



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Dekubitus-Coaching

Ein Beratungsangebot für Pflegekräfte,
pflegende Angehörige und Ärzte.

Pflegekräfte

Angehörige

Ärzte

Dekubitus-Coaching

Ein Beratungsangebot für Pflegekräfte,
pflegende Angehörige und Ärzte.

Projektförderung:
Bundesministerium für Familie,
Senioren, Frauen und Jugend

Durchführung:
Albertinen Haus – Zentrum für Geriatrie und Gerontologie –

In Kooperation mit:
Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg,
Fakultät Soziale Arbeit und Pflege (HAW Hamburg)
Hamburgische Pflegegesellschaft (HPG)

Autoren :
Tom Krause
Edelgard Liedtke
Prof. Petra Weber

unter der Mitarbeit von:
Andrea Richter
Burkhard Schweizer

Projektleitung:
Prof. Wolfgang v. Renteln-Kruse
Tom Krause

Kontakt:
Albertinen-Haus
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Forschung
Herr Krause
Sellhopsweg 18–22
22459 Hamburg
forschung@albertinen.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort und Danksagung	4
Kurzzusammenfassung	5
1. Einleitung	7
2. Das Krankheitsbild Dekubitus	8
3. Projektziele	9
4. Planung und Vorbereitung	10
4.1 Projektstruktur	10
4.2 Vorbereitungsphase	11
4.2.1 Grundsätze des Beratungsangebotes	14
4.2.2 Grundsätze des Beratungskonzeptes	15
4.2.2.1 Beratungsansatz	16
4.2.2.2 Beratungsphasen	17
4.2.3 Entwicklung des Erhebungsinstrumentes	19
4.2.4 Aufbau von Organisationsstrukturen	20
5. Durchführung	21
5.1. Erhebungsphase	21
5.1.1 Durchführung der Beratungen	21
5.1.2 Durchführung der Evaluation	22
5.1.3 Flankierende Maßnahmen während der Erhebungsphase	23
5.2 Auswertungsphase	24
6. Ergebnisse	25
6.1 Stichprobenbeschreibung	25
6.2 Inanspruchnahme des Angebotes	26
6.4 Pflegebedürftigkeit und Dekubitus	30
6.5 Bewertung von Interventionen zur Prophylaxe und Behandlung	33
6.6 Beratungsanlass / Wünsche	36
6.7. Empfehlungen	38
6.8 Umsetzung der Empfehlungen	40
7. Diskussion und Ausblick	43
Literatur	49

Vorwort und Danksagung

Das Projekt Dekubitus-Coaching beinhaltet ein problemzentriertes Beratungsangebot für alle an der Pflege Beteiligten. Das Modell ist die logische und praxisbezogene Fortsetzung von Forschungs- und Qualitätssicherungsprojekten des Dekubitus-Netzwerkes Hamburg. Der Ursprung liegt in den Untersuchungen zur Häufigkeit von Dekubitus durch das Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Eppendorf (Hamburg) und der Studie von Heine- mann 1998 (Dekubitus Teil I). Die Aktivitäten des Institutes für Rechtsmedizin hatten in Hamburg zu erheblicher Bewegung zum Thema Dekubitus geführt, insbesondere im Umfeld der pflegerischen Versorgung. In der Folge haben sich Initiativen zur Qualitätssicherung entwickelt, die durch equip-Hamburg (Externe Qualitätsimpulse für die Pflege) institutionalisiert wurden und zu einer umfangreichen Dekubitusdatenbank, zu zahlreichen Veranstaltungen und Fortbildungen geführt haben.

Die Kompetenz des Netzwerkes dokumentiert sich u.a. in der Arbeit für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Leffmann et al. 2002) und der Erarbeitung eines HTA-Berichtes (Informationssystem Health Technology Assessment in der Bundesrepublik Deutschland) zur Dekubitusprophylaxe und -therapie (Eberhardt et al. 2005). Darüber hinaus wurde ein Forschungsprojekt „Ursachenzusammenhänge der Dekubitusentstehung“ (v. Renteln et al. 2004, Krause et al. 2004, Krause et al. 2005, Dekubitus Teil II) durchgeführt. Dieser post mortem Fall-Kontroll-Vergleich von 100 Patienten mit und 100 Patienten ohne höhergradigen Dekubitus umfasste auch Befragungen aller an der Pflege Beteiligten. Das Projekt des Dekubitus-Coaching (Dekubitus Teil III) basiert auf den Erfahrungen und Ergebnissen der genannten Vorläuferprojekte. Ziel war es, leitlinienorientiertes Wissen und Handeln durch Beratung direkt an die Basis, also einzelfallbezogen, praktisch und unmittelbar an die Pflegenden und Betreuenden zu vermitteln. Unseres Wissens ist dies das erste Dekubitusbezogene Beratungsprojekt mit einer wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation.

Wir möchten allen Kooperationspartnern dieses Projektes ganz herzlich für Unterstützung danken. Es hat sich einmal mehr gezeigt, dass die jahrelang im Dekubitus-Netzwerk Hamburg gewachsenen Strukturen zu einem hohen Maß an Vertrauen, Motivation und Effizienz geführt haben, die die Durchführung eines solchen Projektes möglich machen. Ein Dank gilt auch den Pflegenden und Einrichtungen, die dem Angebot des Coaching großes Vertrauen entgegengebracht haben und offen für die Empfehlungen unserer Coaches waren. Ein besonderer Dank gilt dem Bundesministerium für Familie Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Das BMFSFJ hat mit großer Kontinuität die Dekubitusbezogenen Aktivitäten des Albertinen Hauses und des Hamburger Netzwerkes gefördert und damit bundesweit Impulse für die Diskussion um die Qualitätssicherung zum Thema Dekubitus gegeben.

Kurzzusammenfassung

Das Projekt Dekubitus-Coaching beinhaltete ein problemzentriertes Beratungsangebot für alle an der Pflege Beteiligten.

Zielsetzung des Projektes:

1. die Verbesserung der Versorgungssituation von Pflegebedürftigen in häuslichen, ambulanten oder stationären Pflegesituationen mit einer hohen Dekubitusgefährdung oder einem bestehenden Dekubitus und
2. der Praxistransfer von Dekubitusbezogenem pflegerischen Wissen an alle an der Pflege Beteiligten und die Evaluation des Beratungsangebotes.

Methoden und Stichproben:

Das Projekt hatte eine Gesamtlaufzeit von 23 Monaten (12 Monate entfielen auf den Beratungszeitraum). Die Hauptzielgruppen (pflegende Angehörige und professionelle Pflegekräfte) wurden über verschiedene Zugangswege über das Angebot informiert.

Der Ablauf der Beratung:

Angehörige oder professionelle Pflegekräfte ambulanter Dienste oder stationärer Einrichtungen konnten telefonisch mit dem Büro des Projektes Kontakt aufnehmen und einen Beratungstermin in der Häuslichkeit bzw. im Wohnbereich vereinbaren. Die Beratung durch einen Coach wurde auf der Grundlage des entwickelten Beratungskonzeptes durchgeführt und endete mit dem Treffen von Vereinbarungen, verbunden mit Empfehlungen für mögliche Lösungsstrategien.

Vier bis sechs Wochen nach den Beratungsbesuchen wurden die Teilnehmenden befragt, welche Vereinbarungen erfolgreich oder nicht erfolgreich umgesetzt werden konnten und welche Gründe für die Nicht-Umsetzung vorlagen.

Nach Ende der Erhebungsphase hatten 32 Einrichtungen das Angebot in Anspruch genommen. Es konnten 83 Beratungen vor Ort durchgeführt und 10 telefonische Anfragen beantwortet werden, dies war deutlich weniger als die geplante Zahl von 200 Beratungen.

Ergebnisse:

Trotz erreichter Verbesserungen in den vergangenen Jahren durch zahlreiche Qualitätsinitiativen ist das Thema Dekubitus noch immer relevant:

- Die Hautpflege wurde in 68,7% der Fälle als angemessen beurteilt
- Die Wundversorgung wurde in 38,6% der Fälle als angemessen beurteilt
- Methoden wie "eisen und föhnen" wurden nicht mehr festgestellt, häufig wurden moderne Wundverbände jedoch nicht richtig angewandt. Das Richtige wird häufig noch nicht richtig getan

- Die Lagerungsintervalle und -positionen Tag/Nacht wurden überwiegend als unzureichend beurteilt.

Unerwartet waren die geringe Zahl fehlender Hilfsmittel (5) und die hohe Zahl von Hilfsmitteln, die nicht richtig bzw. angemessen eingesetzt wurden (26). Vor allem die unzureichende Zusammenarbeit der an der Versorgung Beteiligten und die praktische Umsetzung von leitlinienorientiertem Wissen sind Hemmnisse für eine bessere Versorgungsqualität von Pflegebedürftigen. Bei 83 Pflegebedürftigen wurden insgesamt 437 Vereinbarungen und Empfehlungen zu einem breiten Spektrum von Themen fixiert. Im Vordergrund stand die Wundversorgung. Am häufigsten konnten die Empfehlungen zur Lagerung/Mobilisation und zu den Hilfsmitteln umgesetzt werden. Gründe für die - teilweise - Nicht-Umsetzung (132 Nennungen) waren vorrangig: Schwierigkeiten in der Kooperation mit Ärzten und Sanitätshäusern (38), Klientenbezogene Gründe (31) und Organisationsbezogene Gründe (26). Insgesamt lag die Quote der umgesetzten Maßnahmen bei 69%.

Schlussfolgerungen:

Die leitlinienorientierte Prophylaxe und Behandlung von Dekubitus hat in der pflegerischen und therapeutischen Versorgung noch nicht den optimalen Durchdringungsgrad.

Hersteller von Hilfsmitteln und Sanitätshäuser sind aufgefordert Bedienungsanleitungen verständlicher zu gestalten oder/und besser in die Benutzung der Hilfsmittel einzuweisen.

Da ein hochqualitatives, aber freiwilliges und offenes Angebot nicht in erwartetem Umfang in Anspruch genommen wurde, fehlen womöglich geeignete Anreize/Maßnahmen, um Einrichtungen und pflegende Angehörige zur Teilnahme an wirksamen Maßnahmen der Qualitätssicherung zu bewegen.

Der Ansatz, Spezialwissen in Form einer konsiliarischen Dienstleistung in der konkreten Pflegesituation einzusetzen, hat sich bewährt. Das Angebot einer derartigen Dienstleistung könnte bei verschiedenen Stellen, bspw. bei Pflegeverbänden oder Beratungsstellen angesiedelt sein.

1. Einleitung

Der Dekubitus ist ein Krankheitsbild, dessen wesentliche Entstehungsmechanismen bekannt sind, das gut beschreibbar ist und bei dem grundlegende therapeutische Vorgehensweisen bestimmt sind. Trotzdem gehen Experten von einer Prävalenz von 10% in deutschen Krankenhäusern, in Geriatrischen Kliniken und Pflegeheimen von 20% und in der häuslichen Pflegesituation von ca. 20% aus (Leffmann et al., 2002).

Darüber hinaus werden, dies hat sowohl die Vorläuferstudie (Fall-Kontroll-Vergleich Dekubitus II) als auch das aktuelle Projekt gezeigt, immer noch Verfahren zur Prophylaxe und Therapie angewandt, die nicht oder nur bedingt dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechen. Dekubitus im Gefolge von anderen Erkrankungen und/oder menschlichem Fehlverhalten bei der Pflege wird zum Problemfeld, weil die Komplexität der bekannten Risikofaktoren und die damit verbundene Vielzahl von Interventionsmöglichkeiten sowohl bei der Prophylaxe, als auch bei der Behandlung keine einfachen und schnellen Rezepte erlaubt. Beispiele für Reibungsverluste bei der Dekubitusversorgung sind das Spannungsfeld zwischen Ärztinnen/Ärzten und Pflegekräften oder Mängel bei der Bereitstellung und sachgemäßen Benutzung von Hilfsmitteln.

Auch wenn es inzwischen einige wissenschaftliche Erkenntnisse zum Thema Dekubitus gibt und die bereits existierenden Standards und Leitlinien zum Thema Dekubitus berechtigter Weise eine hochwertige Versorgungsqualität fordern, sind dennoch einige Empfehlungen wissenschaftlich noch nicht abgesichert und/oder werden in der Literatur kontrovers diskutiert. Das Problemfeld Dekubitus ist durch seine Komplexität nach wie vor ebenso eine wissenschaftliche Herausforderung wie auch der Wissenstransfer von neuen Erkenntnissen für die Praxisfelder eine ebenso große Aufgabe darstellt.

Das durchgeführte Projekt „Dekubitus Coaching“ hatte zum Ziel leitlinienorientiertes Wissen und Handeln direkt an die an der Versorgung Beteiligten zu vermitteln und die Effekte zu evaluieren.

2. Das Krankheitsbild Dekubitus

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (1999) definiert den Dekubitus (Druckgeschwür) als „...Folge einer ischämischen Nekrose der Haut und der darunter liegenden Gewebe aufgrund anhaltender Druckbelastung.

Druckgeschwüre werden in verschiedene **Schweregrade** eingeteilt, bekannt ist vor allem die Einteilung nach Shea (1975): Grad I: Umschriebene Rötung der intakten Haut, die nach zweistündiger Entlastung nicht verschwunden ist. Grad II: Schädigung oder Blasenbildung in den obersten Hautschichten. Grad III: Schädigung aller Gewebeschichten mit sichtbaren Anteilen von Muskeln, Sehnen und/oder Fettgewebe. Grad IV: Beteiligung von Knochenhaut und/oder Knochen im Sinne einer Entzündung (Osteomyelitis).

Über die Typisierung, die sich an der Tiefenausdehnung der Schädigung orientiert, lässt sich der Oberflächenzustand der Wunde selbst beschreiben (nach Seiler, 1993): Stadium A: saubere Wunde, Gewebsneubildung (Granulation), keine Nekrosen; Stadium B: Wunde schmierig belegt, Reste abgestorbenen Gewebes, keine Entzündungszeichen des umgebenden Gewebes; Stadium C: wie B mit Entzündung des umgebenden Gewebes und/oder Allgemeininfektion (Sepsis). Der Haupt-**Risikofaktor** für die Entstehung eines Dekubitus ist die Immobilität. Betroffen sind deshalb überwiegend bettlägerige, pflegebedürftige ältere Menschen, die durch Multimorbidität verschiedene sekundäre Risikofaktoren wie neurologische Erkrankungen oder Erkrankungen des Bewegungsapparates gleichzeitig aufweisen.

Das individuelle Dekubitus-Risiko kann anhand von **Risikoskalen** abgeschätzt werden. Die sachgemäße Anwendung der Skalen setzt entsprechendes Grundlagenwissen voraus, ersetzt aber nicht die individuelle Beurteilung der Gesamtsituation. Typische **Lokalisationen** von Dekubitalgeschwüren sind Hautareale mit dünnem subkutanem Gewebe über Knochenvorsprüngen, z.B. die Kreuz- und Sitzbeinregion, Fersen und Ellenbogen, in Seitenlage vor allem die großen Rollhügel der Oberschenkel (Trochanteren) und die Knöchel. **Therapie:** Die Ziele aller Interventionen sind sowohl die Abheilung des Druckgeschwüres als auch die Vermeidung weiterer Komplikationen. Die vordringlichste Maßnahme ist dabei immer die Druckentlastung in Form von aktiver und passiver Bewegungsförderung des Erkrankten. Chronische Wunden, zu denen Dekubitalulcera zu zählen sind erfordern ein Behandlungskonzept, das an den natürlichen Phasen der Wundheilung ausgerichtet ist. Es besteht weitgehender Konsens, dass folgende Maßnahmen und Substanzen wegen fehlender oder abträglicher Wirkung nicht mehr angewendet werden sollen: „Eisen und Fönen“ sowie so genannte "Durchblutungsfördernde" Einreibungen, Farbstofflösungen, Salben mit Komplexwirkstoffen oder aromatische Öle, lokale Antibiotika (lösen Allergien und Resistenzen aus), lokales Aufbringen von pharmakologischen Wirkstoffen wie z.B. Digitalis, Aufbringen von Zucker oder Honig, „Anfrischen“ der Wunde (entfernt auch frische, gesunde Zellschichten).

3. Projektziele

Die beiden wichtigsten Projektziele waren:

1. Verbesserung der Versorgungssituation von Pflegebedürftigen in häuslichen, ambulanten oder stationären Pflegesituationen mit einer hohen Dekubitusgefährdung oder einem bestehenden Dekubitus
2. Praxistransfer von Dekubitusbezogenem pflegerischen Wissen an alle an der Pflege Beteiligten und die Evaluation des Beratungsangebotes.

Die Entwicklung der Projektziele war die Konsequenz bisheriger Ergebnisse und Erkenntnisse der Dekubitusforschung. Insbesondere werden hier die Problemfelder Dekubitusprävalenz, Wissenstransfer und die Kooperation der an der Versorgung Beteiligten bearbeitet.

An diese Problemlage knüpft das Projekt an. Durch eine praxisnahe, individuelle Beratung in der jeweiligen Pflegesituation wird den spezifischen Besonderheiten des Einzelfalles Rechnung getragen und die Handhabbarkeit und Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse für die konkrete Problemlösung werden verdeutlicht. So wird gewährleistet, dass pflegende Angehörige in den konkreten Situationen mit ihren spezifischen Problemlagen erreicht werden können und professionelle Pflegekräfte für spezielle Pflegeprobleme gezielte Unterstützung erhalten. Fachwissen und fachliche Kompetenz werden quasi ergänzend zur jeweiligen Situation für eine angemessene Problemlösung genutzt.

