

Veröffentlichung der Hamburgischen Pflegegesellschaft e. V.

Martin Sielaff und Klaus Püschel (Hg.)

# Mit Druck umgehen

**20 Jahre Dekubitus-Monitoring  
für die Pflege in Hamburg**





---

Martin Sielaff und Klaus Püschel (Hg.)

# Mit Druck umgehen

**20 Jahre Dekubitus-Monitoring  
für die Pflege in Hamburg**

---

Hamburgische Pflegegesellschaft e. V.

## **Impressum**

© Hamburgische Pflegegesellschaft e.V., Hamburg 2017

[hpg-ev.de](http://hpg-ev.de)

Lektorat: Jutta Mühlenberg, [redaktion-muehlenberg.de](mailto:redaktion-muehlenberg.de)

Gestaltung: Mara Meier, Christopher Cohen, [bfoe-hh.de](mailto:bfoe-hh.de)

Druck: Langebartels & Jürgens Druckereigesellschaft mbH, [langebartelsdruck.de](http://langebartelsdruck.de)

Bildnachweise: Wir haben uns bemüht, die Rechteinhaber der Abbildungen ausfindig zu machen. In Fällen, in denen weder der Rechteinhaber noch der Rechtsnachfolger ermittelt werden konnte, möchten wir den Rechteinhaber auffordern, ggf. mit den Herausgebern in Kontakt zu treten. Sollten trotz der sorgfältigen Prüfung Rechte Dritter verletzt werden, bitten wir die Rechteinhaber, sich bei den Herausgebern zu melden.

ISBN: 978-3-00-055987-7

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	7
Einleitung .....	9
<b>Wolfgang von Renteln-Kruse</b>	
Dekubitus – die geriatrische Perspektive. Zur Verletzlichkeit alter Patientinnen und Patienten .....	13
<b>Franz Profener</b>	
Skandal und Aufbruch. Der Hamburger Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe – Wirkungen und Nebenwirkungen 1999 – 2016 .....	19
<b>Eckhard Cappell</b>	
Vom Skandal zur Kennzahl. Kooperationen und Indikatoren für die Qualitätsentwicklung in der Pflege .....	41
<b>Klaus Püschel und Axel Heinemann</b>	
Von den Toten lernen für das Leben. Vom sogenannten Dekubitus-Skandal zu einer evidenzbasierten Qualitätssicherung in der Altenpflege .....	45
<b>Claudia Brase</b>	
Mustergültig und doch sektorenspezifisch. Die externe Qualitätssicherung der Dekubitusprophylaxe in Hamburger Krankenhäusern .....	69
<b>Petra Weber</b>	
Wissen, Standards und berufliche Kompetenzen. Die dekubitusbezogene Qualitätsentwicklung aus pflegewissenschaftlicher Perspektive .....	75
Dank .....	83
Auswahlbibliografie .....	85



# Vorwort

Seit ihrer Gründung im Jahr 1996 gestaltet die Hamburgische Pflegegesellschaft e. V. (HPG), die Arbeitsgemeinschaft der Trägerverbände, die in Hamburg in der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege tätig sind, die Entwicklung der Altenpflege in der Hansestadt Hamburg maßgeblich mit. Sie realisiert dies insbesondere durch die Koordination der Meinungsbildung und des Erfahrungsaustausches unter ihren Mitgliedern für die gemeinsamen Verhandlungen mit den Kostenträgern und Fachbehörden über die Rahmenbedingungen, unter denen Einrichtungen der Altenpflege heute in Hamburg ihre Leistungen erbringen.

Gleichzeitig führt die HPG immer wieder zu speziellen Themen Projekte und Vorhaben durch, die von übergeordnetem Interesse für die Altenpflege sind. Beispielsweise ist hier an die Koordination der durch den Europäischen Sozialfonds und die Stadt Hamburg geförderten Qualifizierungsoffensiven in der Altenpflege oder an die Umsetzung des Umlageverfahrens zur Finanzierung der Ausbildung in Berufen der Altenpflege und der Gesundheits- und Pflegeassistenz in Hamburg als staatlich „beliebte Stelle“ zu denken.

Der Präzedenzfall, mit dem sie sich für derartige Aufgaben empfahl, war sicher die Durchführung des einrichtungsübergreifenden Hamburger Qualitätsvergleichs in der Dekubitusprophylaxe, mit dem die Altenpflege zu Beginn des Jahres 1999 auf den durch die problemträchtigen Veröffentlichungen des Institut für Rechtsmedizin folgenden sogenannten Hamburger Dekubitus-Skandal reagierte – mit Erfolg.

Zusammen mit weiteren qualitätssichernden und wissenschaftlichen Aktivitäten unterschiedlichster Institutionen sowie Akteuren und Akteurinnen des Gesundheitswesens ist es bis heute gelungen, das durchschnittliche Vorkommen von Dekubitus unter Pflegebedürftigen in Hamburg deutlich zu senken – in den Krankenhäusern, in der Häuslichkeit und vor allem in den in besonderer Weise herausgeforderten Einrichtungen der Langzeitpflege.

Zum Abschluss der Sektorübergreifenden Qualitätssicherung bei Dekubitalgeschwüren (SQS Dekubitus) im Dezember 2016, dem vorerst letzten Glied in einer Kette von dekubitusbezogenen Initiativen, möchte die HPG gemeinsam mit dem Institut für Rechtsmedizin mit der vorliegenden Publikation eine Zwischenbilanz ziehen und einige, sicher nicht alle, der gemachten Erfahrungen dieser wechselvollen, am Ende aber doch sehr erfolgreichen Periode vergegenwärtigen. Eine Erfahrung lautet gewiss: Komplexität, ein Merkmal der Dekubitusproblematik, erfordert Kooperationen.

Ohne engagierte Pflegekräfte und engagierte Einrichtungen wären wir in Hamburg nicht so weit. Mit der Veröffentlichung dieses Zwischenfazits bedankt sich die Hamburgische Pflegegesellschaft bei einer ganzen Generation von Pflegekräften und ihren Einrichtungen, die sich jeden Tag der Herausforderung Dekubitus engagiert gestellt haben und weiterhin stellen.

Dank gilt auch jenen Behörden, Hochschulen, Kranken- und Pflegekassen, Ministerien, Stiftungen und Verbänden, ohne deren finanzielle Unterstützung viele der hier geschilderten Aktivitäten nicht umsetzbar gewesen wären. Die Zusammenarbeit am Thema Dekubitus markiert eine wichtige Hamburger Ressource im Altenpflegebereich: die wirklich kritische, aber gleichzeitig konstruktive Kooperation vieler Beteiligter um der Sache willen.

Natürlich gilt der Dank der HPG auch allen Autorinnen und Autoren dieser Veröffentlichung. Für das sorgfältige Lektorat danken wir zudem Jutta Mühlenberg (Hamburg), Christopher Cohen und dem Büro für Öffentlichkeitsarbeit für die kreative Gestaltung und Herstellung.

Martin Sielaff

Geschäftsführer der Hamburgischen Pflegegesellschaft e. V.

