser durch § 135a und § 137 SGB V zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Nach § 70 SGB V ist es Aufgabe der Krankenkassen und Leistungserbringer, eine Versorgung auf dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse sicherzustellen. Die Versorgung soll dabei an den Bedarf der Bevölkerung angepasst sein und den Fokus auf einer ausreichenden und zweckmäßigen Behandlung, die das Maß des Notwendigen nicht überschreitet, liegen (Klie & Stascheit, 2005:612f). Aber auch im neuen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (KrPflG) (2003) wird als übergeordnetes Ausbildungsziel gefordert, das pflegerische Handeln entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und anderer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auszurichten (ebd.: 2005:441).

Die Patienten erhalten durch die genannten gesetzlichen Regelungen das Recht auf eine Versorgung, die auf den besten derzeit verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. In Bezug auf die Dekubitusprophylaxe kann dies durch die Implementierung des Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ (DNQP, 2004) erreicht werden.

2.1 Qualitätsindikator Dekubitusprophylaxe

Das die Dekubitusprophylaxe weiterhin im nationalen und internationalen Raum ein zentrales Thema ist, belegen zahlreiche Studien und Leitlinien (z.B. Lyder, 2005; Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) 2004; Royal College of Nursing (RCN), 2001). Bei Bienstein, Braun, und Neander (1997:25) wird die Dekubitusprophylaxe als „*Herzstück*“ der pflegerischen Arbeit bezeichnet, deren Ziel es ist dem Entstehen eines Dekubitus entgegenzuwirken (DNQP, 2004:40).

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege definiert im nationalen Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ einen Dekubitus als „... *eine durch länger anhaltenden Druck (Druck mal Zeit) entstandene Schädigung der Haut und des darunterliegenden Gewebes*“ (DNQP, 2004:35).

Dekubital-Ulcerationen sind für die Betroffenen mit schweren Einschränkungen ihrer Lebensqualität (Robert-Koch-Institut (RKI), 2003), Schmerzen und sozialer Isolation (Hopkins, Dealy, Bale, Defloor, Worboy, 2006:348f; Rastinehad, 2006:253) verbunden.

Zuverlässige Daten zur Dekubitusprävalenz (Anzahl der Patienten mit Dekubital-Ulcerationen zu einem bestimmten Zeitpunkt) stehen nur in begrenzter Anzahl zur Verfügung (Deutsche Agentur für Health Technology Assessments (DAHTA) 2005:29; RKI, 2003:7). Die vorhandenen Zahlen variieren zum Teil aufgrund unterschiedlicher methodischer Vorgehensweisen, aber auch wegen des unterschiedlichen Risikoklientels oder verschiedener zugrunde gelegter Klassifikationen von Dekubital-Ulcerationen (vgl.: Lyder, 2005:26.). In deutschen Krankenhäusern wird die Dekubitusprävalenz auf 5 bis 10% geschätzt (Pelka 1997, zitiert nach DNQP 2004:36). In geriatrischen Kliniken und Altersheimen sind ca. 30% der Bewohner und in der häuslichen Pflege ca. 20% der Patienten (RKI, 2003:10) betroffen. Die Anzahl potentiell dekubitusgefährdeter Patienten wird insbesondere durch den demographischen Wandel, den medizinisch-technischen Fortschritt und die dadurch steigenden Lebenserwartung zunehmen. Eine konsequente und effektive Prophylaxe wird somit immer notwendiger.

Dekubital-Ulcerationen werden international als Indikator der pflegerischen Versorgungsqualität angesehen (vgl.: American Nurse Association (ANA), 1999; International Quality Indicator Project (IQIP), 2002; Verein Outcome, 2005). Vor allem die Dekubitusinzidenz (die Anzahl der Patienten mit neu aufgetretenen Dekubital-Ulcerationen zu einem bestimmten Zeitpunkt) gibt Hinweise auf die angewendeten Prophylaxestrategien. Trotz gesetzlicher Vorgaben und national entwickelter Leitlinien, sowie steigendem finanziellen und materiellen Ressourceneinsatzes, konnte die Dekubitusinzidenz zwar gesenkt, aber die Entstehung eines Dekubitus nicht gänzlich vermieden werden (vgl.: Thomas, 2003:43; Moore, 2001:64). Eine mögliche Erklärung hierfür besteht darin, dass neues Wissen nicht ausreichend in die Pflegepraxis implementiert wurde. Daher ist es von Bedeutung, die Dekubitusprophylaxe als Aufgabe des Qualitätsmanagements wahrzunehmen. Dies ist jedoch nur möglich, wenn derzeitige Verfahrensweisen kontinuierlich analysiert, hinterfragt und Verbesserungen abgeleitet werden.

Die durch Dekubital-Ulcerationen verursachten Kosten für das Gesundheitswesen können anhand der schlechten Datenlage nur grob kalkuliert werden. Die geschätzten Mehrkosten, aufgrund einer erhöhten Verweildauer bis zu fünf Tagen (DNQP, 2004:36) und der Inanspruchnahme von zusätzlichen Leistungen, liegen pro Patient zwischen 4.550,- und 19.500,- Euro (DAHTA 2005:32). Eine konsequente und effiziente Prophylaxe aus ethischer, medizinisch-pflegerischer und ökonomischer Perspektive ist damit unverzichtbar (vgl.: DNQP, 2004; RKI, 2003). Die Notwendigkeit geeigneter Strategien zu entwickeln, die die Dekubitusprophylaxe optimieren und so der Entstehung von Dekubital-Ulcerationen entgegenwirken, wird dadurch hervorgehoben.

Da die Entstehung eines Dekubitus nicht immer vermieden werden kann (vgl.: Leffmann, 2004:107; DNQP, 2004:37) ist es notwendig, das Pflegepersonal für eine Dokumentation zu befähigen, die den Prozess der Dekubitusprophylaxe lückenlos und nachvollziehbar darstellt. Die Dokumentation des Dekubitusrisikos stellt dabei die Basis der erfolgreichen Prophylaxe dar.

2.2 Instrumente und Methoden des pflegerischen Qualitätsmanagements

Dem Qualitätsmanagement stehen zahlreiche Instrumente und Methoden zur Sicherung und Entwicklung der Qualität zur Verfügung. Diese müssen jedoch in Abhängigkeit von deren Zielsetzung ausgewählt werden. Gemeinsam liegt ihnen ein Problemlösungsprozess zugrunde, anhand dessen Maßnahmen geplant, evaluiert und Verbesserungen abgeleitet werden. In erster Linie sollen durch Qualitätssicherungsverfahren etablierte und evidenzbasierte Empfehlungen effektiv in die Pflegepraxis integriert werden. Ziel der Qualitätssicherungsprozesse ist es, den Ist-Zustand zu erheben sowie Verbesserungspotentiale aufzudecken und im Sinne einer kontinuierlichen Qualitätsentwicklung aufzugreifen und zu bearbeiten. In den HSK wurde der Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe“ in die Pflegepraxis implementiert und evaluiert. Die dafür angewendeten Instrumente und Methoden werden in diesem Kapitel aufgegriffen und erläutert.

2.2.1 Leitlinien und Standards

Standards und Leitlinien werden als wichtige Instrumente zur Qualitätssicherung und Entwicklung gesehen (vgl.: Schiemann & Schemann, 2004:23; Moers & Schiemann, 2004:78) und dienen als Hilfsmittel, um evidenzbasierte Empfehlungen in die Pflegepraxis zu integrieren. Durch die Implementierung von Standards und Leitlinien soll eine, über alle Institutionen des Gesundheitswesens hinweg gleichbleibende Qualität der Pflege, sichergestellt werden (Behrens & Langer, 2006:250).

Die Abgrenzung von Standards, Leitlinien und Richtlinien ist schwierig, da es keine einheitliche Definition der Begriffe gibt und sie zum Teil synonym verwendet werden (vgl.: Bartholomeyczik, 2005:21). Die Bundesärztekammer (BÄK, 1997, <http://www.leitlinien.de/leitlinienqualität/index/manual/index/kap01einfuehrung/view>; Stand: 24.02.2006) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV, 1997 <http://www.leitlinien.de/leitlinienqualität/index/manual/index/kap01einfuehrung/view>; Stand: 24.02.2006) definieren Leitlinien als „*Systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen*“. Expertenstandards hingegen werden definiert als ein „*professionell abgestimmtes Leistungsniveau, das den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle mit einschließt*“ (Moers & Schiemann, 2004:75). Durch diese Definitionen wird deutlich das Leitlinien, aber auch Expertenstandards im Gegensatz zu Richtlinien keine starre Handlungsanweisung, sondern „*Handlungs- und Entscheidungskorridore*“ (ÄZQ, 2006 <http://www.leitlinien.de/leitlinienqualität/index/manual/index/kap01einfuehrung/view>; Stand: 24.02.2006) darstellen. Dies bedeutet, dass auf der Grundlage der fachlichen Expertise der Pflegenden in begründeten Fällen von der Leitlinie abgewichen werden kann und muss. Hierbei ist es notwendig, die Abweichung mit Angabe der Begründung zu dokumentieren. Leitlinien bieten die Möglichkeit, durch unterschiedliche Handlungsalternativen zum gleichen Ergebnis zu kommen (vgl.: Dintelmann, 2006, Intranet HSK, Stand: 14.07.2006).

Der Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ (2004) bildet die Grundlage dieser Arbeit. Er beschreibt - auf Basis der derzeit best verfügbaren Evidenz - den aktuellen Stand der Pflege zur Vermeidung eines Dekubitus (vgl.: Fuchs, Willems, Panfil, 2007:184) und gibt Empfehlungen für eine effektive Prophylaxe. Er umfasst sieben Kri-

terien und bezieht dabei die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Donabedian, 1980 zitiert nach Baartmanns & Geng 2006:17) mit ein. Die Strukturqualität unterstreicht hierbei die Aufgaben und Verantwortung der Organisation in Bezug auf die Dekubitusprophylaxe beispielsweise in der Bereitstellung der erforderlichen finanziellen, personellen und materiellen Ressourcen. Die Prozessqualität unterliegt demgegenüber in der Verantwortung der Pflegenden und beinhaltet zum Beispiel die Ausführung und Dokumentation der prophylaktischen Maßnahmen. Im Rahmen der Ergebnisqualität werden die zu erreichenden Ergebnisse definiert, die durch die Strukturen und Prozesse erreicht werden sollen.

Um diese Leitlinien und Standards der breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen, wurden sie unabhängig von einzelnen Institutionen des Gesundheitswesens entwickelt. Die Inhalte müssen daher an die Rahmenbedingungen der jeweiligen Institution angepasst und anschließend in die Praxis implementiert werden.

Die interne Leitlinie Dekubitusprophylaxe der HSK wurde auf Basis des Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ (DNQP, 2004) entwickelt. Der Expertenstandard wurde dabei in monodisziplinären bottom-up Prozessen an die institutionellen Rahmenbedingungen angepasst. Die interne Leitlinie und ein individueller Bewegungsplan wurden in Zusammenarbeit von Pflegekräften, Mitarbeitern des Qualitätsmanagement und der Abteilung Pflegeforschung und -entwicklung erarbeitet. Die Akzeptanz der so erstellten Leitlinie wurde im Konsensverfahren überprüft und anerkannt. Der Bewegungsplan wurde in Praxisphasen getestet und ebenfalls im Konsensverfahren weiterentwickelt. Im Rahmen von Fortbildungen, die die Hintergründe des Expertenstandards mit einbeziehen, wurden die Leitlinie und der Bewegungsplan in der Praxis integriert und im Jahr 2006 in Form eines Ergebnisaudits evaluiert.

2.2.2 Ergebnisorientiertes PflegeAssessment-AcuteCare[®] (ePA-AC[®])

Um eine erfolgreiche Prophylaxe zu gewährleisten, wird im Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe“ die Anwendung einer systematischen Risikoeinschätzung empfohlen (DNQP, 2004:40). Der Nutzen einer solchen Skala ist zwar noch nicht eindeutig belegt, dennoch wird durch die Anwendung einer Skala die Aufmerksamkeit der Pflegenden auf ein mögliches Risiko gelenkt (DNQP, 2004:41). Als Risikoassessment wird in den HSK das ergebnisorientierte PflegeAssessment-AcuteCare[®] mit integrierter Braden-Skala eingesetzt.

Dieses Instrument wurde in der Abteilung Pflegeforschung und -entwicklung der HSK erarbeitet. Das ePA-AC[®] ist ein standardisiertes Assessmentinstrument, das in Form eines Screenings die Patientenfähigkeiten, -beeinträchtigungen und damit den Zustand des Patienten an unterschiedlichen Messzeitpunkten erfasst (Hunstein, 2007:o.S.). Das Instrument besteht aus zwei Teilen, dem Stammblatt und dem ePA-AC[®]-Bogen. Das Stammblatt wird vor allem dazu verwendet, die unveränderlichen Patientendaten zu erheben. Darüber hinaus kann hier dokumentiert werden, dass der Patient in seinen Fähigkeiten nicht beeinträchtigt ist. Dies gleicht damit einem Risikoausschluss. Werden jedoch Beeinträchtigungen beobachtet, muss der ePA-AC[®] Bogen, der die Patientenfähigkeiten erfasst, angelegt werden. Die Items dieses Bogens erheben beispielsweise den Ernährungszustand des Patienten oder Risikofaktoren im Bereich Dekubitus, Sturz und Pneumonie oder die Gefahr eines poststationären Versorgungsdefizits. Die Dekubitusgefahr wird dabei anhand der integrierten Braden-Skala erfasst. Die wesentlichen Ziele des ePA-AC[®] bestehen unter anderem in der „*Transparenz des pflegerischen Leistungsgeschehens*“, der „*Risikodiagnostik*“, „*Prozesssteuerung*“ und der „*Messung pflegerischer Ergebnisqualität*“ (Hunstein 2007:o.S.). Durch die Verknüpfung des ePA-AC[®] mit der internen Leitlinie Dekubitusprophylaxe, werden Maßnahmen der Dekubitusprophylaxe anhand von Punktwerten gesteuert. Wird ein Braden-Wert von 17 unterschritten, tritt die ePA-AC[®] Leitlinie Dekubitus-Prophylaxe in Kraft.

2.2.3 Audits

Mit Hilfe von Audits können Verfahrensweisen in der Praxis evaluiert werden. Der Begriff Audit leitet sich von dem lateinischen Wort „*audire*“ ab, was übersetzt so viel bedeutet wie „*hören, verhören*“ oder „*überprüfen*“ (Andraschko, o.J.:3). Audits stehen für eine „*systematische, unabhängige Untersuchung*“ (Denkeler, 2004:1) mit dem Ziel die Qualität zu bewerten, zu sichern und weiterzuentwickeln. Es gibt unterschiedliche Auditarten. Die Basis bilden System-, Prozess- und Ergebnisaudits. Des Weiteren wird zwischen Qualitäts- und klinischen Audits unterschieden.

Das National Institut for Clinical Excellence (NICE) definiert klinische Audits folgendermaßen: „*[...] a quality improvement process that seeks to improve patients care and outcomes through systematic review of care against explicit criteria and the implementation of change*“ (NICE, 2002:1). Diese Kriterien können sich dabei sowohl auf die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisebene beziehen (vgl.: NICE, 2002:1).

Durch die Etablierung von Audits zur Dekubitusprophylaxe können Verbesserungspotentiale und Stärken identifiziert (vgl.: Gietl, Lobinger 2003:8) und auf deren Basis, im Sinne der kontinuierlichen Verbesserung, handlungsleitende und problemlösende Maßnahmen durchgeführt werden. Die Vorteile von Audits zeigen sich in der individuellen Rückmeldung und der damit verbundenen Möglichkeit Verbesserungen direkt umsetzen zu können. Nachteile können sich insbesondere durch den Kontrollcharakter ergeben (vgl.: Andraschko, o.J.:5). Durch mangelnde Transparenz kann ein Audit zu Unsicherheit und fehlender Akzeptanz der auditierten Stationen führen.

Leitlinien können die Grundlagen für klinische Audits bilden, da sie den Soll-Zustand bzw. das erwünschte Vorgehen in einer bestimmten Situation beschreiben. Im Vergleich mit der Ist-Situation lassen Audits einen Rückschluss auf die Qualität der geleisteten Pflege zu.

2.2.4 Schulungen

Schulungen werden in der Literatur nicht ausreichend definiert. In dieser Arbeit werden Schulungen daher den Fortbildungen zugeordnet. Im Krankenhaus bestehen unterschiedlichen Modelle der Fortbildung, hierzu zählen unter anderem das Investitions- und das Defizitmodell. Im Rahmen des „*Defizitmodells*“ werden Fortbildungen dann angeboten, wenn Qualifikationsdefizite in der Pflegepraxis erkennbar sind. Hierbei übernehmen Fortbildungen die Rolle, vorhandene Qualifikationsdefizite der Mitarbeiter auszugleichen. Fortbildungen im Rahmen des „*Investitionsmodells*“ haben im Gegensatz dazu den Charakter der lernenden Organisation. Die Mitarbeiter werden hier vielmehr als „human resources“ im Sinne der Personalentwicklung gesehen (Picado & Unkelbach, 2001:29). Schulungen im Qualitätsmanagement setzen an beiden Modellen an, da sie zum einen Qualitätsdefizite aufdecken und bearbeiten, aber auch die Mitarbeiter weiter qualifizieren.

Der Begriff der auditbasierten Schulungen entstand im Kontext der Analyse der Audit-ergebnisse. Da die Schulungen die individuellen Stärken- und Schwächenprofile der Stationen aufgreifen, wurden die von den Stationen erreichten Ergebnisse entsprechend aufbereitet und als Basis der Schulung genutzt.

Die Notwendigkeit von Schulungen zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in der Dekubitusprophylaxe wird bei verschiedenen Autoren (z.B. Gunningberg, 2004a; Xakellis, Frantz, Lewis, Harvey 2001) und auch in den Leitlinien (z.B. DAHTA, 2005; RCN, 2001; AHCPR, 1992) belegt. Stephen-Haynes (2006:18) sieht Fortbildungen als Schwerpunkt einer erfolgreichen Dekubitusprophylaxe und Therapie. Schulungsprogramme sollen dabei unter anderem die systematische Risikoeinschätzung, Hautbeurteilung und Anweisungen zu einer umfassenden Dokumentation (vgl.: RCN, 2001:19; NICE, 2005:4f; DAHTA, 2005:142) beinhalten.

3 Dokumentation der Dekubitusprophylaxe

Die Dokumentation der Dekubitusprophylaxe stellt die Basis für eine konsequente und erfolgreiche Dekubitusprophylaxe dar (vgl.: Lyder, 2005:27f). Vor allem die komplexen Zusammenhänge des Dekubitusrisikos und der erforderlichen Prophylaxe setzen eine systematische Dokumentation aller Aspekte und Handlungsschritte zur Sicherung der Prozessqualität voraus (DAHTA, 2005:39). Hierbei hat die Pflegedokumentation die Aufgabe eines Informationsmediums, mit dem Ziel alle an der Behandlung beteiligten Personen über den Patientenzustand und den Verlauf der Versorgung zu informieren. Die Bedeutung der Pflegedokumentation als „*Instrument für die ordnungsgemäße Versorgung des Patienten*“ (Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) 1999:8) ist für die Dekubitusprophylaxe von zentraler Bedeutung. Bielitz, Hertel, Mertens und Halfens (2007) aber auch Gunningberg, Lindholm, Carlson und Sjöden (2000) belegen in Ihren Studien, dass bei Patienten mit bestehendem Dekubitus oder mit hohem Dekubitusrisiko, mehr Maßnahmen dokumentiert werden als bei Patienten ohne Dekubitus, bzw. mit niedrigem Risiko. Besonders auffallend in der Studie von Bates-Jenson, Cadogan, Jorge und Schnelle (2003) war, dass bei Patienten die innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme eine systematische Risikoeinschätzung erhalten haben, signifikant mehr prophylaktische Maßnahmen dokumentiert wurden als bei Patienten ohne eine Risikoeinschätzung. Eine unzureichende Dokumentation und die damit verbundenen Informationsverluste bezüglich der Pflege des Patienten kann die Qualität der Versorgung beeinflussen (vgl.: Gunningberg & Ehrenberg 2004b:329).

Die Dokumentationsqualität ergibt sich aus den Anforderungen des Krankenpflegegesetzes (2003) und des Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe“ (DNQP, 2004). Durch die Kriterien in diesen Schriften werden die Anforderungen einer umfassenden Dokumentation festgelegt. Eine nachvollziehbare und lückenlose Dokumentation sollte die durchgeführte Pflege und die präventiven Maßnahmen reflektieren.

In Deutschland sind Pflegekräfte laut § 3 KrpflG (2003) zur eigenverantwortlichen Dokumentation der Pflege verpflichtet. Auch der Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ gilt seit seiner Veröffentlichung als Rechtsgrundlage (vgl.: Groß-

kopf, 2002:868) für die Ausführung und Dokumentation der Dekubitusprophylaxe. Welche Bedeutung dies für die Rechtsprechung hat wird im Folgenden dargestellt.

Im Falle der Entwicklung eines Dekubitus liegt die Beweislast zunächst beim Patienten. Dies bedeutet, dass der Patient nachweisen muss das beispielsweise ein Behandlungsfehler vorliegt (vgl.: RKI, 2003:17). Bei einer lücken- oder fehlerhaften Dokumentation kann es jedoch zur Beweislastumkehr bzw. zur Beweislastumkehr zu Gunsten des Patienten kommen. In der Rechtsprechung wird davon ausgegangen, dass die Aspekte, die nicht dokumentiert sind, auch nicht durchgeführt wurden. Hierbei wird die fehlende Dokumentation von Maßnahmen zugleich als Indiz dafür gesehen, dass erforderliche Maßnahmen nicht geleistet wurden. Die Institution muss dann das Gegenteil beweisen und belegen dass eine sach- und fachgerechte Behandlung durchgeführt wurde (vgl.: DKG, 1999:22).

Aus Urteilen des Bundesgerichtshofes (BGH) und unterschiedlicher Landesgerichte (LG) im Zeitraum zwischen 1986 und 2000 geht hervor, dass die Pflegedokumentation für die Rechtssprechung einen hohen Stellenwert hat. In juristischen Analysen wird Rückgriff auf die pflegerische Dokumentation genommen. Mit der Veröffentlichung des Expertenstandards wird dieser in Verfahren häufig als „*vorweggenommenes Sachverständigengutachten*“ (Großkopf, 2002:868) verwendet und ergänzend zur Beweisaufnahme eingesetzt. Damit dient der Expertenstandard dem Richter als Entscheidungshilfe (vgl.: Schneider, 2002:80) und kann als Maßstab zur Beurteilung des aktuellen Standes der medizinisch-pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse zur Dekubitusprophylaxe herangezogen werden. Durch die erfolgreiche Implementierung des Expertenstandards kann die Institution belegen, dass sie alle Sorgfaltsregeln bei der Dekubitusprophylaxe beachtet hat.

Dass ein Dekubitus nicht immer vermieden werden kann (DNQP, 2004:37), muss in einer qualitativ hochwertigen Dokumentation belegt werden. Nur so wird deutlich, dass trotz einer umfangreichen, geeigneten und evidenzbasierten Prophylaxe ein Druckschwär entstehen konnte.

4 Ziel und Fragestellung der Arbeit

In den HSK wurde der Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ (DNQP, 2004) in der internen, abteilungsübergreifenden ePA-AC[®] Leitlinie Dekubitus-Prophylaxe umgesetzt. Die Umsetzung erfolgte in Anlehnung an das Implementierungsprojekt des DNQP (2004). Durch ein Ergebnisaudit wurde die Umsetzung der internen Leitlinie in der Pflege evaluiert. Die Ergebnisse des Audits 2006 zeigten, dass die Leitlinie noch nicht flächendeckend in der Praxis umgesetzt wurde. Im Wesentlichen wurden Verbesserungspotentiale in der Anwendung der systematischen Risikoeinschätzung und des individuellen Bewegungsplans identifiziert. Auf Basis der Ergebnisse wurde ein Schulungskonzept, das gezielt diese Verbesserungspotentiale aufgreift, entwickelt.

Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, zu untersuchen ob durch Schulungsmaßnahmen, welche die stationsbezogenen Auditergebnisse berücksichtigen, die Dokumentation der Dekubitusprophylaxe verbessert werden kann.

Aus dem Forschungsziel wurde die folgende, zentrale Forschungsfrage abgeleitet:

Worin unterscheidet sich die Dokumentationsqualität der Dekubitusprophylaxe der Interventions- und Kontrollgruppe in Abhängigkeit von vorangegangenen auditbasierten Schulungen?

Diese Fragestellung soll durch die folgenden Fragen beantwortet werden:

Die Fragen beziehen sich dabei auf die Kriterien E1 und E2 des Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ (DNQP 2004:39):

E1: „Eine aktuelle, systematische Einschätzung der Dekubitusgefährdung liegt vor“

E2: „Ein individueller Bewegungsplan liegt vor“

- Wird die systematische Risikoeinschätzung häufiger in der Interventions- oder Kontrollgruppe eingesetzt?
- Wird der Bewegungsplan in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe häufiger eingesetzt?