Eine praxisnahe Verzahnung und erfolgreiche Umsetzung Dekubitusbezogenen Wissens hängt in hohem Maße von einer funktionierenden Zusammenarbeit aller an der Versorgung Beteiligten ab. Die aus der pflegerischen Praxis häufig berichtete problematische Zusammenarbeit, insbesondere mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten, erschwert eine Kontinuität im Pflege- und Behandlungsprozess (Krause et al. 2004, S.72-83 und Eberhardt et al. 2005, S.122). Diese Schnittstelle der therapeutischen und pflegerischen Zuständigkeit durch Transfer von Fachwissen und Fallbezogenen Handlungsoptionen zu überbrücken, erweitert die Möglichkeiten der Verständigung und Kooperation zwischen den beteiligten Berufsgruppen. Im folgenden Kapitel werden die an den Projektzielen orientierten Vorgehensweisen näher beschrieben.

4. Planung und Vorbereitung

4.1 Projektstruktur

Im Juni 2004 wurde mit der Durchführung des Projektes begonnen, die Laufzeit umfasste den Zeitraum Juni 2004 bis April 2006. Ausgehend von dem Ziel Dekubitusbezogenes Wissen direkt am konkreten Fall allen an der Pflege Beteiligten zu vermitteln, sollte die Entwicklung, Planung und Durchführung eines Beratungsangebotes („Dekubitus-Coaching“) für pflegende Angehörige in der Häuslichkeit und professionelle Pflegekräfte in ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen einen wesentlichen Projektinhalt darstellen. Um die Effekte dieser praxisorientierten Intervention zu messen, sollte das Beratungsangebot evaluiert werden.

Innerhalb des Projektes war eine Projektleitung vorgesehen, die für die Projektrealisierung verantwortlich zeichnete und den Coaches disziplinarisch vorgesetzt war. Die wissenschaftliche Begleitung war für die Unterstützung bei der Feinkonzeptionierung, die Koordination und die Evaluation zuständig. Im Einzelnen waren diese:

- Projektleitung:
Prof. Dr. Wolfgang von Renteln- Kruse, Albertinen-Haus
Tom Krause, Albertinen-Haus
- Wissenschaftliche Begleitung:
Prof. Petra Weber, HAW Hamburg, Fakultät Soziale Arbeit und Pflege
- Projektkoordination/- organisation :
Edelgard Liedtke, Wissenschaftliche Mitarbeiterin der HAW Hamburg, Fakultät Soziale Arbeit und Pflege
- Coaches :
Andrea Richter, Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege, Wundtherapeutin
Burkhard Schweizer, Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege, Wundtherapeut

Die zeitliche Projektstruktur wurde in drei aufeinander abgestimmte Phasen untergliedert:

- **Vorbereitungsphase** (Juni 2004 bis September 2004)
- **Erhebungsphase** (Oktober 2004 bis September 2005)
- **Auswertungsphase** (Oktober 2005 bis April 2006)

4.2 Vorbereitungsphase

Die Phase des Projektbeginns umfasste den Zeitraum Juni 2004 bis September 2004 und war geprägt von den vorbereitenden Aufgaben für das zeitlich folgende Beratungsangebot. Zielsetzung hierbei war:

- Identifikation der mit dem Projekt anzusprechenden Zielgruppe für das Beratungsangebot
- Transparenz und Vorstellung der Bedeutung des Projektes gegenüber den Multiplikatoren, die Zugang zur Zielgruppe des Beratungsangebotes haben
- Organisation der Rekrutierungswege
- Erarbeitung der Grundsätze eines Beratungskonzeptes nach aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen
- Koordination der Kooperationspartner
- Entwicklung von Erhebungsinstrumenten zur Erfassung, Strukturierung und Projekt-evaluation

Die Zielgruppen des Beratungsangebotes sollten die pflegenden Angehörigen in der Häuslichkeit und professionelle Pflegekräfte in ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen umfassen. Eingeschlossen werden sollten Pflegesituationen mit einer hohen Dekubitusgefährdung und/oder bereits bestehenden Dekubitus. Der betreffende pflegebedürftige Mensch konnte sowohl in der eigenen Häuslichkeit mit oder ohne professionelle Hilfe als auch in einer Einrichtung der stationären Pflege leben.

Ein weiteres Kriterium für die Durchführung einer Beratung sollte die Anforderung eines Dekubitus-Coaching durch eine Person der oben genannten Zielgruppen sein. Interessierte pflegende Angehörige, ambulante Dienste oder stationäre Einrichtungen sollten telefonisch einen Termin mit dem Coach vereinbaren. Den anfragenden Personen sollte die Information der behandelnden Ärzte über die Beratungsmöglichkeit und die Anfrage empfohlen werden und die gegenseitige Absprache aller an der Pflege Beteiligten.

Die Zielgruppen sollten durch unterschiedliche Zugangswege erreicht werden. Häusliche Pflegesituationen ohne professionelle Unterstützung durch Pflegedienste sollten Informationen über das Coaching- Angebot über den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erhalten. Da der MDK für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit i.d.R. auch den pflegebedürftigen Menschen selbst aufsucht, schien dies der geeignete Weg des Zugangs. Waren Pflegekräfte in die Versorgung involviert, sollten im ambulanten und stationären Bereich über die Pflegeverbände Informationen zum Beratungsangebot weitergegeben werden. Über diese Wege sollte eine möglichst große Anzahl von Pflegesituationen erreicht werden, und die Zugangswege blieben eindeutig und damit abgrenzbar.

Beim Beratungsbesuch sollten zwischen dem Coach und dem zu Beratenden Vereinbarungen getroffen und Empfehlungen ausgesprochen werden, die nach Einwilligung des Pflegebedürftigen zeitnah alle an der Pflege Beteiligten schriftlich erhalten sollten. Insbesondere waren hier pflegende Angehörige, Ärzte und mitversorgende ambulante Pflegedienste ins Auge gefasst worden.

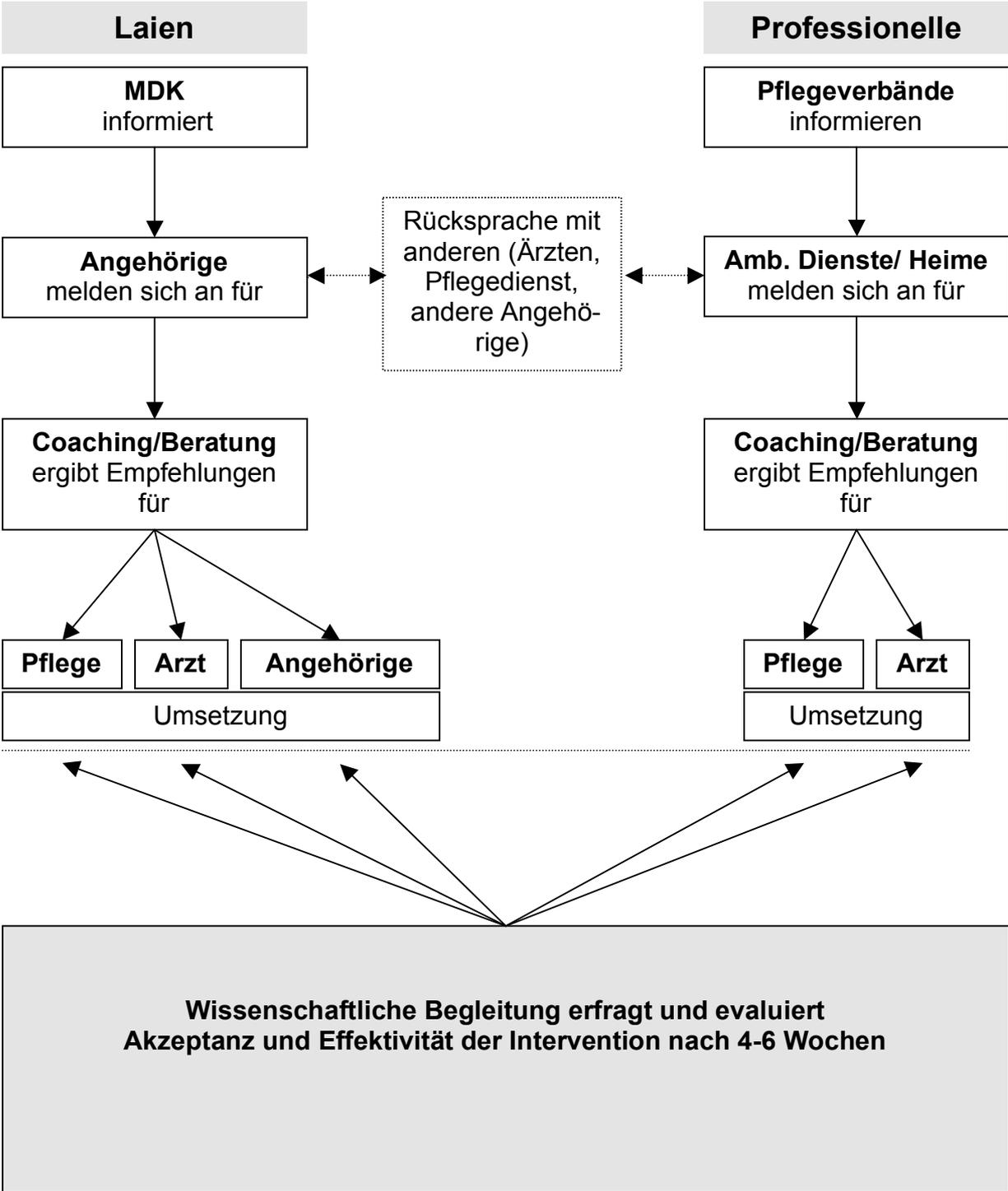
Vier bis sechs Wochen nach Abgabe der Empfehlungen sollte die Akzeptanz und die Effektivität der in der Beratung vereinbarten Maßnahmen erfragt werden. Die folgenden Fragestellungen waren für die Projektbegleitende Evaluation zentral:

- Welche Fragen und Problemlagen werden an die Coaches herangetragen?
- Welche Art von Empfehlungen wird ausgesprochen?
- Welche Empfehlungen und Vereinbarungen können umgesetzt werden?
- Welche Gründe sprechen gegen eine Umsetzung der Empfehlungen?
- Wie wird das Coaching - Angebot insgesamt beurteilt?

Diese Fragen sollten Aufschluss darüber geben, ob es spezifische Problemkonstellationen gibt, die vom Beratungsangebot tangiert werden. Darüber hinaus sollte so die Möglichkeit gegeben werden, einen Zusammenhang zwischen der konkreten Situation und den Möglichkeiten der Problemlösung zu erfassen. Um die Wirkung der Beratung feststellen zu können sollte neben dem Maß der Umsetzung von Vereinbarungen, den Hinderungsgründen auch die Gesamteinschätzung der Beratung an sich ermittelt werden.

Die nachfolgende Darstellung des geplanten Projektablaufs wurde in dieser Form auch Bestandteil des entwickelten Informationsmaterials für den MDK Hamburg und die Fachreferenten der Pflegeverbände. Diese sollten damit die Weitergabe von Informationen über das Beratungsangebot an potenzielle Nutzer innerhalb des Gesamtprojektes einordnen und bei Bedarf für die eigene Argumentation hinzuziehen können.

Dekubitus-Coaching
 Ein Beratungsangebot für Pflegesituationen mit Pflegebedürftigen, die dekubitusgefährdet sind oder bereits einen Dekubitus haben.



Zur Erreichung der Zielsetzung des Projektes wurde in der Vorbereitungsphase folgende Vorgehensweise gewählt:

- **Festlegung der Grundsätze des Beratungsangebotes (vgl. Abschnitt 4.2.1)**
- **Entwicklung des Beratungskonzeptes (vgl. Abschnitt 4.2.2)**
- **Entwicklung des Erhebungsinstrumentes zur Situationseinschätzung (vgl. Abschnitt 4.2.3)**
- **Aufbau von Organisationsstrukturen (vgl. Abschnitt 4.2.4)**
- Informationsveranstaltungen für den MDK Hamburg und für die Fachreferenten der Pflegeverbände
- Einweisung und Schulung der Coaches zum Erhebungsinstrument und Beratungskonzept

Projektragende konzeptionelle Grundsätze, Instrumente, Methoden und Maßnahmen werden im Folgenden detailliert ausgeführt.

4.2.1 Grundsätze des Beratungsangebotes

Das Beratungsangebot diente dazu, die jeweilige Pflegesituation um aktuelles fachliches Wissen zu bereichern. Als wichtige Merkmale für eine erfolgreiche Vermittlung und Umsetzung von Wissen gelten persönliche Ansprache, freiwillige Teilnahme und Fallbezogenheit (vgl. F. Gerlach et al, 95, S.1014 ff). Das Beratungsangebot im Projekt sollte diesen Erkenntnissen durch die Auswahl nachfolgender Kriterien Rechnung tragen:

- Beratung nur dort, wo sie angefragt wird
- Durchführung einer Einzelfallbezogenen Beratung praxisnah vor Ort
- Kostenlose, freiwillige Teilnahme
- Produktneutrale Empfehlungen
- Sicherstellung der Beratungsqualität durch das fachliche „Know-how“ der Coaches
- Ausschließlich die direkt an der Pflege und medizinischen Versorgung Beteiligten erhalten Informationen und Empfehlungen, wenn Beratene und/oder Betroffene dem zustimmen
- Daten werden nicht an den MDK, die Kranken- und Pflegeversicherungen oder weitere Dritte übermittelt
- Ergebnisse werden nur anonymisiert veröffentlicht.

Die Inhalte der Beratung, die ausgesprochenen Empfehlungen und getroffenen Vereinbarungen sind individuell auf die jeweilige Pflegesituation ausgerichtet und damit nicht generalisierbar. Auch wenn das Thema Dekubitus den Anlass der Beratung darstellte, konnte davon ausgegangen werden, dass die Beratungsinhalte sich ggf. nicht auf dieses Thema beschränken ließen. Da gerade die Problematik des Dekubitus eine sehr komplexe ist, musste davon

ausgegangen werden, dass die Beratungen sich auch auf andere Themen der pflegerischen und sozialen Situation erstrecken können. Denkbar sind z.B. Probleme der pflegerischen Grundversorgung insgesamt, der personellen und materiellen Unterstützung oder auch die Belastung pflegender Angehöriger.

4.2.2 Grundsätze des Beratungskonzeptes

Nachfolgend werden Ziele und Funktionen des im Projekt vertretenen Beratungsansatzes vorgestellt.

Beratungsdefinitionen werden in der Literatur zum einen aus dem Blickwinkel des Beraters oder des Ratsuchenden dargestellt, zum anderen wird Bezug genommen auf Struktur und Auftrag. Aus einer psychologischen Perspektive ist Beratung nach Dorsch „ein nach methodischen Gesichtspunkten gestalteter Problemlösungsprozess, durch den die Eigenbemühungen des Ratsuchenden unterstützt bzw. seine Kompetenzen zur Bewältigung der anstehenden Aufgaben / des Problems verbessert werden“ (Dorsch 1998, S.88). Aus pflegewissenschaftlicher Sicht definieren Brearley und Birchley (1995, S.121) Pflegeberatung als „Anwendung von Gesprächsmethoden und Hilfestellungen, die es dem Klienten möglich machen, seine Probleme zu erkennen und zu verstehen und die entsprechenden Lösungen, beziehungsweise Wege, mit diesen Problemen zu leben, zu finden.“ Nach Nestmann kann Beratung als Dienstleistung verstanden werden, die sich an einem Problem des Klienten in einem konkreten Fall orientiert. Sie dient der Unterstützung der Problembewältigung des Betroffenen, in dem sie Chancen zur Bewältigung auslotet und den Betroffenen motiviert, neue Handlungsspielräume mit Unterstützung des Beraters zu erschließen (Nestmann 1997, S.174).

Das im Projekt vertretene Beratungsverständnis resultiert im Wesentlichen aus allen drei Definitionen. Es wird als eine methodisch gestaltete Dienstleistung verstanden, die ausgerichtet ist auf eine Unterstützung der Bewältigungsanstrengungen des Klienten, die hilft Entscheidungen zu treffen, indem der Betroffene sich weitere Kenntnisse und Fähigkeiten zur Problemlösung seiner Situation aneignen kann.

Ansatzpunkt des Beratungsprozesses ist das Anliegen (Problem), welches als vordringlich angesehen und von allen Beteiligten als solches eingeschätzt wird. Diese Beratung, die im Rahmen des Projektes angeboten wird ist einmalig, individuell, speziell und somit nicht im vornherein durch Ergebnisstandards bearbeitbar und zunächst einmal ergebnisoffen.