## Einleitung

Die vorliegende Publikation erscheint anlässlich des Abschlusses des Hamburger Qualitätsentwicklungsprojektes *SQS Dekubitus (Sektorübergreifende Qualitätssicherung bei Dekubitalgeschwüren)* im Dezember 2016. Die Hamburgische Pflegegesellschaft (HPG) und das Institut für Rechtsmedizin haben diese Veröffentlichung gemeinsam auf den Weg gebracht. Das Projekt *SQS Dekubitus* verfolgte das Ziel, Kompetenzen bei der Bearbeitung von Schnittstellenproblemen zur Vermeidung bzw. bestmöglichen Versorgung der für Pflegebedürftige sehr belastenden höhergradigen Druckgeschwüre zu bündeln. Dieses Projekt steht in einer Reihe mit weiteren qualitätssichernden und wissenschaftlichen Aktivitäten zu dieser Thematik, die in der Hansestadt seit Ende der 1990er-Jahre unternommen wurden. Den Anstoß dazu gab, einige Leserinnen und Leser werden sich noch erinnern, das Hamburger Institut für Rechtsmedizin. Es hat erstmals 1999, angetrieben von der Beobachtung einer großen Zahl von Druckgeschwüren bei älteren Verstorbenen im Zuge der Krematoriumsleichenschau, öffentlich den Finger gleichsam in die Wunde gelegt und – in der Schärfe sicher nicht beabsichtigt – den „Hamburger Dekubitus-Skandal“ mit erheblicher, auch bundesweiter Resonanz ausgelöst.

Schockbedingt entwickelte sich danach in Hamburg ein sehr kooperatives und produktives Dekubitus-Netzwerk unterschiedlicher an der Versorgung Pflegebedürftiger verantwortlich beteiligter und interessierter Professionen, Institutionen sowie Akteurinnen und Akteure. Deren gemeinsame Initiativen haben nachhaltig für die Dekubitusproblematik sensibilisiert und einen großen Beitrag dazu geleistet, dass sich bis heute in Hamburg dank einer verbesserten Prophylaxe und Therapie in allen Bereichen der pflegerischen Versorgung, nicht zuletzt aber in der anfänglich besonders herausgeforderten stationären Altenpflege, das Vorkommen von Dekubitus stark verringert hat. Den Mitwirkenden, allen voran den Pflegekräften und ihren Einrichtungen, ist für das außerordentliche und erfolgreiche Engagement zu danken. Insbesondere die Altenpflege, die von der Skandalisierung mitten im Strukturwandel nach Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung getroffen wurde, hat sich in den beiden letzten Jahrzehnten Respekt erarbeitet und an Statur gewonnen.

\* Mitarbeiter der Hamburgischen Pflegegesellschaft e. V. (HPG) und Direktor des Instituts für Rechtsmedizin (IfRM) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Universität Hamburg.

Einige Erkenntnisse und Erfahrungen aus dieser zurückliegenden Periode sollen mit der vorliegenden Publikation bewahrt und vergegenwärtigt werden.

*Klaus Püschel* und *Axel Heinemann* einerseits und *Franz Pröfener* andererseits rekonstruieren ausführlich die nun annähernd zwanzig Jahre währenden, auch bundesweit gewürdigten Aktivitäten des Hamburger Dekubitus-Netzwerkes. Die einen aus Sicht der an der Frage der Gewaltsamkeit im Alter, deren Manifestation Druckgeschwüre sein können, insgesamt interessierten Rechtsmedizin. Der andere aus Sicht der Hamburgischen Pflegegesellschaft, die vielfältige, den Blick auch über die Dekubitusproblematik hinaus erweiternde Qualitätssicherungsprojekte erfolgreich initiierte, koordinierte oder unterstützte.

*Claudia Brase* von der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft berichtet über das für die Aktivitäten der Altenpflege zunächst vorbildliche, aber auch wechselvolle und deshalb zuletzt für das jüngste Vorhaben einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nicht geeignete dekubitusbezogene Qualitätsmanagementverfahren in Hamburger Krankenhäusern.

Der Geriater *Wolfgang von Renteln-Kruse* beschreibt in seinem Beitrag das in der Regel vermeidbare und unerwünschte Vorkommen von Dekubitus als Fluchtpunkt der erweiterten altersmedizinischen Perspektive auf die im Alter möglichen Einschränkungen oder Verluste funktionaler Kompetenz und Mobilität. Vor dem Hintergrund des prognostizierten Anstiegs der Anzahl gebrechlicher und pflegebedürftiger Menschen plädiert er für kontinuierlich überprüfte und möglichst verbesserte Maßnahmen der Prävention.

Die Pflegewissenschaftlerin *Petra Weber* stellt in ihrem Beitrag ausgehend von der Entwicklung des Expertenstandards Dekubitusprophylaxe heraus, dass die heute mögliche, wissensbasierte pflegerisch-prophylaktische Arbeit nicht nur durch praxisnahe, gut verständliche Leitlinien noch gewinnen könnte, sondern auch das Know-how der Pflegenden eine stärkere Beachtung erfahren sollte und als eigenständige Kompetenz wahrgenommen werden müsste. Der Handlungsfähigkeit der Pflegekräfte stehen zurzeit beispielsweise im Bereich der ambulanten Altenpflege bisweilen auch problematische vergütungsrechtliche Rahmenbedingungen entgegen.

*Eckhard Cappell* unterstreicht aus Sicht der Hamburger Fachbehörde, dass die in einem Stadtstaat mögliche enge Kooperation der an der Versorgung Pflegebedürftiger beteiligten und interessierten Akteurinnen und Akteure stets ein Faktor des Erfolges der dekubitusbezogenen Qualitätssicherungsmaßnahmen war und – eine Fortsetzung der Zusammenarbeit mit der Hamburger Rechtsmedizin ist für die kommenden Jahre vereinbart – auch bleiben wird. Neben dem Vorkommen von Dekubitus, inzwischen ein im Haushalt der Stadt abgebildeter Qualitätsindikator der pflegerischen Versorgung, könnte angesichts der Fülle virulenter pflegerischer Themen (etwa Mangelernährung) über breitere Ansätze der Qualitätsbeobachtung mit weiteren Indikatoren nachgedacht werden.

Der *Dank* gilt jenen Institutionen, ohne deren finanzielle Unterstützung viele der hier angesprochenen Vorhaben nicht umsetzbar gewesen wären. Eine *Auswahlbibliografie* der seit 1998 in Hamburg im Zusammenhang der Dekubitusproblematik erarbeiteten Publikationen zeigt abschließend eindrucksvoll, dass wir heute nicht alles, aber mehr über Dekubitus wissen (können).

Mit dem Abschluss der *SQS Dekubitus* endet nun, fast zwei Jahrzehnte nach dem Beginn eine, wie Eckhard Cappell in seinem Beitrag bemerkt, „sehr fokussierte Form“ dekubitusbezogener Qualitätssicherung. Pflegebedürftigen Menschen ist Leid erspart worden, die Fallzahlen sind in Hamburg durch pflegerische und medizinische Interventionen auf ein heute möglicherweise nicht vermeidbares Niveau zurückgegangen. Es gibt sicher weiterhin noch etwas zu verbessern. Aber heute kann – und das klingt in einigen der hier versammelten Beiträgen an – auch über die Grenzen des Machbaren gesprochen werden, zumal am Lebensende eines Pflegebedürftigen andere Versorgungsziele mit Maßnahmen von manchmal fragwürdigem Nutzen für die Menschen in der Sterbephase konkurrieren können. Die Grenzen sind nicht ohne Erfahrung verbindlich zu markieren, sondern nur in individuellen Pflegesituationen zu finden.