- Worin unterscheidet sich die Ausfüllqualität des Bewegungsplans zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe in Bezug auf die Kontinuität der prophylaktischen Maßnahmen?
- Wird der Fingertest zur Beurteilung des Hautzustandes dokumentiert?
- Worin unterscheidet sich die Beurteilung des Hautzustandes in der Interventions- und Kontrollgruppe?

5 Literaturübersicht

5.1 Literaturrecherche

Zur Identifikation der relevanten Literatur zu dem Themengebiet von Auswirkungen von Schulungen auf die Dokumentationsqualität der Dekubitusprophylaxe wurde eine systematische Suchstrategie entwickelt, die die Themengebiete¹ „Dekubitusprophylaxe“, „Fort- und Weiterbildung“, „Qualitätssicherung“, „Expertenstandard“ und „Pflegedokumentation“ und die englischen Themenkomplexe : „Pressure ulcer“, „Prevention and Control“, „Education“ „Quality assurance“, „Guidelines“ „Nursing records“ abdeckte. Die Recherche erfolgte im Online Public Access Catalogue (OPAC) der Fachhochschule Frankfurt am Main sowie im Katalog der Deutschen Nationalbibliothek in Frankfurt am Main. Des Weiteren wurde in den deutschsprachigen Datenbanken Gerolit und DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information), den englischsprachigen Datenbanken Medline, CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) und der Cochrane Library gesucht. Es wurden deutsch- und englischsprachige Studien aufgenommen. Aufgrund des Mangels an Forschungsliteratur zu diesem Thema wurde keine zeitliche Eingrenzung vorgenommen. Im Rahmen der systematischen Recherche wurden 170 Studien zum Thema identifiziert. Die Suche wurde durch eine Handsuche in den Zeitschriften „Pflege“, „Pflege und Gesellschaft“ und die Durchsicht der Referenzlisten relevanter Artikel ergänzt. Des Weiteren wurde eine Internetrecherche mit der Suchmaschine „Google“ durchgeführt. Durch diese Suchvorgänge konnten weitere 21 Artikel aufgegriffen werden.

Potentiell relevante Artikel wurden anhand der Sichtung des Titels und/oder Abstracts identifiziert und hinsichtlich der definierten Einschlusskriterien (siehe Anhang, Tabelle 5, S. VI) evaluiert. Erfüllten die Studien die Einschlusskriterien, wurden diese hinsicht-

¹ Die deutschen Begriffe wurden ins Englische übersetzt und als MeSH Terms gesucht. Die Begriffe wurden mit den Schlagworten von Studien zur Thematik verglichen und ggf. ergänzt. Eine detaillierte Übersicht über die verwendeten Begriffe und deren Synonyme, sowie vorgenommene Trunkierungen befindet sich im Anhang, Tabelle 4, S. II-V.

lich ihrer Qualität analysiert. Die Studien wurden als relevant eingestuft wenn sie die folgenden Kriterien erfüllten:

1. Evaluation von Dekubitusleitlinien in der Pflegepraxis
2. Randomisierte klinische Studien (RCT'S) oder klinische Studien (CCT'S), die die Auswirkung von Schulungen oder Qualitätsentwicklungsprogrammen auf die Dokumentationsqualität der Dekubitusprophylaxe untersuchen
3. Studien, die die Anwendung von Leitlinienempfehlungen in der Praxis anhand der Dokumentation untersuchen

12 der 191 Studien erfüllten die Einschlusskriterien und wurden als relevant für diese Arbeit eingestuft.

5.2 Stand der Forschung

In der nationalen und internationalen Literatur finden sich zahlreiche Studien, die sich mit der Thematik Dekubitusprophylaxe und -therapie auseinandersetzen (z.B. Gunningberg, 2004a; Bick & Stephens, 2003; Beitz, Fey, O'Brien, 1999). Einen besonderen Stellenwert nehmen hierbei Studien zur Senkung der Prävalenz- und Inzidenz von Dekubital-Ulcerationen ein (z.B. Rosen, Mittal, Degenholtz, Castle, Mulsant, Hulland, Nace, Rubin, 2006; Hiser, Rochette, Philbin, Lowehouse, Terburgh, Pietsch, 2006; Lahmann, Halfens, Dassen, 2005). Die Strategien zur Reduktion der Inzidenz und Prävalenz reichen hierbei von Schulungsprogrammen (z.B. Moore, 2001; Culley, 1998) über den Einsatz unterschiedlicher Hilfsmittel (z.B. Cullum, Deeks, Sheldon, Song, Fletcher, 2004) bis hin zu umfassenden Qualitätsentwicklungsprogrammen (z.B. Rosen, et al. 2006; Gunningberg, 2006). Im Gegensatz dazu thematisieren nur wenige Studien die Problematik der Dokumentationsqualität der Dekubitusprophylaxe.

Mit der vorgestellten Literaturrecherche konnten keine Studien identifiziert werden, die die Auswirkung von Schulungen auf die Dokumentationsqualität der Dekubitusprophylaxe untersuchten. Dennoch konnten Studien identifiziert werden, die unter anderem die Dokumentationsqualität miteinbeziehen. Eine Übersicht über die im Folgenden dargestellten Studien findet sich im Anhang (Tabelle 6, S. VII-XV).

Im Rahmen der Implementierung von Dekubitusprophylaxe-Leitlinien in die Praxis, die die Anforderungen an die Dokumentation mit einbeziehen, konnten zwei Studien aufgegriffen werden (DNQP, 2004; Bick & Stephens, 2003). Im Implementierungsprojekt des DNQP (2004) zur Einführung des Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ wurde ein Auditinstrument entwickelt, anhand dessen der Erfüllungsgrad der Standardkriterien gemessen werden konnte. Im Rahmen einer Machbarkeitsstudie (DNQP, 2004) wurde die Einführung des Expertenstandards „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ mittels eines Audits evaluiert. Die Ergebnisse zeigen eine gute Umsetzung der Standardkriterien. Insbesondere die Ergebnisse für die systematische Risikoeinschätzung und die Anwendung eines individuellen Bewegungsplans erreichten Werte

der Implementierung über 80%. Zu bemängeln ist hierbei jedoch dass kein follow-up² stattgefunden hat, welches die Nachhaltigkeit des Implementierungsprojekts belegen könnte.

Bei Bick und Stephens (2003) wurden Audits, vor und nach der Einführung einer nationalen Dekubitusprophylaxe-Leitlinie, durchgeführt. Durch das Audit konnten die Autoren eine Verbesserung der Qualität der Dekubitusprophylaxe und deren Dokumentation feststellen. Da hier aber ebenfalls eine umfassende Implementierungsstrategie verfolgt wurde, können die Autoren nicht benennen welche der Interventionen die Veränderungen in der Praxis ermöglicht haben. Sie schlussfolgern, dass eine nicht nur einseitig ausgerichtete Implementierungsstrategie eine erfolgreiche Veränderung der Praxis herbeiführen kann.

In einer Studie von Bielitz et al. (2007) wurde untersucht, in wieweit sich die Maßnahmen der Dekubitusprophylaxe am Expertenstandard orientieren. Die Studie basiert auf Daten der jährlichen Dekubitusprävalenzerhebungen des Instituts für Medizin/Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft der Charité-Universitätsmedizin Berlin. 9159 Datensätze von 2002-2004 wurden für die Erhebung ausgewertet. Es konnte eine leicht steigende Tendenz bezüglich der Orientierung an den Empfehlungen des nationalen Standards ermittelt werden. Bei Patienten mit einem bestehenden Dekubitus oder einem hohen Risiko wurden mehr Maßnahmen dokumentiert als bei Patienten mit niedrigem Risiko.

Cockbill-Black, Bond, Bersée-Mills, Warren, Hammerton, Found und Daley (1999) stellten im Rahmen eines Audits zur Dekubitusprophylaxe fest, dass die Dokumentationspraxis verbessert werden kann. In der Studie wurde die Durchführung der Dekubitusprophylaxe beobachtet und die Ergebnisse mit denen einer retrospektiven Dokumentationsanalyse (n=22) verglichen. Die Ergebnisse unterstreichen die Annahme, dass die Dokumentation nicht mit der geleisteten Pflege übereinstimmt. So wurde beispielsweise festgestellt, dass nur 30% der durchgeführten Lagerungen dokumentiert wurden. Auch Hautzustandsbeurteilungen wurden in 53% der Fälle nicht dokumentiert. Auf

² Zeitpunkt einer erneuten Datenerhebung, bei der gleichen Stichprobe (vgl.: Brandenburg, Panfil, Mayer, 2007:323)

Basis dieser Ergebnisse schlussfolgern die Autoren, dass regelmäßige Audits sowie Schulungen etabliert werden sollten, um die Dokumentationspraxis weiterhin zu evaluieren und zu verbessern.

Das Fraunhofer Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation (IAO) (2005) untersuchte in einer Umfrage unterschiedliche Aspekte der Dekubitusprophylaxe in stationären Pflegeeinrichtungen und der ambulanten Versorgung in Bayern. Unter anderem wurden hierbei Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe und deren Dokumentation untersucht. Da die Befragung aber ausschließlich auf einer Selbstauskunft der Organisationen beruht, können die Ergebnisse nur mit Einschränkungen bewertet werden. Dies zeigt der Widerspruch bei der Frage nach der Anwendung einer systematischen Risikoeinschätzung. So gaben 95% der ambulanten Pflegedienste an eine Risikoskala implementiert zu haben. Bei der Frage nach der Dokumentation des Dekubitusrisikos mittels Risikoskala gaben hingegen nur 80,1% an diese implementiert zu haben.

Gunningberg beschäftigte sich, in Zusammenarbeit mit verschiedenen Autoren, in den Jahren 2000, 2001 und 2004a/b mit der Qualität der Dokumentation der Dekubitusprophylaxe. Im Jahr 2000 untersuchten Gunningberg, Lindholm, Carlson, Sjöden welche Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe bei Patienten mit Oberschenkelhalsfrakturen dokumentiert wurden. Hierzu wurde ein retrospektives komparatives Design gewählt. Zwischen März und Juli 1997 wurden die Dokumente von 55 Patienten mit Oberschenkelhalsfrakturen analysiert. Die Dokumente aller eingeschlossenen Patienten wurden anhand eines für die Studie entwickelten Protokolls bewertet. Im Durchschnitt wurden pro Patient 2,2 Maßnahmen bezüglich der Dekubitusprophylaxe dokumentiert. Insgesamt konnten nur drei Krankenakten die Anforderungen des Schwedischen Gesetzes erfüllen. Es wurde festgestellt, dass Patienten mit Dekubitus (Grad 1 und 2) signifikant ($p < 0.001$) mehr Interventionen erhielten als Patienten ohne Dekubitus. Damit decken sich die Ergebnisse mit denen von Bielitz et al. (2007). Eine weitere Veröffentlichung der Autoren (2001) untersuchte anhand der gleichen Stichprobe die Frage, inwieweit Leitlinienempfehlungen zur Dekubitusprophylaxe in der Pflegedokumentation umgesetzt werden. Die Ergebnisse der Studie entsprechen damit den oben genannten Ergebnissen, woraus abzuleiten ist, dass nur drei Patientenakten den Anforderungen der Leitlinie gerecht wurden.

In der Evaluation eines Schulungsprogramms (Gunningeberg, 2004a) mit einem quasi-experimentellen prätest-posttest Design und follow-up nach acht Monaten konnte zwar ein signifikanter Wissenszuwachs bei den Pflegenden, aber keine signifikante Verbesserung der Dokumentationsqualität festgestellt werden. In der Studie wurde die Auswirkung eines umfassenden Schulungsprogramms bei 20 Pflegenden in Bezug auf das Wissen zur Dekubitusprophylaxe und Therapie, sowie auf die Dokumentation der Dekubitusprophylaxe untersucht. Zur Evaluation der Dokumentation wurden 57 Patientenakten vor und 63 nach der Schulung analysiert. Die Ergebnisse zeigen, dass die Dokumentation nach der Schulung weiterhin lückenhaft ist. Ein follow-up im Bereich der Pflegedokumentation erfolgte nicht.

Eine weitere Studie von Gunningeberg und Ehrenberg (2004b) greift die Problematik der unzureichenden Dokumentation der Dekubitusprophylaxe auf. Im Rahmen einer komparativen, retrospektiven Dokumentationsanalyse wurden die Ergebnisse des Audits mit denen der Beobachtung verglichen. Bei der Studie handelte es sich um eine stichtagsbezogene Erhebung. Es wurden Daten von 413 Patienten erhoben, das Einschlusskriterium „dokumentierter Dekubitus“ erfolgte in 59 Patientenakten. Diese Dokumente wurden auditiert und mit den Ergebnissen der Beobachtungen verglichen. Die Ergebnisse zeigen eine ungenaue Dokumentation bei Patienten mit Dekubitus. So wurden von 33,3% der beobachteten Dekubital-Ulcerationen nur 14,3% dokumentiert. Die Risikoeinschätzung wurde nur zu 8,5% (n=5) durchgeführt und geplante Lagerungen erfolgten in nur 10,2% (n=6) der Fälle.

Weitere Studien auf dem Gebiet der Dokumentation von Leitlinienempfehlungen in der Praxis wurden durch Bates-Jenson, et al. (2003) und Saliba, Rubenstein, Simon, Hickey, Ferrell, Czarnowski, Berlowitz (2003) durchgeführt. Bei Bates-Jenson et al. wurde dazu ein retrospektives komparatives Design in einer multizentrischen Studie gewählt. 148 Patientenakten aus acht Pflegeheimen wurden gesichtet und mit Beobachtungen der Durchführung der Dekubitusprophylaxe sowie den Ergebnissen eines Bewegungssensors verglichen. Insgesamt wurden neun Auditkriterien überprüft. Die Ergebnisse zeigten eine unterschiedliche Reichweite der Umsetzung der Leitlinienempfehlungen in der Praxis (0-98%). Die Autoren ermittelten eine mangelhafte Dokumentation des Dekubitusrisikos, nur 62% (n=58) der Patienten erhielten eine systematische Risiko-

einschätzung. Bei Patienten, die am Aufnahmetag eine systematische Risikoeinschätzung erhalten haben, wurden signifikant mehr prophylaktische Maßnahmen dokumentiert als bei Patienten ohne Einschätzung.

Saliba et al. (2003) konnten in ihrer Studie 834 Patientenakten aus 35 Pflegeheimen einbeziehen. Bei der Untersuchung handelte es sich um eine retrospektive Dokumentationsanalyse. Hierbei wurde die Pflegedokumentation anhand von fünfzehn Leitlinienempfehlungen in Form von Qualitätskriterien überprüft. Die Autoren beschreiben, dass die Empfehlungen bis zu 50% umgesetzt wurden. Auch hier wurde eine unzureichende Anwendung der systematischen Risikoeinschätzung von 61% (n=507) ermittelt. Die Hautinspektion hingegen wurde in 94% (n=668) der Fälle dokumentiert und ein individueller Bewegungsplan lag bei 69% der Patienten vor.

Provo, Picentine und Dean-Baar (1997) untersuchten im Rahmen eines Pretest-Posttest Interventionsdesigns das Wissen der Pflegekräfte (n=67), in Bezug auf die Dekubitusprophylaxe sowie die Dokumentationsqualität der Dekubitusprophylaxe anhand von 43 Patientenakten, vor und nach einer Schulung. Das Schulungsprogramm basierte auf der AHCPR (Agency for Healthcare Policy and Research) Leitlinie „Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention“ (1993) und den Pretest-Ergebnissen der Studie. Es konnte kein signifikanter Unterschied bei den Ergebnissen des Wissenstest festgestellt werden. Die Hautzustandsbeurteilung zeigte jedoch signifikante ($p=0.002$) Unterschiede. So erhielten im Pretest 62% und im Posttest 96% der Patienten eine Hautzustandsbeurteilung.

Insgesamt ist das Design der beschriebenen Studien als schwach anzusehen, da es sich meist um Evaluationen oder komparative Designs handelt. Um konkrete Aussagen zur Wirksamkeit der erfolgreichen Implementierung oder des Nutzens von Expertenstandards bzw. Leitlinien machen zu können, wären aussagekräftigere experimentelle Designs in Form von RCT's wünschenswert. Die Ergebnisse der hier aufgeführten Studien sind durch die unterschiedlichen Forschungsdesigns und Zielsetzungen der Studien nicht uneingeschränkt übertragbar. Dennoch zeigen die Studien, dass die Dokumentation der Dekubitusprophylaxe unzureichend ist und dass eine weitere Qualitätsentwicklung auf dem Gebiet notwendig ist.

Da sich die Studien vor allem auf skandinavische und amerikanische Settings beziehen kann hier ebenfalls keine Übertragbarkeit gewährleistet werden, da sich die Berufsbilder und Berufsausbildung sowie die Finanzierungen von Pflegeheimen, nursing homes oder long-term facilities von den deutschen Einrichtungen unterscheiden. Die Ergebnisse geben jedoch einen Hinweis darauf, dass die Problematik der Dokumentation der Dekubitusprophylaxe unabhängig von der Art der Einrichtung, aber auch von der Qualifikation besteht. So wird in den USA ein Mangel an der Einhaltung von Leitlinienempfehlungen festgestellt, obwohl die Pflegekräfte dort in den meisten Fällen eine akademische Ausbildung haben.

Zusammenfassend kann dargestellt werden, dass die systematische Risikoeinschätzung und der Einsatz eines individuellen Bewegungsplans in fast allen Studien berücksichtigt und in den Vorgaben der internationalen Standards ausdrücklich empfohlen werden. In der Literatur wird hierbei ein unterschiedlicher Erfüllungsgrad angegeben. Für die Anwendung der systematischen Risikoeinschätzung reichen die Ergebnisse von 8,5% bei Gunningberg und Ehrenberg (2004b) bis hin zu 98% in der Studie von Bick und Stephens 2003.

Auch die Beurteilung des Hautzustands wird in der Literatur unterschiedlich dargestellt. In der Untersuchung von Saliba et al. (2003) wurde die Beurteilung des Hautzustands als meist angewendete Leitlinienempfehlung ermittelt. Cockbill und Kollegen (1999) beschrieben, dass diese in 53% der Dokumente fehlten. Dies unterstreicht die Problematik der Umsetzung von Dekubitusprophylaxe Leitlinien deutlich.

Die Untersuchungen, die sich mit der Übereinstimmung der aktuellen Dekubitusprophylaxe und den Empfehlungen zur Dokumentation und Dekubitusprophylaxe beschäftigten, zeigten unterdurchschnittliche Ergebnisse. Befragungen hingegen zeigen, dass die Dekubitusprophylaxe auf einem hohen Standard ausgeführt wird. So beschreibt das Fraunhofer IAO (2005), dass die Dekubitusprophylaxe insgesamt auf dem aktuellen Stand der Forschung basiert. Da diese Untersuchung ausschließlich auf der schriftlichen Befragung der Leitungen von Pflege- und Altenheimen sowie ambulanten Diensten basiert, ist zu bemerken das Gunningberg et al. (2004b) und Bates-Jenson et al. (2003) feststellten das Angaben aus Interviews nicht mit den Ergebnissen aus Beobachtungen und Dokumentationsanalysen übereinstimmen.

6 Forschungsdesign und Methode

6.1 Forschungsdesign

Da im Rahmen dieser Arbeit die Auswirkungen von Schulungen auf die Dokumentationsqualität der Dekubitusprophylaxe untersucht wurden, wurde ein quasi-experimentelles nicht randomisiertes Interventionsdesign gewählt. „*In quasi experimentellen ... Studien wird eine Intervention entwickelt, von der angenommen wird, dass sie zu Veränderungen bei den Post-test Messungen der Behandlungs-, Kontroll- oder Vergleichsgruppen führt. Diese Intervention kann (...) aufklärend bzw. erzieherisch sein*“ (Burns & Grove, 2005:259). In dieser Untersuchung handelte es sich bei der Intervention um ein Schulungsprogramm, das auf stationsbezogenen Audit-ergebnissen basierte. Die pflegerische Dokumentation von Patienten, bei denen ein Dekubitusrisiko nicht ausgeschlossen werden konnte, stellte in dieser Arbeit das Zielkriterium zur Messung der Dokumentationsqualität dar.

6.2 Vorgehensweise

Die Untersuchung erfolgte zwischen April und August 2007 (siehe Abbildung 1, S.27). Im Juni 2006 wurde an den HSK ein Audit zur Evaluation der Dekubitusprophylaxe durchgeführt. Die Daten wurden im Rahmen einer Gelegenheitsstichprobe erhoben. Die Ergebnisse zeigten, dass die interne Leitlinie Dekubitusprophylaxe noch nicht flächendeckend umgesetzt wurde. Verbesserungspotentiale konnten im Bereich der systematischen Risikoeinschätzung und in der Anwendung des Bewegungsplans identifiziert werden. Stärken der Dokumentation zeigten sich bei der Dekubitusdokumentation und bei der Dokumentation von Hilfsmitteln. Die konkreten Ergebnisse wurden jedoch nicht mit in diese Arbeit einbezogen, da die Erhebung unter einer anderen Fragestellung stattgefunden hat. Dennoch bilden sie die Grundlage für diese Untersuchung, da auf deren Basis ein Schulungsprogramm entwickelt wurde, das auf stationsbezogenen Audit-Ergebnissen beruht.

Die Mitarbeiter der teilnehmenden Stationen und Pflegedienstleitungen wurden im Januar des Jahres 2007 über die Schulungen und das Re-Audit informiert. Aufgrund des zeitlichen und personellen Aufwands eines Prozessaudits in Form von Beobachtungen

und Interviews, wurde der Fokus dieser Arbeit auf ein Ergebnisaudit gelegt. Es wurden dementsprechend nur Kriterien überprüft, die sich auf die Dokumentation beziehen bzw. anhand der Dokumentation überprüfbar sind.

Im Rahmen dieser Arbeit wurden zunächst sechs von zwölf Stationen (Interventionsgruppe) geschult. Die Schulungen erfolgten zwischen dem 05. und 23. April 2007. Sechs Wochen nach der letzten Schulung ist das Re-Audit auf allen Stationen durchgeführt worden. Abschließend wurden die Daten ausgewertet und die Ergebnisse beider Gruppen miteinander verglichen und damit die Wirksamkeit der Schulung beurteilt. Um einen einheitlichen Wissensstand der Mitarbeiter zu gewährleisten, wurden nach dem Re-Audit die restlichen sechs Stationen (Kontrollgruppe) geschult.

Die teilnehmenden Stationen wurden anhand der folgenden Kriterien, gezielt der Interventions- und Kontrollgruppe, zugeordnet.

1. Gleichmäßige Verteilung der Stationen mit guten Ergebnissen (Audit 2006) auf die Interventions- und Kontrollgruppe
2. Gleichmäßige Verteilung der Stationen mit Verbesserungspotentialen (Audit 2006) auf Interventions- und Kontrollgruppe
3. Gleichmäßige Verteilung der Disziplinen (Innere Medizin, Chirurgie und Urologie) auf die Interventions- und Kontrollgruppe

Untersuchungsablauf:

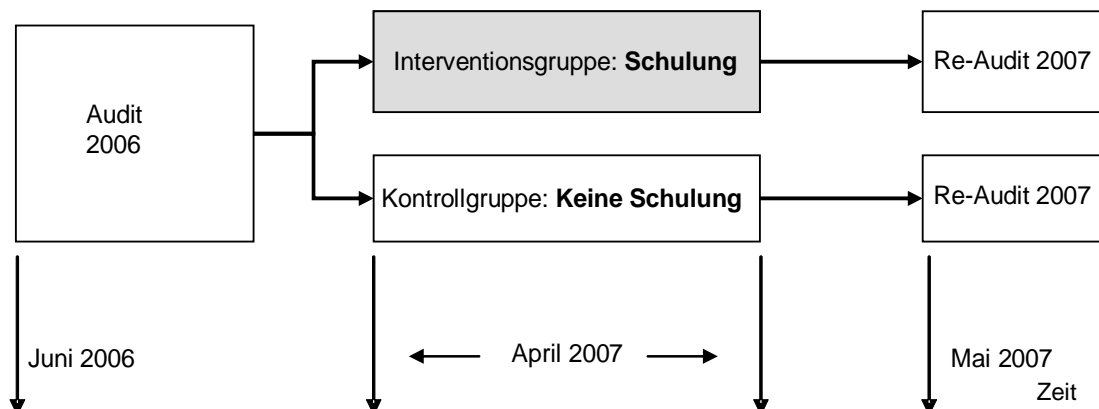


Abb. 1 Übersicht Untersuchungsablauf

6.3 Schulungen

Die Schulung beinhaltete im Wesentlichen drei Komponenten und wurde stationsbezogen durchgeführt. Im ersten Schritt erfolgte die theoretische Aufarbeitung der Thematik Dekubitusprophylaxe inklusive der gesetzlichen Grundlagen und des Expertenstandards. Die zweite Komponente basierte auf der Diskussion der im initialen Audit erreichten Ergebnisse, in Bezug auf die theoretischen Anforderungen und die Gesamtergebnisse des Audits. Der dritte und letzte Teil bestand aus einer praktischen Übung zur systematischen Risikoeinschätzung und der Anwendung des individuellen Bewegungsplans anhand ausgewählter Beispiele. Die Bezeichnung „*auditbasierung*“ bezieht sich auf das Feedback und die Diskussion der im ersten Audit erreichten Ergebnisse. Zur Erläuterung der theoretischen Basierung und der pädagogisch-didaktischen Konzeption der Schulung siehe Anhang S.XVIII-XXXV.