Beratung setzt einen Beratungsauftrag voraus. Beratungen im Projekt werden dann durchgeführt, wenn Personen zu der oben angeführten Zielgruppe gehören und von sich aus eine Beratung wünschen, also ein expliziter Auftrag vorliegt (Di Piazza 2001, S.5). Dieser Grundsatz der Freiwilligkeit ist bedeutsam für den Beratungsprozess, da der Ratsuchende nicht nur über den Wunsch und die Aufnahme einer Beratungsbeziehung selbst entscheiden kann,

sondern darüber hinaus im Verlauf grundsätzlich die Verantwortung für sein Handeln behält. Dementsprechend besteht die Rolle des Beraters darin, den Klienten bei der Erarbeitung eines Lösungsansatzes zu unterstützen, ihm aber die Entscheidung hinsichtlich der Lösung des Problems zu überlassen (Brunner & Schönig 1990, S.153). Der Ratsuchende hat in diesem Beratungsverständnis ein Recht auf Wissen, also einen Anspruch auf fachlich aktuelle Informationen, um durch diese Form der Unterstützung durch den Berater zu einer Entscheidung zu gelangen. Hieraus resultiert die Aufgabe des Beratenen, Entscheidungen selbstverantwortlich zu treffen und durchzuführen. Dies bedeutet im Rahmen des Projektes für die Berater, neben der Vermittlung Dekubitusbezogenen Wissens, im Verlauf des Prozesses zu gemeinsam entwickelten Lösungsansätzen (Vereinbarungen) zu gelangen. Dadurch sollen Handlungsmöglichkeiten eröffnet werden, die vom zu Beratenden akzeptabel, erreichbar und in das eigene Leben integrierbar angesehen werden.

4.2.2.1 Beratungsansatz

Das Ziel des Projektes, die Versorgungssituation von Menschen mit einer hohen Dekubitusgefährdung oder einem bestehenden Druckgeschwür zu verbessern, erfordern einen Beratungsansatz, der die oben ausgeführten Aspekte einschließt. Bedeutsam in diesem Zusammenhang ist, dass die Beratungen einmalig stattfinden und hier in einem begrenzten Zeitrahmen den Ratsuchenden eine Unterstützung für komplexe Problemlagen angeboten werden soll, die an ihre Möglichkeiten und Potenziale anknüpft und die zur Lösung ihres konkreten Problems führen soll. Durch die Anwendung des entwickelten Instrumentes (s. Kap. 4.2.3) und das umfangreiche Erfahrungswissen der Coaches kann von diesen eine pflegefachliche Bewertung der Versorgungssituation bezüglich der Risikofaktoren und sozialen und materiellen Problemlagen vorgenommen werden. Der im Projekt vertretene Beratungsansatz resultiert aus den Grundüberzeugungen der systemisch-lösungsorientierten Beratung.

Dieser Ansatz hat seine Wurzeln in der Psychotherapie und baut in seinem Kern auf die von Milton H. Erickson entwickelten hypnotherapeutischen Interventionen und den lösungsorientierten Vorgehensweisen der systemischen Kurzzeittherapie Steve de Shazers auf (de Shazer, 1989, S.2ff).

Er integriert systemisch-konstruktivistische und lösungsorientierte Vorgehensweisen und ist in seinen Grundhaltungen auf Wertschätzung, Ressourcenfokussierung und Lösungen ausgerichtet (de Shazer, 1989, S.13). Hierbei ist die Erkenntnis im Beratungsprozess nicht auf die ursächliche Ergründung der Schwierigkeiten ausgerichtet, sondern auf die Ressourcen, die zur Lösung von konkreten Problemen mobilisiert werden können.

Lösungsorientierung meint das Bestreben der Berater, nicht auf das Problem, das Defizitäre, das „Pathologische“ zu fokussieren, sondern auf das Funktionierende, die anzustrebende Lösung des Problems. „Eine Intervention braucht nur in der Weise zu *passen*, dass die Lö-

sung auftaucht. ...Nur weil das, was der Klient beklagt, kompliziert ist, muss die Lösung nicht gleichermaßen kompliziert sein“ (de Shazer, 1989, S.13).

Dabei werden konsequenterweise während der Beratung im Projekt nicht das Versagen und die Defizite der zu Beratenden aufgearbeitet, sondern vielmehr sollen die Ressourcen, Fähigkeiten und bereits erfolgreichen Lösungsansätze sichtbar gemacht und gestärkt werden. Es wird hierbei davon ausgegangen, dass jeder Mensch über ganz eigene Interpretationsmuster, eigene Lösungswege und eigene Muster der Erkenntnisgewinnung verfügt. Diese auch in die Beratungssituation zu integrieren setzt Offenheit der Berater gegenüber der Problemwahrnehmung des Beratenen und dessen ggf. auch unorthodoxen Bewältigungsstrategien voraus. Die zu Beratenden erhalten nicht unaufgefordert Ratschläge, sondern werden angeregt, eigene Ideen zu entwickeln.

Die Bereitschaft zur Kooperation und ggf. die Integration neuer Sachkompetenz in veränderte Handlungsstrategien der zu Beratenden kann nur dann gelingen, wenn der Berater sich auch in die Rolle des Lernenden begeben kann und offen ist für die Problemsichten, die Bedeutungen und die Bedingungen in der jeweils konkreten Pflegesituation. Die Gesprächsführung konzentriert sich auf die Gegenwart und die erwünschte Zukunft, Vergangenheit spielt nur im Interesse der Entdeckung von Potenzialen eine Rolle.

Die drei Basisregeln des Lösungsorientierten Vorgehens in der Beratung sind in Anlehnung an Steve de Shazer:

- Nichts reparieren, was nicht kaputt ist.
Es werden nur die Anliegen aufgegriffen, die die zu Beratenden vorbringen. Es werden keine Vermutungen über dahinter liegende „echte“ Probleme angestellt.
- Was funktioniert, weitermachen.
Auf der Suche nach Lösungen wird das genutzt, was positiv wirkte und half. Anerkannt wird, dass es eine Vielzahl unterschiedlicher Wege geben mag, die zum Ziel führen.
- Was nicht funktioniert, aufhören und etwas ander(e)s machen.
Wenn eine Problemlösungsstrategie scheitert, soll keine langwierige Ursachenforschung erfolgen, vielmehr sollen weitere Lösungswege beschritten werden, die Erfolg versprechend sein können.

Wie alle systemischen Ansätze in der Beratung geht auch der hier gewählte davon aus, dass kleine Veränderungen große Veränderungen nach sich ziehen können und das gesamte System damit in eine neue Dynamik gerät (Schlippe; Schweitzer, 2003, S.286).

4.2.2.2 Beratungsphasen

Der Beratungsprozess kann als eine geordnete Aufeinanderfolge einzelner Phasen gesehen werden. S. Culley strukturiert in die Phasen „Anfang“, „Mitte“ und „Ende“(Culley, 1996,S.13).

Diese Phasen werden im Projekt in fünf Schritte untergliedert. Die ersten beiden Schritte kennzeichnen die Anfangsphase, die dem Aufbau einer tragfähigen persönlichen Beziehung und der Abklärung und Eingrenzung des Problems dienen soll. In der Mittelphase (Schritt drei und vier) wird der Schwerpunkt auf die Beschreibung der Lösung gelegt, die dem zu Beratenden helfen soll, neue Bilder und Sichtwinkel zu erschließen, die zukünftig in sein Handeln hineinwirken. Die Endphase (Schritt fünf) ist gekennzeichnet durch die einvernehmliche Festlegung der Veränderungen, die ausgeführt werden sollen.

Der Beginn der Beratung dient den zu Beratenden zur Vermittlung ihrer Anliegen und/oder Beschwerden. Sie sollen sich mit ihren Schwierigkeiten ausreichend darstellen dürfen und sollen am Ende das Gefühl haben, gut verstanden und auch angenommen worden zu sein. Dabei ist es Aufgabe der Berater zu zeigen, dass sie die Schwierigkeiten oder Beschwerden anerkennen, respektieren und verstehen. Das Ende dieses Schrittes ist dadurch markiert, dass der Beratende zu verstehen gibt, dass der Berater auf die vorangegangene Schilderung reagieren soll.

In einem zweiten Schritt soll zwischen Beratern und Beratenden ein Konsens über die Situationseinschätzung vorgenommen werden. Dazu werden von den Beratern zunächst zusätzlich Informationen eingeholt, die sich aus dem ersten Schritt noch nicht ergeben haben, für die Situationseinschätzung und Abklärung der Risikokonstellation aus professioneller Sicht aber wesentlich sind. Dabei werden ggf. Zusammenhänge zwischen den Ursachen und den Erscheinungen aufgezeigt. Ziel der Anfangsphase ist die einvernehmliche Abklärung des Problems.

In der Mittelphase der Beratung (Schritt drei und vier) wird der Schwerpunkt auf die Beschreibung der Lösung gelegt. Hier soll durch die Art der Gesprächsführung eine möglichst konkrete, in genauem Verhalten gefasste Beschreibung der angestrebten Lösung erzielt werden. Ansatzpunkt sind dabei die Lösungen, die vom Beratenen selbst genannt werden. Im vierten Schritt wird, wenn dies notwendig erscheint, die Fachkompetenz der Berater in die Situation eingebracht, um ihr Wissen mit dem zu Beratenden zu teilen, damit dieser die Kompetenz erhält informierte Entscheidungen treffen zu können.

Die Beratung endet mit der gemeinsamen Vereinbarung über die Lösungsstrategien, die von dem zu Beratenden anschließend umgesetzt werden sollen. Hierbei kann konkretes Pflegebezogenes Handeln ebenso Gegenstand der Vereinbarung sein, wie auch z.B. die Integration eines Pflegedienstes in die Unterstützungsleistungen oder weitere Informationsbeschaffungen etc. Gegebenenfalls wird hier auch eine Verabredung über die Weiterleitung der Inhalte der gemeinsamen Vereinbarung getroffen, so dass z.B. auch Hausärzte über Maßnahmen der Risikominimierung oder Beschaffung spezifischer Hilfsmittel informiert werden.

4.2.3 Entwicklung des Erhebungsinstrumentes

Das Erhebungsinstrument wurde für die spezifische Fragestellung des Projektes entwickelt und diente der Strukturierung, Erfassung und Dokumentation. Wesentlich war in diesem Zusammenhang nicht nur die Auswahl und Zusammenstellung bereits vorhandener Instrumente, sondern die Entwicklung und Integration von eigenen Fragestellungen. Diese sollten die Möglichkeit eröffnen, dem Beratungsansatz folgend, aus dem Gespräch sich ergebende Themen aufzunehmen und von den Antworten ausgehend weiter zu verfolgen.

Bestandteile des Erhebungsinstrumentes waren:

- Stammbblatt zur Erhebung persönlicher Daten
- Leitfragen
- Risikoskala
- Wundstuserhebung
- Häusliche Pflegeskala

Leitfragen wurden entwickelt zum Anliegen, der Erwartungshaltung, dem Wissensstand und Vorerfahrungen, dem Anleitungs- und Informationsbedarf der Klienten, den Vorerkrankungen, der Medikation, der Lagerung, der Hautpflege, der psychischen Konstitution der Pflegebedürftigen, zum Einsatz von Hilfsmitteln und der Einschätzung der Wohnbedingungen.

Aufgenommen wurden so neben inhaltlichen Aspekten, die in Risikoeinschätzungsskalen vorhanden sind auch weitere Themenbereiche, die Hinweise auf spezifische Problemkonstellationen liefern können. Integriert wurde die „Häusliche Pflege-Skala - HPS“ nach Gräbel (2001), die der Erfassung der subjektiven Belastung pflegender Personen dient. Anwendung sollte sie ausschließlich bei Beratung von pflegenden Angehörigen finden. Die Bewertung und Einschätzung des Dekubitusrisikos sollte mit Hilfe einer standardisierten Risikoskala erfolgen. Auch wenn die wissenschaftliche Forschung bisher keine Aussagen über die Validität und Reliabilität einzelner Skalen zulässt, empfiehlt das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege und der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen den Einsatz von standardisierten Risikoskalen (DNQP 2002, S.36; MDS 2001, S. 18-24), da diese Instrumente die Aufmerksamkeit auf das Risiko lenken. Integriert wurde die 1991 von C. Williams (weiter)entwickelte Medley-Skala, die die gültige Zielgruppe umfasst und in Deutschland einen geringeren Bekanntheitsgrad aufweist. Sie stellt z.B. im Vergleich zur Norton-Skala ein umfassenderes Instrument zur Einschätzung der Dekubitusgefährdung dar, da weitere Kategorien mit aufgenommen wurden, insbesondere die Kategorie „Schmerz“ wird ergänzend berücksichtigt. Diesem Aspekt sollte, neben anderen in der Beratung Aufmerksamkeit gewidmet werden, da Schmerzen gerade bei Pflegebedürftigen mit einem hohen Schweregrad nicht ohne weiteres zu erkennen sind und teils von Pflegenden nicht festgestellt werden (Bienstein et al.1997, S.228).

Die Erhebung des Wundstatus orientierte sich an den Leitlinien der „Initiative chronische Wunden“. Ziel dieser 1995 gegründeten Initiative von Ärzten, Pflegenden, Kosten- und Entscheidungsträger ist u.a. die Optimierung einer praxisnahen Wundversorgung.

Der Einsatz des Instrumentes sollte im Sinne eines Gesprächsleitfadens, der das Erfassen komplexer Aspekte ermöglichte erfolgen.

Zur Erhebung der Umsetzungsgrade und Bewertung des Beratungsangebotes wurde ein kurzer Fragebogen entwickelt, der die Ausgangsfragestellungen abbildete.

4.2.4 Aufbau von Organisationsstrukturen

Um das Beratungsangebot den Zielgruppen bekannt zu machen, wurden mehrere Informationsmaterialien erarbeitet:

- Allgemeine, umfassende Projektinformationen
- Informationsschreiben für ambulante Dienste und stationäre Pflegeeinrichtungen
- Informationsschreiben für pflegende Angehörige
- Broschüre für pflegende Angehörige zur Thematik „Dekubitus“
- Informationsschreiben für GutachterInnen des Medizinischen Dienstes

Im August und September 2004 wurden Informationsveranstaltungen für die Fachreferenten der Pflegeverbände und den MDK Hamburg durchgeführt, in denen neben der Vorstellung des Projektes Materialien weitergereicht wurden, die das Projektdesign beschrieben und alle Informationsschreiben an die unterschiedlichen Zielgruppen beinhalteten. Mit den Verbandsvertretern wurde vereinbart, dass sie die schriftlichen Informationen an die bei ihnen organisierten Pflegeeinrichtungen mit der Bitte um Unterstützung weiterleiten. Bei der Veranstaltung für den MDK wurde das Projekt den festangestellten GutachterInnen vorgestellt. Der Hinweis auf das Beratungsangebot und die Weitergabe der Informationsschreiben an pflegende Angehörige sollte bei Hausbesuchen erfolgen, in denen Pflegesituationen mit einer hohen Dekubitusgefährdung und/oder bereits vorhandenen Dekubitus bestanden.

Die Broschüre für pflegende Angehörige sollte in den Beratungssituationen, in denen eine Information der Angehörigen über die Entstehung, den Verlauf und die Prophylaxe angezeigt war, durch die Coaches an die pflegenden Angehörigen weitergegeben werden.

Im August 2004 wurde das Projekt auch dem Lenkungsausschuss von equip Hamburg vorgestellt und um Unterstützung geworben. In den Räumlichkeiten des Kooperationspartners HPG wurde das Projektbüro im September 2004 eingerichtet. Neben den Räumlichkeiten stellte die HPG auch das technische Instrumentarium zur Verfügung, sodass telefonische Erreichbarkeit und Datenverarbeitung ab Oktober 2004 gewährleistet waren. Hier erfolgte auch die umfassende Schulung und Einweisung der Coaches zum Erhebungsinstrument und zum Beratungskonzept durch Frau Prof. Weber und die Projektkoordinatorin.

5. Durchführung

Der Beratungszeitraum war auf eine Dauer von zwölf Monaten (01.10.2004 bis 30.09.2005) terminiert. Diese Zeitspanne sollte einerseits einen hohen Bekanntheits- und Durchdringungsgrad des Projektes gewährleisten, zum andern die geplante Anzahl von 200 Beratungen mit der zeitlichen Kapazität der beiden Coaches in Einklang bringen. Es sollte eine ausreichend große Stichprobengröße für eine differenzierte Auswertung erreicht werden.

5.1. Erhebungsphase

Im Mittelpunkt stand hier die Einzelfallbezogene Beratung der Nachfragenden. Die Durchführung und zeitliche Planung der Beratungsbesuche organisierten die Coaches in Absprache mit den Interessierten und unter Mitwirkung der Projektkoordinatorin.

Ein Pretest der Instrumente wurde im Oktober mit drei Beratungen durchgeführt. Das Erhebungsinstrument wurde überarbeitet und Veränderungen in der Systematik und Zuordnung einzelner Kategorien wurden vorgenommen. Inhaltliche Veränderungen waren nicht erforderlich.

5.1.1 Durchführung der Beratungen

Nach telefonischer Kontaktaufnahme der Ratsuchenden erfolgte eine erste Abklärung und Datenaufnahme. Die Coaches nutzten dieses erste Gespräch, um den Ablauf des Besuches und die Vorgehensweise vorzustellen. Es wurde ein Termin mit den zu Beratenden vereinbart und darum gebeten, die an der Versorgung Beteiligten möglichst zur Teilnahme zu motivieren, zumindest jedoch über die geplante Beratung zu informieren.

