

PFLEGEQUALITÄTSBERICHT 2022/1

Dekubitusprophylaxe



“

Dekubitusprophylaxe muss als ein bereichsübergreifender Prozess verstanden werden, der unverzüglich nach Eintritt des Patienten in die Klinik beginnt und von allen am Versorgungsprozess Beteiligten mitgestaltet und verantwortet werden muss.

”



Hintergrund	05
1. Qualitätsentwicklungs- und -sicherungsmaßnahmen	06
2. Daten zur Häufigkeit von Dekubitus	07
2.1. QI 1: Inzidenz höhergradige Druckgeschwüre.....	08
2.2. QI 2: Inzidenz höchstgradiger Druckgeschwüre.....	09
2.3. Basisauswertung.....	10
Anhang	14





Zusammenfassung:

Nosokomiale, also im Krankenhaus erworbene, Dekubitus sind ein häufiges Phänomen in deutschen Kliniken. Ihre Prävention hat sowohl aus Sicht der Betroffenen als auch aus volkswirtschaftlicher Sicht eine große Bedeutung. Da sie zur Bewertung der pflegerischen Versorgungsqualität einer Klinik herangezogen werden, soll den Pflegekräften des Klinikums Bremerhaven-Reinkenheide (KBR) mit diesem Bericht die Möglichkeit gegeben werden, sich über unsere Leistungen im Bereich Qualitätssicherung und –entwicklung und die relevanten Kennzahlen zu informieren.

Janine Großmann;B.A. Pflegewissenschaft

Janine.Grossmann@klinikum-bremerhaven.de

Hintergrund

„Ein Dekubitus ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und/oder des darunterliegenden Gewebes, infolge von Druck oder Druck in Verbindung mit Scherkräften. Typischerweise treten sie in Bereichen über knöchernen Vorsprüngen auf, sind aber auch häufig verursacht durch medizinische Geräte (Sonden, Drainagen, Manschetten...) oder andere Objekte.“ (EPUAP; NPIAP; PPPIA, S. 16)¹.

Nosokomiale, also im Krankenhaus erworbene, Dekubitus sind leider ein häufiges Phänomen in Kliniken – Im Jahr 2020 entwickelten in Deutschland knapp 60.000 Patient*innen über 20 Jahre während ihres Aufenthaltes in einer Klinik einen Dekubitus. Das entspricht einem Anteil von 0,40% an allen vollstationär behandelten Patient*innen ²

Ein Dekubitus bedeutet für die Betroffenen eine große Einschränkung der Lebensqualität. Der Dekubitus selbst und seine Behandlung verursachen Schmerzen und Einschränkungen, die eine große Belastung in alle Lebensbereiche darstellt. Zudem können Druckgeschwüre zu schweren Komplikationen führen und korrelieren mit einer erhöhten Sterblichkeit. Letztendlich verursachen sie außerdem enormen Kosten für ihre Behandlung und die oft notwendig werdende Verlängerung der Verweildauer im Krankenhaus.

Es wird also deutlich, dass die Prophylaxe von Dekubitalulzera sowohl aus Sicht der Patient*innen, als auch aus volkswirtschaftlicher Sicht eine hohe Relevanz hat.

Darüber hinaus gilt die Häufigkeit von im Krankenhaus erworbenen Dekubitusulzera als Kennzahl für die Qualität der pflegerischen Versorgung in einer Einrichtung, da davon ausgegangen wird, dass durch eine sachgerechte pflegerische Prophylaxe fast alle Druckgeschwüre verhindert werden können. Über die, für alle Krankenhäuser verpflichtende, externe Qualitätssicherung wird die Pflegequalität daher über den Indikator "Dekubitusprophylaxe" dargestellt. Das Institut, welches mit der Erfassung und Verarbeitung dieser Daten betraut ist, ist das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Das IQTIG ist ein unabhängiges wissenschaftliches Institut, welches im Auftrag des G-BA³ handelt. Alle Krankenhäuser sind verpflichtet zu verschiedenen Bereichen Daten an das IQTIG zu übermitteln, um die Versorgungsqualität in diesem Bereich zu messen. Neben den Pflegequalitätsindikator "Dekubitusprophylaxe" werden vor allem medizinische Prozesse betrachtet, wie z.B. aus den Bereichen Hüftgelenksversorgung, Brustkrebsoperationen oder