Das Ziel der Schulung bestand darin, die Teilnehmer für die Thematik der Dokumentation der Dekubitusprophylaxe zu sensibilisieren. Durch die gezielte Rückmeldung der im Audit 2006 erreichten Ergebnisse wurden die Stärken und Verbesserungspotentiale in Bezug auf die Dokumentationsqualität der Dekubitusprophylaxe aufgearbeitet. Dabei sollte eine kritische Auseinandersetzung mit den im Expertenstandard formulierten Dokumentationsanforderungen und den im Audit 2006 erreichten Ergebnissen erfolgen. Hierbei sollten die Prophylaxestrategien und das eigene Handeln reflektiert und selbstständig Lösungsstrategien zur Verbesserung der Dokumentation der Dekubitusprophylaxe entwickelt werden. Das Bewusstsein für die Notwendigkeit der Pflegedokumentation als Bestandteil der Pflege sollte durch die Schulung verbessert werden.

Die Schulungen wurden pro Station einmal angeboten und dauerten im Durchschnitt 90 Minuten. Die Teilnehmerzahl variierte zwischen vier und neun Personen (siehe Tabelle 1, S. 29)

Teilnehmerzahl der einzelnen Stationen

Station	1	2	3	4	5	6
Anzahl der Mitarbeiter auf Station	17	17	17	16	22	15
Teilnehmerzahl (n/%)	4 (23,5%)	5 (29,4%)	9 (52,9%)	8 (50%)	7 (31,8%)	4 (26,6%)

Tab. 1 Übersicht über die Teilnehmerzahl der einzelnen Stationen

6.4 Ethische Überlegungen

Die Pflegedienstleitungen und der Betriebsrat wurden schriftlich und im Rahmen einer Informationsveranstaltung über das geplante Vorgehen informiert. Die Erhebung stellte für die Pflegenden auf Station keine zusätzliche Belastung dar. Damit den Teilnehmern der Kontrollgruppe kein Nachteil entstand, wurden diese im Anschluss an die Untersuchung ebenfalls geschult. Um eine weitgehende Anonymität der Patienten zu gewährleisten, wurden die Erhebungsbögen ausschließlich mit Aufnahmedatum, Station und Aufnahme Nummer versehen. Hierdurch war kein direkter Rückschluss auf die Patienten möglich. Die Daten wurden anonymisiert ausgewertet.

6.5 Datenerhebung

Die Datenerhebung fand zwischen dem 02. und 18. Mai 2007 statt und erfolgte mit einem für diese Studie entwickelten, standardisierten Erhebungsinstrument (siehe Anhang S. XVI-XVII). Die Analyse der Dokumentation erfolgte retrospektiv. Dabei wurden die Patientenakten ab dem Stichtag rückwirkend bis hin zum Tag der Aufnahme des Patienten beurteilt. Für die Erhebung der Kontinuität der prophylaktischen Maßnahmen wurden Mittelwerte gebildet. Durch die Dokumentation der Aufnahme Nummer auf dem Erhebungsbogen wurde sichergestellt, dass die Dokumentation jedes Patienten nur einmal auditiert wurde. Der Erhebungsaufwand betrug im Durchschnitt ca. 30 Minuten pro Patientenakte. Zur Beschreibung der Stichprobe wurden die demographischen Daten, Alter und Geschlecht, der Patienten erhoben.

6.5.1 Stichprobe

Es wurden alle Stationen in die Studie einbezogen die am ersten Audit teilgenommen haben. Dies war nötig, da die Schulung auf den Ergebnissen des vorangegangenen Audits aufbaute. Hierdurch wird deutlich, dass es sich bei der Stichprobenziehung um eine gezielte Stichprobe handelte.

Die Auswahl der Dokumente erfolgte anhand der dokumentierten Pflegepersonalregelungs- (PPR) Stufe. Diese stellt eine Form der Leistungserfassung in der Pflege dar und wird in den HSK als internes Steuerungsinstrument routinemäßig erfasst. Die PPR Stufen A2 und A3 erfassen unter anderem pflegerische Leistungen im Bereich der Bewegung und Mobilisation. Werden hier Leistungen dokumentiert kann davon ausgegangen werden, dass der Patient in seiner Bewegungsfähigkeit eingeschränkt ist. Da die Entstehung von Dekubital-Ulcerationen vor allem durch Einschränkungen in der Mobilität und Bewegungsfähigkeit begünstigt wird, wurde die PPR als Einschlusskriterium gewählt. Die Dokumentationsanalyse bezog sich auf alle verfügbaren Dokumente, die für die Dekubitusprophylaxe relevant sind. In den HSK sind das:

- ePA-AC[®] Stammblatt
- ePA-AC[®] mit integrierter Braden-Skala
- PPR Dokumentationsbogen
- Pflegebericht
- Bewegungsplan oder alternative Formulare
- Wunddokumentationsbogen

Diese Auswahl wurde getroffen, da sich in diesen Dokumentationsmedien Aussagen zum Dekubitusrisiko und zur Dekubitusprophylaxe und Therapie finden lassen. Es sollte gewährleistet werden, dass bei der Analyse keine Daten aufgrund eines systematischen Fehlers übersehen wurden.

Einschlusskriterien:

Mit dem Ziel, eine Vergleichbarkeit der Daten zu erreichen, wurden folgenden Einschlusskriterien formuliert:

Da die ePA-AC[®] Leitlinie Dekubitusprophylaxe und das ergebnisorientierte PflegeAssessment-AcuteCare[®] die Basis dieser Untersuchung bildeten, wurden alle Stationen einbezogen, die dieses Instrument einsetzen. Es wurden alle Patienten mit der PPR Stufe \geq A2 in die Untersuchung eingeschlossen. Auf Basis von 713 Datensätzen wurden Sensitivität³ und Spezifität⁴ für das Ausschlusskriterium PPR Stufe A1 berechnet. Die Sensitivität für dieses Kriterium betrug 93,1% und die Spezifität 69,6%. Die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten mit der PPR Stufe A1 laut Braden-Skala ein Dekubitusrisiko aufweisen ist damit sehr gering. Das bedeutet, dass der Ausschluss der Patienten mit PPR A1 als sinnvoll eingeschätzt werden kann. Da die Kriterien der Leitlinie innerhalb der ersten 24 Stunden erfüllt werden müssen, wurden nur die Patienten einbezogen die sich innerhalb diesen Zeitraums auf Station befanden.

6.5.2 Erhebungsinstrument

Das Erhebungsinstrument (siehe Anhang S. XVI-XVII) wurde im Rahmen eines berufspraktischen Semesters entwickelt und basiert auf der internen ePA-AC[®] Leitlinie Dekubitus-prophylaxe und dem Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe“. Das Instrument umfasst 27 Items die die Dokumentationsqualität, in den in Kapitel 6.5.1 genannten Dokumentationsmedien erfassen. Bei den Items handelt es sich um geschlossene Fragen. Die Antwortmöglichkeiten sind in „JA“, „NEIN“ und „Nicht erforderlich“ bzw. „Nicht einschätzbar“ gegliedert. Ausreichend Raum für Bemerkungen ist gegeben. Die Anwendbarkeit des Instruments wurde in einem Pretest auf einer chirurgischen und einer internistischen Station bei insgesamt 4 Patienten getestet und angepasst. Ziel des Pretests war es, das Erhebungsinstrument auf Praktikabilität und Schwachstellen zu überprüfen. Die Ergebnisse des Pretests wurden aufgenommen und das Instrument mo-

³ Wahrscheinlichkeit, dass das Testergebnis dekubitusgefährdete Patienten als solche erkennt. (vgl.: Brandenburg, Panfil. Mayer, 2007:327)

⁴ Wahrscheinlichkeit, dass das Testergebnis nicht dekubitusgefährdete Patienten als solche erkennt. (ebd, 2007:327)

difiziert. Daraus resultierte, dass Kriterien zur Dekubitusdokumentation und die Kontinuität prophylaktischer Maßnahmen ergänzt sowie einzelne Items in ihrer Reihenfolge umgestellt wurden. Die Konsistenz in der Anwendung konnte gewährleistet werden, da die Daten nur von einer Person erhoben wurden.

6.6 Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgte mittels Microsoft ACCESS 2003 und SPSS (Statistical Package for Social Science) Version 15.0. Die Daten wurden innerhalb der Kontrollgruppe und Interventionsgruppe ausgewertet und mittels des Chi-Quadrat-Test auf einen Zusammenhang untersucht. Der Zusammenhang bezog sich hierbei auf die Gruppenzugehörigkeit und eine entsprechend andere Variable⁵ der Forschungsfragen. Bei diesem Verfahren werden Hypothesen anhand des Anteils von Fällen, die in verschiedene Kategorien fallen, getestet (Polite, Beck, Hungler, 2004:340). Hierbei erfolgt ein Abgleich zwischen den beobachteten und den erwarteten Werten die auftreten würden, wenn keine Beziehung zwischen den Variablen besteht (Polite, 1996:194).

Zur Beschreibung der Stichprobe wurden die demographischen Daten, Alter und Geschlecht erfasst und mittels deskriptiver Statistik ausgewertet. Hierzu wurden der Mittelwert (MW), Median (MD) und die Standardabweichung (SD) ermittelt.

⁵ „Kriterien, Eigenschaften oder Merkmale, die in einer quantitativen Studie gemessen werden“ (Panfil & Mayer, 2007:71).

7 Ergebnisse

7.1 Stichprobe

In der Erhebung wurden 53 Patientenakten unabhängig von Grunderkrankung, Alter oder Geschlecht des Patienten berücksichtigt. Insgesamt wurden die Dokumente von 25 Frauen (47,2%) und 28 Männern (52,8%) im Alter von 39 bis 91 Jahren berücksichtigt (Median 70 Jahre, SD 13). Aufgrund der unterschiedlichen Standardabweichung der Altersverteilung in der Interventions- und Kontrollgruppe (siehe Abbildung 2, S.33) wurde der Variationskoeffizient für beide Gruppen berechnet. Der Variationskoeffizient oder auch die relative Standardabweichung gibt an, „welchen Anteil die Streuung im Verhältnis zum Mittelwert besitzt“ (Mayer, Panfil, 2007:151). Für die Interventionsgruppe wurde eine relative Streuung von 22% und für die Kontrollgruppe von 18% errechnet.

Altersverteilung der eingeschlossenen Patienten in Interventionsgruppe und Kontrollgruppe

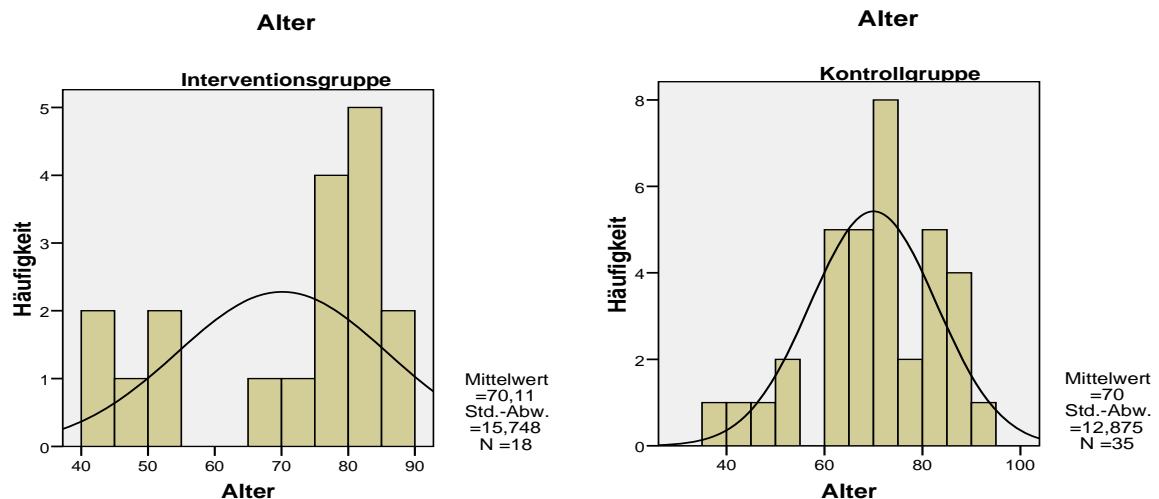


Abb. 2 Altersverteilung

Von den 53 eingeschlossenen Patienten haben insgesamt 38 Patienten (71,7%) eine Risikoeinschätzung erhalten. Die Risikoeinschätzung erfolgte dabei mittels dem ePA-AC[®]-Bogen, dem Stammbblatt oder anhand des Pflegeberichtes. Bei 15 Patienten (28,3%) fehlte die Einschätzung, bei 16 (42,1%) Patienten konnte ein Dekubitusrisiko

gemäß Braden Skala (Braden ≤ 16) festgestellt werden. Von den gefährdeten Patienten befanden sich 6 in der Interventions- und 10 in der Kontrollgruppe (siehe Abbildung 3, S.34).

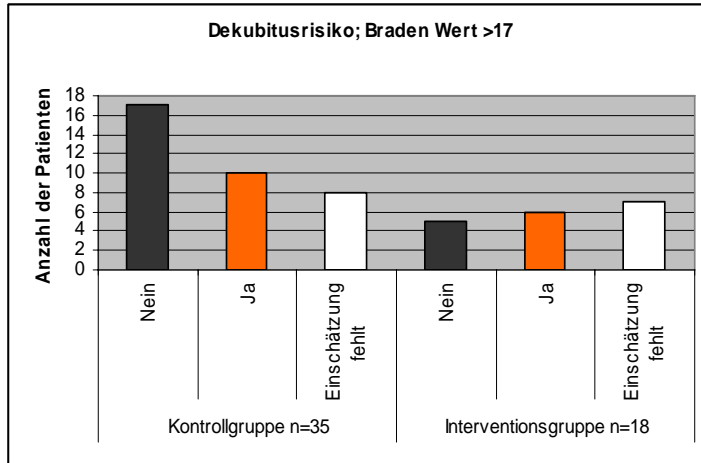


Abb. 3 Dekubitusrisiko gemäß Braden Skala ≤ 16

Zwischen den Teilnehmern in der Interventions- und Kontrollgruppe besteht in Bezug auf Geschlecht ($\chi^2 = 0,088$ [1df⁶]; $p=0,767$), Dekubitusrisiko ($\chi^2 = 0,983$ [1df]; $p=0,321$) und Alter (Median 70, 12,8 SD (KG) /76,5 und 15,7 SD (IG)) kein statistisch signifikanter Unterschied. Die untersuchten Patientenakten waren damit vergleichbar.

⁶ Abkürzung für „degree of freedom“ entspricht dem Freiheitsgrad und ist definiert als der Spielraum, zwischen dem das Ergebnis variieren kann. (Burns & Grove, 2005:372)

7.2 Systematische Risikoeinschätzung

In der Anwendung der systematischen Risikoeinschätzung (ePA-AC[®]) konnte kein signifikanter Unterschied ($\chi^2 = 0,267$ [1df], $p = 0,605$) zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe festgestellt werden. In der Interventionsgruppe (n=18) haben 6 Patienten (46,2%) und in der Kontrollgruppe (n=35) 10 Patienten (55,6%) eine Einschätzung mittels ePA-AC[®] erhalten (siehe Abbildung 4, S.35).

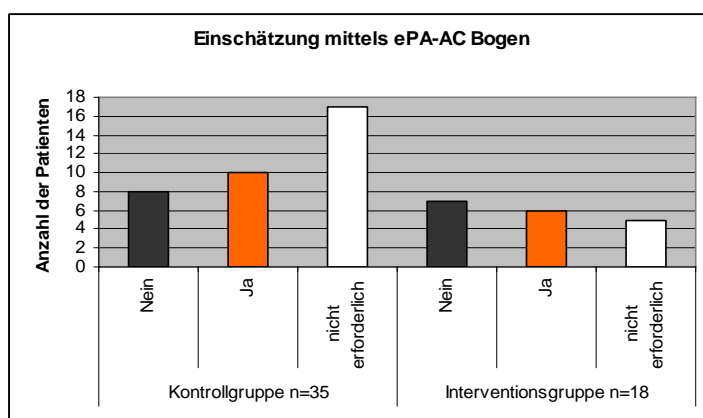


Abb. 4 Einschätzung mittels ePA-AC[®] Bogen mit Integrierter Bradenskala

Die Einschätzung mittels ePA-AC[®], Stammblatt oder Pflegedokumentation erfolgte in der Interventionsgruppe bei 11 (61,1%) und in der Kontrollgruppe bei 27 (77,1%) Patienten (siehe Abbildung 5, S.36).

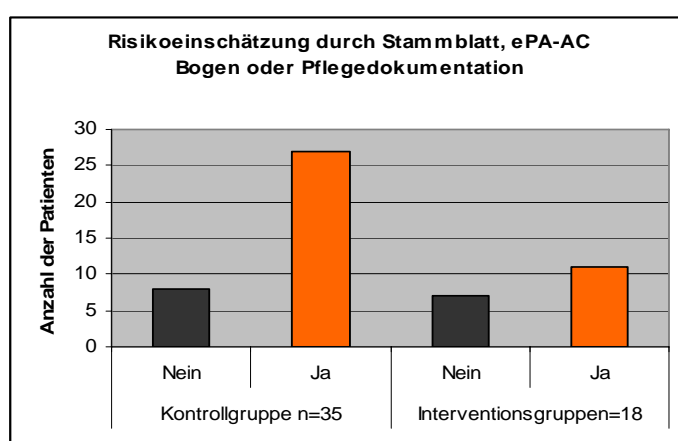


Abb. 5 Risikoeinschätzung allgemein

Damit erfolgte bei 5 Patienten in der Interventions- und bei 17 Patienten in der Kontrollgruppe der Risikoausschluss durch die Anwendung des Stamblatts oder die Pflegedokumentation. Auch hier konnte kein signifikanter Unterschied ($\chi^2 = 1,506$ [1df], $p = 0,220$) zwischen den Gruppen festgestellt werden. In der Interventionsgruppe fehlte die Einschätzung bei 7 Patienten (38,8%) und in der Kontrollgruppe bei 8 Patienten (22,8%).

Die Ergebnisse geben einen Hinweis darauf, dass die Gruppen sich in Bezug auf die Einschätzung des Dekubitusrisikos nicht unterscheiden.

7.3 Individueller Bewegungsplan

6.3.1 Anwendung des Bewegungsplans

Die Anwendung des individuellen Bewegungsplans erfolgt in der Interventionsgruppe bei 6 Patienten (66,7%), und in der Kontrollgruppe bei 4 Patienten (22,2%). Bei der Anwendung des Bewegungsplans und der Gruppenzugehörigkeit konnte ein signifikanter Unterschied ($\chi^2=5,082$ [1df], $p=0,024$) zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe ermittelt werden, so haben in der Interventionsgruppe mehr gefährdete Patienten einen Bewegungsplan erhalten als Patienten in der Kontrollgruppe (siehe Abbildung 6, S.37). Da der Chi-Quadrat Test jedoch eine erwartete Häufigkeit unter fünf angibt, ist der Test hier methodisch nicht zulässig (LoBiondo-Wood & Haber 2005:571). Daher wurde der exakte Test nach Fischer berechnet, welcher ebenfalls ein signifikantes Ergebnis ($p=0,039$) zeigte.

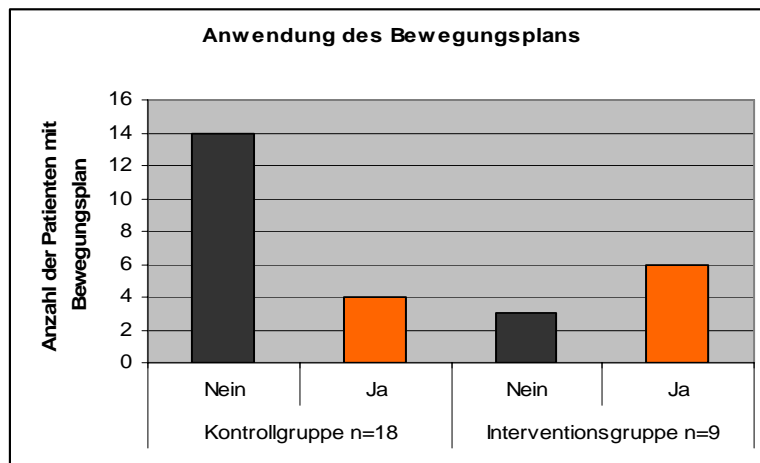


Abb. 6 Anwendung des Bewegungsplans

Die Stichprobengröße (n) unterscheidet sich von der Gesamtgröße der Stichprobe, da nicht alle Patienten einen Bewegungsplan benötigten. Ein Bewegungsplan war in dieser Untersuchung erforderlich bei Patienten mit:

- beschriebenen Hautrötungen
- bestehendem Dekubitus
- bestehendem Dekubitusrisiko

- Dokumentationen bezüglich Lagerungen im Pflegebericht oder anderen Dokumentationsmedien
- Speziallagerungssystemen

6.3.2 Dokumentierte Maßnahmen im Bewegungsplan

Im Bewegungsplan wurden im Durchschnitt 8 prophylaktische Maßnahmen dokumentiert, wobei der niedrigste Wert bei 4 und der höchste bei 11 Maßnahmen in 24 Stunden lag. Die Anzahl der dokumentierten Maßnahmen lag in der Kontrollgruppe höher als in der Interventionsgruppe (siehe Tabelle 2, S.38). Eine qualitative Aussage kann nicht erfolgen, da der Bewegungsplan die Individualität des Patienten berücksichtigt und damit keine Standardwerte vorgegeben sind. Die qualitative Analyse in Bezug auf die dokumentierten Maßnahmen hat hervorgebracht, dass die Maßnahmen, die standardmäßig dokumentiert wurden, die Links- und Rechts Seitenlagerung (30° und Schiefe Ebene), Rückenlage, Herzbett und Mobilisationen (Sessel, Bettkante) waren. Die Hohl-Lagerung wurde bei zwei Patienten dokumentiert. Mikrobewegungen, Bobath Lagerungen und Mobilisationen durch die Krankengymnasten wurden in keinem der Bewegungspläne dokumentiert.

Kontinuität der Maßnahmen im Bewegungsplan

	Gruppenzugehörigkeit						
	Kontrollgruppe			Interventionsgruppe			
Anzahl der dokumentierten Maßnahmen	8	10	11	4	5	8	9
Häufigkeit	1	2	1	2	1	2	1

Tab. 1 Anzahl der dokumentierten Maßnahmen im Bewegungsplan

Auf die Frage, ob der Fingertest zur Beurteilung des Hautzustandes dokumentiert wird, konnten keine signifikanten Unterschiede in der Interventions- und Kontrollgruppe gefunden werden ($\chi^2=1,648^7$ [1df], $p=0,199$), wobei in der Interventionsgruppe drei Stationen und in der Kontrollgruppe eine Station den Fingertest dokumentierten. Eine

Beschreibung des Hautzustands erfolgte bei 18 (75,7%) Patienten. Insgesamt erhielten 9 (50%) Patienten in der Interventions- und 9 (25,7%) Patienten in der Kontrollgruppe eine Beschreibung des Hautzustands, wobei beschriebene Hautrötungen in der Kontrollgruppe in 3 (15,7%) Fällen und in der Interventionsgruppe in 4 (36,3%) Fällen mit dem Fingertest beurteilt wurden (siehe Abbildung 7, S.39).

Auch bei dieser Variable unterscheidet sich die Stichprobengröße von der Gesamtgröße der Stichprobe, da nicht alle Patienten eine Hautzustandsbeurteilung benötigten. Diese ist erforderlich bei Patienten mit beschriebenen Hautrötungen, Dekubitusrisiko gemäß Braden-Skala oder bestehendem Dekubitus.