Zu Beginn der Besuche wurde nach einer kurzen Vorstellung ein offener an den Leitfragen orientierter Gesprächseinstieg gewählt. Dies bot Gelegenheit, Ansatzpunkte für das weitere Gespräch zu entnehmen. Im Mittelpunkt stand, wie vorgesehen das vordringlichste Anliegen der Ratsuchenden. Das nachfolgende Assessment und die Beratung wurden auf der Basis des entwickelten Beratungskonzeptes und den ausgewählten Instrumenten durchgeführt. Der Abschluss der Beratungen konnte in fast allen Fällen durch das Treffen von Vereinbarungen, verbunden mit Empfehlungen für mögliche Lösungsstrategien gestaltet werden. Der zeitliche Umfang richtete sich nach dem Informations- und Beratungsbedarf, er wurde weder im Vorhinein noch in der Beratungssituation durch die Coaches zeitlich reglementiert. Um die Wirksamkeit der Absprachen zu erhöhen wurden nach den Beratungsbesuchen die Empfehlungen und Vereinbarungen schriftlich fixiert und den Ratsuchenden, bei Einwilligung auch den an der Pflege Beteiligten, zeitnah zugesendet. Jedes Anschreiben wurde mit der Formulierung der Vereinbarung und Empfehlungen sorgfältig und zugewandt für den Einzelfall formuliert. Eine gründliche Nachbereitung jedes Besuches war unabdingbar, um die viel-

fältigen individuellen Eindrücke der Coaches aus den Beratungssituationen durch gemeinsame Reflexion einerseits zu verarbeiten, andererseits aber auch um diese für die fortlaufende Qualifizierung der Coaches zu nutzen. Hierzu fanden wöchentliche Teamsitzungen mit der Projektkoordinatorin statt, in denen neben inhaltlichen und organisatorischen Themen einzelne Besuche besprochen, diskutiert und Handlungsmöglichkeiten ausgelotet wurden.

Beispielhafte Konstellationen:

- Beim Besuch wurden starke Konflikte zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegekräften sichtbar, die die Kontinuität der durchzuführenden Pflegemaßnahmen aus fachlicher Sicht beeinträchtigten
- Situationen, in denen die Pflege durch die eingesetzten Pflegefachkräfte nicht sichergestellt schien
- Offensichtliche Kommunikationsstörungen zwischen Pflegedienstleitung und Pflegemitarbeitern

Darüber hinaus wurde in einzelnen Beratungssituationen auch erkennbar, dass der Theorie-Praxis - Transfer von Leitlinienorientiertem Wissen in komplexen Situationen eine eher untergeordnete Rolle spielte. Ein Fallbeispiel:

Der anfragende ambulante Pflegedienst wünschte Unterstützung bei der Vermittlung zu Maßnahmen der Dekubitusprophylaxe und -behandlung an einen jüngeren Hochquerschnittgelähmten Pflegebedürftigen. Beim Besuch wurde deutlich, dass für diesen die Aufenthalte in seinem Heimatland (Türkei) einen so hohen Stellenwert darstellen, dass von ihm die Entstehung eines Dekubitus bewusst in Kauf genommen wird, verursacht durch das lange Sitzen während der Autoreise. „Wenn ich da bin, lege ich mich in die Sonne, behandle mit Olivenöl und bring das schnell zum Abheilen, wenn ich wieder hier bin, dauert es halt länger.“ Der Dekubitus war für ihn nicht relevant und wurde billigend in Kauf genommen. Der Hinweis des Coaches, vielleicht ein geeigneteres preisgünstiges Reisemittel in Erwägung zu ziehen, endete mit der Vereinbarung über alternative Flugmöglichkeiten zu recherchieren. Im Vordergrund dieser Beratung stand ein wirtschaftlich tragbares Angebot zur Verkürzung der Reisezeit.

Einige Nachfragende wünschten lediglich eine telefonische Beratung. Hier bezogen sich die Fragestellungen zumeist auf übergreifende, vom Einzelfall losgelöste Dekubitusrelevante Themen, wie Bezugsquelle des Expertenstandards zur Dekubitusprophylaxe, Richtlinien zur Fotodokumentation von Wunden oder Aufbau einer Fortbildungsveranstaltung für PflegemitarbeiterInnen.

5.1.2 Durchführung der Evaluation

In einem Zeitraum von vier bis sechs Wochen nach den Beratungsbesuchen wurden die Teilnehmenden telefonisch befragt, ob und welche der vereinbarten Lösungsstrategien er-

folgreich oder nicht erfolgreich realisiert werden konnten. Zudem wurde um die Bewertung des gesamten Beratungsangebotes und um Hinweise für mögliche Verbesserungen gebeten. Bereits bei der Durchführung des Beratungsbesuches wurde auf diese Nacherhebung hingewiesen. Eine telefonische Erhebung wurde gewählt, um eine möglichst hohe Rücklaufquote erzielen zu können. Bei einer schriftlichen Befragung muss i.d.R. mit einer niedrigen Rücklaufquote gerechnet werden und bei den geringen Fallzahlen im Projekt hätte diese Form eine mangelnde Repräsentanz nach sich gezogen. Der Vorteil der telefonischen Befragung im Rahmen des Projektes lag darin, dass in relativ kurzer Zeit die Daten umfassend erhoben werden konnten und Fragen der Beratenen direkt geklärt werden konnten.

Vor den anvisierten Terminen wurde etwa eine Woche vorher telefonisch Kontakt mit den Teilnehmenden aufgenommen und der konkrete Termin zum Evaluationsgespräch verabredet. Hierdurch sollte Gelegenheit gegeben werden, diesen Termin einzuplanen, gegebenenfalls Unterlagen vorzubereiten und beteiligte Personen im Vorfeld zu befragen bzw. für Auskünfte anwesend zu sein.

Ausgehend von den schriftlich fixierten individuellen Vereinbarungen und Empfehlungen wurde anhand des Fragebogens die Evaluation durchgeführt. Als Bezugspunkt für die Erfassung dienten die individuell getroffenen Vereinbarungen. Hier wurde nach dem Stand der Umsetzung und den Gründen für eine mangelnde oder mangelhafte Umsetzung befragt.

5.1.3 Flankierende Maßnahmen während der Erhebungsphase

Im November 2004 konnte das Projekt auf der jährlichen Fachtagung von equip Hamburg zum "Hamburger Qualitätsvergleich Dekubitusprophylaxe" vorgestellt und um Unterstützung geworben werden. Teilnehmende waren hier insbesondere Einrichtungs- und Pflegedienstleitungen aus ambulanten Diensten und stationären Pflegeeinrichtungen.

Im Verlauf der Erhebungsphase zeigte sich, nach zunächst kontinuierlicher Inanspruchnahme, Anfang des Jahres 2005 eine zögerliche Nachfrage von Beratungen.

Projektleitung, Projektkoordinatorin und Coaches beschlossen, auf diese neue Situation zu reagieren und es erfolgte die Erweiterung der geplanten bisherigen Zugangswege.

Ergriffene Maßnahmen waren:

- Gezielte Informationsschreiben Ende Januar mit Unterstützung der HPG direkt an jeden ambulanten Dienst und jede stationäre Pflegeeinrichtung in Hamburg
- Einbezug von Multiplikatoren (Beratungsstellen für pflegende Angehörige, Pflegetelefon, Krankenhaussozialdienste) durch Informationsschreiben
- Nutzung von persönlichen Kontakten zu Einrichtungen
- eine systematische telefonische Nachfrage bei den ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen nach Versand der Schreiben
- erneute Intervention beim MDK

5.2 Auswertungsphase

Nach einer ersten Auswertung ließ sich anhand der Daten die hohe Akzeptanz und Umsetzungsquote der Empfehlungen belegen. Dies stand im Widerspruch zu den Rekrutierungsschwierigkeiten und veranlasste uns ein Expertengespräch mit Teilnehmenden aus den Bereichen der Pflegewissenschaft, der Pflegepraxis, der Kosten- und Entscheidungsträger zu planen. Zielführend war hierbei, eine am Thema geführte Fachdiskussion zu initiieren und den Sachverstand aus unterschiedlichen Perspektiven zu den augenfälligen Thematiken einfließen zu lassen. Durchgeführt wurde das Expertengespräch im Februar 2006 in der Akademie im Albertinen-Haus. Vorab erhielten die Eingeladenen ausgewählte Ergebnisse der bisherigen Datenauswertung und wurden insbesondere um eine kurze schriftliche Darstellung Ihrer Standpunkte (z.B. zur Datenerhebung, -auswertung, zu Fragestellungen und zum Projektansatz) zeitnah nach der Veranstaltung gebeten.

Die Anregungen und Ausführungen der Teilnehmenden sind in Kapitel 7 mit eingeflossen.

6. Ergebnisse

6.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt wurden 93 Beratungen durchgeführt, darunter zehn telefonische Beratungen/Anfragen (Tab.1). Damit wurden knapp 50% der Zielgröße erreicht. In die Auswertung flossen nur jene 83 Beratungen mit ein, in denen die Coaches persönlich vor Ort in der Pflegesituation waren. In 32 ambulanten Diensten und stationären Einrichtungen (gesamt) haben Beratungen stattgefunden, etwas mehr als die Hälfte in stationären Pflegeeinrichtungen. Mögliche Gründe für die Rekrutierungsschwierigkeiten werden im Kapitel 7. Diskussion erörtert. Der inhaltliche Erfolg des Beratungskonzeptes dokumentiert sich in Tabelle 1 bereits an der hohen Zahl der ausgesprochenen Empfehlungen (5,7 je Beratung) und an der hohen Umsetzungsquote dieser Empfehlungen (69%).

Wir empfehlen diesen Ergebnisteil stets mit Blick auf das Spannungsfeld zwischen Rekrutierungsproblematik einerseits und inhaltlichem Erfolg andererseits zu lesen.

Die Pflegebedürftigen, die selten selbst beraten wurden, die aber Gegenstand der Beratung waren, waren überwiegend schwer pflegebedürftig, 52 von ihnen wiesen ein oder mehrere Druckgeschwüre auf. Das hohe Alter (82,5 Jahre im Mittel) und die vorliegende Multimorbidität weist die Gruppe in der Mehrzahl als typisch geriatrisches Klientel aus (Tab.2).

Beratungen insgesamt:	93
Darunter telefonisch	10
Ausgewertete Beratungen (ohne telefonische)	83
Anzahl der Dienste und Pflegeeinrichtungen	32
Darunter stationäre Einrichtungen	55,4%
Dauer des Coaching (Mittelwert)	66 Min.
Durchschnittliche Zahl der Empfehlungen je Beratung	5,7
Durchschnittliche Umsetzungsquote der Empfehlungen (Umsetzung ja oder teilweise)	69%

Tab.1: Kennzahlen der Beratung

Alter (Mittelwert)	82,5
Anteil Frauen	71,2%
Patienten mit Druckgeschwür	52
Zahl der Druckgeschwüre insgesamt	76
Anzahl medizinischer Diagnosen (Mittel)	3,4
Anzahl Medikamente (Mittel)	3,5

Tab. 2: Kennzahlen der Pflegebedürftigen

6.2 Inanspruchnahme des Angebotes

Das Beratungsangebot richtete sich sowohl an häusliche, ambulante wie auch an stationäre Pflegesituationen. Es bestand die Hoffnung, dass in hohem Umfang im häuslichen Bereich Beratungen zur Prophylaxe des Dekubitus nachgefragt werden. Stattdessen waren es überwiegend ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen, die das Angebot wahrgenommen haben. Dies war zum einen bedingt durch die Rekrutierungswege, die in erster Linie über Verbände und Dachorganisationen auf einzelne Einrichtungen fokussierten (Abb. 1). Settings, in denen keine professionelle Unterstützung eingebunden ist, sollten über den MDK erreicht werden. In drei Beratungsfällen waren Informationen über das Angebot vom MDK weitergeleitet worden. Abb.2 verdeutlicht den Kontext der Beratungssituationen. Der weitaus überwiegende Anteil bezog sich auf Dekubitusbezogene Fragestellungen in stationären Einrichtungen. Mit 41% der Fälle war auch der Versorgungsbereich der ambulanten Pflege in hohem Anteil vertreten, wohingegen häusliche Pflegesituationen mit 3,6% einen geringfügigen Anteil ausmachten.

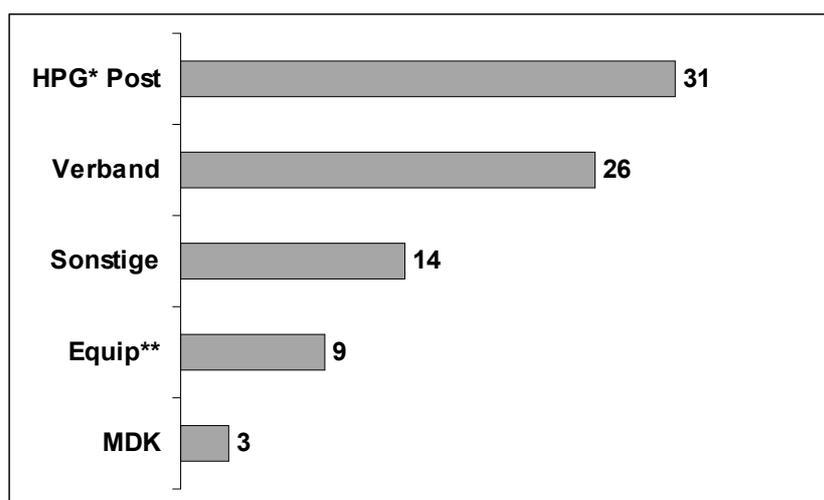


Abb. 1: Rekrutierungswege (n=83) der Beratungsfälle

*Hamburgische Pflegegesellschaft

**externe qualitätsimpulse für die pflege, Hamburg

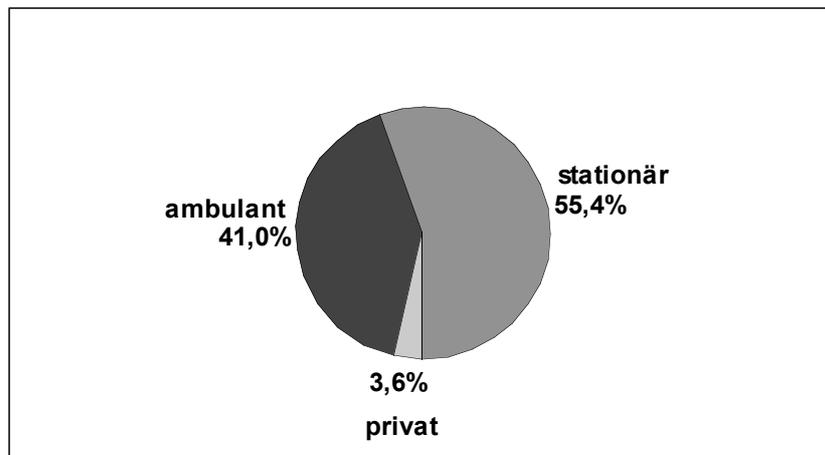


Abb. 2: Pflegesituationen (n=83)

Mehrere Einrichtungen und ambulante Dienste, in denen eine Beratung durchgeführt wurde, forderten die Coaches für weitere Einzelfallberatungen an, wie Abb.3 zeigt. 20 Einrichtungen und Dienste haben das Angebot mehr als einmal in Anspruch genommen haben, hiervon 8 sogar mehr als drei Mal. Die Vermutung liegt nahe, dass es hier zu einem „Türöffner-Effekt“ durch positive Erfahrungen nach Erstkontakten kam. Weitere Gründe für die mehrfache Inanspruchnahme können auch im „Druck von außen“, beispielsweise in Prüfaufgaben des MDK liegen.

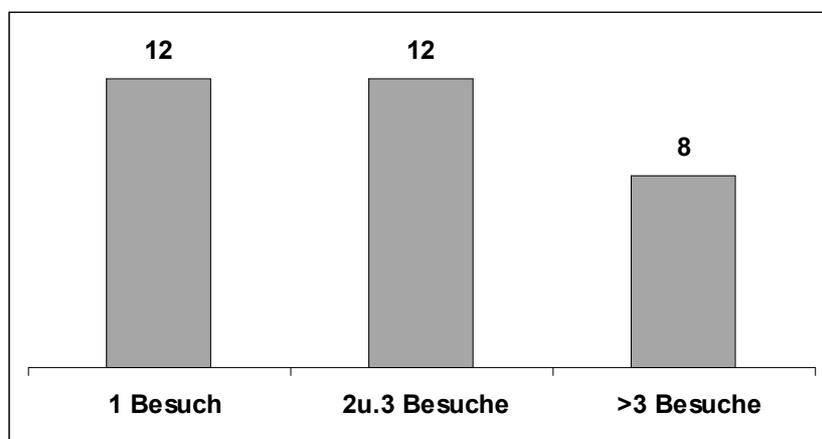


Abb. 3: Inanspruchnahme durch Einrichtungen und Dienste

6.3 Rahmenbedingungen des Coaching

Die Dauer des Coaching betrug im Mittel 66,2 Minuten bei einem Minimum von 10 und einem Maximum von 150 Minuten. In der Regel konnten innerhalb einer Stunde (Abb. 4) Fragen beantwortet, Empfehlungen ausgesprochen und Vereinbarungen getroffen werden.

Im ambulanten Bereich mussten anvisierte Beratungstermine zusätzlich zur geplanten Einsatztour der Bezugspflegekraft organisiert werden, sollten diese, was in den meisten Fällen so war, beim Beratungssetting anwesend sein. Dies hatte Zeit- und Personalverschiebungen bei anderen Pflegeeinsätzen zur Folge. Im stationären Bereich wurden Termine eher von Leitungskräften festgelegt, die von den Pflegenden in den Wohnbereichen entsprechend in den Tagesablauf integriert werden mussten.