Dies könnte auch insgesamt für die Anzahl der Dekubitalgeschwüre gelten, die die Gesellschaft bereit ist, zu tolerieren. So vergleichsweise positiv, wie sich die Situation gegenwärtig darstellt, muss es nicht bleiben. Die persönlichen und die pflegerischen Einflüsse auf die Entstehung von Dekubitus sind komplex, die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen veränderlich. Der demografische Wandel mit mehr Pflegebedürftigen und einer möglicherweise nicht ausreichenden Anzahl von Pflegekräften gebietet allemal eine anhaltende Aufmerksamkeit. Und die ist gegeben!

Ein Qualitätssicherungsverfahren Dekubitusprophylaxe bleibt in den Hamburger Krankenhäusern verpflichtend. Mit der vereinbarten Kooperation von Fachbehörde und Institut für Rechtsmedizin sowie mit dem *Runden Tisch Dekubitus*, zu dem die HPG ab 2017 zukünftig verschiedene einschlägige Institutionen und Interessierte mindestens einmal jährlich einladen wird, ist eine weitere institutionelle Vorkehrung getroffen worden, um die Entwicklung der dekubitusbezogenen Ergebnisqualität in der Hamburger Pflege in allen Sektoren, möglichst auch im Bereich der Pflege durch Angehörige, unter Hinzuziehung aller verfügbarer Datenquellen (z. B. des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen) und Perspektiven weiter zu beobachten und zu bewerten.



## Dekubitus – die geriatrische Perspektive

### Zur Verletzlichkeit alter Patientinnen und Patienten

---

In den 1980er-Jahren waren in der Medizinisch-Geriatriischen Klinik am Albertinen-Haus in Hamburg zwei Clinitron-Betten aufgestellt,<sup>1</sup> in denen Patientinnen und Patienten mit hochgradigen, meist sakralen Dekubitalulzera über Wochen bis zur Abheilung behandelt wurden. Diese Zeiten sind „Geschichte“. Gleichwohl ist die Thematik Dekubitus auch aktuell von Bedeutung. Inzwischen wird ein Dekubitus in der Regel als „Pflegefehler“ bezeichnet, wobei es etwa bei mangelnder Kooperationsfähigkeit oder in der Sterbephase von Pflegebedürftigen für Pflegende Grenzsituationen geben kann bezüglich der Durchführung sämtlicher gebotener Präventions-/ Behandlungsmaßnahmen. „Dekubitus“ ist heutzutage als Gegenstand von Qualitätssicherungsmaßnahmen formal im Bereich der Krankenhäuser und in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe implementiert.

In der geriatrischen Medizin wurde „Dekubitus“ zum festen Bestandteil der akademischen Lehre.<sup>2</sup> Durch verbesserte Prävention ist die Häufigkeit auch bei den in geriatrische Kliniken eingewiesenen Patientinnen und Patienten deutlich zurückgegangen. Aber ein Dekubitus ist Indikator für eine Risikokonstellation. Als eine der Manifestationen erhöhter Verletzlichkeit (Vulnerabilität) im Alter<sup>3</sup> ist er mit Faktoren verknüpft, die vor allem hochaltrige Patientinnen und Patienten für Komplikationen und ungünstiges Outcome insgesamt prädisponieren.

\* Prof. Dr.; Facharzt für Innere Medizin und Klinische Geriatrie; Chefarzt der Medizinisch-Geriatriischen Klinik und Leiter der Abteilung für Klinisch-Geriatriische Forschung am Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie an der Universität Hamburg, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE); Professor für Geriatrie und Gerontologie.

- 1 Diese Betten bestehen aus einer Wanne, die mit Mikroglasskugeln gefüllt und mit einem Spezialtuch abgedeckt ist. Die Kügelchen haben die gleiche Größe wie feiner Sand. Ein Motor mit einem Gebläse hält den „Sand“ in Bewegung, sodass die Patientin bzw. der Patient gewissermaßen darauf schwebt.
- 2 Anders J (2009) Mobilität im Alter und Immobilitätssyndrom. In: Renteln-Kruse W von (Hg) Medizin des Alterns und des alten Menschen. 2. Aufl. Heidelberg, S 84–97.
- 3 Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland (2016), <https://www.siebter-altenbericht.de/>, Zugriff: 25.1.2017.

## Aktuelles Thema

Die neuere systematische Auseinandersetzung mit dem Thema „Dekubitus“ entwickelte sich aus der praktischen klinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten in der Geriatrie sowie aus der Pflegewissenschaft im Schwerpunkt der Pflege alter Menschen. Aus der Praxis stammen die Beobachtungen, die Patientinnen und Patienten mit Dekubitalgeschwüren als besondere Risikopatientinnen und -patienten identifizierten. Es folgten Untersuchungen zu Genese, Risikofaktoren und in der Folge dann zu verbesserter Prävention und Behandlung.<sup>4</sup> Es wurde in Deutschland ein pflegerischer Expertenstandard entwickelt, und Dekubitus fand Eingang in das Repertoire der im Rahmen von Qualitätssicherung betrachteten Problembereiche – im Jahr 2004 erstmals bundesweit als externe Qualitätssicherung im Leistungsbereich Pflege in Krankenhäusern.

Wichtige Initiativen, die zu nachhaltigen Verbesserungen führten, stammen aus Hamburg. Dies beruht insbesondere auf der langjährigen Zusammenarbeit zwischen der Medizinisch-Geriatriischen Klinik am Albertinen-Haus in Hamburg und dem Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf [z. B. 15; 39; 6; 55; 1; 29]. Trotz Verbesserungen, insbesondere auch eines allgemein und professionell erhöhten Bewusstseins und eines hohen Qualitätsniveaus<sup>5</sup> der Versorgung in Hamburger Krankenhäusern, sind Dekubitalulzera nicht aus dem klinischen Alltag verschwunden. Das Thema ist weiterhin aktuell. So sind Dekubitalläsionen leider auch weiterhin Gegenstand außergerichtlicher [43] sowie gerichtlicher Verfahren, und die bestmögliche Prävention mit ihren einzelnen Bestandteilen im Versorgungsprozess sowie Fragen zur Mess- sowie Vergleichbarkeit von Versorgungsqualität sind weiterhin Gegenstand von Forschung und wissenschaftlichem Diskurs [7].<sup>6</sup>

## Konzept der Instabilität

Ein Merkmal älterer, in der Regel multimorbid kranker Menschen besteht darin, dass bereits relativ geringfügige Anlässe / Auslöser (körperliche oder psychosoziale Belastungen) genügen können, um grenzwertig kompensierte homöostatische Gleichgewichte zum Zusammenbruch zu bringen. Beispiele für physiologische Regelmechanismen finden sich zahlreich, Blutdruckregulation, Wasser- und Elektrolythaushalt,

4 Shearman & Sterling (1975) Pressure sores. Classification and management. Clin Orthop 112: 89–100; Seiler WO, Stähelin HB (2000) Komplikationen langer Immobilisierung bei Älteren. In: Nikolaus T (Hg) Klinische Geriatrie. Berlin/Heidelberg, S 273–282; Registered Nurses Association of Ontario (RNAO, Hg) (2002) Assessment & Management of Stage I to IV Pressure Ulcers. Kanada, www.rnao.ca, Zugriff: 25.1.2017.

5 Schnack D (12.12.2011) Darum gibt es in Hamburg weniger Dekubitus-Fälle. Ärztezeitung, [http://www.aerztezeitung.de/politik\\_gesellschaft/article/683137/darum-gibt-hamburg-weniger-dekubitus-faelle.html?sh=2&h=167870554](http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/683137/darum-gibt-hamburg-weniger-dekubitus-faelle.html?sh=2&h=167870554), Zugriff: 25.1.2017; Gut gebettet (Februar 2012) UKE news, S 11.