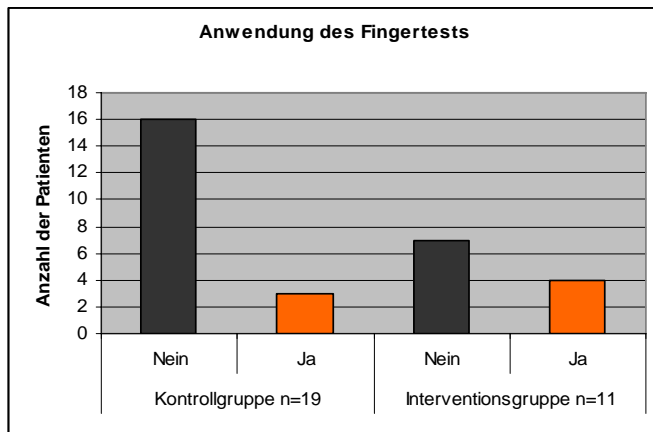


Abb. 7 Anwendung des Fingertests

Bei der Frage, worin sich die Beurteilung des Hautzustandes in der Interventions- und Kontrollgruppe unterscheidet, konnte ermittelt werden das in der Kontrollgruppe häufiger Hautrötungen beschrieben wurden, bei denen kein Fingertest zur Beurteilung durchgeführt wurde. In der Interventionsgruppe hingegen wurde der Fingertest durchgeführt wenn eine Hautrötung beschrieben wurde.

⁷ Da zwei Zellen eine erwartete Häufigkeit unter fünf hatten, ist der Test hier methodisch nicht exakt verwertbar, damit können die Ergebnisse nur eingeschränkt interpretiert werden.

Übersicht: Forschungsfragen und Gruppenzugehörigkeit

Variable	Interventionsgruppe (n=18)		Kontrollgruppe (n=35)	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
ePA bei Pat. mit PPR \geq A2 angelegt?	6	46,2	10	55,6
Erfolgt überhaupt eine Einschätzung?	11	61,1	27	77,1
Hat der Patient bei der letzten Einschätzung ein Dekubitusrisiko?	6	33,3	10	28,6
Hat der Patient einen Bewegungsplan erhalten?	6	33,3	4	11,4
Fingertest zur Beurteilung des Hautzustandes?	4	36,4	3	15,8
Liegt überhaupt eine Beurteilung des Hautzustands vor?	9	75	9	50

Tab. 2 Übersicht der Ergebnisse

8 Diskussion und Grenzen dieser Arbeit

Das Ziel dieser Arbeit bestand darin, zu untersuchen welchen Einfluss auditbasierte Schulungen auf die Dokumentationsqualität der Dekubitusprophylaxe haben. Dabei wurde anhand eines standardisierten Erhebungsinstruments ermittelt, inwieweit die Dokumentationskriterien der internen ePA-AC[®] Leitlinie in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe umgesetzt werden.

Der Einfluss der Schulung auf die Dokumentationsqualität kann aufgrund institutioneller Rahmenbedingungen und methodischer Schwachstellen nicht eindeutig nachgewiesen werden. Ebenfalls fehlt es in der Literatur an Studien (vgl. Kapitel 5.2), die direkt mit der vorliegenden Arbeit vergleichbar sind. Infolgedessen können die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit nur eingeschränkt interpretiert werden.

8.1 Ergebnisdiskussion

Auch wenn der Effekt der Schulung auf die Dokumentationsqualität nicht eindeutig nachgewiesen werden kann, geben die Ergebnisse Hinweise darauf, dass sich die Interventions- und Kontrollgruppe in Bezug auf die untersuchten Variablen unterscheiden.

Systematische Risikoeinschätzung

Die systematische Risikoeinschätzung wird im nationalen Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ (DNQP, 2004), aber auch in internationalen Leitlinien (z.B. NICE, 2005) die sich mit der Dekubitusprophylaxe auseinandersetzen, ausdrücklich empfohlen. Die Risikoskalen sollen dabei als unterstützende Instrumente eingesetzt werden und die Aufmerksamkeit der Pflegenden auf ein mögliches Dekubitusrisiko lenken (DNQP, 2004:41).

In der vorliegenden Untersuchung konnte nach der Schulung kein signifikanter Unterschied in der Anwendung der systematischen Risikoeinschätzung zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe nachgewiesen werden. Die internationale Literatur zeigt eine große Reichweite bei der Anwendung der systematischen Risikoeinschätzung. So konnte Gunningberg & Ehrenberg (2004b) eine Umsetzung von 8,5% und Bick & Stephens (2003) von 98% ermitteln. Dies weist auf einen unterschiedlichen

Implementierungsgrad hin, dessen Ursachen nicht eindeutig belegt sind. Es ist beispielsweise denkbar, dass die Pflegenden die Anwendung einer systematischen Risikoeinschätzung als Eingriff in ihre persönliche Expertise wahrnehmen. Eine Untersuchung von Moore & Price (2004:946) zeigte, dass 32% der befragten Pflegekräfte davon ausgehen, dass deren klinische Einschätzung besser ist als eine der verfügbaren Risikoskalen. Schröder (2004:163) weist jedoch vor allem darauf hin, dass Patienten mit niedrigem Dekubitusrisiko von den Pflegenden nur unzureichend erkannt werden und Gunningberg (2001:259) stellte in ihrer Untersuchung fest, dass die systematische Risikoeinschätzung meist ad-hoc erfolgte. Um dem entgegenzuwirken müssen die Pflegenden den Sinn und Zweck dieser „Hilfsmittel“ verstehen (Sippel, 2007:o.S.). Ansonsten besteht die Gefahr, dass diese unreflektiert in der Pflegepraxis angewendet werden und „*folgenlos*“ (Müller-Staub, 2002:118) bleiben.

Zwar kann durch die Anwendung einer systematischen Risikoeinschätzung die Aufmerksamkeit auf das Dekubitusrisiko gelenkt werden, aber ohne die Expertise der Pflegenden ist deren Nutzen begrenzt. Die Notwendigkeit, dass Pflegende diese Instrumente als Hilfsmittel verstehen, die sie bei Bedarf einsetzen und damit ihre persönlichen Einschätzungen unterstützen können, wird hierdurch hervorgehoben. Dass die Dokumentation eines bestehenden Dekubitusrisikos wichtig ist, zeigt die Studie von Bates-Jenson et al. (2003:1199). Die Autoren konnten feststellen dass zwischen der Dokumentation von Patienten, die ein initiales Assessment erhalten haben und den Patienten ohne Assessment, signifikante Unterschiede in Bezug auf die Dokumentation der Dekubitusprophylaxe bestehen.

Individueller Bewegungsplan

Zur Dokumentation der prophylaktischen Maßnahmen wird die Anwendung eines individuellen Bewegungsplans empfohlen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen dass der Bewegungsplan, bei Patienten bei denen ein Dekubitusrisiko nicht ausgeschlossen werden kann, in der Interventionsgruppe häufiger eingesetzt wird als in der Kontrollgruppe. Dies gibt einen Hinweis auf die positive Wirkung der Schulung auf die Anwendung des individuellen Bewegungsplans. Bei der Erhebung des DNQP (2004) wurde ein individueller Bewegungsplan in 83,1% der Fälle angelegt. Auch bei Saliba et al. (2003) lag ein individueller Bewegungsplan in 69% der Fälle vor. Damit wird die

Umsetzung des Individuellen Bewegungsplans als gut beurteilt. Wenn jedoch bedacht wird, das Cockbill-Black et al. (1999) feststellten das 70% der beobachteten Positionswechsel nicht dokumentiert wurden, kann die Anwendung dieses Instruments noch verbessert werden. Die Aussagen über die Ausfüllqualität bleiben dabei eingeschränkt, da der Plan vor allem die Individualität des Patienten berücksichtigt und daher keine Standardaussage dazu gemacht werden kann wie viele Lagerungen in 24 Stunden erfolgen müssen.

Hautzustandsbeurteilung

In der internen ePA-AC[®] Leitlinie wird die Dokumentation der Hautbeurteilung mindestens einmal in 24 Stunden gefordert. Das die Pflegekräfte insbesondere dabei Schwierigkeiten haben zeigte sich in den Schulungen zu der vorliegenden Arbeit aber auch in der Literatur (z.B. DNQP, 2004:52, Gunningberg & Ehrenberg 2004a:333). Die Untersuchung von Gunningberg (2004b) zeigte, dass das Wichtigste was die Pflegekräfte gelernt haben die Diagnostik eines Dekubitus Grad I mit Hilfe des Fingertests ist. Im Rahmen der Schulungsmaßnahmen zu der vorliegenden Untersuchung stellte der Fingertest für die meisten Teilnehmenden einen neuen Begriff dar, der scheinbar in der Umsetzung in der Pflegepraxis Probleme bereitet. Die Auswirkung der Schulung auf die Anwendung des Fingertest zeigte keine signifikanten Unterschiede in der Interventions- und Kontrollgruppe. Dennoch liefern die Ergebnisse den Hinweis darauf, dass ein Unterschied möglich ist. In der Interventionsgruppe haben die Mitarbeiter von drei Stationen den Fingertest dokumentiert in der Kontrollgruppe hingegen ausschließlich die Mitarbeiter einer Station. Da auf der Station der Kontrollgruppe am Stichtag drei dekubitusgefährdete Patienten in die Erhebung eingeschlossen wurden und diese Station den Fingertest routinemäßig anwendet und dokumentiert, besteht die Möglichkeit das die Ergebnisse in Bezug auf die Anwendung des Fingertests verfälscht wurden. Denn damit dokumentierten nur die Mitarbeiter einer Station der Kontrollgruppe, bei einer im Verhältnis gesehen hohen Anzahl an in die Untersuchung eingeschlossenen Patienten, den Fingertest.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Leitlinie in den HSK weiterhin noch nicht flächendeckend umgesetzt wurde. Es zeigten sich jedoch Hinweise, dass durch die Schulung die Umsetzung gefördert wurde. Die Ergebnisse zeigen eine unterschiedliche

Reichweite der Implementierung der Leitlinie. Dies konnten auch Bates-Jenson et al. (2003) und Saliba et al. (2003) feststellen. Es konnten Stationen mit guten Ergebnissen aber auch Stationen mit Verbesserungspotentialen identifiziert werden. Auffallend war, dass die Stationen die im Audit 2006 gute Ergebnisse zeigten, im Jahr 2007 wieder gute Ergebnisse lieferten. Die Ursachen für die unzureichende Implementierung auch nach den Schulungsmaßnahmen sind komplex und noch nicht ausreichend untersucht. Mögliche Erklärungen hierfür sollen im Folgenden erläutert werden.

Das die Implementierung von neuem Wissen in die Praxis problematisch ist wird in der internationalen Literatur beschrieben (z.B. Rycroft-Malone, Harvey, Kitson und Titchen, 2004; Xakellis, Frantz, Lewis und Harvey, 2001). Die Implementierung ist ein komplexer Prozess der keinem vorgeschriebenen, logischen und geradlinigen Weg verfolgt (Rycroft-Malone, et al. 2004:915), sondern durch Dynamik und die Abhängigkeit von äußeren Einflüssen geprägt ist. So können beispielsweise mangelnde Ressourcen wie Personalengpässe, ein Mangel an Hilfsmitteln oder Fortbildungsmaßnahmen die Implementierung von neuem Wissen in die Praxis behindern (vgl.: Rycroft-Malone et al. 2004:921). Moore & Price (2004:945) stellten fest, dass eine positive Einstellung der Pflegenden gegenüber der Dekubitusprophylaxe allein nicht ausreicht um Veränderungen in die Praxis zu implementieren. Vor allem die Problematik der langfristigen Umsetzung von leitlinienorientierten Prophylaxemaßnahmen in die Pflegepraxis wird bei Xakellis et al. (2001:258) beschrieben. Die Autoren betonen ebenfalls, dass das Management der Problematik mehr Aufmerksamkeit schenken muss. Die Leitlinien und Standards zeigen ihren Ansatz zwar auf der prozessualen Ebene, die Implementierung kann jedoch nur erfolgreich verlaufen wenn die erforderlichen strukturellen Rahmenbedingungen gegeben sind (DAHTA 2005:183). Also gerade institutionelle Rahmenbedingungen scheinen die Umsetzung von neuem Wissen in die Pflegepraxis zu erschweren (Xakellis et al. 2001, Bick & Stephens 2003). Die HSK befand sich während der Studie in einer umfassenden Umstrukturierung aufgrund eines finanziellen Sanierungsprozesses. Durch die weitreichenden und vor allem nicht einschätzbaren Veränderungen wirkten die Mitarbeiter verunsichert. Die Atmosphäre bei den Mitarbeitern der Stationen wirkte entsprechend angespannt. Bereits bei der Terminierung der Schulungen und Audits, und auch in den Schulungen an sich, wurde eine schlechtere Dokumentation in Aussicht gestellt. Aufgrund des gleichzeitigen Personalabbaus, hoher

Belegungszahlen und Krankenstände haben die Mitarbeiter der Stationen einzelne pflegerische Tätigkeiten gekürzt oder gestrichen. So gaben drei Stationen der Interventionsgruppe an, die systematische Risikoeinschätzung aufgrund der derzeitigen Situation nicht mehr anzuwenden. Eine der drei Stationen hat die Dokumentation für diesen Zeitraum komplett abgelehnt. Daher ist es denkbar, dass dieses anhaltende Ereignis weitreichende Auswirkungen auf den messbaren Effekt der Schulung hatte.

Die Pflegedokumentation könnte einen weiteren Einflussfaktor darstellen, der sich auf die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit ausgewirkt hat. Sie wird in der Literatur als „ständiges Problemfeld“ (Zegelin-Abt, 2005:111) gesehen. Die Funktion der Dokumentation als Grundlage einer qualitativ hochwertigen Pflege (RKI, 2003:18, Zegelin-Abt, 2005:116) wird von den Pflegekräften nur unzureichend wahrgenommen. In den meisten Fällen wird sie ausschließlich aufgrund von rechtlichen Gesichtspunkten geführt. Die Gründe für die Problematik der Pflegedokumentation sind weitläufig. Zegelin-Abt (2005:113ff.) unterscheidet hierbei zwischen Faktoren wie Zeitmangel, Personalabbau und steigende Arbeitsbelastung. Beispielsweise assoziieren Pflegende mit Pflegearbeit keine Büroarbeit und sehen diese als patientenferne und pflegefremde Tätigkeit (Sowinski, 1998:275). Gerade in Zeiten hoher Arbeitsbelastung wird die Arbeit am Patienten als prioritär angesehen (ebd.: 1998:276). Als weitere Faktoren für eine unzureichende Dokumentation sieht Zegelin-Abt (2005) vor allem die Unzufriedenheit mit, und Unsicherheiten bei der Dokumentation.

Erstaunlicherweise scheint sich das Bewusstsein der Pflegenden für die Notwendigkeit der Dokumentation, mit dem Auftreten oder dem Bestehen von Dekubital-Ulcerationen, zu verändern. Tritt ein Dekubitus auf, wird die Dokumentation detaillierter und umfassender, dies konnte im Audit 2006 und 2007 beobachtet werden und wird in der Literatur bestätigt. Gunningberg et al. (2000), Bielitz et al. (2007) und Bates-Jenson et al. (2003) bestätigen dies in Ihren Studien. Gunningberg et al. (2000) führen dieses Verhalten darauf zurück, dass vor allem Prophylaxestrategien in den Bereich von Routinetätigkeiten fallen und aus dem Grund nicht dokumentiert werden. Die Autoren fanden beispielsweise heraus, dass die Fersenfreilagerung bei Patienten mit Hüftfrakturen routinemäßig durchgeführt, jedoch nur in der Hälfte der Fälle auch dokumentiert wurde.

Denkbar ist aber auch, dass der Dekubitus für die Pflegenden ein besonderes Ereignis darstellt, das genauer dokumentiert werden muss.

Eine weitere mögliche Erklärung hierfür kann das Pflegeverständnis sein. In der Pflege wird der Fokus noch zu wenig auf die präventiven Anteile der Pflege gelegt. Erst seit der Einführung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (2003) wird der Bereich Prävention als eigenverantwortliche Aufgabe der Pflegenden gesehen. Das noch sehr Medizin geprägte Pflegeverständnis ist demgegenüber größtenteils auf die Defizite und nicht auf die Ressourcen des Patienten ausgerichtet. Dabei besteht die Möglichkeit, dass sich das Pflegeverständnis auf die Dokumentation überträgt. Demnach wird nicht dokumentiert was getan wird damit die Haut intakt bleibt, sondern was getan wird wenn die Haut einen Defekt aufweist.

Abschließend kann gesagt werden, dass die Ergebnisse Hinweise darauf geben das einzelne Stationen gute Dokumentationsleistungen erbringen. Damit belegen diese, dass es möglich ist die Kriterien der Leitlinie zu erfüllen. Als mögliche Erklärung soll hierbei die Verantwortung und Funktion der Stationsleitung, die der Pflegedokumentation eine hohe Priorität einräumt, hervorgehoben werden. Auch ein unterschiedlicher Qualifikationsgrad der Mitarbeiter der Stationen kann ein Grund dafür sein. Bartholomeycik (2004:195) führt die Unterschiede in der Dokumentationsqualität auf die einzelne Pflegeperson, deren Kenntnisse und Prioritäten zurück. Es ist aber ebenfalls denkbar, dass einzelne Stationen bereits Erfahrungen mit juristischen Dokumentationsanalysen gemacht haben. In einem weiteren Schritt muss hier untersucht werden was die Stationen mit guten Ergebnissen, von den Stationen bei denen Verbesserungspotentiale identifiziert wurden, unterscheidet. Allerdings wird deutlich, dass einzelne Stationen unter den gleichen Rahmenbedingungen die Anforderungen der Leitlinie erfüllen können, anderen Stationen hingegen scheint dies nicht möglich zu sein. Diese Tatsache kann auf einen unterschiedlichen Professionalisierungsgrad hinweisen.

8.2 Methodendiskussion

Das Design und die Methode der vorliegenden Arbeit lassen keinen Rückschluss auf den Erfolg der Schulung zu. Gründe hierfür liegen vor allem in der kleinen Stichprobe. Die im Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ (2004) vorgeschlagene Stichprobengröße von mindestens 40 dekubitusgefährdeten Patienten, konnte aufgrund des Vorgehens (stichtagsbezogenen Erhebung) und des gewählten Designs nicht erreicht werden. Die Stichprobengröße in der vorliegenden Arbeit betrug 16 dekubitusgefährdete Patienten. Gerade bei kleinen Stichprobengrößen sind statistische Testverfahren nicht immer gültig und können nur eingeschränkt angewendet werden (vgl.: LoBiondo-Wood & Haber, 2005:571ff.). Die Wahrscheinlichkeit, dass die Ergebnisse auf Zufall beruhen, wird durch die kleine Stichprobengröße und die fehlenden Randomisierung erhöht.

Die Dokumentationsanfordernisse wurden anhand der Leitlinie und des Expertenstandards abgeleitet. Gerade in Bezug auf die Anwendung und Dokumentationsqualität des individuellen Bewegungsplans können die Ergebnisse nur mit Vorsicht interpretiert werden. Detaillierte Aussagen sind hierbei nur durch die gleichzeitige Beobachtung des Patienten möglich. Dieses Vorgehen, der Vergleich zwischen den geleisteten pflegerischen Maßnahmen und den dokumentierten Maßnahmen, wird bei Hale, Thomas, Bond und Todd (1997) als Goldstandard beschrieben. Aufgrund von zeitlichen Ressourcen wurde jedoch in dieser Arbeit auf dieses Vorgehen verzichtet. Auch wenn ein Ergebnisaudit grundlegende Informationen zur Qualität der Dekubitusprophylaxe geben kann, ist es nicht ausreichend um von der Qualität der Dokumentation auf die Qualität der Pflege zu schließen (vgl.: Bartholomeycik 2004:194). Bates-Jenson et al. (2003) stellten in ihrer Untersuchung fest, dass 24 von 29 Patienten bei denen ein Dekubitusrisiko identifiziert wurde, Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe erhielten die jedoch nicht dokumentiert wurden. Dies macht deutlich, dass von der Dokumentation der Dekubitusprophylaxe nicht auf die Praxis der Prophylaxe geschlossen werden kann. In einem weiteren Schritt ist es jedoch erforderlich das Audit auf die Prozessebene auszuweiten, denn nur hierdurch wird es möglich die tatsächlich geleistete Qualität der Dekubitusprophylaxe zu ermitteln, auf deren Basis konkrete Ursachenanalysen durchgeführt

und Verbesserungspotentiale identifiziert werden können. Letztendlich kann nur so eine Aussage zur Qualität der Dekubitusprophylaxe gemacht werden.

Im Rahmen dieser Untersuchung wurde aufgrund von eingeschränkten zeitlichen und organisatorischen Ressourcen auf eine genaue Betrachtung der Mitarbeiter und der Ausgangslage der Stationen der Interventions- und Kontrollgruppe verzichtet. Daher können keine Aussagen zu der Qualifikation der Mitarbeiter, aber auch nicht in Bezug auf die Belegungszahl und die Personalbesetzung, gemacht werden. Ein möglicher Unterschied zwischen den Teilnehmern und den Ausgangssituationen der einzelnen Stationen in der Interventions- und Kontrollgruppe aber auch weitere die Ergebnisse beeinflussende Faktoren, konnten dadurch übersehen werden.

Weiterhin konnten die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit durch die Teilnehmerzahl an den Schulungen beeinflusst werden. Zum Teil haben nur 23,5% der Mitarbeiter einer Station an den Schulungen teilgenommen, da die Schulungen für jede Station nur einmal angeboten wurden. Damit die Schulungsinhalte jedoch stationsintern weitergegeben werden, hätten diese Mitarbeiter als Multiplikatoren fungieren müssen. Dies wurde jedoch im Rahmen dieser Arbeit nicht untersucht, sondern es wurde die Leistung der gesamten Station gemessen. Eine Stationsbezogene Auswertung der Ergebnisse und der Vergleich der Ergebnisse zwischen Stationen mit geringer und hoher Teilnehmerzahl, war aufgrund der niedrigen Stichprobengröße nicht möglich.

Ein weiterer methodischer Kritikpunkt ergibt sich daraus, dass keine Rücksicht auf die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus genommen wurde. Die Möglichkeit, dass die Dokumentation bei einem Patienten, der bereits längere Zeit im Krankenhaus lag, schlechter ist als bei einem Patienten, der gerade erst aufgenommen wurde, ist in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt worden. Es ist möglich, dass sich die Dokumentation bei Patienten mit einer längeren Verweildauer verschlechtert, da die Pflegenden den Patienten nach einer gewissen Zeit besser einschätzen können und daher Maßnahmen, die zu Beginn der Versorgung noch dokumentiert wurden, zu Routine werden und daher die Notwendigkeit der Dokumentation nicht mehr gesehen wird. Um Unterschiede zwischen Patienten mit einer längeren Verweildauer und Patienten mit kurzer Verweildauer zu messen, hätte das Erhebungsinstrument variabler und vor allem differenzierter aufgebaut sein müssen. Das Erhebungsinstrument erfasste ausschließlich

ob ein Kriterium erfüllt wurde oder nicht, bzw. ob es erforderlich war oder nicht. Zwar wurde Raum für Bemerkungen gegeben, diese konnten jedoch nicht quantitativ ausgewertet werden. Es wäre sinnvoll gewesen ergänzend zu den dichotomen Antwortmöglichkeiten „Ja“ und „Nein“ die Möglichkeit zu geben, dass das Kriterium „teilweise“ erfüllt wurde, damit eine differenziertere Betrachtung der Ergebnisse möglich gewesen wäre.

In anbetracht der Ergebnisse und der methodischen Schwachstellen dieser Studie wäre eine ergänzende Evaluation der Schulung sinnvoll gewesen. Zu viele Einflussfaktoren, wie die Sanierungsphase, Absprachen mit den Pflegedienstleitungen und die generelle Ausgrenzung der Pflegedokumentation aufgrund der vorliegenden Rahmenbedingungen, konnten die Erhebung beeinflussen. Eine Evaluation z.B. anhand von anonymisierten Feedbackbögen hätte den Nutzen für die Pflegepraxis transparent machen und damit die Wirkung der Schulung nachweisen können. Zwar wurden nach den Schulungen Gedächtnisprotokolle die auf einem kurzen Feedback der Teilnehmer beruhten angelegt, diese waren jedoch für eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) nicht ausreichend.

9 Schlussfolgerungen

„Wie gelangt neues Wissen in die Praxis – und was ist nötig dieses Wissen erfolgreich in der Pflegepraxis zu implementieren?“ Dass diese Frage nicht einfach beantwortet werden kann zeigt die vorliegende Arbeit. Die Komplexität der Faktoren, die die erfolgreiche Implementierung von neuem Wissen in die Pflegepraxis ermöglichen, aber auch hemmen können, ist enorm. In der Pflege ist es durch die Komplexe und häufig Arbeitsteilige Organisation der Pflege nicht immer eindeutig zu sagen, welche Faktoren als Ursache für die Pflegequalität und damit auch für die Implementierung von neuem Wissen in die Pflegepraxis in Frage kommen (vgl.: Henke, 2006: 368).