1 European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance: Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline. Emily Heasler (E.d.). EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019

2 IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen: Bundesauswertung für das Erfassungsjahr 2020
https://iqtig.org/downloads/auswertung/2020/dek/QSKH_DEK_2020_BUAW_V01_2021-08-10.pdf

3 G-BA = Gemeinsamer Bundesausschuss: ist das höchste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen

Herzchirurgie. Um die Leistungserbringer für Patient*innen untereinander vergleichbar zu machen, werden die Ergebnisse öffentlich publiziert. Für das Bundesland Bremen erfolgt dies über den Bremer Krankenhausspiegel: <https://www.bremer-krankenhausspiegel.de/qualitaetsergebnisse-a-z>

Um den Pflegekräften im KBR die Möglichkeit zu geben, sich über unsere Leistung im Bereich "Dekubitusprophylaxe" zu informieren, wird ein jährlicher Pflegequalitätsbericht verfasst und für alle Pflegekräfte zugänglich gemacht. Die in diesem Bericht dargestellten Zahlen zur Häufigkeit von Dekubitus im KBR beziehen sich auf den Jahresbericht des IQTIG für das Erfassungsjahr 2021. Neben den Zahlen zur Häufigkeit beinhaltet er zudem einen Überblick über abgeschlossene und laufende Maßnahmen und Projekte zur Qualitätssicherung und -entwicklung zum Thema "Dekubitusprophylaxe" aus dem pflegerischen Bereich.

1. Qualitätsentwicklungs- und -sicherungsmaßnahmen

Die Dekubitusprophylaxe liegt im Verantwortungsbereich der Pflegekräfte und sollte, im Sinne einer professionellen pflegerischen Versorgung, auf Grundlage aktueller, wissenschaftlicher Erkenntnisse ausgerichtet sein. Seit dem Jahr 2020 arbeiten wir daher an einem evidenzbasierten⁴ Dekubitusmanagement, dessen Erarbeitung und Umsetzung durch den am KBR neu entstandenen Bereich Pflegewissenschaft in Zusammenarbeit mit dem Pflegemanagement gesteuert wird. Das KBR Dekubitusmanagement basiert auf nationalen und internationalen, evidenzbasierten Empfehlungen. Die Evidenz wurde zu einer Praxisleitlinie zusammengefasst, die für alle Mitarbeiter*innen einsehbar ist. Abgeleitet aus den evidenzbasierten Empfehlungen wurden Qualitätsindikatoren zu den Ebenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erarbeitet (s. Anhang), an dessen Erreichung wir, im Sinne einer Best Practice Versorgung, stetig arbeiten. In enger Zusammenarbeit mit den Pflegefachkräften, die in der direkten Patientenversorgung tätig sind, wurden bereits mehrere Umsetzungsprojekte durchgeführt - Ein selbstentwickeltes evidenzbasiertes Instrument zur Erfassung des individuellen Dekubitusrisikos wurde auf vier Stationen im Haus getestet und durch die Pflegekräfte der Pilotstationen bewertet. Im Anschluss erfolgte die hausweite Umsetzung. Die OP-Checkliste wurde zusammen mit Kolleg*innen der Anästhesie und Pflegefachkräften aus operierenden Fachabteilungen überarbeitet, um die Weiterleitung des Dekubitusrisikos bzw. vorhandene Druckgeschwüre an die Kolleg*innen im Anästhesie-/OP-Bereich zu ermöglichen. Zur Verbesserung der Versorgung mit druckentlastenden Hilfsmitteln wurden verschiedene druckentlastende Sitzkissen auf mehreren Stationen getestet und für alle Stationen eingeführt. In den vergangenen Wochen wurde zudem auf