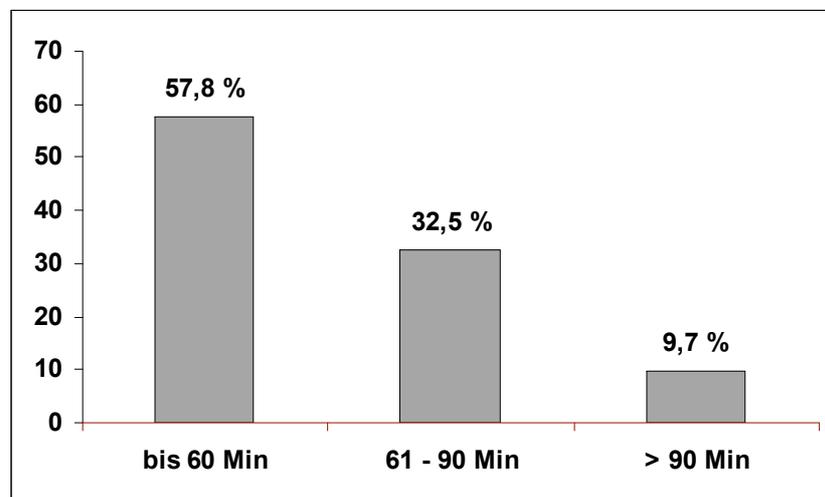


Abb. 4: Dauer des Coaching (n=83)

In fast allen Beratungssituationen waren professionelle Pflegekräfte als Ansprechpartner für die Coaches vor Ort. Überwiegend waren diese Kräfte examiniert (Abb.5). Die Zahl von 132 Kräften in 83 Pflegesituationen macht deutlich, dass vielfach mehrere Pflegekräfte anwesend waren. Dies war durchaus im Sinne des Projektansatzes, durch den Leitlinienorientiertes Wissen auch an ein oder mehrere Multiplikatoren vermittelt werden sollte. Das eigene Dekubitusbezogene Vorwissen konnte in diesem Situationskontext selbstkritisch beurteilt werden. Nur 34,9% bescheinigten sich selbst gutes Vorwissen zum Thema Dekubitus (Abb. 6).

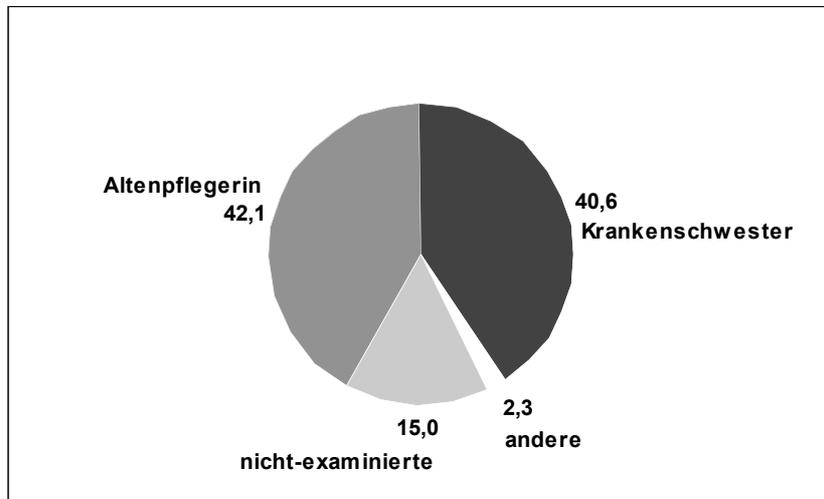


Abb. 5: Qualifikationen der professionellen Pflegekräfte (n=132)

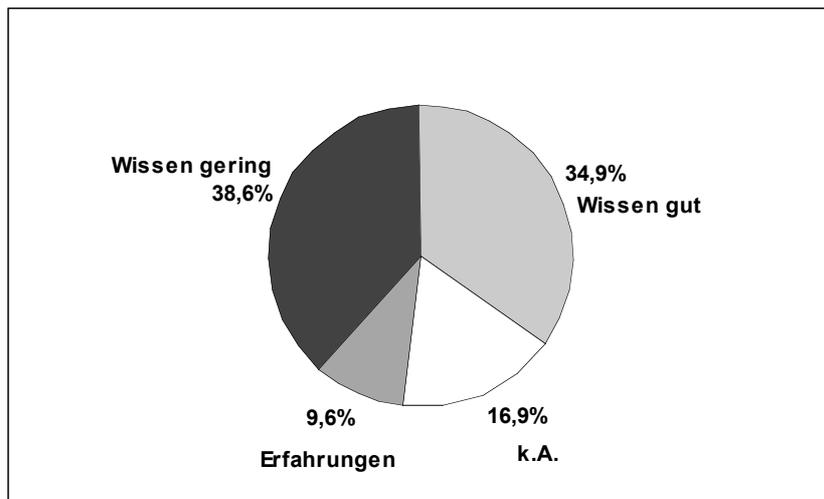


Abb. 6: Vorwissen (Selbsteinschätzung)

In stationären Pflegesituationen wurden Angehörige nur in geringer Zahl erreicht. Angehörige sind in unseren Beratungsfällen eher im Rahmen der Betreuung des Angehörigen eingebunden, weniger in der direkten Pflege. Darüber hinaus sind Heimeinzüge häufig im fehlenden sozialen Netz verbunden mit Schwerstpflegebedürftigkeit begründet. In der ambulanten Pflege waren Angehörige in weniger als der Hälfte der Fälle anwesend, überwiegend waren dies mitpflegende Angehörige, die auch die gewünschte Zielgruppe darstellten.

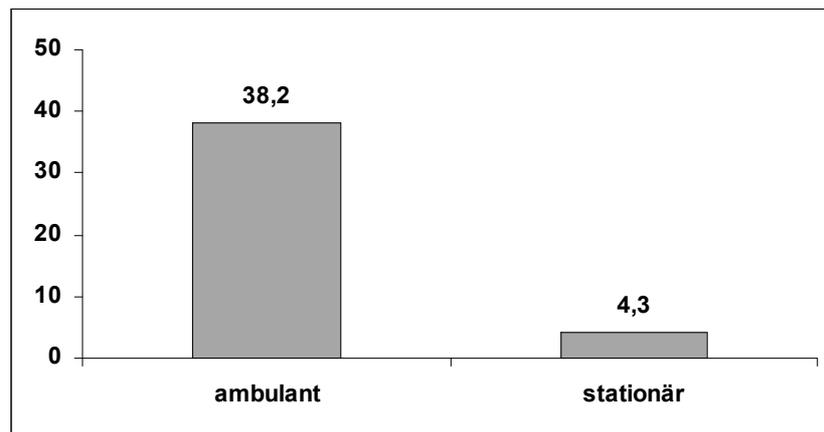


Abb. 7: Angehörige bei der Beratung

6.4 Pflegebedürftigkeit und Dekubitus

Der Beratungsgegenstand waren Pflegebedürftige. Die Pflegebedürftigkeit und damit auch das hohe Dekubitusrisiko drücken sich unter anderem durch die Pflegestufen der Pflegebedürftigen aus (Abb. 8). Nur 10,8% der Pflegebedürftigen hatten die Pflegestufe 1 und gut die Hälfte Stufe 3. Wie bei dieser Zusammensetzung des Ausmaßes an Pflegebedürftigkeit zu erwarten war lag ein geringes Dekubitusrisiko nach der Medley-Skala in nur 7,2% der Fälle vor (Abb. 9).

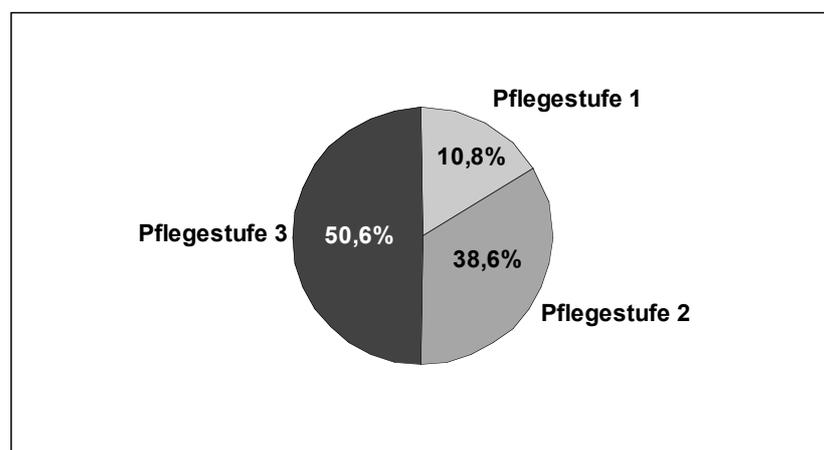


Abb. 8: Pflegestufen (n=83)

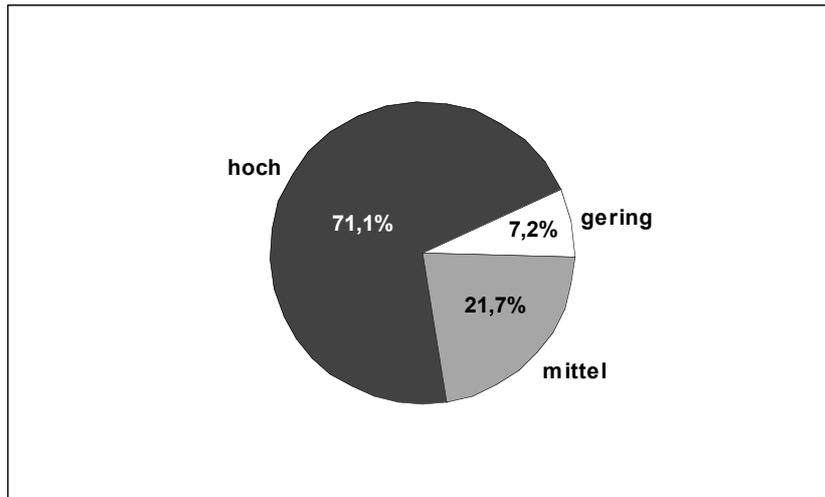


Abb. 9: Dekubitus-Risiko nach Medley (n=83)

In den 83 Beratungssituationen wurden 52 Pflegebedürftige mit Dekubitus angetroffen. Bei diesen 52 wurden in Abb.10 nur die Dekubitus mit dem höchsten Grad gezählt. 15 dieser Pflegebedürftigen wiesen mehrere Dekubitus auf. Die Lokalisation der insgesamt 76 Dekubitus war überwiegend in der Sakralregion und an den Fersen (Abb. 11)

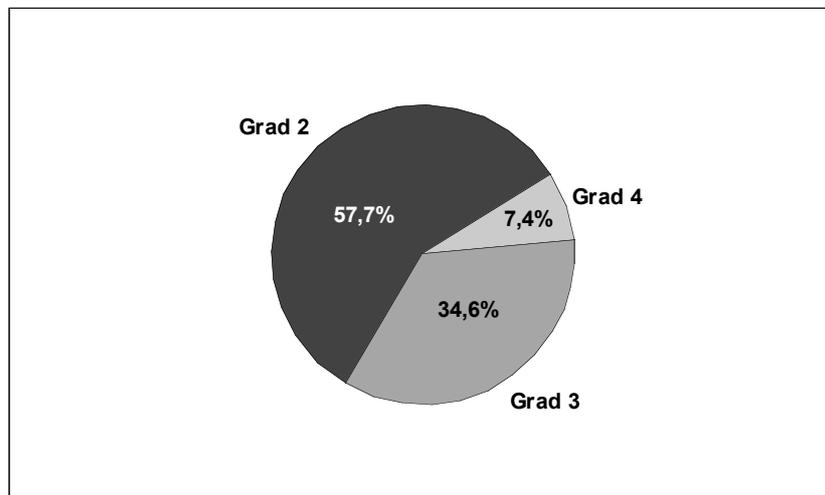


Abb. 10: Dekubitus-Grade (n=52)

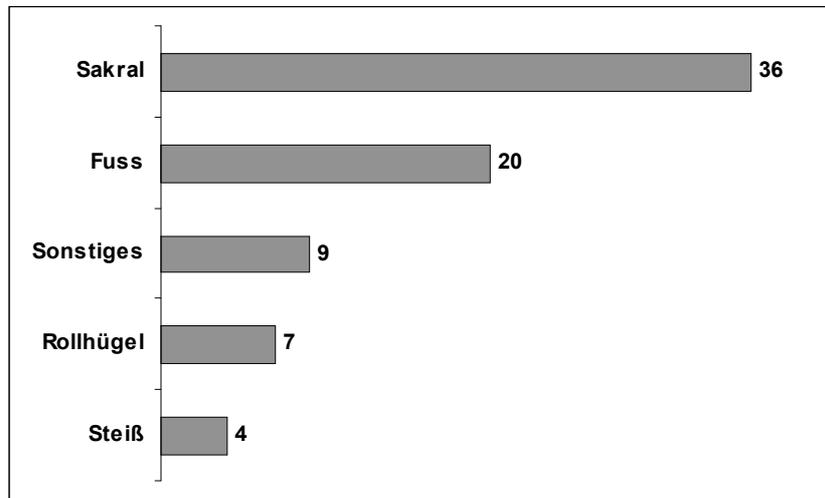


Abb. 11: Lokalisation (n=76, absolut)

Die Dekubitusgröße (Durchmesser an der breitesten Stelle) lag in knapp 30% der Fälle über 5cm (Abb.12), hiervon war knapp ein Drittel über 10cm groß. Wundinfektionen wurden ebenfalls bei knapp 30% der Dekubitus festgestellt (Abb.13).

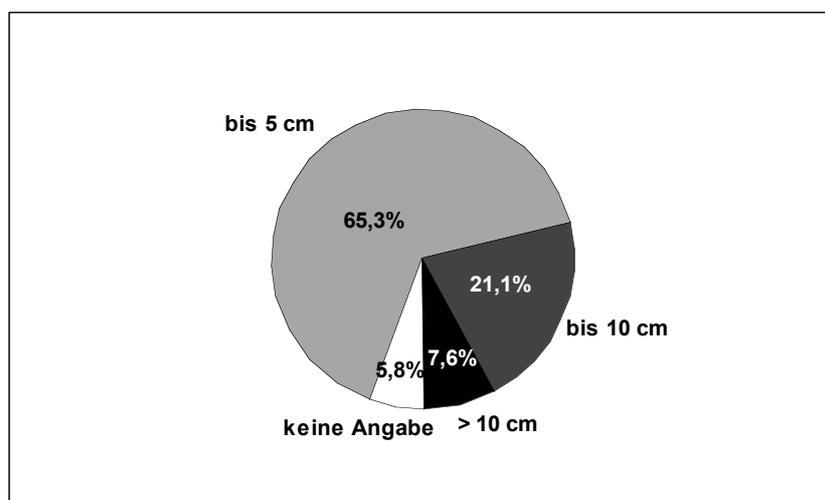


Abb. 12: Dekubitusgröße
(n=52, es wurde der größte Dekubitus je Pflegebedürftiger gezählt)

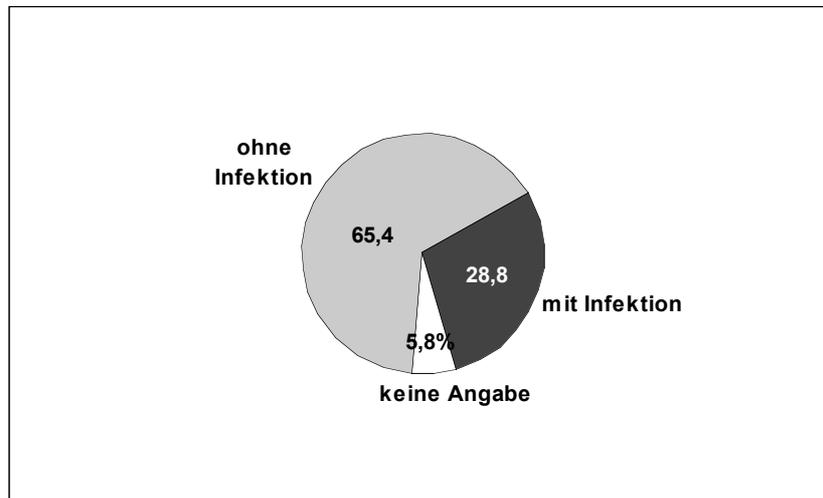


Abb. 13: Wundinfektionen (n=52 Patienten)

Die Pflegebedürftigen wiesen insgesamt ein hohes Dekubitusrisiko und überwiegend eine Schwer- und Schwerstpflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI auf. Der Grad der Geschwüre und der Zustand der Wunden machen den Handlungsbedarf in vielen Fällen und die allgemeine Relevanz des Themas deutlich.