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen eine Tendenz, dass neues Wissen nur langsam in der pflegerischen Praxis Einzug hält. Dies hängt möglicherweise damit zusammen, dass erstmals mit der Einführung des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (2003) die Wissenschaftsbasierung des pflegerischen Handelns gefordert ist. Pflegekräfte sind durch die gesetzlichen Vorgaben dazu angehalten die Pflege auf dem allgemein anerkannten Stand medizinischer, pflegewissenschaftlicher und anderer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auszurichten. Allerdings fehlt es den Pflegekräften an Fähigkeiten sich dieses Wissen anzueignen. Erst mit dem neuen Curriculum werden Pflegekräfte dazu ausgebildet sich mit Forschungsliteratur auseinander zu setzen. Dieser Teil der Ausbildung nimmt aber nur einen kleinen Teil im Lehrplan ein. Brandenburg (2002) geht jedoch davon aus, dass die Pflegenden, zur erfolgreichen Implementierung von neuem Wissen in die Pflegepraxis, Fähigkeiten zur Beurteilung von Forschungsberichten erlangen müssen. Mit der Einführung der Expertenstandards soll den Pflegenden evidenzbasiertes Wissen zur Verfügung gestellt werden. Willborn, Halfens und Dassen (2006) fanden jedoch heraus, dass der Expertenstandard in den Institutionen des Gesundheitswesens noch nicht ausreichend bekannt ist.

Des Weiteren wird der Bereich der Prävention ebenfalls erst mit der Einführung des neuen Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes (2003) als eigenständiger Bereich der Pflege gesehen. Daher findet sich in der heutigen Pflegepraxis ein noch sehr Medizin und damit defizitorientiertes Pflegeverständnis, das sich scheinbar auch auf die Dokumentation überträgt. Erst die neu ausgebildeten Gesundheits- und Krankenschwestern

haben sich mit der Thematik der Prävention vertraut gemacht und nehmen diese als originäre Aufgabe der Pflege wahr und können entsprechend auf die Anforderungen reagieren.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung haben gezeigt, dass die Thematik der Dekubitusprophylaxe weiterhin aktuell ist und weiterer Interventionsbedarf besteht. Die Tatsache, dass die Dekubitusinzidenz trotz gesetzlicher Vorgaben und national entwickelter Leitlinien, sowie steigendem finanziellen und materiellen Ressourceneinsatzes zwar gesenkt, aber die Entstehung eines Dekubitus nicht gänzlich vermieden werden konnte (vgl.: Thomas, 2003:42), stellt die Pflegepraxis, Pflegeforschung und Pflegemanagement gleichermaßen vor neue Herausforderungen.

Um die Auswirkungen der Schulung eindeutig nachweisen zu können, sind weitere Forschungsarbeiten notwendig. Dabei dürfen die Einschränkungen dieser Studie nicht unberücksichtigt bleiben, da diese Hinweise auf die beeinflussenden Variablen geben und damit in die Planung einer weiteren Studie einfließen können. Es fehlt vor allem an hochwertigen Evaluationsstudien, die die Umsetzung von Leitlinien und Standards nachhaltig evaluieren (z.B. DAHTA, 2005:143; Sachs, 2006:33), aber auch an randomisierten klinischen Studien, die die Effektivität einzelner Qualitätsentwicklungsmaßnahmen untersuchen und deren Wirksamkeit belegen könnten. Vor allem Studien auf dem Gebiet der Dokumentation der Dekubitusprophylaxe sind notwendig um die in dieser Arbeit gefundenen Ergebnisse zu sichern.

Gerade die Pflegedokumentation wird als Voraussetzung für eine erfolgreiche Prophylaxe gesehen (DAHTA, 2005:39). Trotz allem thematisieren nur wenige Studien diese Problematik. Generell sind die mit der Pflegedokumentation verbundenen Probleme bekannt. Als Ausbildungsziel wird in § 3 KrpflG (2003) die eigenständige Dokumentation der geleisteten Pflege formuliert. Die Pflegekräfte müssen dazu befähigt werden diesen Anforderungen gerecht zu werden, dies kann jedoch nur durch kontinuierliche Aus-, Fort- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Dokumentation erreicht werden. Die für diese Arbeit hinzugezogenen Studien belegen, dass die Dokumentation der Dekubitusprophylaxe unzureichend ist. Der unterschiedliche Grad der Umsetzung von Leitlinienempfehlungen in der Pflegepraxis zeigt, dass es weiterhin notwendig ist sich mit der Dekubitusprophylaxe auseinanderzusetzen und dies kontinuierlich zu fördern. Weitere

Studien sollten die Unterschiede in den Prophylaxestrategien der Pflegenden untersuchen und vor allem worin sich diese unterscheiden.

Zur Beleuchtung der Problematik der Dokumentation der Dekubitusprophylaxe müssen in der Zukunft vor allem qualitative Studien durchgeführt werden, die die Unterschiede zwischen den Stationen erheben die gute Ergebnisse erzielten und den Stationen, die weiterhin Verbesserungspotentiale aufwarfen. Auch sollte im Rahmen eines qualitativen Designs untersucht werden, warum die Dokumentation der Dekubitusprophylaxe als so problematisch angesehen wird. Durch diese Studien können Antworten gefunden werden, die für die Implementierung von neuem Wissen in die Pflegepraxis nützlich sein können.

Eine weitere Aufgabe im Bereich der Pflegewissenschaften liegt in der Validierung geeigneter Instrumente, zur Einschätzung des Dekubitusrisikos und zur Dokumentation der Dekubitusprophylaxe. Die die Pflegekräfte bei der Einschätzung des Patienten und der Dokumentation in der Pflegepraxis unterstützen.

Die Notwendigkeit der Zusammenarbeit von Pflege, Pflegewissenschaften, -pädagogik und -management wird bei verschiedenen Autoren (z.B.: Brandenburg, 2005; Schulz & Reif, 2002) als Grundvoraussetzung zur Implementierung von neuem Wissen in die Pflegepraxis hervorgehoben. Dem Pflegemanagement unterliegt hierbei vor allem die Aufgabe, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass eine Prophylaxe auf dem aktuellen Stand des Wissens erfolgen kann. Damit muss sich das Management der eigenen Verantwortung im Bereich der Dekubitusprophylaxe, in der Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen wie Fort- und Weiterbildung, aber auch finanzieller, materieller und personeller Mittel bewusst werden. Ein erfolgreicher Implementierungsprozess scheint nur dann möglich zu sein, wenn der Implementierung mit unterschiedlichen und nachhaltigen Strategien begegnet wird (vgl.: DNQP, 2004; Bick & Stephens, 2003; Sachs, 2006), die die Umsetzung von neuem Wissen in der Praxis begleiten und damit eine Zusammenarbeit aller an der Implementierung beteiligten erreichen können (vgl.: Leffmann, 2004:100). Des weiteren können regelmäßige Audits einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung leisten. Denn durch Audits und die damit verbundenen Rückmeldungen können die Pflegenden für die Dokumentation der

Dekubitusprophylaxe sensibilisiert (Gunningberg, 2006:265) und damit bessere Dokumentationsergebnisse erreicht werden.

Gerade vor dem Hintergrund des derzeitigen Personalabbaus in der Pflege und den steigenden Patientenzahlen müssen sich vor allem die Verantwortlichen in der Politik die Frage stellen, inwieweit die derzeitige Qualität der Pflege beibehalten werden soll und kann (vgl.: Schnepf, 2006:640). Zwar fehlt es in Deutschland an Studien, die untersuchen inwieweit sich der Abbau von Pflegepersonal auf die Qualität der geleisteten Pflege auswirkt (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG):2006:17), dennoch zeigt eine bundesweite repräsentative Umfrage von Isfort & Weidner (2007:36), dass gerade der Bereich der Prävention und damit auch der prophylaktischen Maßnahmen, aufgrund der derzeitigen Rationalisierungen im Pflegesektor, nicht in dem notwendigen Ausmaß durchgeführt werden. Wenn jedoch schon Routinemaßnahmen wie Prophylaxen gekürzt werden, wie soll dann neues Wissen erfolgreich in die Pflegepraxis implementiert und damit der Wissenschaftsbasierung des pflegerischen Handelns entgegengekommen werden?

10 Literaturverzeichnis

Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR). Pressure Ulcers in Adults: Prediction and Prevention. In: Clinical Practice Guideline 3 Nr. 92-0047, 1992.

American Nurse Association (ANA). ANA's 10 nursing sensitive quality indicators for acute care settings. 1999.

Recherchedatum: 14.03.2007

<http://ana.org/readroom/fssafe99.htm>

Androschko, H.G.: Audits. Projekt- und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen o.J., Kranburg

Recherchedatum: 9.02.2006

www.pqm-online.de/downloads/audits.pdf

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) 1997.

Recherchedatum: 24.02.2006

www.leitlinien.de/leitlinienqualität/index/manual/index/kap01einfuehrung/view

Baartmans, P.C.M.; Geng, V.: Qualität nach Maß, Entwicklung und Einführung von Qualitätsstandards im Gesundheitswesen. 2.Aufl., Hans Huber Verlag, Bern, 2006.

Bader, D.; Bouten, C.; Colin, D.; Oomens, C. (Ed.): Pressure Ulcer Research. Current and Future Perspectives. Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York, 2005.

Bartholomeyczik, S.: Es geht nicht um die Farbe des Waschlappens. Standards in der Pflege. In: *Dr. med. Mabuse*, 2005, 154, März/April:20-23.

Bartholomeyczik, S.: Qualitätsdimensionen in der Pflege -eine standardisierte Analyse von Dokumenten in Altenpflegeheimen. In: *Pflege*, 2004, 17(3):187-195.

Bates-Jenson, B.M.; Cadogan, M.; Jorge, J.; Schnelle, J.F.: Standardized quality-assessment system to evaluate pressure ulcer care in the nursing home. In: *Journal of American Geriatrics Society*, 2003, 51(9):1194-202.

- Behrens, J.; Langer, G.: Evidence – based Nursing and Caring. Interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen. Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Hans Huber Verlag, Bern, 2006.
- Bechtel, P. (Hrsg.): Klinikmanager Pflege Praktisches Wissen. CD-ROM, Wolters und Kluwer Verlag, Unterschleißheim, Ausgabe August 2007.
- Beitz, J.M.; Fey, J.; O'Brien D.: Perceived need for education vs. actual knowledge of pressure ulcer care in a hospital nursing staff. In: *Med Surg nursing*, 1998, 7(5):293-301.
- Benner, P.; Tanner, C.A.; Chesla, C.A.: Pflegeexperten. Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik. Hans Huber Verlag, Bern 2000.
- Bick, S.; Stephens, F. (2003): Pressure ulcer risk: audit findings. In: *Nursing Standard*, 2003, 17(44):63-72.
- Bielitz, H.; Hertel, F.; Mertens, E.; und Halfens, R. : Dekubitusprophylaxe in deutschen Kliniken. Eine Analyse der Pflegepraxis bezogen auf die Empfehlungen des Expertenstandards. In: *Pflege Zeitschrift*, 2007, 60(3):140-144.
- Bienstein, C.; Braun, M.; Neander, K.-D.: Bedeutung des Dekubitus für Patienten, Pflegende, Ärzte, Therapeuten und Heilpädagogen. In: Bienstein, C.; Schröder, G.; Braun, M.; Neander, K.-D. (Hrsg.): Dekubitus. Die Herausforderung für Pflegende. Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 1997:25-31.
- Bienstein, C.; Schröder, G.; Braun, M.; Neander, K. (Hrsg.): Dekubitus - Die Herausforderung für Pflegende. Thieme Verlag, Stuttgart, 1997.
- Brandenburg, H.: Angewandte Pflegeforschung. Forschen für die Praxis. *Krankendienst*, 2002, 75 (8/9):277-281.
- Brandenburg, H.: Wie gelangt neues Wissen in die Praxis der Pflege? In: *PrInterNet*, 2005, (9):464-471.
- Brandenburg, H.; Panfil, E. M.; Mayer, H.(Hrsg.): Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegeforschung. Hans Huber Verlag, Bern, 2007.

Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung gGmbH (2007).

Recherchedatum: 14.03.2007

<http://www.bqs-online.de>

Burns, N.; Grove, S.K. (Hrsg.): Pflegeforschung verstehen und anwenden. Elsevier Urban und Fischer Verlag, München, 2005.

Cockbill-Black, S.; Bond, J.; Bersée-Mills, A.; Warren, K.; Hammerton, S.; Fong, D.; Daley, L.: Audit of pressure area care and documentation. In: *Professional nurse*, 1999, 15 (3):173-176.

Culley F: Nursing aspects of pressure ulcer prevention and therapy. In: *British journal of Nursing*, 1998, 9;7(15):879-886.

Cullum, N.; Deeks, J.; Sheldon, T.A.; Song, F.; Fletcher, A.W.: Beds, mattresses and cushions for pressure sore prevention and treatment. In: Cochrane Database of Systematic Reviews 2004.

Denkeler, F.(ohne Jahr): Interne Audits als Managementinstrument der Geschäftsführung.

Recherchedatum: 09.06.2006

www.denkeler-qm.de/Artikel/Intaudits.htm#was-audit 09.06.2006

Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information (DAHTA) (Hrsg.): Dekubitusprophylaxe und –therapie, Informationssystem Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland 2005.

Recherchedatum: 12.01.2007

http://gripsdb.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta128_bericht_de.pdf

Deutsche Krankenhaus Gesellschaft (Hrsg.): Die Dokumentation der Krankenhausbehandlung. Hinweise zur Durchführung, Archivierung und zum Datenschutz. 2. Aufl. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf 1999.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung -Implementierung., 2. Aufl. mit aktualisierter Literaturstudie. Osnabrück, 2004.

Dintelmann, Y.: Qualitätsmanagement, Intranet HSK

Stand: Juli 2006

Fraunhofer Institut Arbeitswirtschaft und Organisation (Hrsg.): Pflege ohne Druck..
Dekubitus; Ursachen der Entstehung, prophylaktische Maßnahmen und Rahmenbedingungen in der häuslichen und stationären Altenhilfe in Bayern. Abschlussbericht August 2005

Recherchedatum: 14.04.2007

www.stmas.bayern.de/pflege/pflegeohnedruck.pdf

Fuchs, C.; Willems, C.; Panfil, E. M. (2007): Entwicklung und Evaluation einer Informationsbroschüre für pflegende Angehörige zum Thema „Dekubitusprophylaxe“. In: *PrInterNet*, (3):184-190.

Gesundheitsministerkonferenz (GMK): Entschließungspapier der GMK zur „Entwicklung einer einheitlichen Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“ Trier, 1999.

Recherchedatum:18.03.2007

http://www.gmkonline.de/_beschluesse/Protokoll_79-GMK_Top92_Qualitaetsstrategie_Anlage2.pdf

Gietel, G.; Lobinger, W.: Qualitätsaudit. Planung und Durchführung von Audits nach DIN EN ISO 9001:2000. Carl Hanser Verlag, München, Wien, 2003.

Großkopf, V.: Haftungsproblem Dekubitus. In: *Die Schwester, der Pfleger*, 2002, 41 (10):868-873.

Gudjons, H.: Pädagogisches Grundwissen. 9., neu bearbeitete Aufl. Verlag Julius Klinikhardt, Bad Heilbrunn/OBB, 2006.

Gunningberg, L.: EPUAP Pressure ulcer prevalence survey in Sweden: a two year follow-up of quality indicators. In: *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 2006, 33(3):258-66.

Gunningberg, L.: Pressure ulcer prevention: evaluation of an education programme for Swedish nurses. In: *Journal of wound care*, 2004a, 13(3):85-89.

Gunningberg, L.; Ehrenberg, A.: Accuracy and Quality in the Nursing Documentation of Pressure Ulcers: A Comparison of Record Content and Patient Examination. In: *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 2004b, 31(6):328-335.

- Gunningberg, L.; Lindholm, C. Carlsson, M.; Sjöden, P. O.: Risk, prevention and treatment of pressure ulcers – nursing staff knowledge and documentation. In: *Scandinavian journal of caring sciences*, 2001, 15(3):257-263.
- Gunningberg, L.; Lindholm, C.; Carlsson, M.; Sjöden, P. O.: The development of pressure ulcers in patients with hip fractures: inadequate nursing documentation is still a problem. In: *Journal of advanced nursing*, 2000, 31(5):1155-1164.
- Hale, C. A.; Thomas, L. H.; Bond, S.; Todd, C.: The nursing record as a research tool to identify nursing interventions. In: *Journal of Clinical Nursing*, 1997, 6:207-214.
- Henke, F.: Dekubitusprophylaxe leicht gemacht. Hilfe zur Umsetzung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege. In: *Die Schwester, der Pfleger*, 2006, 45(5):366-369.
- Hiser B, Rochette J, Philbin S, Lowerhouse N, Terburgh C, Pietsch C.: Implementing a pressure ulcer prevention program and enhancing the role of the CWOCN: impact on outcomes. In: *Ostomy/wound Management*, 2006, 52(2):48-59.
- Hopkins, A.; Dealey, C.; Bale, S.; Defloor, T.; Worboys, F.: Patient stories of living with a pressure ulcer. In: *Journal of Advanced Nursing*, 2006, 56(4):345-353.
- Hunstein, D. (2007): Nutzung standardisierter Assessmentinstrumente am Beispiel des ergebnisorientierten PflegeAssessments AcuteCare[®] (ePA-AC[®]). In: Bechtel, P. (Hrsg.): Klinikmanager Pflege Praktisches Wissen. CD-ROM, Wolters und Kluwer Verlag, Unterschleißheim, Ausgabe August 2007.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiP): Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung – Eine systematische Übersichtsarbeit. Abschlussbericht.
Recherchedatum: 14.07.2007
http://www.iqwig.de/download/Arbeitspapier_Ergebnisqualitaet-Pflegekapazitaet.pdf
- International Quality Indicator Project (IQIP).
Recherchedatum: 14.03.2007
<http://www.internationalqip.com/indicators-de.aspx>

- Isfort, M.; Weidner, F.: Pflege-Thermometer 2007. Eine bundesweite repräsentative Befragung zur Situation und zum Leistungsspektrum des Pflegepersonals sowie zur Patientensicherheit im Krankenhaus.
Recherchedatum: 14.07.2007
<http://dip-home.de/materials/downloads/Pflege-Thermometer2007.pdf>
- Kade, S.: Handlungshermeneutik. Qualifizierung durch Fallarbeit. Verlag Julius Klinikhardt, Bad Heilbrunn/OBB, 1990.
- Klafki, W.: Neue Studien zur Blidungstheorie und Didaktik. Zeitgemäße Allgemeinbildung und kritisch-konstruktive Didaktik. 5. unveränderte Aufl. Beltz Verlag, Weinheim, Basel, 1996.
- Klie, T.; Stascheit, U. (Hrsg.): Gesetze für Pflegeberufe. Gesetze – Verordnungen – Richtlinien. 9. überarbeitete Aufl., Fachhochschulverlag, Frankfurt, 2005.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften Brüssel, (2000)
Recherchedatum: 17.02.2007
http://www.na-bibb.de/uploads/zusatz2/memorandum_lebenslangeslernen.pdf
- Lahmann, N. A.; Halfens, R. J.; Dassen, T.: Prevalence of pressure ulcers in Germany. In: *Journal of clinical nursing*, 2005,14(2):165-72.
- Leffmann, C.: „Qualitätssicherung in der Dekubitusprophylaxe“ In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2004, 2(4):100-108.
- Leutenegger, M.; Sanmann, C.: Externe Qualitätsvergleichsverfahren. Wie kann das interne Qualitätsmanagement davon profitieren.
Recherchedatum: 23.04.2007
http://albertinen.de/html/home_service.php?auswahl=broschuere&main=8&abschnitte=2.
- LoBiondo-Wood, G.; Haber,J.: Pflegeforschung, Methoden, Bewertung, Anwendung. 2. Aufl.; Urban und Fischer Verlag, München, 2005.
- Lyder, C.: Medico-Legal implications. In: Bader, D.; Bouten, C.; Colin, D.; Oomens, C. (Ed.): *Pressure Ulcer Research. Current and Future Perspectives*. Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York, 2005: 23-34.

- Martens, J.U.: Verhalten und Einstellungen ändern: Veränderung durch gezielte Ansprache des Gefühlsbereiches. Ein Lehrkonzept für Seminarleiter. 4., überarbeitete Aufl., Windmühle, Verlag und Vertrieb von Medien, Hamburg, 1998.
- Mayer, H.; Panfil, E.M.: Quantitative Analyse. In: Brandenburg, H.; Panfil, E. M.; Mayer, H.(Hrsg.): Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegeforschung. Hans Huber Verlag, Bern, 2007:145-164.
- Mayring, Ph.: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Aufl., Deutscher Studienverlag, Weinheim, 2000.
- Moers, M.; Schiemann, D.: Expertenstandards in der Pflege. Vorgehensweise des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und Nutzen für die Praxis. In: *Pflege und Gesellschaft*, 2004, 9(3):75-78.
- Moore, Z.: Improving pressure ulcer prevention through education. In: *Nursing Standard*, 2001, 16(6):64–70.
- Moore, Z.; Price, P.: Nurses attitudes, behaviours and perceived barriers towards pressure ulcer prevention. In: *Journal of Clinical Nursing*, 2004, 13(8):942-951.
- Müller-Staub, M.: Qualität der Pflegediagnostik und PatientInnen Zufriedenheit. In: *Pflege*, 15(3):113-122.
- Müller-Staub, M.; Stuker-Studer, U.: Klinische Entscheidungsfindung: Förderung des kritischen Denkens im pflegediagnostischen Prozess durch Fallbesprechungen. In: *Pflege*, 2006, 19(5):281-286.
- National Institut For Clinical Excellence (NICE): Principles for Best Practice in Clinical Audit. Radcliffe Medical Press. Oxford, 2002
Recherchedatum: 20.2.2006
www.nelh.nhs.uk/BestPracticeClinicalAudit.pdf
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (Hrsg.): Pressure ulcer risk assessment and prevention. Inherited Clinical Guideline B. (2.ed.) 2005
Recherchedatum: 24.01.2007
<http://www.nice.org.uk/pdf/clinicalguidelinepressuresoreguidancenice.pdf>

- Panfil, E.M., Mayer, H.: Quantitative Forschungsdesigns. In: Brandenburg, H.; Panfil, E.M.; Mayer, H. (Hrsg.): Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegeforschung. Hans Huber Verlag, Bern, 2007:69-86.
- Peters-Alt, J.: DRGs aus Sicht der Pflege. Notwendigkeit und Grenzen eines Pflegefaktors. 2., aktualisierte Aufl., Kohlhammer Verlag Stuttgart, 2006.
- Picado, M.; Unkelbach, O.: Innerbetriebliche Fortbildung in der Pflege. Hans Huber Verlag, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2001.
- Polite, D. F.: Data Analysis & Statistics for Nursing Research. Appleton & Lange, Samford, Connecticut 1996.
- Polite, D.F.; Tatano Beck, C.T.; Hungler, B.P.: Lehrbuch Pflegeforschung. Methodik, Beurteilung und Anwendung. Hans Huber Verlag, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 2004.
- Provo, B.; Piacentine, L.; Dean-Baar, S.: Practice versus Knowledge when it comes to pressure ulcer prevention. In: *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 1997, 24(5):265-269.
- Rastinehad, D.: Pressure Ulcer Pain. In: *Journal of wound, Ostomy and Continence nursing*, 2006, 33(6):252-257.
- Robert-Koch-Institut (RKI) (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 12 Dekubitus. Geänderte Aufl., Berlin, 2003.
- Rosen, J.; Mittal, V.; Degenholtz, H.; Castle, N.; Mulsant, B. H.; Hulland, S.; Nace, D.; Rubin, F.: Ability, incentives, and management feedback: organizational change to reduce pressure ulcers in a nursing home. In: *Journal of the American Medical Directors Association*, 2006, 3:141-146.
- Royal College of Nursing (RCN) (Hrsg.): Pressure ulcer risk assessment and prevention. Recommendations 2001.
Recherchedatum: 24.01.2007
<http://guidance.nice.org.uk/CGB/guidance/pdf/English>
- Rycroft-Malone, J.; Harvey, G.; Kitson, A.; Titchen, A.: An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into Practice. In: *Journal of Clinical Nursing*, 2004, 13(8):913-924.

- Sachs, M.: Erfolgreiche Implementierung von Pflegestandards. Eine Systematische Übersichtsarbeit. In: *Pflege*, 2006, 19(1):33-44.
- Saliba, D.; Rubenstein, L.V.; Simon, B.; Hickey, E.; Ferrel, B.; Czarnowski, E.; Berlowitz, D.: Adherence to pressure ulcer prevention guidelines: implications for nursing home quality. In: *Journal of American Geriatrics Society*, 2003, 51(1):56-62.
- Schiemann, D.; Schemann, J.: Die Entwicklung und Konsentierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege. In: DNQP (Hrsg.), Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung-Konsentierung-Implementierung. Osnabrück, 2004: 23-33.
- Schneider, A.: Haftungsrecht. Richtlinien, Leitlinien und Standards. Anmerkungen aus juristischer Sicht. In: *Die Schwester, der Pfleger*, 2002, 41(1):78-81.
- Schneider, K.; Brinker-Meyendrisch, Schneider, A. Pflegepädagogik. Für Studium und Praxis, 2. Aufl., Springer Verlag, Heidelberg, 2005.
- Schnepf, W.: Verantwortlichkeit und professionelle Pflege. In: *Die Schwester, der Pfleger*, 2006 45(8):639-641.
- Schröder G.: Mit Fingerspitzengefühl und Fachwissen. Dekubitusprophylaxe: Entwicklungen in der Pflegepraxis. In: *Pflege Aktuell*, 2004, 58(3):161-164.
- Schulz, M.; Reif, K.: Evidence-based Nursing – ein Modell für Deutschland? In: *Die Schwester, der Pfleger*, 2002, 41(4):322-326.
- Sieger, M. (Hrsg.): Pflegepädagogik. Handbuch zur pflegeberuflichen Bildung. Hans Huber Verlag, Bern, 2001.
- Sippel, B.: Schulungskonzept zur Implementierung standardisierter Assessmentinstrumente in die Pflegepraxis. In: In: Bechtel, P. (Hrsg.): Klinikmanager Pflege Praktisches Wissen. CD-ROM, Wolters und Kluwer Verlag, Unterschleißheim, Ausgabe August 2007.