6 Hatzopoulos K, Jahn P, Knorr D, Wittrich A (2015) Zur Diskussion: Qualitätssicherung in der Pflege – mit PKMS auf dem richtigen Weg? Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen 109: 736–738.

Gleichgewichtsregulation, sensorische und kognitive Funktionen sowie der Erhalt minimaler Mobilität und andere. So können insbesondere auch Pharmaka labile Regulationsmechanismen destabilisieren. Die seit langem bekannte, erhöhte Komplikationsrate medizinischer Interventionen im höheren Lebensalter wird hierdurch teilweise erklärt.

Diese durch eingeschränkte Kompensationsmechanismen und funktionelle Reserven begründete Labilität oder Anfälligkeit bzw. Vulnerabilität wurde auch als „Syndrom der Instabilität“ bezeichnet. Instabilität ist im wahrsten Sinn des Wortes ein Merkmal „gebrechlicher“ alter Menschen und geht mit Fluktuationen im Grad funktionaler Beeinträchtigung einher. Behinderung ist ein Indikator für Funktionseinschränkungen, Instabilität ein Indikator für drohenden oder progredienten Funktionsverlust. Essentielle Komponenten funktionaler Kompetenz sind die muskuloskeletale Funktion, die aerobe Kapazität als Maß für Ausdauer und Belastbarkeit, kognitive und integrative neurologische Funktionen sowie der Ernährungszustand. Ihnen ist gemeinsam, dass sie sowohl durch Krankheiten als auch durch Altersveränderungen beeinträchtigt werden können. Einschränkungen und Verluste im Bereich dieser Schlüsselkomponenten sind Prädiktoren für Funktionsverlust und Mortalität. Es mehren sich die Hinweise dafür, dass die Entwicklung derartiger Einschränkungen und Verluste funktionaler Kompetenz im Alter positiv zu beeinflussen ist.<sup>7</sup> Merkmale der genannten Schlüsselkomponenten funktionaler Kompetenz im Alter lauten:

- Sie ermöglichen die Interaktion mit der Umwelt.
- Sie werden von der Interaktion mit der Umwelt beeinflusst.
- Sie sind wesentlich für die Adaption an Belastungen und Schädigungen.
- Klinische Dekompensationen können durch geringfügige körperliche oder psychosoziale Belastungen hervorgerufen werden.
- Schädigungen können vor klinischen Manifestationen erkannt werden.
- Schädigungen können verhindert werden.
- Die Komponenten sind miteinander verknüpft.

Diese Zusammenhänge begründen unter anderem auch die Erfordernis systematischer Vorgehensweise in der Geriatrie und die Bedeutung von geriatrischem Assessment.

Aus dem Syndrom der Instabilität wurde im angloamerikanischen Raum inzwischen das Syndrom der Frailty (Gebrechlichkeit), verstanden als verminderte Belastbarkeit gegenüber Stressoren. Klinische Kennzeichen von Frailty sind physische und psychische Erschöpfung, körperliche Schwäche, verlangsamte Gehgeschwindigkeit sowie verminderte körperliche Aktivität. Die Ursachen hierfür werden auf genetische sowie erworbene Faktoren (z. B. Entzündungsprozesse) zurückgeführt. Der Rückgang von

7 Renteln-Kruse W von (2009) Geriatriische Syndrome – eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. In: Renteln-Kruse W von (Hg) Medizin des Alterns und des alten Menschen. 2. Aufl. Heidelberg, S 63–69.

Muskelmasse und muskulärer Kraft (Sarkopenie) wird als eine zentrale Komponente in Verbindung mit der Abnahme anabol und dem Anstieg katabol wirksamer Hormone gebracht. Frailty wird als „problematischste Form“ des Alterns in unserer Gesellschaft angesehen.<sup>8</sup> Sie ist verknüpft mit komplizierten Behandlungsverläufen beispielsweise im Krankenhaus, mit der Entwicklung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit und mit Mortalität. Von herausragender Bedeutung ist Mobilität, die auch bei ungünstigem Outcome einer Krankenhausbehandlung zum Beispiel erheblich reduziert sein kann. Als Folgen können die Verschlechterung alltagsrelevanter Fähigkeiten, der Bedarf an institutioneller Pflege und unter Umständen sogar der Tod auftreten.<sup>9</sup>

Von den sehr zahlreichen Faktoren, die im Zusammenhang mit Dekubitus untersucht worden sind, kommt der Mobilität sehr wahrscheinlich die wichtigste Bedeutung zu. Beeinträchtigte körperliche Beweglichkeit bzw. im schlimmsten Fall Immobilität ist die Voraussetzung dafür, dass Hautareale zu lange einer schädigenden Druckbelastung ausgesetzt sind. Folgeschwere Immobilität durch Bettruhe ist auch weiterhin häufig im Krankenhaus, obwohl in der Mehrzahl keine Bettruhe indiziert ist.<sup>10</sup> Dekubitalgeschwüre sind eine der möglichen Folgen verminderter, gestörter Mobilität bzw. von Immobilität. Die Prinzipien des Vorgehens bei der Risikoerkennung und Prävention, zum Beispiel im Krankenhausbereich, sind vergleichbar mit denen zur Vermeidung anderer unerwünschter Ereignisse wie beispielsweise Stürze mit und ohne Verletzungen oder auch die Prävention des Delir (akute Verwirrtheit).

## Mobilität als bedeutende Ressource für Selbstständigkeit im Alter

Der Begriff „Mobilität“ stammt von mobil (lat. = beweglich). Mobilität im Sinne von Beweglichkeit beschreibt die Fähigkeit und Entscheidung einer Person, mit eigener Körperkraft und/ oder der Nutzung von Hilfsmitteln, zum Beispiel Verkehrsmitteln, Entfernungen zu überwinden.<sup>11</sup> Sie ist eine grundlegende Voraussetzung für die selbstständige Lebensführung – und zwar ein Leben lang. Sie wird erlernt und erfordert das funktionierende, möglichst störungsfreie Zusammenspiel vieler Organe und integrierter Regelsysteme des menschlichen Körpers. Deshalb besitzt Mobilität eine sehr zentrale Bedeutung innerhalb der hierarchischen Ordnung basaler und erweiterter Alltagsaktivitäten. Im weitestgehenden Sinn umfasst dies auch die Möglichkeit zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (Partizipation).

8 Clegg A, Young J, Iliffe S, Olde Rikkert M, Rookwood K (2013) Frailty in elderly people. *Lancet* 381: 752–762.

9 Brown CJ, Friedkin RJ, Inouye SK (2004) Prevalence and outcome of low mobility in hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc* 52: 1263–1270.

10 Ebd.; Allen C, Glasziou P, Del March C (1999) Bedrest. A potentially harmful treatment needing more careful evaluation. *Lancet* 354: 1229–1233.