⁴ Evidenzbasiert = Auf Erkenntnissen basierend, die wissenschaftlich belegt sind

einer Station der Med. I ein neues Matratzensystem getestet. Bei diesen Matratzen handelt es sich um sog. Hybridsysteme, die in erster Linie Weichlagerungsmatratzen sind, an die jedoch bei Bedarf ein Steuerungsgerät für Wechseldruck angeschlossen werden kann. Der Vorteil dieser Systeme ist, dass die Druckentlastung für Patient*innen erhöht werden kann, ohne dass Sie auf ein neues System umgelagert werden müssen. Ziel ist es, diese Matratzen für alle peripheren Stationen und die Zentrale Notaufnahme über eine Sofortverfügbarkeit bereitzustellen.

Drüber hinaus ist jede(r) Mitarbeiter*in im direkten Patientenkontakt gefordert, die Qualität unserer Versorgung in diesem Bereich zu sichern und weiterzuentwickeln. Hierzu werden regelmäßig entsprechende Fortbildungen angeboten - Dabei fungieren die Teilnehmer*innen auch als Multiplikatoren, die die theoretischen Inhalte ins Team tragen. Darüberhinaus wird gewährleistet, dass, alle relevanten Informationen, Maßnahmen und Beobachtungen dokumentiert und an alle an der Versorgung Beteiligten weitergegeben werden. Hierzu müssen die relevanten Vorgaben zu Verfahren, Strukturen und Prozessen bekannt sein und im eigenen Arbeitsbereich angewendet werden. Dekubitusprophylaxe muss als ein bereichsübergreifender Prozess verstanden werden, der unverzüglich nach Eintritt des Patienten/der Patientin in die Klinik beginnt und von allen am Versorgungsprozess Beteiligten mitgestaltet und verantwortet werden muss.

2. Daten zur Häufigkeit von Dekubitus

Zur Messung der Versorgungsqualität werden zwei Qualitätsindikatoren (QI) abgebildet:

- **QI1** = Risikoadjustierte Häufigkeit, mit der höhergradige Druckgeschwüre während eines Aufenthaltes auftreten
- **QI2** = Häufigkeit des Auftretens höchstgradiger Druckgeschwüre (Grad/Kategorie 4) während eines Aufenthaltes , sog. "Sentinel Events"



Sentinel Events = seltene, sehr schwerwiegende Ereignisse - Jeder Fall stellt eine Auffälligkeit dar, die eine Einzelfallanalyse im Stellungsverfahren nach sich zieht.

Die beobachteten Fälle werden zudem mit der Rate verglichen die, auf Grund der Risikoprofile der Patient*innen, zu erwarten gewesen wäre. Riskofaktoren, die berücksichtigt werden, sind Alter, Einschränkungen in der Beweglichkeit, Körpergewicht, Diabetes mellitus, Infektionen, Demenz oder andere kognitive Einschränkungen, Inkontinenz, Dauer einer Beatmung und weitere schwere Erkrankungen. Diese Berücksichtigung von Riskofaktoren nennt man Risikoadjustierung. Die Risikoadjustierung wird vorgenommen, damit ein Vergleich aller deutschen Kliniken erreicht werden kann: Behandelt eine Klinik überwiegend schwerstkranke, ältere Patient*innen, ist die

Wahrscheinlichkeit dass Druckgeschwüre auftraten deutlich höher, als in einer Klinik, in der überwiegend jüngere und mobile Patient*innen behandelt werden. Durch die Risikoadjustierung wird diese Ungleichheit rechnerisch kompensiert.

2.1. QI 1: Inzidenz höhergradige Druckgeschwüre



Inzidenz = Anzahl neu auftretender Krankheitsfälle innerhalb einer Personengruppe (z.B. Patient*innen), innerhalb einer bestimmten Zeitspanne (z.B. ein Jahr)

Datenbeschreibung:

Erfasst werden alle neu entstandenen (inzidenten) Dekubitus Grad/Kategorie 2-4⁵.