- Sowinski, C.: Minimum Data Set: Voraussetzungen für die implementierung in der Bundesrepublik Deutschland. Schwierigkeiten mit der pflegedokumentation, Pflegeplanung und –prozeß aus Sicht der Aus-, Fort- und Weiterbildung – Chance für das Minimum Data Set. In: Steinhagen-Thiessen, E. (Hrsg.): Das geriatrische Assessment. Schattauer Verlag, 1998:275-279.
- Steinhagen-Thiessen, E. (Hrsg.): Das geriatrische Assessment. Schattauer Verlag, 1998.
- Stephen-Haynes, J.: Implementing the NICE pressure ulcer guideline. In: *British Journal of Community Nursing*, 2006, 11(9):16-18.
- Thomas, D.R.: Are all pressure ulcers avoidable? In: *Journal of American Medical Directors Association*, 2003, 4(2 Suppl.):43-48.
- Verein Outcome. Diagnoseunabhängige Messthemen für Outcome.
Recherchedatum: 14.03.2007
http://www.vereinoutcome.ch/de/messungen/diagnoseunabhaengigemesssthemen_b_qkriterien.asp
- Wilborn, D.; Halfens, R.; Dassen, T.: Pressure ulcer: Prevention protocols and prevalence. In: *Journal of evaluation in clinical practice*, 2006, 12(6):630-638.
- Xakellis, G.C.; Frantz, R.; Lewis, E.; Harvey, P.: Translating Pressure Ulcer Guidelines into practice: It's harder than it sounds. In: *Advances in Skin & Wound Care*, 2001, 14(5):249-258.
- Zegelin-Abt, A.: Sprache und Pflegedokumentation. In: Zegelin-Abt, A.; Schnell, M.W. (Hrsg.): Sprache und Pflege. 2. vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl., Hans Huber Verlag, Bern, 2005, 111-130.
- Zegelin-Abt, A.; Schnell, M.W. (Hrsg.): Sprache und Pflege. 2. vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl., Hans Huber Verlag, Bern, 2005.

11 Abkürzungsverzeichnis

ANA	American Nurse Association
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
AHCPR	Agency for Health Care Policy and Research
BÄK	Bundesärztekammer
BGH	Bundesgerichtshof
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH
CCT	Controlled Clinical Trial
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
ePA-AC[®]	ergebnisorientiertes PflegeAssessment –AcuteCare [®]
DAHTA	Deutsche Agentur für Health Technology Assessment
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Information und Dokumenta tion
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DRG´s	Diagnosis related groups
EBN	Evidence Based Nursing
Fraunhofer IAO	Fraunhofer Institut Arbeitswirtschaft und Organisation
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
HSK	Horst Schmidt Kliniken
IQIP	International Quality Indicator Project
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KrpfllG	Krankenpflegegesetz
LG	Landesgericht
MD	Median
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MW	Mittelwert
NICE	National Institut for Clinical Excellence
OPAC	Online Public Access Catalogue

PPR	Pflegepersonalregelung
RCN	Royal College of Nursing
RCT	Randomised controlled trial
RKI	Robert-Koch-Institut
SD	Standardabweichung
SGB	Sozialgesetzbuch
SPSS	Statistical Package for Social Science

12 Anhang

12.1 Suchstrategie.....	II
12.2 Ein- und Ausschlusskriterien.....	VI
12.3 Studienbeschreibung.....	VII
12.4 Erhebungsinstrument.....	XVI
12.5 Schulungskonzept.....	XVIII
12.6 Tabellarische Übersicht über die Ergebnisse dieser Studie.....	XXXVI

12.1 Suchstrategie

Datenbank: CINAHL

Datenbank	Ein-schränkungen	Nr.	Sucheingabe	Treffer	Nr.	Verknüpfungen	Treffer		
CINAHL	All Adult Deutsch & Englisch	1	Pressure ulcer prevention	589					
		2	Pressure ulcer prevention and control	430					
		3	De*ubitus prophylaxis	60					
					4	1 OR 2 OR 3	649		
		5	Pressure ulcer	1559					
		6	Pressure sore	314					
		7	De*ubitus	223231					
		8	De*ubitus ulcer	43					
		9	Bed sore	4					
						10	5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9	223696	
		11	Prevention	37143					
		12	Prophylaxis	1137					
						13	11 OR 12	37606	
						14	10 AND 13	25443	
						15	4 OR 14	25443	
		16	Educ*	50020					
		17	Education, medical	484					
		18	Education, nursing, continuing	405					
		19	Inservice Training	16					
		20	Inservice Education	16					
		21	Education Program*	1931					
		22	Train*	13524					
		23	Teach*	8314					
		24	Program* development	1373					
		25	Program* evaluation	3145					
		26	Continuing education	747					
		27	Nursing staff education	2					
		28	Staff development	1429					
		29	Knowledge	14041					
		30	Course of education	3					
		31	Educational intervention*	505					
		32	On the job training	21					
		33	Further education	107					
							34	16 OR 17 OR 18 OR 19 OR 20 OR 21 OR 22 OR 23 OR 24 OR 25 OR 26 OR 27 OR 28 OR 29 OR 30 OR 31 OR 32 OR 33	71406
		35	Quality assurance	594					
		36	Quality improvement	1166					
		37	Benchmark	137					
		38	Nursing audit	57					
		39	Medical audit	7					
							40	35 OR 36 OR 37 OR 38 OR 39	1878
							41	34 OR 40	72549
		42	Nurs* documentation*	64					
		43	Nurs* record*	333					
		44	Nurs* chart*	7					
					45	42 OR 43 OR 44	2209		
					46	45 AND 41 AND 15	23		

Datenbank: Medline

Datenbank	Ein-schränkungen	Nr.	Sucheingabe	Treffer	Nr.	Verknüpfungen	Treffer	
Medline	Deutsch & Englisch	1	Pressure ulcer Prevention	3348				
		2	Pressure ulcer/ prevention and control(MeSH)	2964				
		3	Decubitus prophylaxis	3167				
					4	1 OR 2 OR 3	3444	
		5	Pressure ulcer	7204				
		6	Pressure sore	7228				
		7	Decubitus	8892				
		8	Decubitus ulcer	7234				
		9	Bed sore	7142				
		10	Bed ulcer	1687				
		11	Pressure ulcer (MeSH)	7070				
						12	5 OR 6 OR 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11	9523
		13	Prevention	787648				
		14	Prophylaxis	696175				
		15	Preventive Therapie	40				
		16	Prevention and Control (Subheading)	672248				
						17	13 OR 14 OR 15 OR 16	809904
						18	12 AND 17	3558
						19	4 OR 18	3558
		20	Education (MeSH)	440345				
		21	Education, medical (MeSH)	94562				
		22	Education, nursing, continuing (MeSH)	17030				
		23	Education nursing (MeSH)	57007				
		24	Inservice Training (MeSH)	4533				
		25	Teaching (MeSH)	46463				
		26	Training	571184				
		27	Education	568452				
		28	Teach*	120508				
		29	Staff development (MeSH)	4570				
		30	Program development (MeSH)	12091				
		31	Program evaluation (MeSH)	31629				
		32	Inservice education	13316				
		33	Education program*	12536				
		34	Education Continuing (MeSH)	41173				
		35	Education, Profesional, Retraining(MeSH)	954				
		36	Workshop*	17064				
		37	Nursing Staff/education (MeSH)	9661				
		38	Knowledge	3808				
		39	Course of education	17440				
		40	Educational intervention*	2470				
		41	On the job training	17270				
		42	Further education	568452				
						43	20 Or 21 OR 22 OR 23 OR 24 OR 25 OR 26 OR 27 OR 28 OR 29 OR 30 OR 31 OR 32 OR 33 OR 34 OR 35 OR 36 OR 37 OR 38 OR 39 OR 40 OR 41 OR 42	726703
		44	Quality assurance, health care (MeSH)	162223				

	45	Benchmarking (MeSH)	5438			
	46	Nursing audit (MeSH)	2477			
	47	Medical audit (MeSH)	10286			
	48	Quality improvement	30939			
				49	44 OR 45 OR 46 OR 47 OR 48	185394
				50	43 OR 49	861770
	51	Nursing records/standard (MeSH)	5288			
	52	Nursing documentation	4873			
	53	Documentation	623437			
	54	Nursing chart*	19			
				55	51 OR 52 OR 53 OR 54	627350
				56	55 AND 50 AND 19	56

Datenbank: Gerolit

Datenbank	Ein-schränkungen	Nr.	Sucheingabe	Treffer	Nr.	Verknüpfungen	Treffer
Gerolit	Keine Ein-schränkungen	1	De*ubitusprophylaxe	86			
		2	De*ubitus Prophylaxe	20			
		3	Expertenstandard Dekubitusprophylaxe	20			
					4	1 oder 2 oder 3	98
		5	De*ubitus	533			
		6	Druckgeschwür	3			
					7	5 oder 6	533
		8	Prophylaxe	122			
		9	Pr*vention	3082			
					10	8 oder 9	3142
					11	7 und 10	221
					12	11 oder 4	
		13	Schulung*	73			
		14	Schulungsprogramm*	3			
		15	Fortbildung*	780			
		16	Fortbildungsprogramm*	14			
		17	Workshop*	242			
		18	Personalentwicklung	82			
		19	Ausbildung	2866			
					20	13 oder 14 oder 15 oder 16 oder 17 oder 18 oder 19	3983
		21	Qualitätssicherung	3135			
		22	Qualitätsentwicklung	108			
		23	Audit	34			
					24	21 oder 22 oder 23	3184
					25	20 oder 24	7059
		26	Pflegedokumentation	499			
		27	Dokumentation	2050			
		28	Pflegebericht	14			
			29	26 oder 27 oder 28	2480		
			30	29 und 25 und 12	5		
			32	25 und 12	29		

Datenbank: Cochrane Library

Datenbank	Einschränkungen	Nr.	Sucheingabe	Treffer	Nr.	Verknüpfungen	Treffer
Cochrane Library	All records	1	Pressure ulcer prevention OR Pressure sore prevention OR de*ubitus prevention OR De*cubitus ulcer prevention OR bed sore prevention	417			
		2	Education OR Education medical OR education Nursing OR Inservice Training OR Teaching	22836			
		3	Documentation* or nurs* record* OR nurs* chart*	1344			
					4	1 AND 2 AND 3	0
					5	1 AND 2 AND 3 AND 4	76

Datenbank: DIMDI

Datenbank	Einschränkungen	Nr.	Sucheingabe	Treffer	Nr.	Verknüpfungen	Treffer
DIMDI	Keine Einschränkungen	1	De*ubitusprophylaxe	164			
		2	De*ubitus Prophylaxe	23			
		3	Expertenstandard Dekubitusprophylaxe	22			
					4	1 oder 2 oder 3	186
		5	De*ubitus	13304			
		6	Druckgeschwür	8			
					7	5 oder 6	13305
		8	Prophylaxe	7220			
		9	Pr*vention	1422327			
					10	8 oder 9	1422327
					11	7 und 10	2525
					12	4 oder 11	2551
		13	Schulung*	935			
		14	Schulungsprogramm*	137			
		15	Fortbildung*	44981			
		16	Fortbildungsprogramm*	72			
		17	Workshop*	32688			
		18	Personalentwicklung	4699			
		19	Ausbildung	248546			
					20	13 oder 14 oder 15 oder 16 oder 17 oder 18 oder 19	303367
		21	Qualitätssicherung	38864			
		22	Qualitätsentwicklung	156			
		23	Audit	38758			
		24	Benchmark	6435			
					25	21 oder 22 oder 23 oder 24	82101
					26	20 oder 25	379692
		26	Pflegedokumentation	561			
		27	Dokumentation	14087			
		28	Pflegebericht	73			
					29	26 oder 27 oder 28	14612
			30	29 und 26 und 12	10		

Tab. 4 Suchstrategie

⁸ Die Suche mit dem Themengebiet Dokumentation ergab keine Treffer, daher wurde im Schritt 5 die Verknüpfung mit dem Themengebiet Dokumentation nicht miteinbezogen.

12.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Evaluation von Dekubitusleitlinien in der Pflegepraxis.	Studien die sich mit der Anwendung von Leitlinien in der Pflegepraxis befassen.
Randomisierte klinische Studien (RCT'S) oder klinische Studien (CCT'S) die die Auswirkung von Schulungen oder Qualitätsentwicklungsprogrammen auf die Dokumentationsqualität der Dekubitusprophylaxe untersuchen.	Studien, die sich im Allgemeinen auf die Verbesserung der Dokumentationsqualität beziehen.
Studien, die die Anwendung von Leitlinienempfehlungen der Dekubitusprophylaxe in der Praxis untersuchen.	Studien, die sich auf die Dekubitustherapie beziehen.

Tab. 5 Ein und Ausschlusskriterien der Literatur

12.3 Studienbeschreibung

Titel/Autor	Design	Methode	Ergebnisse	Bemerkungen
Standardized Quality-Assessment System to Evaluate Pressure Ulcer Care in the Nursing Home. Bates-Jenses, B.M.; Cado-gan, M.; Jorge, J.; Schnelle, J.F. (2003)	Retrospektives, komparatives Design, Multi-zentrisch	Evaluation der Umsetzung von Leitlinienempfehlungen in der Pflegepraxis in 8 Pflegeheimen - Beobachtungen - Bewegungsmessungen - Dokumentationsanalyse <ul style="list-style-type: none"> Entwicklung eines Instruments mit 9 Auditkriterien um die Dokumentation zu beurteilen. Vergleich der Daten aus den drei Datenquellen	Umsetzung der Leitlinienempfehlungen in den unterschiedlichen Einrichtungen zwischen 0-98% - Dokumentation des Dekubitusrisikos in 62% der Fälle - Diskrepanz zwischen Lagerungsmaßnahmen und deren Dokumentation - 24 von 29 Patienten mit Risiko erhielten Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe, die nicht dokumentiert aber beobachtet wurden - schlechtere Dokumentation bei Patienten ohne Dekubitus - Genauigkeit der Dokumentation wurde mit bestehendem Dekubitus besser - Signifikante Unterschiede in der Prophylaxedokumentation, bei Patienten mit und ohne Risikoeinschätzung	Es wurden weitere Leitlinienempfehlungen gemessen, die in die Studienbeschreibung nicht aufgenommen wurden, da sie sich nicht auf die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit beziehen.
Dekubitusprophylaxe in deutschen Kliniken. Eine Analyse der Pflegepraxis bezogen auf die Empfehlungen des Expertenstandards. Bielitz, H.; Hertel, F.; Mertens, E.; Halfens, R. (2007)	Retrospektives komparatives Design	Evaluation der Umsetzung von Leitlinienempfehlungen in der Pflegepraxis - Auswertung der Daten der Prävalenz-erhebungen der Jahre 2002 – 2004: <ul style="list-style-type: none"> Anzahl und Art der Interventionen zur Dekubitusprophylaxe Vergleich mit den Empfehlungen des Expertenstandards Datenerhebung durch geschultes Personal Beurteilung des Hautzustandes 	- Pat. mit Dekubitus erhielten signifikant mehr Interventionen als Pat. ohne Dekubitus - Im Durchschnitt wurden bei Patienten ohne Dekubitus oder mit geringem Risiko pro Patient drei Prozesskriterien erfüllt - In der Kategorie mittleres Risiko 5 Kriterien - Pat. mit hohem Risiko ebenfalls 5 Kriterien - Die Umsetzung der Prozesskriterien und damit die Orientierung am Expertenstandard ist innerhalb der drei Jahre leicht angestiegen	Die Ergebnisse in Bezug auf die verwendeten Hilfsmittel sind für diese Arbeit nicht relevant, daher wurden sie hier nicht aufgeführt.

Titel/Autor	Design	Methode	Ergebnisse	Bemerkungen
<p>Pflege ohne Druck Dekubitus; Ursachen der Entstehung, prophylaktische Maßnahmen und Rahmenbedingungen in der häuslichen und stationären Altenhilfe in Bayern.</p> <p>Fraunhofer Institut Arbeitswirtschaft und Organisation (2005)</p>	<p>Deskriptives Design</p>	<p>Befragung, die die Dekubitushäufigkeit, Ursachenzusammenhänge, die eingesetzten prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen sowie die Rahmenbedingungen in der stationären und ambulanten Altenhilfe in Bayern evaluiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fragebogen zu den Themengebieten: <ul style="list-style-type: none"> • Dekubitusrisiko • Dekubitusprävalenz • Risikofaktoren • Dekubitusprophylaxe • Expertenstandard • Dekubitustherapie • Dokumentation der Prophylaxe und Therapie • Fortbildung • Interdisziplinäre Zusammenarbeit • Hilfsmittelversorgung 	<p>Insgesamt gute Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Systematische Risikoeinschätzung in stationären Einrichtungen zu 97,4% und in ambulanten Einrichtungen zu implementiert (Widerspruch der ambulanten Einrichtungen vgl. S. 22) - 78,2% der stationären und 56,2% der ambulanten Einrichtungen geben an, den Expertenstandard anzuwenden - Folgende für die Dekubitusprophylaxe und Therapie relevanten Punkte erfassen die Befragten in der Pflegedokumentation zu 90%: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Risikoerfassung ▪ Pflegeanamnese ▪ Flüssigkeitsbilanzierung ▪ Erfassung des Ernährungszustands ▪ Lagerungspläne werden in 80% angewendet ▪ Bewegungspläne wie im Expertenstandard Dekubitusprophylaxe gefordert, werden bei 51,9% der Befragten stationären und bei 25,5% der ambulanten Pflegedienste eingesetzt <p>Fortbildungen zur Dekubitusprophylaxe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ca. 15 Pflegenden der stationären Einrichtungen nahmen an internen und 3 Pflegenden an externen Fortbildungen teil - In den ambulanten Pflegediensten nahmen 5 Pflegekräfte an internen und 2 an externen Fortbildungen. 	<p>Schwaches Design, da die Untersuchung ausschließlich auf einer Befragung beruht. Damit sind die Ergebnisse nur eingeschränkt übertragbar.</p> <p>Die Ergebnisse in Bezug auf die Items, die für diese Arbeit nicht relevant sind, werden hier nicht dargestellt.</p>

Titel/Autor	Design	Methode	Ergebnisse	Bemerkungen
<p>Adherence to Pressure ulcer prevention guidelines: Implications for nursing home quality.</p> <p>Saliba, D.; Rubenstein, L.; Simon, B.; Hickey, E.; Ferrell, B.; Czarnowski, Berlowitz, D. (2003)</p>	<p>Deskriptive Retrospektives Design</p>	<p>Evaluation der Umsetzung von Leitlinienempfehlungen in der Pflegepraxis in 35 Pflegeheimen</p> <p>Dokumentationsanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audit der Pflegedokumentation • Mittels Instruments mit 15 Auditkriterien, wovon 6 Kriterien als Schlüsselkriterien definiert wurden, um die Dokumentation zu beurteilen. Die Kriterien folgten dem „Wenn-Dann“ Prinzip • Die Umsetzung der Leitlinienempfehlungen wurde berechnet, indem die Anzahl der dokumentierten Interventionen durch die Anzahl der indizierten Interventionen dividiert wurde 	<p>Die Anwendung der Leitlinienempfehlungen in den Pflegeheimen variiert von 29-51% (MW 41%) für die Schlüsselempfehlungen von 24-75% (MW50%)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die systematische Risikoeinschätzung erfolgte bei 61% der Patienten bei denen eine Risikoeinschätzung indiziert war - Die tgl. Hautinspektion erfolgt in 94% und erreicht damit die höchste Rate der Implementierung - Ein Individueller Bewegungsplan lag in 69% der Fälle vor - Keine Einrichtung setzte die Leitlinienempfehlungen zu mehr als 75% um 	<p>Schwaches Design, da reine Dokumentationsanalyse.</p> <p>Es wurden weitere Leitlinienempfehlungen gemessen, die in die Studienbeschreibung nicht aufgenommen wurden, da sie sich nicht auf die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit beziehen.</p>
<p>Risk, prevention and treatment of pressure ulcers – nursing staff knowledge and documentation.</p> <p>Gunningberg, L.; Lindholm, C.; Carlson, M.; Sjöden, P.O. (2001).</p>	<p>Retrospektives komparatives Design</p>	<p>Evaluation der Umsetzung von Leitlinienempfehlungen in der Pflegepraxis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wissenstest mittels Fragebogen vor der Implementierung der systematischen Risikoeinschätzung und einer Dekubitusklassifikation • Retrospektive Dokumentationsanalyse nach der Implementierung • Vergleich der Ergebnisse des Wissenstests und der Dokumentationsanalyse mit den Empfehlungen der Leitlinie 	<p>Schwedische LL zur Dekubitusprophylaxe und Therapie wurde nicht flächendeckend umgesetzt.</p> <p>Die meisten dokumentierten Interventionen der Pflegekräfte waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lagerungen 29%; Lagerungspläne 16%, - Risikoeinschätzung 0%, - Beschreibung des Hautzustand 0%, wurde im Fragebogen als Routine angegeben aber nicht dokumentiert <p>Von 45 Pat. mit Dekubitus erreichten nur 3 (7%) Dokumente die Anforderungen der schwedischen Leitlinien.</p>	<p>In dieser Studie wurde die gleiche Stichprobe wie in der Untersuchung von 2000 nur unter einer anderen Fragestellung untersucht.</p> <p>Hier wurden die Dokumente mit den Leitlinienempfehlungen verglichen.</p>

Tab. 6 Studienübersicht: Evaluation der Dekubitusprophylaxedokumentation anhand von Leitlinienempfehlungen

Titel/ Autor	Design	Methode	Intervention	Ergebnisse	Bemerkungen
<p>Pressure ulcer prevention: evaluation of an education programme for Swedish nurses.</p> <p>Gunningberg L. (2004a).</p>	<p>Quasi-experimentelles Design mit follow-up nach 8 Monaten</p>	<p>Evaluation der Schulung auf die Auswirkungen auf den Wissenszuwachs, die Umsetzung des neuen Wissens und der Dokumentation der Dekubitusprophylaxe.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wissenstest - Dokumentationsanalyse - Interview - Beobachtung der Prophylaxestrategien, vor und nach der Intervention, sowie in einem follow-up (Wissenstest und Interview) acht Monate nach der Intervention <p>57 Dokumente wurden vor und 63 nach der Schulung analysiert.</p> <p>Die Analyse anhand:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentation des Risikos - Maßnahmenplanung - Umsetzung der Maßnahme - Ergebnisevaluation 	<p>Schulungsprogramm 40 Theorie und Praxis Stunden</p> <p>Inhalte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dekubitusprävalenz, - Audit - Dekubitusprophylaxe bezogene Pflegedokumentation - Information zu Hilfsmitteln, Verbandmaterialien - Abschließende Darstellung einer Fallstudie, durch die Praktiker die Prophylaxe und Therapie von Dekubitus hervorheben 	<p>Das Wichtigste was neu gelernt wurde, war nach Angaben der Pflegenden die Diagnose eines Dekubitus ersten Grades durch den Fingertest.</p> <p>Dokumentation vor und nach Schulungsprogramm unzureichend. Anzahl der Pflegedokumentation mit Dokumentationen in Bezug auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Risikoassessment (4/8) - Hautbeurteilung (2/4) - Bewegungsplan (16/9) <p>Risikopatienten erhielten in 11% vor der Schulung und in 31% nach der Schulung eine Dokumentation der Dekubitusprophylaxe.</p> <p>Die Angaben aus den Interviews stimmten nicht immer mit den Beobachtungen überein. 18 Pflegenden gaben an routinemäßig einen Bewegungsplan einzusetzen, allerdings erhielten nur 8 von 21 Patienten mit bestehendem Dekubitus oder Dekubitusrisiko einen Bewegungsplan</p>	<p>Fehlende Randomisierung und Kontrollgruppe. Kleine Stichprobe, aus unterschiedlichen Einrichtungen. Damit ist nachhaltige Veränderung der Praxis nur schwer möglich, da die Pflegenden die an der Schulung teilgenommen haben als Multiplikatoren fungieren müssen.</p> <p>Die Ergebnisse in Bezug auf den Wissenstest und das Interview, die für diese Arbeit nicht relevant sind, werden hier nicht aufgeführt.</p> <p>Die Studie beschreibt die Dokumentationsanalyse und deren Ergebnisse nur unzureichend.</p>