11 Anders (Anm. 2).

In Anbetracht des Ziels einer möglichst langen Selbstständigkeit im Alter sind deshalb der Erhalt und die Förderung von Mobilität wichtige Anliegen von Gesundheitsförderung und Prävention der älteren Bevölkerung.<sup>12</sup> Veränderungen im Bereich von Mobilitäts-Funktionen haben zentrale Bedeutung für das Syndrom der Frailty und damit für die Entwicklung von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit aufgrund von Behinderung. So zeigte sich ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen Funktionsstatus und dem selbstgewähltem Aktionsraum älterer Personen bei der LUCAS Langzeitstudie in Hamburg. Ein höheres Maß an funktionaler Kompetenz war positiv mit einem größeren Aktionsraum verknüpft.<sup>13</sup>

## Mobilitätsförderung zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse

Im Setting des Krankenhauses ist beeinträchtigte und unsichere Mobilität eng mit anderen unerwünschten Ereignissen verbunden, nämlich Stürzen mit und ohne Verletzungen.<sup>14</sup> Stürze wiederum treten bei Patientinnen und Patienten mit akuter Verwirrtheit (Delir) deutlich häufiger auf als bei vergleichbaren Patientinnen und Patienten ohne Verwirrtheit, weshalb erfolgreiche Prävention von Delir auch zur Reduktion von Stürzen im Krankenhaus und wahrscheinlich im Bereich der stationären Altenhilfe führen dürfte.<sup>15</sup>

Auch bei der Prävention von Dekubitalgeschwüren kommt der Bewegungsförderung bzw. geeigneten Maßnahmen zur Verhinderung von Immobilität erhebliche Bedeutung bei der Druckentlastung gefährdeter Hautareale zu. Umgekehrt erhöhen Einschränkungen von Mobilität gravierend das Risiko für die Entstehung von Dekubitalgeschwüren. Vergleichbar anderen „unerwünschten Ereignissen“, wie zum Beispiel Stürze im Krankenhaus, ist die Adjustierung der Risikokonstellation für Vergleiche von Versorgungsqualität unbedingt erforderlich.<sup>16</sup> Ebenso sind regelmäßige interne Evaluationen notwendig, um Präventionsmaßnahmen gegebenenfalls anzupassen und um das Qualitätsniveau zu verbessern. Für die Qualitätssicherung von Dekubitusprophylaxe im Krankenhaus im Leistungsbereich der Pflege wurde der wichtige Risikofaktor (ein-

12 Siebter Bericht (Anm. 3); World Health Organization (2015) World report on ageing and health. Genf.

13 Dapp U (2017) Mobilität und funktionale Kompetenz im Alter – Ergebnisse der Longitudinalen Urbanen Kohorten-Alters-Studie (LUCAS). In: Kuhlmei A, Renteln-Kruse W von (Hg) Mobilität und Verkehrssicherheit im Alter. Praxiswissen Gerontologie und Geriatrie Kompakt. Berlin/ Boston, S 46–60.

14 Renteln-Kruse W von, Krause T, Dieckmann P, Vogel J (2006) Geriatric patients mobility status as reflected by the relevant items of the Barthel Index and in-hospital falls. *J Am Geriatr Soc* 54: 1012–1013.

15 Neumann L, Hoffmann VS, Golgert S, Hasford J, Renteln-Kruse W von (2013) In-hospital fall-risk screening in 4,735 geriatric patients from the LUCAS project. *J Nutr Health Aging* 17: 264–269.

16 Hoffmann VS, Neumann L, Golgert S, Renteln-Kruse W von (2015) Pro-active fall-risk management is mandatory to sustain in hospital-fall prevention in older patients – validation of the LUCAS Fall-Risk Screening in 2,337 patients. *J Nutr Health Aging* 19: 1012–1018.

geschränkte) Mobilität jüngst durch eine größere Zahl von ICD-Kodes als bisher in der Routedokumentation für die Risikoadjustierung berücksichtigt.<sup>17</sup>

## Fazit

Dekubitalulzera sind unerwünschte Ereignisse und Gegenstand systematischer Qualitäts-Sicherungsmaßnahmen. Um ihr Vorkommen weiter zu reduzieren, sind auch zukünftig kontinuierlich evaluierte und möglichst verbesserte Präventionsmaßnahmen erforderlich. In Anbetracht der demografischen Entwicklung mit prognostiziertem Anstieg vor allem hochaltriger pflegebedürftiger Menschen ist ein Anstieg von Risikopatientinnen und -patienten in Krankenhäusern und Einrichtungen der stationären Altenhilfe zu erwarten.

<sup>17</sup> Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (21.6.2016) Beschluss zur Spezifikation für das Erfassungsjahr 2017 zur Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern. Ausfüllhinweise Dekubitusprophylaxe (DEK) (IQTIG). Berlin.

---

Franz Pröfener\*

## Skandal und Aufbruch

Der Hamburger Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe –  
Wirkungen und Nebenwirkungen 1999–2016

---

*Der Schmerz ist das Auge des Geistes.* (Helmuth Plessner, 1948)<sup>1</sup>

Der Schock der Skandalisierung der Arbeit einer Branche, so unangemessen sich diese in der Rückschau manchmal erweist, kann bei Handelnden Kräfte freisetzen, wie sie in den Routinen eines weitgehend störungsfreien Alltagsbetriebs selten herausgefordert werden. So war es jedenfalls beim sogenannten Hamburger Dekubitus-Skandal, der die Hamburger Altenpflege und alle, die mit ihr zu tun hatten, in den ersten Januartagen 1999 mit harten Fakten zur teils besorgniserregenden körperlichen Verfassung älterer Menschen am Lebensende schlagartig ausnüchterte und in der vielleicht von allzu fröhlichen Altersbildern verwöhnten Öffentlichkeit über die Grenzen der Hansestadt hinaus blankes Entsetzen auslöste. Er beförderte ein bis dahin in der Altenpflege beispielloses Qualitätsentwicklungsprojekt – mit vielfältigen Wirkungen bis in die Gegenwart der *Sektorübergreifenden Qualitätssicherung bei Dekubitalgeschwüren (SQS Dekubitus)*.

### „Bis auf die Knochen wund ...“

Was war geschehen? Die lokalen Presseorgane und Nachrichtensender berichteten zum Jahresbeginn 1999 über „skandalöse Verhältnisse in der Altenpflege“;<sup>2</sup> pflegebedürftige ältere Menschen würden sich in Hamburg vielfach „bis auf die Knochen“ wundliegen. Die Berichterstattung beruhte auf Erkenntnissen des Hamburger Instituts für Rechtsmedizin. Dessen Direktor, Professor Klaus Püschel, hatte die Medien über eine beträchtliche Anzahl von Dekubitalgeschwüren insbesondere der höheren Grade III und IV bei verstorbenen älteren Menschen informiert. Sie waren im Laufe des Jahres 1998 im Rahmen der zweiten amtsärztlichen Leichenschau, die in Hamburg vor Einäscherung zur Untersuchung möglicher nicht natürlicher Umstände des Todes

\* Hamburgische Pflegegesellschaft e.V. (HPG).

<sup>1</sup> Plessner H (1982) Mit anderen Augen. Aspekte einer philosophischen Anthropologie. Stuttgart, S 172.

<sup>2</sup> Bspw. Hamburger Abendblatt (4.1.1999), S 11.

unerlässlich ist, im Öjendorfer Krematorium dokumentiert worden.<sup>3</sup> Die Quote höhergradiger Dekubitalgeschwüre unter den Toten mit Sterbeort Alten- und Pflegeheim lag mit 4% deutlich höher als die unter den Toten mit Sterbeort Krankenhaus (1%) oder unter denen, die zu Hause gestorben waren (ca. 2%).