- **N** = Grundgesamtheit: Alle vollstationär behandelten Patient*innen über 20 Jahre
- **O** = (observed) = Beobachtete Fälle
- **E** = (expected) = Fälle, die auf Grund der Risikoprofile der Patient*innen zu erwarten gewesen wären
- Ergebnisse aus Bundesland und Bund als Referenz

Table 1: Inzidenz Dekubitus O/E

	N	O	E	Ergebnis	Bewertung O/E
KBR	21.725	49	63,75	0,77	Die beobachtete Anzahl ist 23% kleiner als erwartet
Bundesland	153.516	530	571,77	0,93	Die beobachtete Anzahl ist 7% kleiner als erwartet
Bund	15.070.673	60.553	57.670,00	1.05	Die beobachtete Anzahl ist 5% höher als erwartet

⁵ Dekubitus Grad/Kategorie 1 wurden aus der Berechnung ausgeschlossen, denn die oft schwierige Abgrenzung zur Hautrötung hat in der Vergangenheit zu verfälschten Ergebnissen geführt

2.2. QI 2: Inzidenz höchstgradiger Druckgeschwüre

Datenbeschreibung:

Erfasst werden alle neu entstandenen (inzidenten) Dekubitus Grad/Kategorie 4.

- **N** = Grundgesamtheit: Alle vollstationär behandelten Patient*innen über 20 Jahre
- **O** = Beobachtete Fälle
- Ergebnisse aus Bundesland und Bund als Reverenz

Tabelle 2: Sentinel Events

	N	O	Ergebnis
KBR	21.725	0	0,0000
Bundesland	153.516	4	0,0026
Bund	15.070.673	688	0,0046

Zusammenfassung und Bewertung zur Inzidenz (QI1 und QI2)

Im Jahr 2021 haben im KBR von 21.752 vollstationär behandelten Patient*innen über 20 Jahre 49 Patient*innen während ihres Aufenthaltes einen Dekubitus entwickelt – Dies entspricht einer Inzidenz von 0,77. Die Rate der aufgetretenen Dekubitusfälle liegt deutlich unter der Rate die, aufgrund der Risikoprofile der behandelten Patient*innen, zu erwarten gewesen wäre (-23%). Die Inzidenz der Dekubitusfälle im KBR liegt zudem deutlich unter der durchschnittlichen Inzidenz des Bundeslandes Bremen und des Bundes. Im KBR hat im Erfassungszeitraum kein Patient/keine Patientin ein höchstgradiges Druckgeschwüre (Grad/Kategorie 4) entwickelt.

Die Ergebnisse beider Qualitätsindikatoren sind für die Pflegekräfte des KBR, auch in Anbetracht der, im Erfassungsjahr 2021 vorherrschenden strukturellen und personellen Einschränkungen und das gleichzeitig im zunehmenden Maße in der Versorgung komplexe Patienten Klientel, sehr gute Ergebnisse und bestätigen eine gute pflegerische Versorgungsqualität im Bereich Dekubitusprophylaxe.

2.3. Basisauswertung

Abseits der Darstellung der Qualitätsindikatoren stellt das IQTIG Daten aus der sog. Basisauswertung zur Verfügung, die uns eine genauere Betrachtung der bei uns entstandenen Dekubitusfälle ermöglicht.

Datenbeschreibung:

Alle Patient*innen mit einem Dekubitus Grad/ Kategorie 2 bis 4 oder nicht näher bezeichnetem Grad/ bezeichneter Kategorie, der im Krankenhaus erworben wurde oder für den nicht angegeben wurde, dass der Dekubitus bereits bei Aufnahme bestand.

2.3.1. Verteilung nach Grad/Kategorie

Die Dokumentation der Wundeinstufung folgt der Klassifizierung nach **ICD-10-GM Version 2018;**

(L89.1 – L89.9)

Tabelle 3: Verteilung nach Grad/Kategorie

	KBR		Bund	
Aufgetretene Dekubitus	N = 52		N = 70.572	
Einstufung	n	%	n	%
Grad 2	45	86,54	58.711	83,19
Grad 3	7	13,46	10.085	14,29
Grad 4	0	0	763	1,08
Nicht näher bezeichnet	0	0	1.013	1,44

Zusammenfassung zur Verteilung nach Grad

Bei dem Großteil der aufgetretenen Dekubitusfälle handelte es sich um Dekubitus Grad/ Kategorie 2 (86,54%). Einen Dekubitus Grad/Kategorie 3 wurde bei 7 von 52 Fällen dokumentiert, dies entspricht einem Anteil von 13,46%. Beide Ergebnisse decken sich mit den für das Bundesgebiet ausgewiesenen Anteilen. Es gab keinen Dekubitus Grad/Kategorie 4. Die Kategorie "Nicht näher bezeichnet" wurde nicht verwendet.