Titel/ Autor	Design	Methode	Intervention	Ergebnisse	Bemerkungen
Practice Versus knowledge when it comes to pressure ulcer prevention. Provo, B.; Picentine, L.; Dean-Baar, S.: (1997).	Pretest-Posttest Interventions- Design	Erhebung des Wissens zur Dokumentation der Dekubitusprophylaxe und Prävalenzerhebung vor und nach einer Schulung. - Wissenstest - Dokumentationsanalyse - Prävalenzerhebung Phase I: Erhebung Phase II: Intervention Phase III: Erhebung	Ein 20 minütiges Schulungsprogramm; das aus der AHCPR Guideline und den Ergebnissen der Phase I entwickelt wurde	Der Wissenstest in Phase I und III wurde zu 80% korrekt ausgefüllt. Kein statistisch signifikanter Wissenszuwachs. Die Anzahl der Patienten mit Dekubitus oder Dekubitusrisiko, mit einem dokumentierten Hautbeurteilungsplan, war zwischen Phase I und III signifikant unterschiedlich (p= 0.002) Phase I 62% Phase II 96%	Schwachtes Design durch fehlende Randomisierung und Kontrollgruppe kleine Stichprobe. Inhalte der Schulung werden nicht beschrieben

Tab. 7 Studienübersicht: Interventionsstudien

Titel/Autor	Design	Methode	Ergebnisse	Bemerkungen
<p>Accuracy and Quality in the Nursing Documentation of Pressure Ulcers: A Comparison of Record Content and Patient Examination.</p> <p>Gunningberg, L.; Ehrenberg, A. (2004b)</p>	<p>Retrospektives, deskriptives, komparatives Design</p>	<p>Erhebung der Genauigkeit der Dokumentation in Bezug auf die Dekubitusprophylaxe mittels Dokumentationsanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufnahmeassessment - Medikationspläne - Verlaufsbeschreibung - Pflegepläne - Beobachtungen <p>Instrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - EPUAP Instrument: Klassifikation zur Einschätzung des Dekubitusgrades - Cind Instrument: Evaluation der Dokumentation mit einer „5-point level scale“ <p>Einschlusskriterium: „dokumentierter Dekubitus“</p> <p>Vergleich der Ergebnisse der Dokumentation mit den Beobachtungen</p>	<p>Dokumentation bei Pat. mit Dekubitus (n=59) mangelhaft</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentation Dekubitus Grad 1: 22,4% beobachtet, 6,5% dokumentiert - Grad 3 und 4: 7% beobachtet, 3,2% dokumentiert <p>Unzureichende Risikodokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> - In 8,5% der Fälle (5) erfolgte eine Risikoeinschätzung - Unspezifische Dokumentationen die das Risiko beachten in 9 (15,3%) Fällen - In 45 (76,3%) Dokumenten keine Angaben bezüglich Risikostatus - Geplante Lagerungen erfolgten in 6 (10,2%) Fällen. In mehreren Dokumentationen fanden sich Angaben bezüglich der Lagerung des Patienten, aber nicht als geplante Intervention sondern als Anlass eines anderen Ereignisses <p>Insgesamt erreichten nur 3 Dokumente die Anforderungen des Gesetzes</p>	<p>Die Übereinstimmung zwischen den eingeschlossenen Patienten und den Krankenakten war nicht ganz gegeben, da diese am Tag der Beobachtung nicht mit Aufnahmeummern versehen wurden und nicht alle Patienten bei den Hautbeurteilungen durch die Forscher anwesend waren. (OP, Untersuchungen)</p>
<p>The development of pressure ulcers in patients with hip fractures: inadequate nursing documentation is still a problem.</p> <p>Gunningberg, L.; Lindholm, C.; Carlsson, M.; Sjöden, P.O. (2000)</p>	<p>Retrospektives Design</p>	<p>Analyse der Dokumentation in Bezug auf Dekubitusprophylaxe und Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Retrospektive Analyse der Patientenakten in Bezug auf die dokumentierten Strategien zur Dekubitusprophylaxe - Die Dokumente wurden unabhängig von 2 Personen analysiert 	<p>Im durchschnitt 2,2 dokumentierte Interventionen pro Patient</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nur 3 Dokumente erfüllten Qualitätsanforderungen des schwedischen Gesetzes. <p>Die am häufigsten dokumentierten Maßnahmen sind</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lagerung, Bewegungsplan, Kissen, Beobachtung, Hautpflege <p>Fehlend: 30 Grad Lagerung, Ernährungsstatus, Reduktion der Reibungs- und Scherkräfte sowie Patienten-Aufklärung</p>	<p>Keine Beobachtung der Praxis; kleine Stichprobe. Gleiche Stichprobe wie in der Untersuchung von 2001 unter anderer Fragestellung. Ergebnisse, die für diese Arbeit nicht relevant sind, sind hier nicht aufgeführt.</p>

Titel/Autor	Design	Methode	Ergebnisse	Bemerkungen
Audit of pressure area care and documentation. Cockbill-Black, S.; Bond, J.; Bersée-Mills, A.; Warren, K.; Hammerton, S.; Found, D.; Daley, L. (1999)	Deskriptives, retrospektives komparatives Design	Qualitätsentwicklung durch Audits der Dokumentation und Beobachtungen der Praxis. - Audit der Dokumentation anhand vordefinierter Kriterien - Beobachtung der Praxis der Dekubitusprophylaxe mittels eines Protokolls - Vergleich der Dokumentation und der Beobachtungsprotokolle	Unzureichende Ergebnisse in der Dokumentation der Dekubitusprophylaxe. - In 55% der Fälle fehlendes Assessment/Anamnese - Von 150 möglichen Warterloo-Werten wurden 86 (57%) erhoben und 42 in der Pflegedokumentation aufgenommen - Von den 22 auditierten Patienten erhielten 7 Patienten eine tgl. Einschätzung des Dekubitusrisikos - Bei 53% der Patienten fehlte die dokumentierte Beurteilung des Hautzustandes - 69% der Dokumente konnten nicht belegen welches Speziallagerungssystem im Einsatz war - Bei 13 der 22 Patienten wurde eine Hautschädigung beobachtet, in der Dokumentation wurden jedoch 19 Patienten <u>ohne</u> Hautschädigungen aufgeführt - Nur 30% der durchgeführten/beobachteten Positionswechsel wurden dokumentiert	Beschreibung der BIAS die durch die Methode der Datenerhebung entstehen können und wie versucht wurde diese auszugleichen.

Tab. 8 Studienübersicht: Dokumentationsanalysen

Titel/ Autor	Design	Methode	Intervention	Ergebnisse	Bemerkungen
Pressure ulcer risk: audit findings. Bick, S.; Stephens, F. (2003):	Deskriptives, komparatives Design	Evaluation, inwieweit die Pflegenden die LL Empfehlungen vor und nach der Implementierung einsetzen. - 18 monatiges Implementierungsprojekt - Entwicklung einer Implementierungsstrategie - Entwicklung der Auditinstrumente - Schulung - Datensammlung vor und nach der Implementierung der Leitlinie - Vergleich der Daten - Ergebnispräsentation - Re-audit: 5 bis 6 Monate nach der Schulung - Retrospektive Dokumentationsanalyse und Hautbeurteilung um die Genauigkeit der dokumentierten Hautdefekte zu prüfen.	Umfassendes Implementierungsprogramm: - Schulungen - Bereitstellung von Leitfäden zur Implementierung - Vorstellung der Auditinstrumente - Zusammenfassung der Empfehlungen der LL - Projekt newsletter - Weiterführende Literaturhinweise - Kurzzusammenfassung des Projekts - Einrichtungsspezifische Rückmeldungen und Empfehlungen für die Praxis	Bessere Ergebnisse im Re-Audit Systematische Risikoeinschätzung: - Audit 1: 69% erhielten die Einschätzung innerhalb 24h, 6 % erhielten kein Assessment, die restlichen Patienten einen oder mehrere Tage später - Audit 2: 72% erhielten die Einschätzung innerhalb von 24h, 2% kein Assessment, die restlichen Patienten erhielten das Assessment zwischen 1 und 27 Tagen nach Aufnahme - Bewegungsintervalle: - Audit 1: 30% benötigten Hilfe bei der Lagerung, 69% erhielten einen individuellen Bewegungsplan - Audit 2: 18% benötigten Hilfe 81% erhielten Bewegungsplan.	Fehlende Vergleichbarkeit, da der Ist-Zustand vor der Implementierung und nach der Implementierung erhoben wurde. Es können jedoch Verbesserungen abgeleitet werden. Kein Rückschluss darauf welche Intervention den Erfolg gebracht hat. Es wurden weitere Leitlinienempfehlungen gemessen, die in die Studienbeschreibung nicht aufgenommen wurden, da sie sich nicht auf die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit beziehen.

Titel/ Autor	Design	Methode	Intervention	Ergebnisse	Bemerkungen
Die Implementierung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe in der Pflege. DNQP (2004)	Deskriptives Posttest Design Nachweis der Praktikabilität des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe	Evaluation der Implementierung des Expertenstandards - 5 monatiges Implementierungsprojekt - Benennung und Unterstützung der Projektbeauftragten in den Institutionen - Datenerhebung - Patientenbezogene Daten - Pflegepersonalbezogene Daten	Umfassendes Implementierungsprogramm: - Fortbildungen in den Einrichtungen durch Projektleiter - Unterstützung der Projektleiter - Anpassung des Expertenstandards an die Anforderungen der Institutionen - Bereitstellung von Ressourcen (Hilfsmittel und Finanzen) - Mehrfache Infoveranstaltungen	Insgesamt gute Erfüllung der Kriterien zwischen 70-90% Systematische Risikoeinschätzung: - 80,2% haben innerhalb der ersten 24h nach Aufnahme eine Einschätzung erhalten - Re-Assessment erfolgte in 78% der Fälle Bewegungsplan: - 83,1% haben einen individuellen Bewegungsplan erhalten Fortbildungen: - 44% des befragten Pflegepersonals haben in den letzten 24 Monaten vor der Implementierung eine Fortbildung zum Thema Dekubitusprophylaxe besucht - 45% gaben weiteren Fortbildungsbedarf an	Deskriptives Design, kein Vergleich zum Ist-Zustand vor der Implementierung. Es wurden weitere Kriterien des Expertenstandards gemessen, die in die Studienbeschreibung nicht aufgenommen wurden, weil sie sich nicht auf die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit beziehen. Probleme bei der Implementierung durch: Personalengpässe, mangelnde Ressourcen für Fortbildungen, Personalfreistellung für AG's

Tab. 9 Studienübersicht: Evaluation von nationalen Leitlinienimplementierungen

12.4 Erhebungsinstrument

Station: _____ Aufnahme datum auf Station: _____ Aufnahmenr.: _____ Geschlecht: _____

Alter: _____

ERHEBUNGSINSTRUMENT				
Item	J	N	NE ⁹	Bemerkung
Systematische Risikoeinschätzung				
Ist bei Pat. mit der PPR Stufe \geq A2 ¹⁰ epA mit Bradenskala angelegt?				
Ist die epA Anlage im Stammbblatt vermerkt?				
Im Verlauf auf Station angelegt?				
Liegt bei dem Pat. bei der letzten Einschätzung ein Dekubitusrisiko ¹¹ vor?				Braden Wert: _____; CMS: _____ PS: _____ Gefährdung seit: _____ Tag(en)
Risikoausschluss durch Stammbblatt?				Alternativen?
ePA-AC©				
Ist die Ersteinschätzung innerhalb von 24h nach Aufnahme erfolgt?				
Wenn Nein wie viele Tage später?				
EPA lückenlos ausgefüllt?				Welche Angaben fehlen?
Zwischeneinschätzung ¹² vorhanden?				
Bewegungsplan				
Hat der Patient einen Bewegungsplan erhalten?				
Wenn Ja, fehlen Angaben?				Lagerung: _____ Kontinuität ¹³ : _____/24h Mobilisation: Fingertest:
Gibt es Alternative Dokumentationsformen zum Bewegungsplan?				Fieberkurve: Lagerungsplan ¹⁴ : Pflegedokumentation: PPR:

⁹ Nicht erforderlich, Nicht einschätzbar

¹⁰ Grundannahme: Alle Patienten mit PPR \geq A2 müssen eine Risikoeinschätzung mittels epA erhalten haben.

¹¹ CMS < 31 und Braden Wert \geq 16

¹² Nach Stationsspezifischen Intervallen

¹³ Bezieht sich die Dokumentation von Lagerungen/Bewegung in 24h

¹⁴ Ungleich Bewegungsplan

Ist die Dokumentationsform kontinuierlich weitergeführt?				Kontinuität: ____/24h
Wird der Fingertest bei jeder Bewegung dokumentiert?				
Wir auf pos. Ergebnisse des Fingertest mit Verkürzung des Bewegungsintervalls reagiert?				
Pflegedokumentation				
Prophylaxestufe bei Veränderungen dokumentiert?				
Prophylaxestufe entspricht CMS und Braden Wert ¹⁵ ?				
Hat der Pat. ein Speziallagerungssystem erhalten?				
Speziallagerungssystem dokumentiert?				
Lagerungssystem angepasst, wenn sich Prophylaxe Stufe 2 auf Prophylaxe Stufe 1 verringert hat?				Zeitfenster: _____ Tag(e)
Sind Hautveränderungen mit pos. Fingertest mind. 1 mal pro Schicht dokumentiert?				
Wunddokumentation				
Liegt am Stichtag ein Dekubitus vor?				Grad: Anzahl der Dekubitalulcerationen:
Wenn Ja: Bei Aufnahme vorhanden?				
Im aktuellen Krankenhausaufenthalt entstanden?				
Ist eine separate Wunddokumentation bei einem Dekubitus > Grad 1 angelegt?				
Welche Kriterien werden in der Wunddokumentation erfasst?				
Welche Kriterien werden zur Dekubitusbeurteilung erfasst?				Grad: Lokalisation: Größe:

¹⁵ Prophylaxe Stufe 1 = CMS: 20-30 und Braden: 13-16, Prophylaxe Stufe 2 = CMS < 31 und Braden < 12

12.5 Schulungskonzept

Zielsetzung

Ziel der Schulung ist es, die Teilnehmer für die Thematik der Dokumentation der Dekubitusprophylaxe zu sensibilisieren. Durch die gezielte Rückmeldung, der im Audit 2006 erreichten Ergebnisse, werden die Stärken und Verbesserungspotentiale in Bezug auf die Dokumentationsqualität der Dekubitusprophylaxe aufgearbeitet. Dabei soll eine kritische Auseinandersetzung mit den im Expertenstandard formulierten Dokumentationsanforderungen und den im Audit 2006 erreichten Ergebnissen erfolgen.

Im Rahmen der Schulung soll eine Dokumentationsform erreicht werden, in der -Patient und Pflegende- gleichermaßen berücksichtigt werden (Benner, Tanner, und Chesla 2000: 429). Dies erfordert eine Dokumentation, die sowohl leitlinienbasiert und somit strukturiert ist, aber auch Entscheidungsspielräume beinhaltet. Dies kann durch die Anwendung von Hilfsmitteln, z.B. einem individuellen, teilstrukturierten Bewegungsplan ermöglicht werden. Durch den Einsatz dieser Hilfsmittel, können die Teilnehmer zu einer Dokumentation befähigt werden, die die Kriterien der Leitlinie erfüllt aber auch pflegerische Entscheidungen berücksichtigt. Die Handlungsbefähigung zu einer lückenlosen und nachvollziehbaren Prophylaxedokumentation soll sich auf den Transfer von Dokumentationsanforderungen in anderen klinischen Situationen ausdehnen. Eine detaillierte Darstellung der Zielsetzungen erfolgt in Tabelle 10 S. XX

Kompetenzstrukturierte Zielsetzung

Fachkompetenz:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Teilnehmer kennen die Dokumentationsanfordernisse, gemäß des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe. • Die Teilnehmer kennen die Bedeutung der Begriffe Beweislastumkehr und „vorweggenommenes Sachverständigengutachten“.
Methodenkompetenz:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Teilnehmer können die Dokumentationsanfordernisse aus dem Expertenstandard anhand von konkreten Fallbeispielen in praktischen Übungen umsetzen.
Sozialkompetenz:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Teilnehmer können die Schulungsinhalte anhand eines Fallbeispiels gemeinsam erarbeiten (Gruppenarbeiten). • Die Teilnehmer können durch die Diskussion über Ergebnisse des Audits 2006, Verbesserungspotentiale in der Dokumentation aufdecken und gemeinsam nach Gründen für die Ergebnisse und Lösungsvorschlägen für eine bessere Dokumentation suchen.
Persönliche Kompetenz:	<ul style="list-style-type: none"> • Die Teilnehmer können das eigene Handeln reflektieren und begründen. • Die Teilnehmer können sich kritisch mit den Anforderungen an die Dokumentation auseinandersetzen. • Die Teilnehmer können sich kritisch mit den derzeitigen institutionellen Rahmenbedingungen und der Vereinbarkeit mit der Dokumentation auseinandersetzen. • Die Teilnehmer können Verbesserungspotentiale im eigenen Handeln erkennen, Alternativen entwickeln und anwenden.

Tab. 10 Übersicht der Zielsetzung der Schulung

Theoretisches Konzept

Kritisch konstruktive Didaktik

Die kritisch konstruktive Didaktik (Klafki, 1996) orientiert sich an der Zielbestimmung des Unterrichts und nicht ausschließlich an den Inhalten. Hauptbestandteil dieser Theorie ist die Emanzipation der Lernenden zur Selbst- und Mitbestimmung, sowie zur Solidaritätsfähigkeit. Hauptanliegen der Bildung besteht darin, die Lernenden zu eigenständigem und partizipativem Lernen zu befähigen. Klafki versteht dabei Lernen als „*entdeckendes bzw. nachdenkendes und sinnhaftes, verstehendes Lernen anhand exemplarischer Themen*“ (Klafki, 1996:129). Zielsetzung dieser Didaktik ist es, Themenkomplexe kritisch darzustellen und zu hinterfragen, aber auch konstruktiv zu bearbeiten. Hieraus ergibt sich die Emanzipation der Teilnehmer. Lehren und Lernen wird als „*Interaktionsprozess*“ (Klafki 1996:256), der die Befähigung zu eigenständigem Lernen mit einschließt, verstanden.

Berufspädagogische Didaktik

Lebenslanges Lernen (Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2000) nimmt im Kontext der beruflichen Flexibilität und Expertise eine immer größere Bedeutung ein. Hieraus leitet sich die Notwendigkeit zur Befähigung zum lebenslangen Lernen ab. Ansätze hierzu zeigen sich in der kritisch-konstruktiven Didaktik von Klafki (1996), die jedoch hier nicht nur auf den Bereich der Schule begrenzt bleiben darf, sondern die Grundvoraussetzung zum lebenslangen Lernen darstellen muss. Die schulische Pädagogik kann hierbei nicht unreflektiert auf die Erwachsenenbildung übertragen werden. In der Erwachsenenbildung wird vielmehr die Befähigung zum selbständigen lebenslangen Lernen in den Vordergrund gerückt, wobei die Voraussetzung für ein partizipatives und kooperatives Lernen ermöglicht werden muss. Die Basis des Lernens ist hier die Selbständigkeit des Erwachsenen (Gudjons, 2006:328). Das heißt, die Lernenden sollen sich die Inhalte soweit möglich selbst erarbeiten. Dies kann durch das Konzept der Handlungsorientierung erreicht werden.

Die Handlungsorientierung bildet einen guten Ausgangspunkt zur Planung und Evaluation von Bildungsprozessen bei Erwachsenen. Der Fokus der Handlungsorientierung liegt nicht auf der ausschließlichen Wissensvermittlung, sondern auf der Befähigung Handlungen selbständig ausführen zu können (Gudjons, 2006:330). Die Handlungsorientierung bezieht das Konzept der Handlungskompetenz mit ein. Schneider, K.; Brinker-Meyendriesch und Schneider, A. (2005) definieren Handlungskompetenz als „die Fähigkeit und Bereitschaft des Menschen, in beruflichen Situationen sach- und fachgerecht, persönlich durchdacht und in gesellschaftlicher Verantwortung zu handeln sowie seine Handlungsmöglichkeiten ständig weiterzuentwickeln“ (Schneider et al. 2005:90)

Handlungskompetenz setzt sich aus folgenden Kompetenzen zusammen.

Fachkompetenz, die Fähigkeit neues Wissen zu erlernen.

Methodenkompetenz, die Fähigkeit das Wissen in der Praxis umzusetzen.

Sozialkompetenz, die Fähigkeit bzw. Bereitschaft mit anderen zusammenzuarbeiten und zu kommunizieren.

Persönlichkeitskompetenz, die Fähigkeit zur Auseinandersetzung mit den eigenen Werten und Überzeugungen, also die kritische Reflexion.

Didaktische Analyse

Die Didaktische Analyse fragt nach den Bedingungen, die persönliche Entwicklung fördern. (Gudjons:2006:232). Zielsetzung der didaktischen Analyse ist es, sich mit allen Aspekten die Einfluss auf die Schulung haben können, auseinander zu setzen.