## Dekubitus galt als vermeidbar

Seinerzeit waren zur Bewertung dieser Befunde – außer Schätzungen von Experten – kaum Vergleichsdaten über das Vorkommen von Dekubitus unter Pflegebedürftigen verfügbar. Erst ein späterer Vergleich der Hamburger Fallzahlen mit denen der Berliner und Hannoveraner Rechtsmedizin ließ die Dekubitusproblematik in Hamburg in einem vergleichsweise günstigen Licht erscheinen.<sup>4</sup> Zunächst aber wogen diese Befunde für sich schwer. Über 6.000 Verstorbene aus dem Hamburger Stadtgebiet waren hinsichtlich ihres Hautzustandes untersucht worden. Druckgeschwüre sind für die Betroffenen sehr belastend, häufig schmerzhaft und meist mit langwierigen, nicht zuletzt kosten-trächtigen Behandlungsprozessen verbunden. Und: Jeder Dekubitus galt – etwa durch Mobilisierung des Pflegebedürftigen oder durch regelmäßige lokale Druckentlastung – als vermeidbar. Es war gar nicht die Absicht der Rechtsmediziner, aber: Die Angst ging um. Tatbestände der gefährlichen Pflege oder der Vernachlässigung standen im Raum!

## Eine Herausforderung für alle

Professionell Pflegende und ihre Einrichtungen, insbesondere aus der sich gerade neu organisierenden Altenpflege, sahen sich öffentlich schweren Vorwürfen ausgesetzt. Die Pflege fühlte sich dabei zu Unrecht pauschal verdächtigt. Die fachlichen Diskussionen, in der Schuldzuweisungen die Ausnahme blieben, warfen Fragen auf und zeigten dann schnell, dass die Wirklichkeit kompliziert und die Dekubituserkrankung eine Herausforderung für alle an der Versorgung älterer Menschen beteiligten Institutionen sowie Akteurinnen und Akteure ist.

Waren der Fortbildungsstand der Hausärztinnen und -ärzte, die jeweils eine Dekubitustherapie festlegten, optimal, die Bewilligungsfristen der Kassen für druckentlastende Hilfsmittel angemessen und ihre Schulungsangebote für pflegende Angehörige zielführend? Die Altenpflege, in der seit Einführung der sozialen Pflegeversicherung 1995/96 Geld und Zeit wichtige Steuerungspunkte wurden, hatte und hat eine in steigendem Maße medizinisch anspruchsvolle Klientel zu versorgen – sowohl eine Folge des medizinischen Fortschritts als auch eine des forcierten Entlassungsmanagements der Krankenhäuser. Es fehlte in den Betrieben gleichzeitig, das zeigte die einsetzende

3 Vgl. hierzu ausführlich den Beitrag von Püschel und Heinemann in diesem Band.

4 Vgl. den Beitrag von Püschel und Heinemann in diesem Band.

Pflegenotstandsdiskussion, an Fachkräften und ein entsprechendes Qualitätsmanagement der Einrichtungen und Dienste steckte vielfach erst in den Anfängen. Die (vergütungsrechtlichen) Rahmenbedingungen der Altenpflege etwa im ambulanten Bereich, für die die Pflegekassen und die öffentliche Hand Mitverantwortung trugen, erschwerten zudem die Erbringung prophylaktischer Leistungen.<sup>5</sup>

Die Situation Ende der 1990er-Jahre erforderte zügig eine gemeinsame und in der Breite wirksame Initiative – ergänzend zur gesetzlichen Qualitätskontrolle durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und die bezirkliche Heimaufsicht. Hilfreich war dabei, dass die Rechtsmedizin schon im Laufe des Jahres 1998 Behörden und relevante Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens über eine sich abzeichnende Dekubitusproblematik in der Pflege informiert hatte (vgl. Abb. 1). Sofort begann – veranlasst durch den Staatsrat in der Gesundheitsbehörde<sup>6</sup> Dr. Peter Lippert und forciert durch Professor Hans Peter Meier-Baumgartner vom Albertinen-Haus – eine berufsübergreifend zusammengesetzte Arbeitsgruppe, ein Konzept für einen einrichtungübergreifenden Qualitätsvergleich der Dekubitusprophylaxe in der Altenpflege zu entwickeln.

**Gesprächsnotiz**

Herr  Frau  Pflanzler  Leffmann

Form HKG

Straße \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon 25 40 29 30 Datum 26. 5. 98

Uhrzeit  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  17  18  
persönlich  telefonisch

Besuch:

Herr Leffmann bittet um Rückruf  
um Projekt.

Dekubitus

Untersuchung der Gesamtsituation  
> 25% Dekubitalgeschwüre  
> Prof. Püschel angefasst  
> Leute eingeladen zum Treffen.  
- Bruder, Mohr, Cappell  
- HKG

> Institutionen konnte er wissen. Sterbeadressen.<sup>7</sup>

mitgenommen \_\_\_\_\_ weiter an \_\_\_\_\_

bearbeitet durch  Telefon  Telefax  Brief  Besucht  Telefax

Vertriebsstelle des VEB

Abb. 1: Gesprächsnotiz des Sekretariats der Hamburgischen Pflegegesellschaft zu einem Telefonat mit Dr. Leffmann (HKG) vom 26. Mai 1998. Quelle: Hamburgische Pflegegesellschaft e. V.

„Herr Leffmann bittet um Rückruf  
- Projektgeschäftsstelle Dekubitus  
Untersuchung der Gerichtsmedizin,  
> 25% Dekubitalgeschwüre  
> Prof. Püschel: angefasst  
> Leute eingeladen zum Treffen,  
- Bruder, Mohr, Cappell  
- HKG  
> Institutionen konnte er wissen. Sterbeadressen.“<sup>7</sup>

5 Vgl. hierzu den Beitrag von Weber in diesem Band.

6 Seinerzeit die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS).

7 Carsten Leffmann (seinerzeit EQS der Krankenhäuser, Projektgeschäftsstelle Dekubitus und quant Hamburg), Jens Bruder (seinerzeit Landesbetrieb Pflegen & Wohnen), Elke Mohr (seinerzeit MDK) und Eckhard Cappell (seinerzeit Behörde für Arbeit Gesundheit und Soziales, BAGS).

## Die Krankenhäuser als Vorbild – die HPG als Projektträgerin

Die Skandalisierung traf die Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens also nicht ganz unvorbereitet, erhöhte aber noch einmal die Dringlichkeit konstruktiver Lösungen. Sehr effektiv war in dieser Situation das Engagement der Geschäftsführung der Externen Qualitätssicherung der Hamburger Krankenhäuser (EQS) bzw. des Anbieters medizinischer Datenserviceleistungen, quant Hamburg, in Person von Dr. Carsten Leffmann. Das Vorhaben der Altenpflege konnte so in weiten Teilen schnell an das bereits bestehende dekubitusbezogene Qualitätsmanagementverfahren in Hamburger Krankenhäusern anknüpfen.<sup>8</sup> Mit der Hamburgischen Pflegegesellschaft e. V. (HPG), der Dachorganisation der allermeisten in der Hansestadt in der Altenpflege tätigen Verbände, bot sich überdies eine erfolgversprechende Trägerin des Vorhabens an.