6.5 Bewertung von Interventionen zur Prophylaxe und Behandlung

Die Coaches nahmen in der Beratungssituation eine fachliche Einschätzung der Dekubitusbezogenen Pflege vor. Während die Hautpflege von den Coaches überwiegend als angemessen beurteilt wurde (Ab.14), gilt dies für die Wundversorgung nicht. Veraltete und schädliche Maßnahmen wurden zwar nicht mehr festgestellt, jedoch musste häufig eine trockene Wundbehandlung, oder die unsachgemäße Anwendung moderner feuchter Wundverbände als nicht leitlinienorientiert beurteilt werden. Als weitere Beispiele für eine nicht angemessene Wundbehandlung können aufgeführt werden:

- Einsatz unsteriler Wundauflagen und Spüllösungen
- Verbandswechselintervalle orientieren sich nicht an Exsudatmenge (zu selten)
- Nekrosen werden nicht abgetragen/aufgelöst

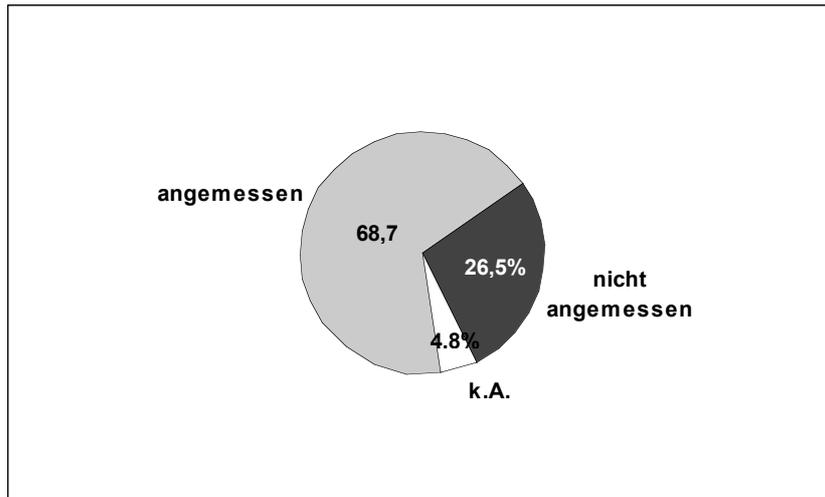


Abb. 14: Bewertung Hautpflege (n=83)

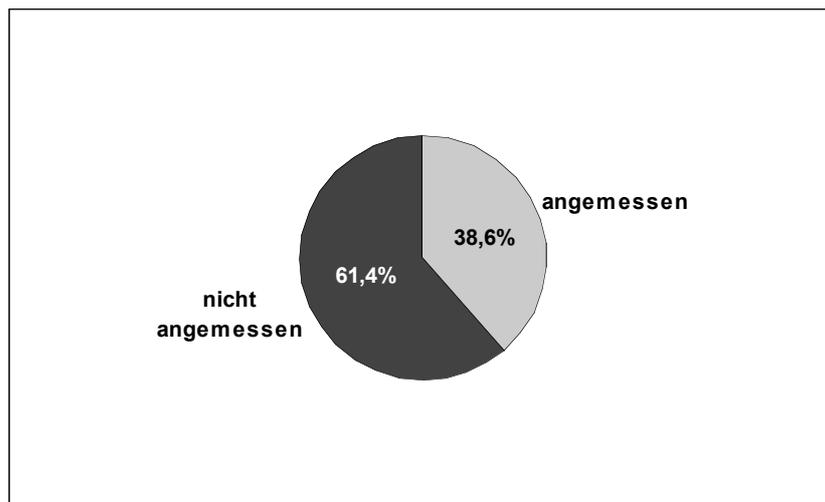


Abb. 15: Bewertung der Wundversorgung (n=52)

Die Bewertung der Lagerungsintervalle und -Positionen wurde in über der Hälfte der Fälle als nicht angemessen eingestuft (Abb.16). Dabei wurde die Bewertung „unangemessen“ nicht an starren Lagerungsintervallen (<2 oder <4 Stunden) oder Positionen festgemacht, sondern die individuellen Bedürfnisse und Möglichkeiten in der jeweiligen Situation flossen in die Bewertung mit ein. Beispiele für eine unangemessene Lagerung sind:

- Verweildauer in Rückenlage > 10 Std. (nachts); Nachteinsatz in der ambulanten Pflege wurde nicht veranlasst.
- Verweildauer in sitzender Position > 6 Std. (tagsüber); Transfer ins Bett wurde nicht veranlasst.

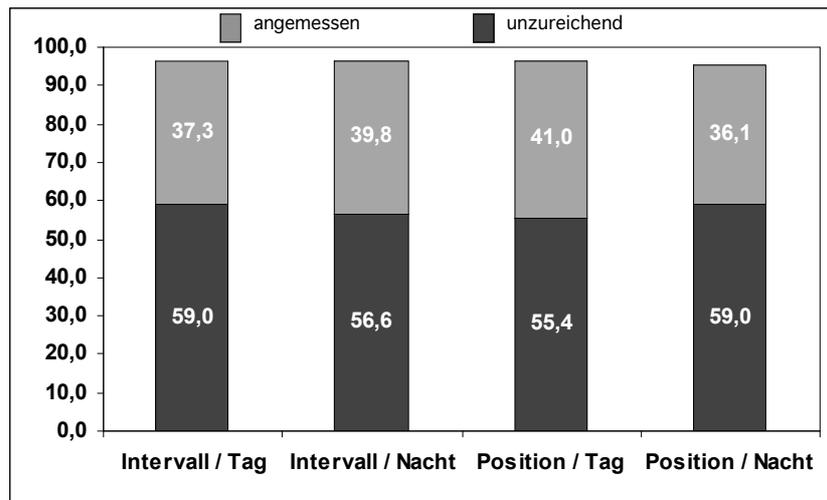


Abb. 16: Bewertung der Lagerungsintervalle und –positionen (n=83)

Ein Verbesserungspotenzial im Bereich der Hilfsmittel lag vor allem in der korrekten bzw. angemessenen Nutzung vorhandener Hilfsmittel. In vorangegangenen Studien (Heinemann 1998, Krause et.al. 2004) wurde eher der zeitnahe Zugang zu Hilfsmitteln für eine bessere Versorgungsqualität als Mangel identifiziert. Dies konnte im Rahmen dieses Projektes nicht festgestellt werden. Typische Fehler bei der Anwendung von Hilfsmitteln lagen in der Anwendung von Luftkammersystemen und in der Anwendung von Hilfsmitteln in Unkenntnis der Gebrauchsanweisung.

Beispiele:

- Bei der Wahl des Luftkammerdrucks wurde sich am Einstellungsgrad „Kg/Körpergewicht“ orientiert, ohne den erforderlichen Füllungsgrad der Luftkammern zu überprüfen.
- Beim Einsatz eines Luftkammersystems wurde auf eine hier angezeigte notwendige Fersenhohlagerung verzichtet.
- In sitzender Position (Rollstuhl, Sessel etc) wurde auf Luftkammersystem zur Dekubitusprophylaxe verzichtet, das in liegender Position genutzt wurde
- Beim Vorliegen eines Druckgeschwürs erfolgte die Lagerung weiterhin auf einem Lagerungshilfsmittel zur Dekubitusprophylaxe, nicht auf einem Hilfsmittel das während einer Wundbehandlung angezeigt gewesen wäre.

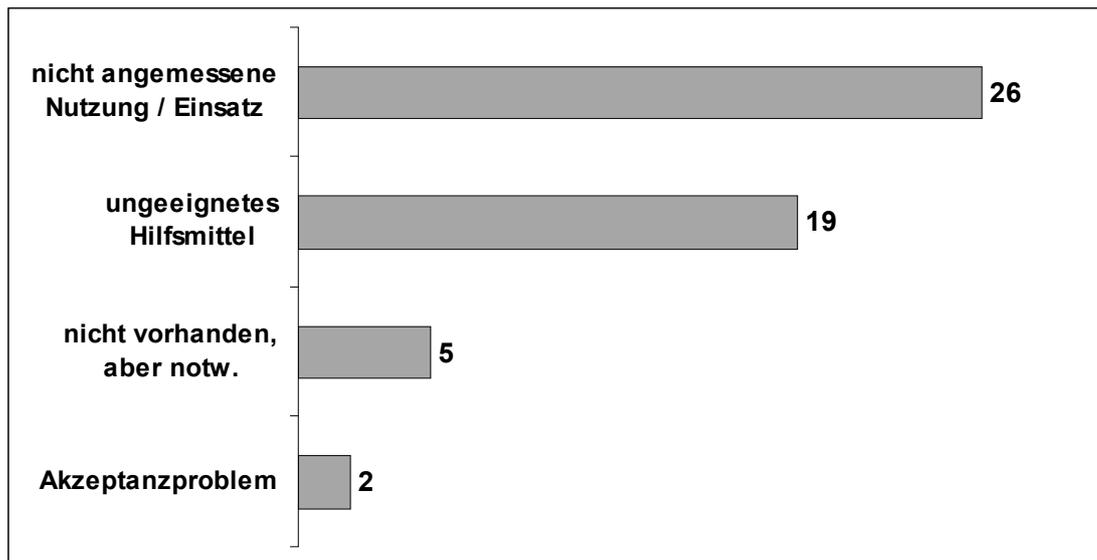


Abb. 17: Unzureichender Hilfsmiteleinsatz (n=83, absolute Nennungen)

6.6 Beratungsanlass / Wünsche

Der Beratungsanlass wurde durch die Leitfrage: „**Welches Anliegen ist für Sie am vor- dringlichsten?**“ erfasst. Aussagen mit gleichem oder ähnlichem Inhalt wurden zu Hauptka- tegorien zusammengefasst. Identifiziert wurden sechs Gegenstandsbereiche des Beratungs- anlasses, die im Folgenden mit einigen Beispielen aus den Beratungsprotokollen veran- schaulicht werden:

Wundbehandlung

„Wir haben schon viele Verbandstoffe ohne Erfolg benutzt, was nun?“

„Ist unsere Wundversorgung phasengerecht?“

Prophylaxe

„Der Pflegebedürftige ist Risikogefährdet, was empfehlen Sie?“

„Wir wollen weitere Druckgeschwüre vermeiden“

„Sind unsere bereits durchgeführten Maßnahmen zur Dekubitusvermeidung ausreichend?“

Handlungsoptionen

„Der Pflegebedürftige lässt sich nicht lagern, was können wir anders machen?“

„Die Pflegebedürftige hat schon länger einen Dekubitus, irgendwie kommen wir nicht weiter.“

Kooperation

„Die Pflegebedürftige ist nicht einsichtig, lehnt unsere Maßnahmen ab, vielleicht können Sie helfen.“

„Wir können keine moderne Wundversorgung machen, weil der Arzt es nicht verordnet.“

Wundbestimmung

„Ist die Wunde am Knöchel ein Dekubitus?“

„Ist das ein Ulcus Cruris oder ein Dekubitus?“

Fachwissen Dekubitusentstehung

„Wieso ist der Dekubitus am Hinterkopf entstanden?“

„Sie hat immer rezidivierende Dekubitalgeschwüre, warum?“

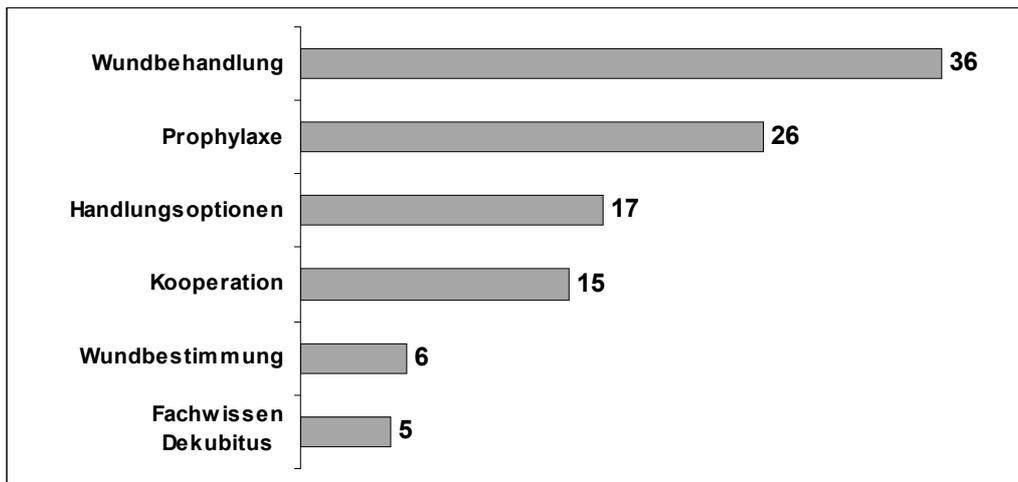


Abb. 17: Beratungsanlass (n=83, Mehrfachnennungen)

Zusätzlich zum Beratungsanlass wurde die Erwartungshaltung mit der Leitfrage:

„**Was wünschen Sie sich von uns?**“ erfasst. Hier wurden vier Kategorien zur Erwartungshaltung aus den Beratungsprotokollen identifiziert:

Wissenserwerb

„Ich möchte neue Erkenntnisse zur Wundversorgung erfahren.“

Fachliches Feedback

„Einen Erfahrungsaustausch zur Dekubitusprophylaxe“

Vermittlung zwischen beteiligten Akteuren

„Ich erhoffe mir die Umstimmung des Pflegebedürftigen durch den Coaching- Experten.“

Entscheidungshilfe

„Sollen wir den Arzt wechseln?“

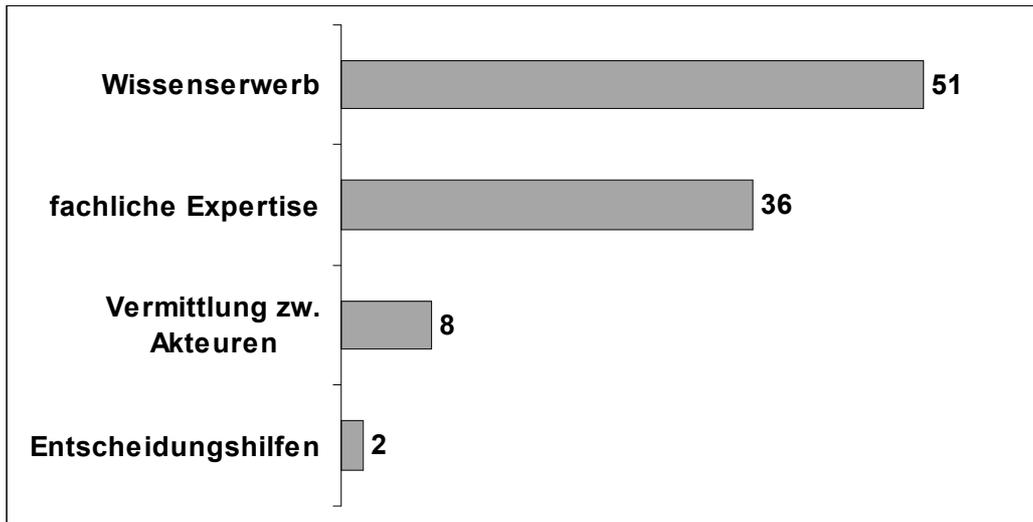


Abb. 18: Beratungsanlass / Wünsche (n=83, Mehrfachnennungen)

6.7. Empfehlungen

Die ausgesprochenen Empfehlungen und getroffenen Vereinbarungen zielten auf konkrete Maßnahmen im Sinne eines Handlungsleitenden Vorgehens. Identifiziert werden konnten sieben Kategorien, in denen die einzelnen Aspekte dezidiert benannt wurden:

Wundversorgung

- Keine unsterilen Kompressen zur Wundbehandlung einsetzen
- Wundantiseptikum einsetzen
- Feuchte Wundtherapie einleiten

Hilfsmittel

- System mit verstellbarem Luftkammerdruck organisieren
- Luftkammern im Fersenbereich entleeren

Einbeziehung Dritter

- Behandelnden Arzt über Wundeinschätzung informieren und feuchte Wundversorgung vorschlagen
- Beim Sanitätshaus Beratung für ein angemessenes System einholen und Matratze richtig herum einlegen lassen
- Ernährungsberatung hinzuziehen

Lagerung/Mobilisation

- Mehr sitzen, weniger liegen, in der Summe mind. 3Std tagsüber
- Schaumstoffkeile bei der Lagerung anwenden

Absprachen bzgl. innerbetrieblicher Verfahren

- Im Rahmen einer Fallbesprechung auf Bewegungsplan eingehen
- Engmaschige Kontrolle des Risikos mindestens alle 4 Wochen dokumentieren

Hautpflege

- Hautneutrale Waschlotion einsetzen
- Pflege der trockenen Hautareale mit W/O Emulsion
- Pflegeprodukte dünn auf das Gesäß auftragen, um die Saugfähigkeit der Inkontinenzartikel nicht zu beeinträchtigen

Sonstiges

- Bedenkzeit des Ehemanns abwarten und auf Positionswechsel des Pflegebettes ansprechen
- Radio/TV der Pflegebedürftigen gemäß ihren Wünschen einstellen
- Eiweißreiche Nahrungsergänzung weiterführen

Für 83 Pflegebedürftige wurden 437 Empfehlungen ausgesprochen, das sind im Mittel 5,7 Empfehlungen je Pflegebedürftigem. Die Wundversorgung stand im Vordergrund bei der Abgabe von Empfehlungen. Dies deckt sich mit den Wünschen und Erwartungen der Pflegekräfte (vgl. 6.6) und mit der hohen Zahl von 52 Pflegebedürftigen mit vorhandenem Druckgeschwür bei insgesamt 83 Beratungen. Am zweithäufigsten wurden Empfehlungen zu Hilfsmitteln abgegeben. Dies wird erklärlich durch den hohen Anteil von Hilfsmitteln, die nicht angemessen eingesetzt wurden (vgl.6.5). Durch Abb. 20 wird das Spektrum an Empfehlungen und damit die Komplexität der Dekubitusprophylaxe und Dekubitusbehandlung deutlich.