Bedingungsanalyse:

Begründungs- zusammenhang:	
1. Gegenwartsbedeutung	Durch die Gesundheitsstrukturreform 2000 sind zugelassene Krankenhäuser durch §135a und § 137 SGB V zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Zudem wird im Krankenpflegegesetz 2003 §3 und im Sinne von Evidenz based Nursing eine Pflege auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft gefordert. Eine Möglichkeit bietet hierbei die Implementierung und Evaluation der Expertenstandards. Die Entwicklung der Expertenstandards erfolgte im Rahmen der Anforderungen der 72. Gesundheitsministerkonferenz am 9./10.Juli 1999. Der Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege wurde 1999-2000 als erster Expertenstandard entwickelt, implementiert und im Jahr 2004 aktualisiert. Er unterstützt die Verantwortung der Pflegenden im Bereich der Risikoerkennung und der Durchführung von prophylaktischen Maßnahmen (DNQP, 2004:40ff.) Dekubitalulcerationen werden als Qualitätsindikator diskutiert. Vor allem die Dekubitusinzidenz gibt Hinweise auf die angewendeten Prophylaxestrategien und wird international als Indikator der pflegerischen Versorgungsqualität angesehen (vgl. ANA 1999, IQIP 2002, Verein Outcome 2005. Im Jahr 2002 wurde erstmals zur Beurteilung der Pflegequalität die Dekubitusprophylaxe als Qualitätsindikator auf Bundesebene eingeführt. Dabei wurde in definierten Leistungsbereichen die Dekubitusprophylaxe

	<p>erhoben (vgl.: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) 2007). Der Generalindikator Dekubitusprophylaxe wurde erstmals 2007 eingeführt und damit die Pflegequalität unabhängig von der medizinischen Diagnose gemessen. Dies zeigt, dass die Thematik auch heute noch aktuell ist und unterstreicht die Bedeutung und Notwendigkeit sich weiterhin mit der Dekubitusprophylaxe auseinanderzusetzen.</p> <p>Durch die Vorgaben des SGB V und im Rahmen der Erhebungen des BQS kommt der Dokumentation eine wichtige Aufgabe zu. Die Krankenhäuser werden durch diese Verfahren zur Generierung von pflegerischen Kennzahlen angehalten und zur externen Darlegung ihrer geleisteten Arbeit verpflichtet.</p> <p>Des Weiteren spielen dokumentierte und transparente Leistungen im Rahmen der DRG (Diagnosis Related Groups) Einführung eine sehr wichtige Rolle. Viele kostenrelevante Tätigkeiten innerhalb einer DRG liegen im Pflegebereich. Hierzu gehören z.B. auch prophylaktische Maßnahmen. Diese werden jedoch nicht ausreichend in den DRG's abgebildet (vgl.: Peters-Alt, 2006:39). Mit dem Ziel die Pflegeleistungen transparent zu machen ist es von Bedeutung, das Daten erhoben werden können, die Aussagen über den Pflegeaufwand bei einem Patienten zulassen. Durch die gezielte Pflegedokumentation kann der Leistungsanteil der Pflegenden und die damit entstehenden Kosten an der jeweiligen DRG nachgewiesen werden.</p>
2. Zukunftsbedeutung	<p>In der Zukunft wird die Anforderung an eine nachvollziehbare und lückenlose Dokumentation weiter steigen. Dies ist ebenfalls mit der Einführung der DRG's zu begründen. Des Weiteren werden die Patienten immer mehr zu informierten Kunden werden. Eine bewusste Wahl des Krankenhauses wird durch die externen Qualitätsvergleiche fokussiert. Daten der Dokumentation können das Leistungsgeschehen in der Institution, sowohl für die Mitarbeiter als auch für Patienten transparent machen und damit ihre Qualität nachweisen. Die Pflege muss die Aufgabe der Dokumentation als pflegerische Aufgabe anerkennen und diese als Medium verstehen, welches die</p>

	Grundlage einer qualitativ hochwertigen Pflege darstellt. Hierzu sind Dokumentationssysteme notwendig, die eine effektive Dokumentation erlauben.
3. Exemplarische Bedeutung in der Zielsetzung der Unterrichtseinheit	Durch den Grundsatz der Rechtsprechung, was nicht dokumentiert ist, ist auch nicht durchgeführt, wird die Brisanz der Thematik deutlich. Dokumentationsanforderungen in Bezug auf die Dekubitusprophylaxe werden in der Schulung erarbeitet. Eine Übertragung auf Dokumentationsanforderungen in anderen Themengebieten der Pflege ist wünschenswert. Hierbei soll deutlich werden warum die Pflege ihre Arbeit dokumentieren muss und wie Sie mit der Dokumentation die Qualität der Pflege sicherstellen kann.
Bedingungsanalyse	
1. Analyse der Rahmenbedingungen	Zeit: Für die Schulungen stehen in etwa 90 Minuten zur Verfügung. Die Schulungen finden auf Wunsch der Stationen im Anschluss an den Frühdienst statt. Dies kann Auswirkungen auf die Motivation und auf die Aufmerksamkeit der Lernenden haben.
	Raum: Es steht ein Besprechungsraum außerhalb der Station zur Verfügung. Durch die räumliche Trennung kann eine Distanz zur Station erreicht werden. Störungen können weitgehend ausgeschlossen werden. Allerdings können die Kollegen die im Spätdienst sind nicht an der Schulung teilnehmen.
	Materialien: Im Besprechungsraum stehen ein Beamer, ein Flip-chart und ein Overheadprojektor zur Verfügung. Hierdurch können die Schulungsinhalte visuell unterstützt und unterschiedliche Medien eingesetzt werden, was wiederum die Aufmerksamkeit der Lernenden fördert.
	Institution: Die Institution befindet sich zurzeit in einer umfassenden Umstrukturierung (finanzieller Sanierungsprozess). Durch die weitreichende Umstrukturierung sind die Mitarbeiter verunsichert, die Atmosphäre auf den Stationen und in der Kliniken wirkt entsprechend angespannt. Dies zeigte sich bspw. bei

	<p>der Terminierung der Audits, hier wurde bereits eine schlechte Dokumentation in Aussicht gestellt. Da die Rahmenbedingungen die Lernsituation beeinflussen muss die aktuelle Situation der Klinik in der Schulung aufgegriffen und mit einbezogen werden.</p>
	<p>Thematik: Probleme können sich aus der Thematik der Schulung ergeben. Die Dekubitusprophylaxe wird bei Bienstein, Braun und Nenander. (1997:25) als „Herzstück“ der Pflege gesehen. Die Auseinandersetzung mit der Thematik erfolgt von Beginn der Ausbildung und ist fortlaufend präsent.</p> <p>Die Ergebnisse des Audits zeigen, dass eine Auseinandersetzung mit dem Thema immer noch wichtig ist. Hierbei muss der Grundsatz beachtet werden, dass Lernen nicht unabhängig vom Lerngegenstand ist, sondern dass der Lerngegenstand das Lernen beeinflusst (Sieger, 2001).</p>
2. Teilnehmeranalyse	<p>Motivation: In der Terminierungsphase wurden die aus der Umstrukturierung resultierende Anspannung und eine zum Teil negative Einstellung der Mitarbeiter, zum Thema Audit und Schulungsmaßnahmen deutlich. Unter den gegebenen Rahmenbedingungen wird die Notwendigkeit der Schulung nur zum Teil anerkannt. Die Schulungen werden als Pflichtveranstaltungen durchgeführt, was sich ebenfalls auf die Motivation der Mitarbeiter auswirken kann.</p> <p>Allgemeines: Bei der Planung der Schulung muss bedacht werden, dass sich die Teilnehmer in Bezug auf die Lerntypen unterscheiden, von daher werden unterschiedliche Lehrmethoden eingesetzt.</p> <p>Die Teilnehmer sind alle examinierte Krankenschwestern und haben ein gemeinsames "Grundwissen" in Bezug auf die Dekubitusprophylaxe. Dennoch unterscheiden sie sich in ihrer Berufserfahrung (ggf. Spezialisierungen), was entsprechende Auswirkungen auf die Schulung haben kann. Die Teilnehmer unterscheiden sich wahrscheinlich auch hinsichtlich ihres Alters.</p>

	Die Teilnehmer der Schulung sind im Vorfeld nicht bekannt. Die Entscheidung, wer an den Schulungen teilnimmt, liegt auf Seiten der Stationsleitung.
3. Eigenanalyse	<p>Ich selbst bin examinierte Krankenschwester, habe in der Psychiatrie gelernt und arbeite seit 2001 auf der interdisziplinären Intensivstation im Hospital zum heiligen Geist in Frankfurt. Grundkenntnisse im pädagogischen Bereich konnte ich durch die Teilnahme an den Seminaren: Kommunikation, Moderation und Beratung, Anleitung sowie Pädagogik erwerben. Im Rahmen der Seminare habe ich bereits eine Fortbildung (Thema "Atemstimulierende Einreibung") und zwei Praxisanleitungen durchgeführt.</p> <p>Meine Kenntnisse zu dem Themenkomplex Dekubitusprophylaxe sind umfangreich. Das Audit zur Evaluation der Dekubitusprophylaxe (2006) wurde von mir durchgeführt und die Ergebnisse gemeinsam mit den Betreuern kritisch hinterfragt.</p>
4. Inhalte der Schulung	Inhalte der Schulung sollen insbesondere die systematische Risikoeinschätzung und die Anwendung des Bewegungsplans sein. Auf die Verwendung und Dokumentation von Speziallagerungssystemen, sowie auf die Dekubitusdokumentation wird im speziellen nicht eingegangen. Hierzu erhalten die Teilnehmer zu Beginn eine Rückmeldung, da hier gute Ergebnisse erzielt wurden.
Thematische Strukturierung	
1. Thematische Struktur	Die Mitarbeiter wurden im Rahmen von Arbeitsgruppen in die Entwicklung der ePA-AC [®] Leitlinie Dekubitusprophylaxe integriert. Andere wiederum waren am ersten Audit zur Evaluation der Dekubitusprophylaxe beteiligt. Um die Teilnehmer auf den gleichen Stand zu bringen, wird im Rahmen der "Einstimmung" kurz erläutert welche Aktivitäten im Vorfeld durchgeführt wurden und warum eine erneute Schulung notwendig ist.

	Die Schulung besteht aus einem theoretischen und einem praktischen Teil.
2. Erweisbarkeit und Überprüfbarkeit	Im Rahmen eines Re-Audits 2007 zur Dekubitusprophylaxe erfolgt eine Evaluation
3. Bestimmung von Zugangs- und Darstellungsmöglichkeiten (Medien):	Siehe Bedingungsanalyse (Analyse der Rahmenbedingungen)
4. Methodische Strukturierung	Die methodische Strukturierung wird im Kapitel Konzeption ausführlich dargestellt. Es geht um die Lehr-Lernstruktur, die als variables Konzept verstanden wird. (vgl.: Gudjons, 2006)

Tab. 11 Bedingungsanalyse

Didaktische Überlegungen

Die Inhalte der Schulung sollen über die kognitive, affektive und psychomotorische Ebene vermittelt werden. Um dies zu gewährleisten müssen unterschiedliche Lernkanäle und die unterschiedlichen Lerntypen (vgl. Martens 1998) berücksichtigt werden. Hierzu sollen im Seminar unterschiedliche Medien und Arbeitsformen eingesetzt werden, die zum einen die Konzentration der Teilnehmer fördern, zum anderen die unterschiedlichen Lerntypen berücksichtigen. Informationen werden besser verarbeitet wenn sie Wissen, Motivation und Handeln gleichermaßen ansprechen (Mertens 1998:16). Die Seminarplanung erfolgt dahingehend, dass theoretische Inhalte zusammenfassend dargestellt werden. Eine visuelle Unterstützung in der Schulung wird durch die Verwendung des Flussdiagramms zur Dekubitusprophylaxe (siehe Abb.8, S.XXXVI) erreicht. Die Diskussion der Ergebnisse sowie die Bearbeitung von Fallbeispielen soll die persönliche Auseinandersetzung der Lernenden mit der Thematik unterstützen.

Die Bearbeitung von realen Fallbesprechungen aus der Praxis der Lernenden ermöglicht, im Gegensatz zu fiktiven Fallstudien, eine Identifikation mit dem konkreten Fall, wodurch ein konkreter Bezug hergestellt werden kann. (Müller-Staub. 2006). *„Die Arbeit mit echten Patientenbeispielen erlaubt Genauigkeit und Nähe zur dargestellten Situation“* (vgl.: Müller-Staub & Stuker-Studer, 2006:283). Die Arbeit mit Fallstudien setzt bestehendes Wissen zu einem bestimmten Thema voraus und soll eine kritische Auseinandersetzung und einen Transfer der Schulungsinhalte ermöglichen. Hierdurch wird die Verbindung zwischen der *„Lernsituation“* und dem praktischen Handeln hergestellt (Kade, 1990:110). Die Teilnehmer werden damit aktiv in die Schulung einbezogen. Eine Verbesserung der Praxis kann erfolgen, wenn die Pflegenden die aktuelle Praxis diskutieren, reflektieren und Bereiche identifizieren, in denen Verbesserungen erreicht werden können (Moore, 2001:66).

Leutenegger und Sanmann (o. J.) beschreiben das die Ergebnisse so dargestellt und aufbereitet werden müssen, dass sie von den Mitarbeitern verstanden, ein *„Veränderungsbedarf“* erkannt und ein *„Handlungsbedarf“* abgeleitet werden kann. Die Ergebnisse des Audits 2006 wurden so aufbereitet, dass die Lernenden sich mit den erwünschten

(dem Soll) und den erreichten Ergebnissen (dem Ist) auseinandersetzen. Des Weiteren werden die Ergebnisse der Station in Beziehung zu den Ergebnissen der übrigen Stationen gesetzt, wodurch ein Leistungsvergleich möglich wird.

Der Begriff der auditbasierten Schulung entstand daraus, dass das Schulungskonzept gezielt die Autitergebnisse der einzelnen Stationen einbezieht. Dabei handelt es sich um einen Teil der Implementierungsstrategie zur Einführung der internen ePA-AC[®] Leitlinie Dekubitusprophylaxe. Für eine erfolgreiche Implementierung sollen diese Strategien sowohl leitliniengestützte Verfahren, Prävalenz- und Inzidenzmessungen, aber auch Audits und das Feedback der Ergebnisse mit einbeziehen (Sachs 2006).

Konzeption

Thema: Dokumentation der Dekubitusprophylaxe

Inhalte	Handlungsschritte	Methodik	Zeit
Vorstellung	Eigene Vorstellung, Zielsetzung deutlich machen	Vortrag	5 min
Einstimmung	Abfrage Erwartungen	Zurufabfrage	5 min
Ausgangslage	Audit/Rechtliche Bestimmungen und Fallbeispiele	Folienvortrag	10 min
Inhaltlicher Schwerpunkt:	Darstellung des Fallbeispiels durch die Teilnehmer/ bzw. Vorgabe durch Leitung	Erzählung/ Sammlung der Relevanten Daten	10 min
-	Informationssammlung	Zurufabfrage	5 min
Transfer des Fallbeispiels auf 1. Systematische Risikoeinschätzung/Stammbblatt 2. Bewegungsplan 3. Dekubitusdokumentation	Transfer Fallbeispiel und Flussdiagramm auf Umsetzung in: - systematische Risikoeinschätzung - Bewegungsplan - Dekubitusdokumentation (vor allem Grad 1) - Evaluation	Praktische Übung, nach Flussdiagramm.	20 min
Zusammenfassung und Ausblick	Diskussion und Abgleich mit den Erwartungen, Feedback, Klärung offener Fragen, Re-Audit	Diskussion	5 min

Tab. 12 Übersicht Konzeption

Seminarplanung

Bartholomeycik (2004) betont, dass die Dokumentation als Bestandteil der pflegerischen Aufgabe gesehen werden muss. Dies kann nur erfolgen, wenn die Dokumentation nicht losgelöst von der direkten Pflege geschult wird. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Dokumentation nur nach bestimmten Kriterien erfolgt und nicht in Bezug zu der geleisteten Pflege steht (vgl.: Bartholomeycik 2004:195). Um den Praxisbezug herzustellen war es notwendig, die Schulung auf ein bestimmtes Thema zu konkretisieren und mit Fallbeispielen zu arbeiten. Als praktischer Anteil der Schulung wurde eine exemplarische Pflegedokumentation anhand eines konkreten Falls erarbeitet.

Die Seminarplanung erfolgt im Rahmen des Schulungskonzeptes, wobei sich die Gliederung der Schulung in drei Themengebiete aufteilen lässt.

Im ersten Teil sollen die Lernenden eine gemeinsame Basis erhalten, dies wird durch die Einstimmung erreicht. Hierbei wird den Teilnehmern die Ausgangssituation dargestellt und die Ziele der Schulung aufgearbeitet. In einem weiteren Schritt werden die theoretischen Inhalte der Schulung vermittelt. Im speziellen Teil erhalten die Lernenden einen Überblick über die von ihnen erreichten Ergebnisse. Die Diskussion der Ergebnisse soll die kritische Auseinandersetzung mit der Thematik fördern. Im praktischen Teil soll das Gelernte anhand von konkreten Fällen bearbeitet und gefestigt werden. Zum Abschluss werden die Erwartungen der Teilnehmer an die Schulung aufgegriffen und ein abschließendes Fazit gezogen.

Seminarplanung in der Übersicht

Gliederung	Inhalte	Medien	Zeit
Einleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung. • Rückblick, d.h. was ist in der Vergangenheit passiert? <ul style="list-style-type: none"> - Expertenstandard Dekubitusprophylaxe - Entwicklung der Leitlinie und des Bewegungsplans in AG's - Audit zur Evaluation der Umsetzung der Leitlinie 	Folie und Vortrag	10 min
Schulungs- verlauf	<ul style="list-style-type: none"> • Inhalte der Schulung • Aufbau der Schulung • Erwartungen der Teilnehmer an die Schulung • Was ist ihnen außerdem wichtig zu klären? 	Überblick Flip chart:	5 min
Ziele der Schulung	<ul style="list-style-type: none"> • Was soll durch die Schulung erreicht werden? • Was sollen die Teilnehmer mitnehmen? • Notwendigkeit der Dokumentation nicht nur aus rechtlichen Anforderungen sondern viel mehr als Aufgabe der Pflege sehen, Verantwortung übernehmen für das was man tut oder unterlässt, also für seine bewussten und reflektierten Entscheidungen. Die Dokumentation als Nachweis für die Pflege was sie tut und was sie damit erreicht. • Warum, Was und Wie kann dokumentiert werden. 	Folie, Diskussion	15 min

Allgemein Theoretischer Teil	<ul style="list-style-type: none"> • Rechtliche Anforderungen an die Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> - Gesundheits- und Krankenpflegegesetz - Expertenstandards - Bedeutung für die Pflegepraxis 	Folien	15 min
Spezieller Theoretischer Teil	<ul style="list-style-type: none"> • Darstellung der im Audit 2006 erreichten Ergebnisse zunächst im Kontext der Gesamtauswertung und anschließende Darstellung der stations-internen Ergebnisse • Bearbeitung der Gründe für Ergebnisse • Erfahrungen mit der Dokumentation • Welche Dokumentationsmedien stehen zur Verfügung? • Wie hätte eine nachvollziehbare Dokumentation in den genannten Fällen aussehen können? 	Flip Chart, Diskussion, Flow Chart	15 min
Praktischer Teil	<ul style="list-style-type: none"> • Aufarbeitung der Theoretischen Inhalte an einem Fallbeispiel aus der Praxis. <ul style="list-style-type: none"> - Systematische Risikoeinschätzung - Anwendung des Bewegungsplans - Aktuelle Einschätzung des Falls und wie kann der Bewegungsplan aussehen (fiktive Darstellung) - Allgemeine Darstellung <ul style="list-style-type: none"> ○ der Patient toleriert nur Rückenlage 	Falldarstellung, praktische Übung, Gruppenarbeit, Fallauswertung	30 min

	<ul style="list-style-type: none"> ○ der Patient hat eine Hautrötung mit pos. Fingertest am Steiß ○ der Patient hat eine Hautrötung mit pos. Fingertest an den Fersen (1*2 cm) ○ der Patient hat nach einem Lagerungsintervall eine Hautrötung mit negativem Fingertest am linken Trochanter ○ Der Patient dreht sich trotz mehrfacher Aufklärung immer wieder auf den Rücken zurück und lehnt Pflegemaßnahmen wie Mobilisation strikt ab ○ Schlechter Gesundheitszustand des Patienten ○ Anleitung des Patienten zu selbständigen Lagerung ○ Dokumentation von Routinemaßnahmen 		
Abschluss	<ul style="list-style-type: none"> ● Wiederholung. ● offene Fragen klären. ● Abgleich mit Erwartungen. ● Diskussion und Feedback. 	Folie	10 min

Tab. 13 Seminarplanung

Flussdiagramm Dekubitusprophylaxe

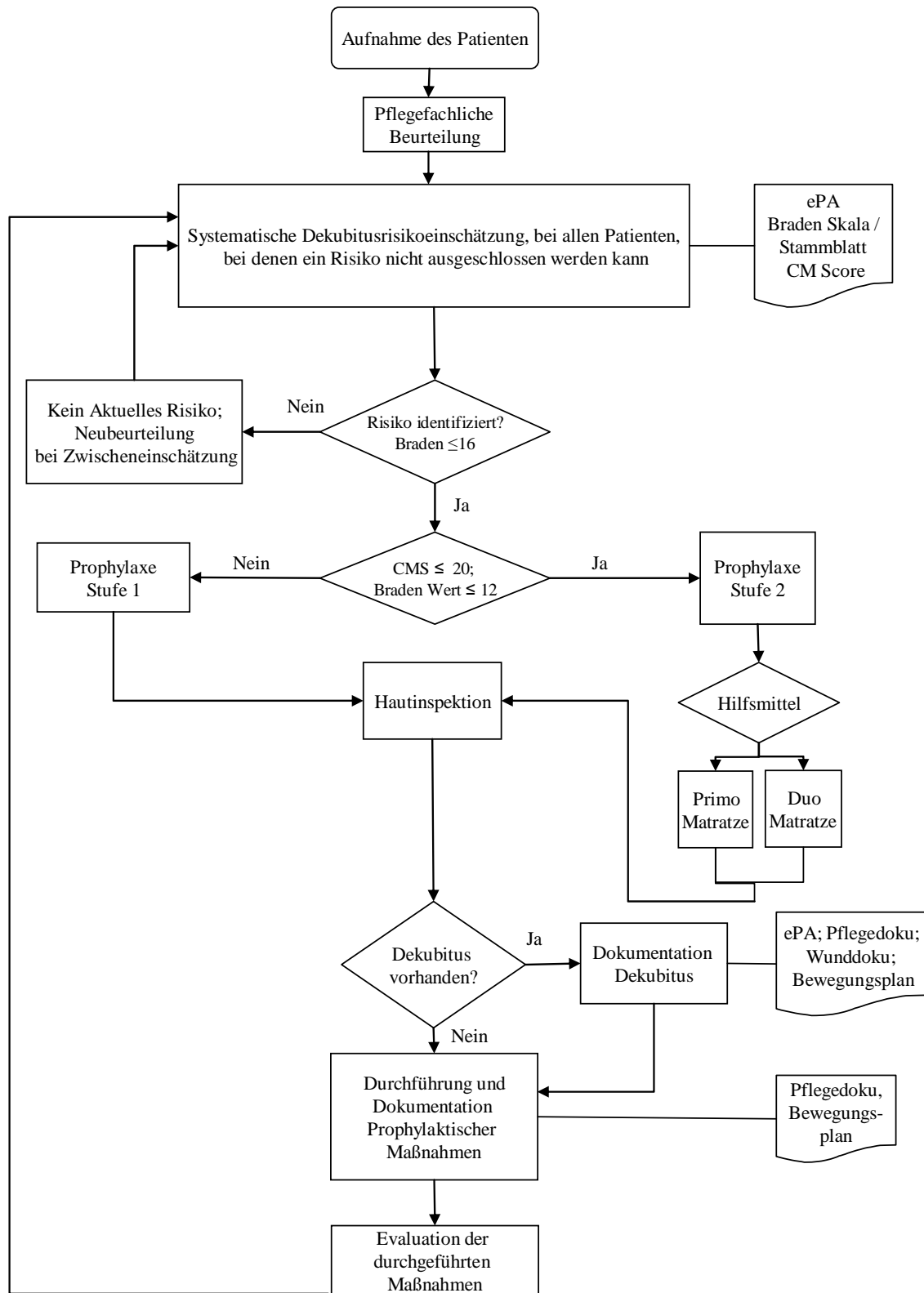


Abb. 8. Flussdiagramm Dekubitusprophylaxe

12.6 Tabellarische Übersicht über die Ergebnisse diese Studie

Anwendung der Braden-Skala in der Interventions- und Kontrollgruppe

Gruppenzugehörigkeit			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Kontroll-Gruppe	Gültig	Nein	8	22,9	44,4	44,4
		Ja	10	28,6	55,6	100,0
		Gesamt	18	51,4	100,0	
	Fehlend	nicht erforderlich	17	48,6		
	Gesamt		35	100,0		
Interventions-Gruppe	Gültig	Nein	7	38,9	53,8	53,8
		Ja	6	33,3	46,2	100,0
		Gesamt	13	72,2	100,0	
	Fehlend	nicht erforderlich	5	27,8		
	Gesamt		18	100,0		

Tab. 14 Anwendung der Braden-Skala

Allgemeine Risikoeinschätzung in der Interventions- und Kontrollgruppe

Gruppenzugehörigkeit			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Kontroll-Gruppe	Gültig	Nein	8	22,9	22,9	22,9
		Ja	27	77,1	77,1	100,0
		Gesamt	35	100,0	100,0	
Interventions-gruppe	Gültig	Nein	7	38,9	38,9	38,9
		Ja	11	61,1	61,1	100,0
		Gesamt	18	100,0	100,0	

Tab. 15 Risikoeinschätzung allgemein

Anwendung der Bewegungsplans in der Interventions- und Kontrollgruppe

Gruppenzugehörigkeit			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Kontroll-gruppe	Gültig	Nein	14	40,0	77,8	77,8
		Ja	4	11,4	22,2	100,0
		Gesamt	18	51,4	100,0	
	Fehlend	nicht erforderlich	17	48,6		
	Gesamt		35	100,0		
Interventions-gruppe	Gültig	Nein	3	16,7	33,3	33,3
		Ja	6	33,3	66,7	100,0
		Gesamt	9	50,0	100,0	
	Fehlend	nicht erforderlich	9	50,0		
	Gesamt		18	100,0		

Tab. 16 Anwendung des Bewegungsplans

Kontinuität der dokumentierten Maßnahmen im Bewegungsplan in Interventions- und Kontrollgruppe

Gruppenzugehörigkeit			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenze	Kumulierte Prozenze	
Kontrollgruppe	Gültig	Fehlend	14	40,0	77,8	77,8	
			1	2,9	5,6	83,3	
		10,00	2	5,7	11,1	94,4	
		11,00	1	2,9	5,6	100,0	
		Gesamt	18	51,4	100,0		
	Fehlend	Nicht erforderlich	17	48,6			
		Gesamt	35	100,0			
Interventionsgruppe	Gültig	Fehlend	3	16,7	33,3	33,3	
			4,00	2	11,1	22,2	55,6
			5,00	1	5,6	11,1	66,7
			8,00	2	11,1	22,2	88,9
			9,00	1	5,6	11,1	100,0
		Gesamt	9	50,0	100,0		
	Fehlend	Nicht erforderlich	9	50,0			
		Gesamt	18	100,0			

Tab. 17 Kontinuität der dokumentierten Maßnahmen im Bewegungsplan

Dokumentation des Fingertests in der Interventions- und Kontrollgruppe

Gruppenzugehörigkeit			Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozenze	Kumulierte Prozenze
Kontrollgruppe	Gültig	Nein	16	45,7	84,2	84,2
		Ja	3	8,6	15,8	100,0
		Gesamt	19	54,3	100,0	
	Fehlend	nicht erforderlich	16	45,7		
		Gesamt	35	100,0		
Interventionsgruppe	Gültig	Nein	7	38,9	63,6	63,6
		Ja	4	22,2	36,4	100,0
		Gesamt	11	61,1	100,0	
	Fehlend	nicht erforderlich	7	38,9		
		Gesamt	18	100,0		

Tab. 18 Dokumentation des Fingertests

13 Eidesstattliche Erklärung

Versicherung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbständig angefertigt und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel verwendet habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Schriften entnommen sind oder auf Mitteilungen beruhen, sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Ort, Datum: _____

Anika Stötzer