1996 hatten sich gemeinnützige, private und kommunale Verbände mit durchaus unterschiedlichen Unternehmenskulturen im Zuge der Einführung der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) zur HPG zusammengefunden, um gemeinsam die Rahmenbedingungen der Altenpflege in Hamburg mit den Kostenträgern auszuhandeln und die Öffentlichkeit über wichtige Entwicklungen in diesem Versorgungssektor zu informieren. Es galt, der Altenpflege gesundheitspolitisch mehr Gewicht zu verleihen. Die Koordination und Kommunikation eines betriebsübergreifenden Qualitätsentwicklungsprojektes in dem sehr empfindlichen gesellschaftlichen Resonanzraum war, wie das damalige Vorstandsmitglied Hartmut Sauer einmal rückblickend feststellte, die erste große öffentliche „Bewährungsprobe“ der HPG, eine Aufgabe, der sich die HPG und ihr damaliger Geschäftsführer Jens Stappenbeck beherzt stellten.<sup>9</sup>

## Der Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe

Die grundlegende Idee des *Qualitätsvergleiches* bestand darin, dass möglichst viele ambulante und stationäre Einrichtungen der Hamburger Altenpflege vierteljährlich insbesondere das Dekubitusrisiko aller ihrer Klienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohner sowie die bei ihnen zu Beginn und zum Ende eines Quartals gegebenenfalls bestehenden Dekubitalgeschwüre mit Schweregraden dokumentieren sollten (vgl. Abb. 2). Diese Daten meldeten sie – in Papierform oder auf Diskette! – im entsprechenden Turnus pseudonymisiert an eine Koordinationsstelle bei der HPG. Die Koordinationsstelle spiegelte den Pflegebetrieben halbjährlich die von quant Hamburg errechneten Kenn-

8 Vgl. hierzu den Beitrag von Brase in diesem Band.

9 Unveröffentlichte Rede anlässlich des 10-jährigen Geburtstages der Hamburgischen Pflegegesellschaft im Februar 2006. Stellvertretend für die vielen in dieser Initialphase des Qualitätsvergleiches stark engagierten Personen aus Verbänden und Pflegeeinrichtungen seien hier genannt: Ute Bindzau (seinerzeit Diakonisches Werk), Petra Büse (seinerzeit Caritas Hamburg) sowie Monika Sonnenberg (seinerzeit Mitinhaberin eines Pflegedienstes und Vorstandsmitglied der Landesgruppe Hamburg des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste [bpa]).

zahlen, vor allem die Prävalenz von Dekubitus und die Inzidenzrate<sup>10</sup> in landesweiten Vergleichstabellen und -grafiken zurück. Mögliche Entwicklungstrends sollten im Spiegel der Ergebnisse der fortgesetzten rechtsmedizinischen Krematoriumsleichenchau überprüft werden. Jahresergebnispräsentationen sollten die interessierte Öffentlichkeit und die Hamburger Pflegeeinrichtungen sowie ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über Entwicklungen in der dekubitusbezogenen Qualitätssicherung in Hamburg informieren. Für die Projekt-Koordinationsstelle bei der HPG stellte die Hamburger Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS) einen Teil der erforderlichen Mittel bereit.

Qualitätsvergleiche in der stationären und ambulanten Alten- und Krankenpflege

## equip[HAMBURG] Dekubitusvorkommen/ 2004...

Amb. / Stat.	Einrichtung / Abteilung	Bewohner-/ Klienten-ID:	Quartal	Risiko zu Beginn d. Quartals	Dekubitus zu Beginn d. Quartals Grad / Stad.	Dekubitus am Ende d. Quartals Grad / Stad.	SGB	Pflegestufe	Komb.	**
					/	/				

**Ausfüllhilfe**

Ambulant/Stationär:	1 = ambulant, 2 = stationär
Einrichtung/Abteilung:	Codenummer, wie von equip vergeben
Bewohner-/Klienten-ID:	Eindeutige, intern vergebene ID-Nr., Möglichkeit zur Reidentifizierung
Quartal:	Quartal/ Jahr, z. B. 104 für 1. Quartal 2004
Risiko lt. entspr. Skala:	0 = nein; 1 = ja
Gradeinteilung:	0 = kein Dekubitus 1 = Grad I (umschriebene Rötung, nach 2-stündiger Druckentlastung nicht verschwunden) 2 = Grad II (oberflächliche Hautschädigung im Sinne einer offenen, flachen Wunde oder einer Blase) 3 = Grad III (Schädigung aller Gewebsschichten) 4 = Grad IV (Schädigung der knöchernen Struktur unter Umständen mit Osteomyelitis)
Stadieneinteilung:	Erst ab Grad II möglich! Bei Grad = 0 oder 1 leer lassen! 1 = Stad. A = Wunde sauber, Granulationsgewebe, keine Nekrosen 2 = Stad. B = Wunde schmierig belegt, Restnekrosen, keine Infiltration des umgebenden Gewebes 3 = Stad. C = wie B mit Infiltration des umgebenden Gewebes und/oder Allgemeininfektion (Sepsis)
SGB	1 = Pflege nach SGB V; 2 = Pflege nach SGB XI; 3 = SGB V und SGB XI
Pflegestufe:	0-3
Komb.:	0 = keine Kombinationsleistung; 1 = Angehörige pflegen mit
** Projektbezogenes Feld	0-9 nur nach aktuellen Vorgaben durch equip

10.12.03/prö

Abb. 2: Erhebungsbogen des Qualitätsvergleiches in der Dekubitusprophylaxe/equip Hamburg für das Jahr 2004 (Papierversion). Quelle: Hamburgische Pflegegesellschaft e. V.

<sup>10</sup> Prävalenz: der Anteil der an Dekubitus Erkrankten in einer Gesamtgruppe von Gepflegten, die hinsichtlich ihres Hautzustandes erfasst werden (Querschnitt, ein Beobachtungszeitpunkt). Inzidenz: der Anteil der Personen in einer Gruppe von Gepflegten, die hinsichtlich ihres Hautzustandes erfasst werden und innerhalb eines bestimmten Zeitraumes neu an Dekubitus erkranken (Längsschnitt).

Die Erwartung bestand darin, den Altenpflegeeinrichtungen regelmäßig Impulse für das interne Qualitätsmanagement zu geben, den kollegialen Austausch anzuregen, das Vorkommen von Dekubitus bei Pflegebedürftigen zu verringern und deren Lebensqualität zu verbessern. Zudem würde die Altenpflege mit der Zeit über umfangreiche eigene Daten zum Vorkommen von Dekubitalgeschwüren unter Pflegebedürftigen in Hamburg verfügen und öffentlich und auf Augenhöhe mit Ärztinnen und Ärzten jederzeit auskunftsfähig sein.

Eine Fachgruppe Dekubitus mit Vertreterinnen und Vertretern der Verbände und Betriebe der Altenpflege sowie von quant Hamburg sollte den Qualitätsvergleich und die Arbeit der Koordinationsstelle bei der HPG fachlich begleiten. Dazu war ein institutionenübergreifender Beirat vorgesehen, in dem neben der HPG die Fachbehörde, die Pflegekassen, der MDK, die Rechtsmedizin, die EQS der Krankenhäuser, der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), der Landesseniorenbeirat (LSB) sowie die Hausärzte vertreten sein sollten. Es galt, das Vorhaben von möglichst vielen Seiten zu unterstützen und politisch abzusichern.

Die Teilnahme am Qualitätsvergleich sollte freiwillig sein. Leitend war der Gedanke, dass die Ergebnisqualität auf Dauer nur mit engagierten Pflegebetrieben und Pflegekräften verlässlich zu messen und zu verbessern sein würde. Es galt außerdem, einen geschützten Projektraum zu etablieren, der die Bearbeitung einer pflegerisch und rechtlich sensiblen Thematik mit hoher Datenqualität und einem intensiven kollegialen Austausch wahrscheinlich machen würde. Die Hamburger Rechtsmedizin unterstützte diese Initiative der Altenpflege mit der vorläufigen Entscheidung, höhergradige Dekubitalgeschwüre – ohne weitere Verdachtsmomente der Vernachlässigung – nicht automatisch an Ermittlungsbehörden zu melden; das war nicht selbstverständlich.