2.3.2. Lokalisation

Die Dokumentation der Wundlokalisation folgt der Klassifizierung nach **ICD-10-GM Version 2018;**
(L89.10 – L89.99)

Tabelle 4: Lokalisation

Lokalisation	KBR Fälle		Rang ⁶
	n	%	
Kopf	10	19,23	3
Obere Extremitäten	1	1,92	
Dornfortsätze	0	0	
Beckenkamm	0	0	
Kreuzbein (Steißbein)	17	32,69	1
Sitzbein	11	21,15	2
Trochanter	0	0	
Ferse	10	19,23	3
Sonstige Lokalisation der untere Extremität	2	3,85	
Sonstige nicht näher bezeichnete Lokalisation	1	1,92	
Gesamt	52	100%	

Zusammenfassung und Bewertung zur Verteilung nach Lokalisation

Mehr als die Hälfte (53,84%) der dokumentierten Fälle waren im Bereich des Kreuzbeins (32,69%) oder des Sitzbeins (21,15%) lokalisiert. Die dritthäufigste Lokalisation war der Fersenbereich (19,23%) und der Kopf (19,23%). Die Lokalisation im Bereich Kreuzbein/Sitzbein und den Fersen als

⁶ Die häufigsten drei Nennungen wurden mit einem Rang versehen

Prädilektionstellen deckt sich mit dem Kenntnisstand zur Pathogenese des Dekubitus. Die Verteilung deckt sich zudem mit der Auswertung auf Bundesebene (hier nicht dargestellt). Auffällig ist die relativ hohe Anzahl von Dekubitusulzera im Kopfbereich. Sie liegt mit 19,23% deutlich höher als der Anteil im Bundesgebiet von 6,51%. Auf Grund der kleinen Grundgesamtheit (N = 52) ist der Vergleich mit den Bundesergebnissen zwar mit Vorsicht zu betrachten, es ist jedoch denkbar, dass es Faktoren bei den im KBR behandelten Patient*innen gab, die dieses Ergebnis erklären – Möglicherweise steht die Beatmung, bzw. die Lagerung in Bauchlage von SARS-CoV-2 Patient*innen, im Zusammenhang mit dem vermehrten Auftreten.

2.3.3. Risikofaktoren

In Tabelle 7 sind Risikofaktoren aus der Risikostatistik dargestellt, die sich auf Patient*innen mit im Krankenhaus erworbene Dekubitus beziehen. Pro Fall können mehrere Risikofaktoren vorhanden sein.

Tabelle 5: Begleitende Risikofaktoren

Risikofaktoren*	KBR N = 49		Rang	Bund N = 61.162		Rang
	n	%		n	%	
Diabetes mellitus	18	36,73		21.347	34,90	
Eingeschränkte Mobilität	15	30,61		32.410	52,99	2
Infektion	22	44,90	3	25.607	41,87	
Demenz und Vigilanzstörungen	4	8,16		8.842	14,46	
Inkontinenz	22	44,90	3	29.266	47,85	3
Untergewicht/Mangelernährung	1	2,04		8.782	14,36	
Adipositas	5	10,20		2.163	3,54	
Weitere schwere Erkrankungen	30	61,22	1	42.169	68,95	1
Beatmung > 24h	23	46,94	2	16.932	27,68	
Keine Risikofaktoren	4	8,16		3.145	5,14	