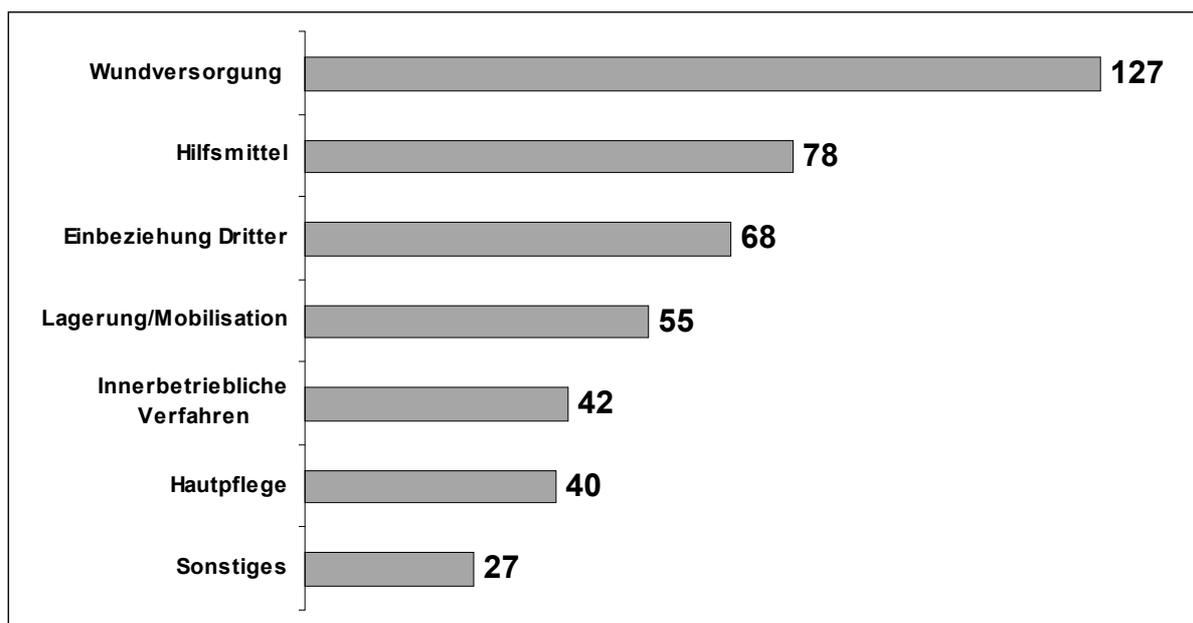


Abb. 20: Empfehlungen/Absprachen (n=437)

6.8 Umsetzung der Empfehlungen

Maßgeblich für den Erfolg der Beratung war die Umsetzung der ausgesprochenen Empfehlungen. Abbildung 21 und Abbildung 22 stellen die Umsetzungsquoten für die sieben Empfehlungskategorien dar. Eine vollständige oder teilweise Umsetzung wurde über alle Kategorien für 69% der Empfehlungen angegeben. In beiden Abbildungen wird deutlich, dass Maßnahmen, die innerhalb der Einrichtung lösbar sind und/oder das individuelle Handling durch Pflegepersonen betreffen (Hilfsmittelbenutzung, Lagerung/Mobilisation) die höchsten Umsetzungsquoten aufweisen. Bereits hier zeigt sich, dass Maßnahmen, zu deren Umsetzung mehrere Akteure beitragen müssen, weniger erfolgreich waren. Dies spiegelt sich auch in den Gründen für die Nicht-Umsetzung wider. Angesichts der hohen Zahl und der Bandbreite von Empfehlungen ist die Umsetzungsquote aus unserer Sicht überraschend hoch.

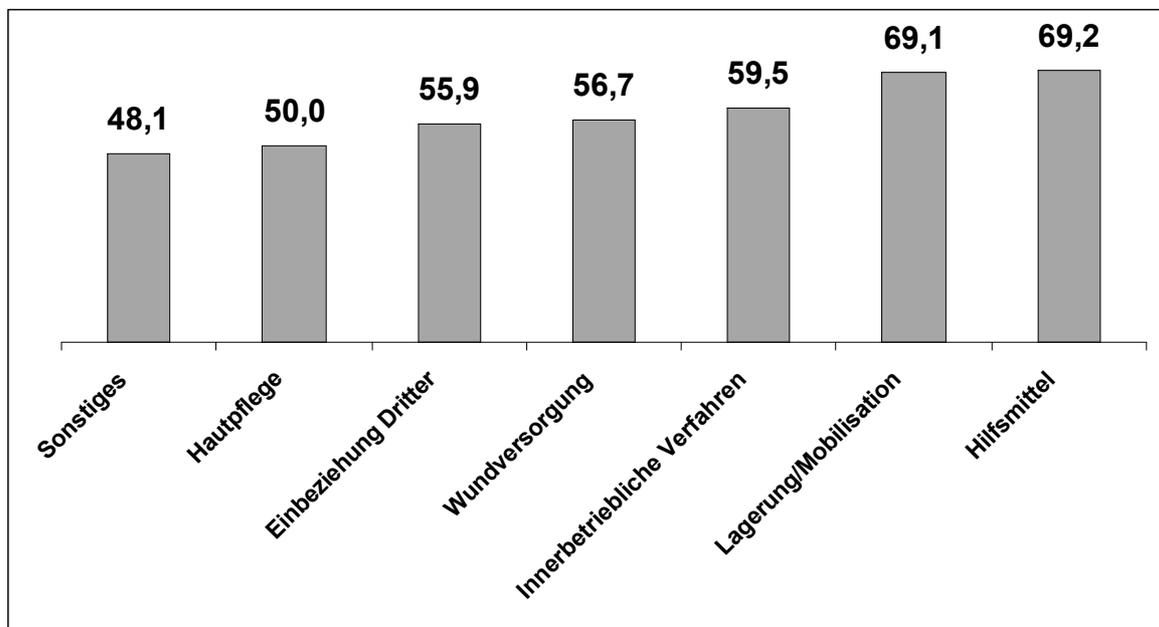


Abb.21: Umsetzung der Empfehlungen *ja* in %

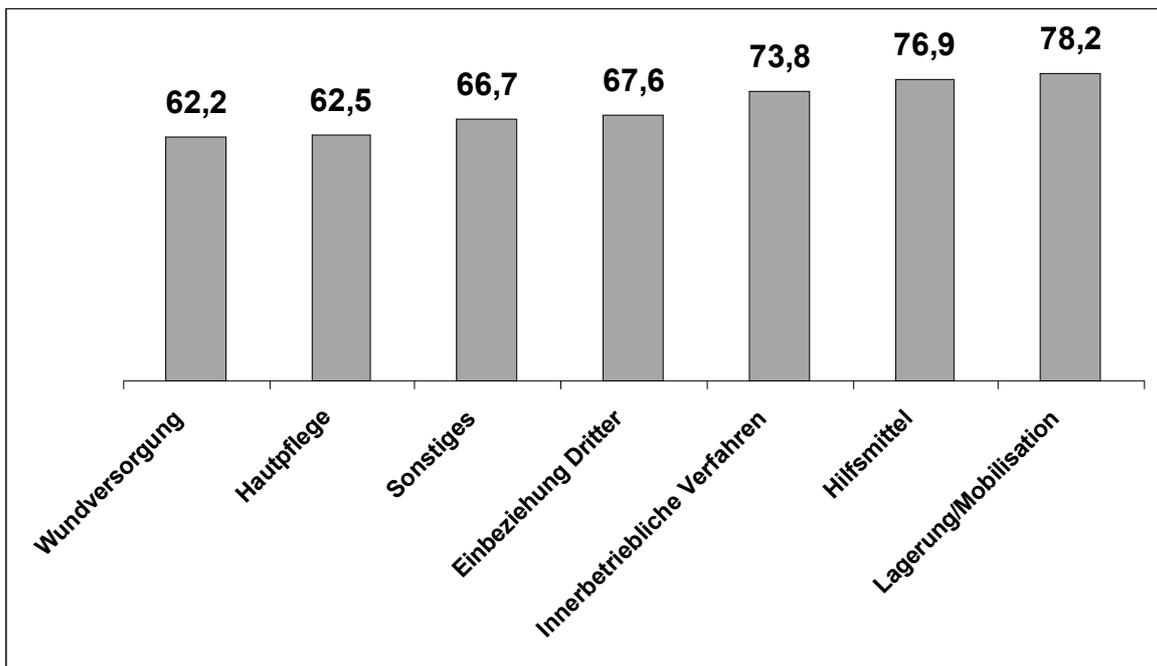


Abb. 22: Umsetzung der Empfehlungen *ja* + *teilweise* in %

Die Gründe für die Nicht-Umsetzung von Empfehlungen konnten in 5 Kategorien gefasst werden:

Kooperationsbezogene Hinderungsgründe

Hierunter wurden Aussagen subsumiert, in denen die Beteiligung Dritter/Schnittstellen (u.a. Ärzte, Angehörige, Sanitätshäuser, Kassen) für die Umsetzung mit erforderlich waren:

„vom Arzt nicht verordnet, zu teuer“

„Kasse bewilligt immer noch nicht“

„Sanitätshaus sieht keinen Sinn in einem anderen Matratzensystem“

– „Ehefrau wurde mit Beschaffung beauftragt, noch nicht da“

Klientenbezogene Hinderungsgründe

„Mobilisation wurde nicht ausgedehnt, da sich der Allgemeinzustand stark verschlechterte“

„Pflegebedürftige lehnte nach kurzer Zeit Essen ab“

Organisationsbezogene Hinderungsgründe

Hierunter wurden Aussagen zu innerbetrieblichen Hinderungsgründen gefasst.

„Teambesprechung mit allen Akteuren war nicht zu organisieren, zu viele Terminabsprachen nötig“

“Eine Mitarbeiterin macht, was sie für richtig hält“

Notwendigkeit nicht mehr gegeben

„Wunden sind bereits abgeheilt“

„Pflegerbedürftige ist mobiler, lagert sich nachts jetzt selbst“

Sonstiges

„vergessen“

„noch nicht erkundigt“

Von 437 insgesamt ausgesprochenen Empfehlungen wurden 132 (30,2%) nicht oder nur teilweise umgesetzt (Abb. 23). In der Hauptsache lagen die Gründe in der Abstimmung mit Dritten, in Klientenbezogenen oder in internen organisatorischen Schwierigkeiten. Dies verdeutlicht, dass weniger strukturelle Defizite wie die personelle Ausstattung, der Qualifikationsgrad oder die Versorgung mit Hilfsmittel Hindernisse bei der Umsetzung Leitlinienorientierten Handelns sind. Vielmehr stellt der Prozess der Abstimmung, der Verständigung und Koordination aller an der Pflege Beteiligten die größte Hürde dar.

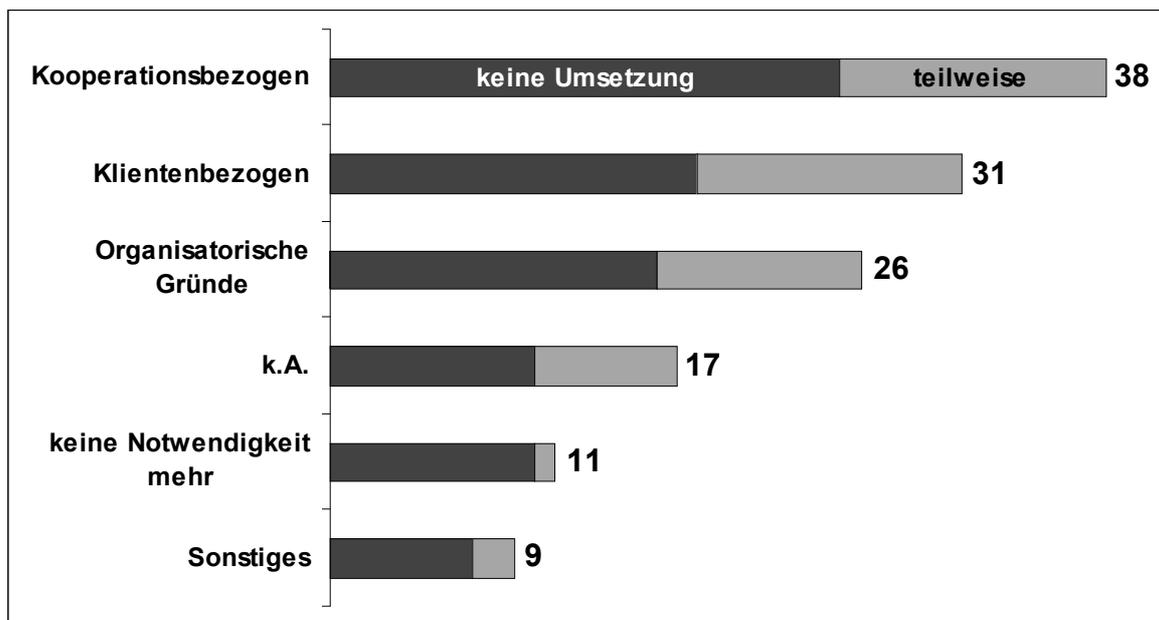


Abb. 23. Gründe für Nicht-Umsetzung (keine Umsetzung + teilweise Umsetzung)

7. Diskussion und Ausblick

Das Projekt „Dekubitus-Coaching“ konnte die durch die Vorläuferstudien festgestellten Defizite bei der Versorgungsqualität von Pflegebedürftigen mit Dekubitus bzw. einem hohen Dekubitusrisiko weitgehend bestätigen. Es wurde ersichtlich, dass trotz erreichter Verbesserungen in den vergangenen Jahren durch zahlreiche Qualitätsinitiativen in Hamburg das Thema Dekubitus noch immer relevant ist. Vor allem die unzureichende Zusammenarbeit der an der Versorgung Beteiligten und die praktische Umsetzung von Leitlinienorientiertem Wissen sind Hemmnisse für eine bessere Versorgungsqualität von Pflegebedürftigen. Während die Risikofaktoren bei der Dekubitusentstehung und die Prinzipien einer modernen Wundversorgung bekannt sind, fehlt es an nachweisbar effektiven Strategien diese Erkenntnisse auch in praktisches Handeln umzusetzen. Das Projekt Dekubitus Coaching konnte inhaltlich eine hohe Akzeptanz und Umsetzungsquote nachweisen. Angesichts der Rekrutierungsschwierigkeiten stellt sich die Frage, wie ein derartiges Angebot verortet werden kann und auf welcher Anreiz-Basis (positiv sanktioniert - freiwillig - negativ sanktioniert) ein größerer Durchdringungsgrad einer hohen Versorgungsqualität erreichbar ist.

Rekrutierung

Ausgegangen wurde im Erhebungszeitraum von etwa 200 Beratungen (s. Kapitel 4). Die Fallzahlen wurden in dieser Zeitspanne nicht erreicht. Trotz umfangreicher Werbung und Akquisition wurden insgesamt 93 Beratungen durchgeführt, darunter 10 Beratungen ohne direkten Patientenkontakt. Das Angebot war nahezu allen Pflegeeinrichtungen in Hamburg bekannt und wurde im Verlauf kontinuierlich beworben.

Für die mangelnde Inanspruchnahme bieten sich mehrere Erklärungsmöglichkeiten an:

- Fehlendes Problembewusstsein in Einrichtungen und bei pflegenden Angehörigen, die eigenen Kenntnisse werden für ausreichend erachtet, insbesondere bei bereits langjähriger Pflegetätigkeit
- Informationsverlust innerhalb der Einrichtungsebenen
- Der mit den Beratungen einhergehende Zeit- und Organisationsaufwand schien für die Einrichtungen nicht realisierbar
- Die Einrichtungen sind mit anderen Themen (MDK-Kriterien, Expertenstandards, Fusionen etc.) beschäftigt
- Ziel und Wert des Angebotes konnten nicht vermittelt werden
- Die Einrichtungen sind des Themas Dekubitus überdrüssig
- Das Angebot ist ggf. ein ungeeignetes Instrument zur Sensibilisierung von pflegenden Angehörigen.

Beiträge und Diskussionen beim Expertengespräch haben die Vermutung erhärtet, dass zum einen die Einrichtungen und Dienste vielfältige (neue) Anforderungen bei immer stärker ein-

geschränkten finanziellen und zeitlichen Ressourcen zu bewältigen haben und zum anderen das Thema „Dekubitus“ eine inhaltliche Sättigung erreicht haben könnte und (vermeintlich) dringenderen Themen gewichen ist. Der Mehrwert für die Einrichtungen konnte nur begrenzt antizipiert werden, zumal auch die Vorbereitung des Besuches (Terminabsprachen mit Ärzten, Angehörigen, Pflegemitarbeitern) für die Einrichtungen und Dienste zeitaufwendig schien und ein ökonomischer Nutzen nicht sofort sichtbar wurde.

20 Einrichtungen haben das Angebot mehr als ein Mal in Anspruch genommen und als Maßnahme der Qualitätsverbesserung und praxisorientierten Fortbildung genutzt. Wir verstehen dies zum einen als Hinweis für die Qualität und einen hohen Nutzwert der Beratung, zum anderen als Hinweis auf die Nachhaltigkeit und das Vorliegen eines Beratungsbedarfes. Trotz vielfältiger Bemühungen wurde das Beratungsangebot nur vereinzelt von pflegenden Angehörigen nachgefragt. Unklar bleibt, wie häufig MDK- GutachterInnen tatsächlich einen Bedarf an Beratung festgestellt und die Informationsunterlagen weitergereicht haben. Einerseits war der Rücklauf der Erhebungslisten gering (n=14), andererseits kann vermutet werden, dass in der täglichen Praxis die „Statistik“ in den Hintergrund geriet. Weiter ist möglich, dass die Angehörigen zwar auf das Angebot aufmerksam gemacht wurden, dieses jedoch aus unterschiedlichen Gründen nicht angenommen haben.

Leitlinienorientiertes Wissen und Handeln

Bei der Behandlung von Dekubitus war eine Leitlinienorientierte Vorgehensweise in weniger als der Hälfte der durchgeführten Beratungen festzustellen.