*Mehrfachnennungen/Fall möglich

Zusammenfassung und Bewertung zu begleitenden Risikofaktoren

Bei über 60% der im KBR erworbenen Dekubitusfälle lag als Risikofaktor "Weitere schwere Erkrankungen" vor. Darunter zusammengefasst sind z.B. chronisches Nierenversagen Stadium 4 und 5, akutes Nierenversagen, schwere Anämien, Leberzirrhose, Leberversagen und im Krankenhaus erworbenene Pneumonien. Fast 50 % der Patient*innen waren zudem länger als 24 Stunden beatmet. Bei ca. 45% lag eine schwere Infektion im Sinne einer Sepsis, Pneumonie, Osteomyelitis oder einem SIRS⁷ vor. Bei dem Großteil der Patient*innen, die während ihres Aufenthaltes im KBR einen Dekubitus entwickelt haben, handelte es sich also um schwerstkranke Patient*innen. Von Ihnen waren geringstenfalls 23 Patient*innen zumindest vorübergehend in intensivmedizinischer Behandlung.

⁷ Systemisches Inflammatorisches Response-Syndrom = Generalisierte Entzündungsreaktion des Organismus

Qualitätsindikatoren Dekubitusprävention nach EPUAP/NPIAP/PPPIA: 2019. *1;				Stand 4. Quartal 2022	
Ebene	Empfehlungen	Maßnahmen	Status	Anmerkung	
A) Strukturqualitätsindikatoren	A1) Die Einrichtung verfügt über ein Qualitätsmanagementprogramm				
	A2) Die Einrichtung verfügt über Richtlinien und Verfahren mit aktuellsten Best Practice Empfehlungen	Praxisleitlinie Dekubitusprävention; Ableitung in Verfahrensanweisungen (VAs)			
	A3) Mitarbeiter*innen werden regelmäßig geschult	Schulungen Dekubitusprävention 4x/Jahr für alle Mitarbeiter*innen im Pflegedienst; OMW*2 Dekubitusprävention			OMW zu Risikofaktoren, Risikoeinschätzung, Prophylaxemaßnahmen – Aushang auf allen bettenführenden Stationen
	A4) Management, Pflegende und Patient*innen beteiligen sich an Kontrolle und Umsetzung des Programms	Regelmäßiges Reporting in Managementebene, Pflegekräfte in einzelnen Umsetzungsprojekten			Neuorganisation Dekubitusexpert*innen je Station/Abteilung; Treffen/Quartal
	A5) Das Programm regelt Verfügbarkeit von Hilfsmitteln und fachgerechte Verwendung	VA druckverteilende Hilfsmittel; (Noch nicht veröffentlicht) Verwendung von Hilfsmitteln nach Gefährdungsprofil			Testung neues Matratzensystem (Hybridsystem); ggf. Einführung hausweit; Arjo Mietsystem; Standbylager für periphere Stationen und ZNA
	A6) Einrichtung stellt klinische Entscheidungshilfen zur Verfügung	Algorithmus Dekubitusprävention - VA Risikoeinschätzung, VA Hautinspektion, VA druckverteilende Hilfsmittel (Noch nicht veröffentlicht)			
	A7) Es steht spezialisiertes Fachpersonal unterstützend zur Verfügung	Pflegewissenschaftlerin			zusätzlich Dekubitusexpert*in je Station/Abteilung
B) Prozessqualitätsindikator	B1) Jede(r) Patient*in wird schnellstmöglich nach Aufnahme und danach in regelmäßigen Abständen auf Dekubitusrisiko untersucht. Das Ergebnis wird in der Patientenakte dokumentiert B2) Jede(r) Patient*in mit Dekubitusrisiko erhält schnellstmöglich nach Aufnahme und danach in regelmäßigen Abständen eine umfassende Beurteilung der Haut. Das Ergebnis wird in der Patientenakte dokumentiert.	Neues Assessment und Begleitdokumente; VA Risikoeinschätzung Neues Assessment; VA Hautinspektion			



**Klinikum
Bremerhaven**
Reinkenheide gGmbH

#teamKBR
— BEWIRB DICH JETZT —

www.klinikum-bremerhaven.de