Im Gegensatz zu vorangegangenen Untersuchungen (Heinemann 1998, Krause et. al 2004) wurden keine veralteten und dezidiert schädlichen Behandlungsmaßnahmen wie „Honig und Streuzucker“ oder „eisen und föhnen“ registriert. Seit 1998 dem Zeitpunkt des so genannten „Hamburger Dekubituskandals“ kann hier ein Rückgang derartiger Methoden verzeichnet werden, auch wenn die verschiedenen Projekte seit 1998 methodisch nicht vergleichbar sind. Wir meinen aus der Reihe der Projekte auch einen Trend für eine zunehmende Anwendung von modernen, feuchten Wundverbänden ablesen zu können, allerdings hat das vorliegende Projekt gezeigt, dass hier der korrekte Umgang mit diesen Materialien noch nicht ausreichend vermittelt ist. Das Richtige wird häufig noch nicht richtig getan. Umso wichtiger erscheint uns eine praxisorientierte Einzelfallbezogene Anleitung, in der die Handhabbarkeit und Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse im Vordergrund steht, wie sie Bestandteil des Projektes Dekubitus-Coaching war.

Der unzureichende Kenntnisstand und die Unsicherheit bei Maßnahmen zur Prophylaxe und der Behandlung spiegeln sich auch in der Selbsteinschätzung der Pflegenden über die eigenen Kenntnisse wider. Nur 34,9% der Personen waren der Auffassung, dass sie über gutes Vorwissen zum Thema Dekubitus verfügen. Auch diese kritische Selbstbeurteilung korres-

pondiert mit der Vorgängerstudie zu den Ursachenzusammenhängen der Dekubitusentstehung (Krause et. al 2004).

Hilfsmittel

Vorangegangene Studien hatten Defizite bei der rechtzeitigen Verfügbarkeit bspw. bei Wechsellldrucksystemen festgestellt. Im Projekt Dekubitus-Coaching war vielmehr der nicht sachgemäße Einsatz und Umgang mit vorhandenen Hilfsmitteln Anlass für Empfehlungen. Dies deckt sich mit den Erfahrungen des MDK Hamburg und Schleswig-Holstein, wie beim durchgeführten Expertengespräch deutlich wurde. Vor diesem Hintergrund sind vor allem die Hersteller von Hilfsmitteln und Sanitätshäuser aufgefordert, die Produkte mit besseren Gebrauchsanweisungen auszustatten oder in die Produkte besser einzuweisen.

Empfehlungen und deren Umsetzung

Zu Beginn des Projektes war offen welche Themenfelder bei der Beratung im Vordergrund stehen würden und wie viele Empfehlungen ausgesprochen werden würden. Es fehlte diesbezüglich an vergleichbaren Beratungsprojekten mit Evaluation. Vor diesem Hintergrund ist eine Wertung der durchschnittlichen Zahl von 5,7 Empfehlungen je Beratungssituation und die Umsetzungsquote von 69% der ganz oder teilweise umgesetzten Empfehlungen problematisch. Wir sehen diese Zahlen jedoch als ein wichtiges Indiz für den inhaltlichen Erfolg des Projektes. Die hohe Zahl der ausgesprochenen Empfehlungen dokumentiert die Komplexität der Ursachenzusammenhänge der Dekubitusentstehung und damit auch die Notwendigkeit Beratungen zu den verschiedenen Problemfeldern/Dimensionen durchzuführen. Eine rein auf die Hilfsmittel- oder Wundversorgung ausgerichtete Beratung wäre unzureichend gewesen. Wir leiten daraus einen umfassenden Bedarf der anfragenden Pflegekräfte/ Einrichtungen ab. Dieser Eindruck wird bekräftigt durch die Zahl von 20 stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten (von insgesamt 32), die die Coaches mehr als einmal anforderten. Die hohe Umsetzungsquote insbesondere der Empfehlungen, die keine Kooperation mit Dritten verlangte, interpretieren wir als Ausdruck des Vertrauens in die Professionalität der Coaches und als Bestätigung des Beratungsansatzes. Immerhin verlangte der Beratungsansatz eine Neuorientierung des eigenen Handelns, es wurde kein fertiges Produkt oder eine Lösung „verkauft“. Außerdem zog die Nicht-Umsetzung keine negativen Sanktionen nach sich, so dass durch den offenen Charakter wenig äußerer Druck zur Umsetzung bestand.

Evaluation

Methodenkritisch muss zur Evaluation des Beratungsansatzes angemerkt werden, dass die Angaben zur Umsetzung der Maßnahmen auf Selbstauskünften der betroffenen Pflegekräfte und Einrichtungen beruhten. Im Beratungsansatz waren Freiwilligkeit, Offenheit und das Treffen von Vereinbarungen drei wichtige Prinzipien, die durch eine abschließende Prüfung

im Sinne einer Vor-Ort-Kontrolle nicht gebrochen werden sollten. Die Vielfalt der Empfehlungen hätte zudem eine umfangreiche Überprüfung erfordert, vor allem die Evaluation der Kooperationsbezogenen Empfehlungen (Absprachen mit Ärzten, Krankenkassen, Sanitätshäuser) wäre methodisch aufwendig gewesen und hätte dem Charakter des gesamten Angebotes widersprochen. Wir sehen an diesem Punkt auch einen Unterschied zwischen dem Beweis einer (klinischen) wissenschaftlichen Fragestellung wie in der Vorläuferstudie (Krause et. al 2004) und der Evaluation eines Beratungsangebotes.

Unserer Kenntnis nach gibt es keine ähnlich gelagerten Beratungsangebote, die wie in der vorliegenden Form evaluiert worden sind.

Darüber hinaus wurde im Rahmen der Evaluation der Effekt der Beratung auf die einzelnen Druckgeschwüre nicht gemessen. Obwohl die Beratung natürlich eine Verbesserung im konkreten Einzelfall zum Ziel hatte, stand der Beweis für die Effektivität des Wundmanagements im Einzelfall nicht im Vordergrund:

- Erstens wäre für den Nachweis der Effektivität von Empfehlungen zum Wundmanagement eine Kontrollgruppe notwendig gewesen.
- Zweitens hatten nicht alle Pflegebedürftigen einen Dekubitus.
- Drittens lagen bei einigen Pflegebedürftigen mehrere Geschwüre vor, so dass eine auf die einzelne Lokalisation bezogene Evaluation des Wundmanagements hätte stattfinden müssen.
- Viertens zielte der Beratungsansatz mittelbar auf die Vermittlung von Leitlinienorientiertem Wissen für die ganze Einrichtung – am Beispiel des Einzelfalles.

Insofern hätte eine Evaluation des Wundmanagements über die ganze Einrichtung stattfinden müssen, um den Wissenstransfer innerhalb der Einrichtung zu überprüfen. Dafür wiederum wäre ein Einrichtungsbezogener Prä- Postvergleich das geeignete Studiendesign, wozu im vorliegenden Projekt sowohl die zeitlichen als auch die finanziellen Ressourcen fehlten.

Kooperation zwischen allen Beteiligten

Das Projekt hat einmal mehr gezeigt, dass eine qualitativ hochwertige Versorgung bei Dekubitus (-gefährdung) nur dann gewährleistet ist, wenn alle an der Pflege und Behandlung Beteiligten Hand in Hand arbeiten. An dieser Stelle sei deshalb auch auf die Notwendigkeit verwiesen, Ärzte in Aus- Weiter- und Fortbildung noch stärker für das Thema Dekubitus sensibilisieren.

Experteneinsatz

Es stellt sich die Frage, ob ein umfassendes Dekubitusbezogenes Wissen an eine breite Schicht von Pflegekräften vermittelt werden sollte und kann, oder ob die Bennung von „Dekubitus-Experten“ in Diensten und Einrichtungen und deren Unterstützung und Beratung mittelfristig wirksamere Effekte erzielen könnte. Diesbezüglich tendierten die Teilnehmer der Fachtagung zum Einsatz von Dekubitus-Experten bzw. Wundmanagern, da insbesondere die Wundbestimmung und Wundversorgung, aber auch die Prophylaxe im Einzelfall spezialisiertes Wissen voraussetzt. Konkret heißt dies, dass die Ursachenzusammenhänge der Dekubitusentstehung, Maßnahmen der Prophylaxe und die Prinzipien der Wundbehandlung prinzipiell allen Pflegenden bekannt sein sollten. In der Praxis wird jedoch dieses Wissen und die Umsetzung an Grenzen stoßen, an denen Dekubitus-Experten konsiliarisch hinzugezogen werden können. Idealerweise kann dabei der fachliche Aspekt des Einzelfalls mit dem Transfer von Wissen in die Einrichtung verbunden werden. Empfehlenswert erscheint dabei eine umfassende Beratung zu korrespondierenden Problembereichen und keine Fixierung auf die Wundversorgung zu sein, um der Komplexität des Themas Dekubitus wirksam Rechnung zu tragen.

Strukturelle Anbindung des Dekubitus-Coaching

Es erscheint inhaltlich nicht notwendig und wirtschaftlich nicht sinnvoll, dass jede Einrichtung hauseigene Dekubitus-Experten ausbildet und vorhält. Zugleich sollten Dekubitus-Experten unabhängig von verschiedenen Interessenslagen, die Kostenträger (z.B. Kranken- oder Pflegekassen) oder privatwirtschaftliche Firmen (z.B. Beratungsfirmen, Sanitätshäuser, Hilfsmittelhersteller) mit einem solchen Angebot verbinden, agieren können. Vor diesem Hintergrund empfehlen wir eine strukturelle Anbindung der Experten bei den Verbänden der Leistungsanbieter. Dies bietet die Möglichkeit unabhängig von wirtschaftlichen Interessen im Sinne einer Unterstützung der Qualitätsentwicklung von Einrichtungen, Diensten und auch für (mit-)pflegende Angehörige eine längerfristige Verankerung zu sichern. Zugleich entspricht es den originären Aufgaben von Verbänden Einzelpersonen und Einrichtungen zu beraten und fachlich zu unterstützen. Denkbar ist, dass Verbände der Leistungsanbieter im Verbund Möglichkeiten schaffen, um Zugang zu konsiliarischen Dienstleistungen von Dekubitus-Experten zu erhalten. Zukünftig ist auch vorstellbar, dass nicht nur Dekubitus-Experten im Handlungsfeld der Pflege wirken, sondern auch Experten auf anderen Gebieten (z.B. Ernährung, Sturz) das Angebot für die Praxis erweitern. Ein fachlicher Austausch bei dieser Anbindung kann zum Nutzen der Pflegebedürftigen und Pflegenden vernetzt werden.

Die Verstetigung und strukturelle Einbindung des Angebotes reduziert möglicherweise die unzureichende Inanspruchnahme wie im vorliegenden Projekt.

Schlussfolgerungen

Hersteller von Hilfsmitteln und Sanitätshäuser sind aufgefordert Bedienungsanleitungen verständlicher zu gestalten oder/und besser in die Benutzung der Hilfsmittel einzuweisen.

Da ein hochqualitatives, aber freiwilliges und unverbindliches Angebot wenig in Anspruch genommen wurde, fehlen womöglich Anreize und Maßnahmen, um Einrichtungen zur Teilnahme an Angeboten zur Qualitätssicherung zu bewegen.

Die Erfahrungen des Projektes zeigen, dass die Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse zu Dekubitusbezogenen Problematiken noch nicht ausreichend durch Pflegekräfte vor Ort abgedeckt werden kann. Unseres Erachtens hat sich der Ansatz, Spezialwissen in Form einer konsiliarischen Dienstleistung in der konkreten Pflegesituation einzusetzen bewährt.

Literatur

- Arnold, K.; Hedtke-Becker, A. (Hrsg.):** Angehörige pflegebedürftiger alter Menschen – Experten im System häuslicher Pflege. Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., Frankfurt/M. 2000
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.)** Dekubitus - Therapie und Prophylaxe (AWMF-Leitlinie Nr 036/005). 1999.
- Atteslander, P.:** Methoden der empirischen Sozialforschung. Walter de Gruyter, Berlin/ New York 2003
- Bienstein, C., et al.,** Dekubitus – Die Herausforderung für Pflegende. Thieme, Stuttgart 1997
- Boes, C.,** Die Reliabilität und Validität der Braden Skala zur Einschätzung des Druckgeschwürrisikos. Pflege, 2000. 13: p. 397-402.
- Brearley, G.; Birchley, P.:** Beratung und Gesprächsführung bei Krankheit und Behinderung. Ullstein Mosby. Berlin/Wiesbaden 1995
- Brunner, E.J ; Schönig, W. (Hrsg.):** Theorie und Praxis von Beratung – Pädagogische und psychologische Konzepte. Lambertus, Freiburg/Br. 1990
- Bunzendahl, I.; Hagen, B.P. (Hrsg):** Soziale Netzwerke für die ambulante Pflege – Grundlagen, Praxisbeispiele und Arbeitshilfen. Juventa, Weinheim und München 2004
- Culley, S.:** Beratung als Prozeß- Lehrbuch kommunikativer Fertigkeiten. Beltz, Weinheim und Basel 1996
- De Shazer, S.:** Der Dreh – Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie. Carl-Auer-Systeme, Heidelberg 1989
- De Shazer, S.:** Wege der erfolgreichen Kurzzeittherapie. Klett-Cotta, Stuttgart 1989
- Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (Hrsg.)** Arbeitstexte zur 1. Konsensus-Konferenz in der Pflege. Thema: Dekubitusprophylaxe, Fachhochschule Osnabrück, 2000.
- Di Piazza, S. :** Beratung in der Kinderkrankenpflege. In: Pflege- Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe 1/2001; Hans Huber, Bern
- Dorsch, F. :** Psychologisches Wörterbuch. Stuttgart 1998
- Eberhardt, S., et al.:** Dekubitusprophylaxe und –therapie, Informationssystem Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland, Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information (DAH-TA@DIMDI), 2005
- Fröschl, M.:** Gesund-Sein Integrative Gesund-Seins-Förderung als Ansatz für Pflege, Soziale Arbeit und Medizin. Dimensionen sozialer Arbeit und der Pflege; Bd.3. Lucius & Lucius, Stuttgart 2000
- Gerlach, F., et al.:** Leitlinien in Klinik und Praxis. Dt.Ärzteblatt 95(17): A1014-1021, 1998
- Gräbel, E.:** Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil 1 : Inanspruchnahme professioneller Pflegehilfe. Z Gerontol Geriat, 1998a. 31: p. 52-56.
- Gräbel, E.:** Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil 2 : Gesundheit und Belastung der Pflegenden. Z Gerontol Geriat, 1998b. 31: p. 57-62.
- Gräbel, E.:** Körperbeschwerden und Belastung pflegender Familienangehöriger bei häuslicher Pflege eines über längere Zeit hilfsbedürftigen Menschen. Psychother. Psychosom. med. Psychol., 1996. 46: p. 189-193.
- Gräbel, E.:** Häusliche-Pflege-Skala HPS zur Erfassung der subjektiven Belastungen bei betreuenden oder pflegenden Personen, Vless Verlag, Ebersberg 2001.
- Halek, M., Mayer, H.,** Die prädektive Validität der originalen und erweiterten Norton-Skala in der Altenpflege, Pflege 2002, 15: p. 309-317.
- Koch-Straube, U.:** Beratung in der Pflege, Hans Huber, Bern 2001
- Krause, T; Anders, J; Heinemann, A; Meier-Baumgartner, HP; Cordes, O; Kranz, S; Kühl, M.:** Ursachenzusammenhänge der Dekubitusentstehung. Ergebnisse einer Fall-Kontroll-Studie mit 200 Patienten und Befragung aller an der Pflege Beteiligten. Kohlhammer, Stuttgart 2004.
- Leffmann, C, Leutenegger M., Schroeder-Hartwig, K.:** Qualitätssicherung in der Pflege- Das Hamburger Dekubitusprojekt. In: Die Schwester / Der Pfleger 37/1998
- Leffmann, C., et al.:** Dekubitus. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 12. Robert-Koch Institut, Berlin 2002
- London, F.:** Informieren, Schulen, Beraten- Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation. Hans Huber, Bern 2003
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK), Medizinischer Dienst der Spitzenverbände (MDS)** Grundsatzstellungnahme Dekubitus, Medizinisch-pflegerische-Grundlage – Prophylaxe und Therapie – Bearbeitung von Behandlungs-/Pflegefehlervorfällen,.(2001).
- Nestmann, F. (Hrsg.):** Beratung- Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis. Sudhaus, Tübingen 1997
- Nestmann, F.;** Engel, F.: Die Zukunft der Beratung. Dgvt, Tübingen 2002

- Renteln-Kruse W. v, Krause T., Anders J., Heinemann A., Püschel K.:** Höhergradige Dekubitalulzera bei betagten pflegebedürftigen Hochrisiko-Personen. *Z Gerontol Geriat* 37:81-85. (2004)
- Roth, G. :** Qualitätsmängel und Regelungsdefizite der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege, Schriftenreihe des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Band 226. Kohlhammer, Stuttgart 2001
- Schlippe, A.v.; Schweitzer, J:** Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2003
- Seiler, W.,** Dekubitus, in Wundheilung. 1993: Stuttgart.
- Shea, J.,** Pressure sores. Classification and management. *Clin Orthop*, 1975. 112: p. 89-100.
- Steimel,R.:** Individuelle Angehörigenschulung- Eine effektive Alternative zu Pflegekursen. Schlütersche GmbH & Co.KG, Hannover 2003
- Zegelin-Abt, A.,** Skalen zur Ermittlung des Dekubitusrisikos, in Dekubitus Die Herausforderung für Pflegende. 1997, Thieme: Stuttgart. p. 71-75.