## Der Beginn: 130 teilnehmende Altenpflegeeinrichtungen

Der *Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe* ging im April 1999, drei Monate nach der Skandalisierung, mit ca. 130 Einrichtungen an den Start, davon etwa 60 der insgesamt ca. 140 Hamburger Alten- und Pflegeheime und etwa 70 der insgesamt über 300 Hamburger Pflegedienste (vgl. Abb. 3). Bis Dezember 2001 haben vierteljährlich bis zu 140 Betriebe mitgewirkt und regelmäßig Datensätze von über 10.000 Hamburger Pflegebedürftigen gemeldet, sodass in dieser ersten Periode weit über 100.000 dekubitusbezogene Datensätze ausgewertet werden konnten (vgl. Abb. 4).

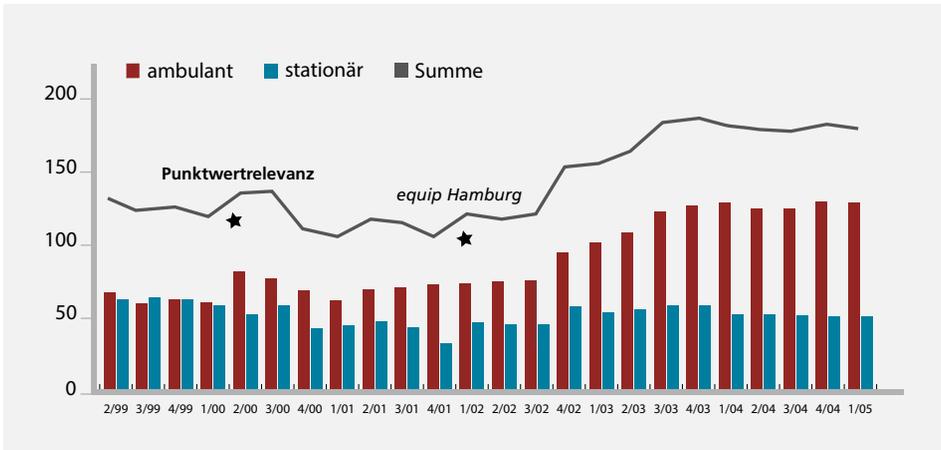


Abb. 3: Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen der Altenpflege beim Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe/equip Hamburg, 2. Quartal 1999 bis 1. Quartal 2005; Hervorhebungen: Punktwertrelevanz in der ambulanten Pflege sowie Start von equip Hamburg. Quelle: Hamburgische Pflegegesellschaft e. V.

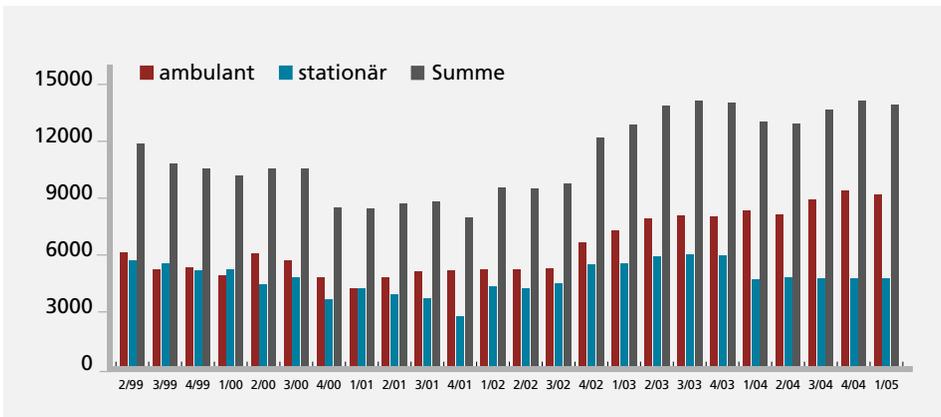


Abb. 4: Anzahl der hinsichtlich des Hautzustandes erfassten Pflegebedürftigen (ausgewertete Datensätze) beim Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe/equip Hamburg, 2. Quartal 1999 bis 1. Quartal 2005. Quelle: Hamburgische Pflegegesellschaft e. V.

## Anerkennung über Hamburg hinaus

Andere Städte und Regionen in Deutschland, beispielsweise die Pflegeoffensive Duisburg, zeigten dann Interesse an einem offenbar mustergültigen Hamburger Verfahren. Wegen der im Krankenhaus- und Altenpflegebereich verfügbaren Fülle an Daten wurde nun eine Hamburger Autorengruppe beauftragt, die Gesundheitsbericht-

erstattung des Bundes zum Thema Dekubitus zu schreiben [39].<sup>11</sup> Außerdem wurde im März 2003 im Zuge des von quant Hamburg ausgerichteten „Hamburger Forums für Qualität im Gesundheitswesen“ mit Teilnehmenden aus dem ganzen Bundesgebiet die Initiierung einer „Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Dekubitusdatenbanken“ (ADDD) ausgelotet. Ziel sollte – beispielgebend war die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfallregister (ADSR) – die Koordination und Synchronisation vorhandener Erhebungsaktivitäten sowie die Weiterentwicklung von Erhebungsinstrumenten zum Krankheitsbild Dekubitus unter wissenschaftlichen, qualitätsrelevanten und epidemiologischen Gesichtspunkten sein. Der anspruchsvollen Initiative war seinerzeit leider kein Erfolg beschieden; letztlich fehlte es an politischem Willen und an ausreichenden Ressourcen, die sehr unterschiedlichen Entwicklungspfade der einzelnen Datenbanken zusammenzuführen.

## Erste Ergebnisse: Viele Pflegebedürftige mit hohem Risiko

Die Ergebnisse dieser ersten Periode des Qualitätsvergleiches unterstrichen die anspruchsvolle Aufgabe einer Altenpflege in einer Gesellschaft des langen, aber nicht immer gleichzeitig gesunden und selbstständigen Lebens. Sie zeigten, dass – ohne nennenswerte Schwankungen im Verlauf – durchschnittlich 47 % der im Verfahren erfassten Pflegebedürftigen laut Skalen-Einschätzung ein erhöhtes Risiko aufwiesen, einen Dekubitus zu entwickeln. In der ambulanten Versorgung war diese Quote mit 35 % erwartungsgemäß geringer als unter den Bewohnerinnen und Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen – hier lag die Risikoquote dauerhaft bei über 50 %!

Das Vorkommen von Dekubitus (Prävalenz) unter allen Klienten bzw. Bewohnerinnen und Bewohnern der am Qualitätsvergleich teilnehmenden Altenpflegeeinrichtungen – dies war die gute Botschaft dieser Periode – verringerte sich von April 1999 bis Dezember 2001 von 7,9 % auf 5,3 %, im ambulanten Bereich von 7,4 % auf 4,8 %, im stationären von 8,5 % auf 5,7 %. Die Pflegekräfte hatten sich offenbar intensiv und mit großem Erfolg um die Pflegebedürftigen mit bestehendem Dekubitus gekümmert. Die Daten zeigten im Verlauf aber, dass einige der für die betroffenen Pflegebedürftigen sehr belastenden Dekubitalgeschwüre über längere Zeit unverändert bestehen blieben. Und: Anders als beim Vorkommen von Dekubitus (Prävalenz) zeigte die Neuentstehungsrate (Inzidenz), die vor allem den Erfolg prophylaktischer Maßnahmen abbildet, zunächst keinen stabilen Trend zur Absenkung (vgl. Abb. 5).

<sup>11</sup> Vgl. zur umfangreichen Publikationstätigkeit, die das Hamburger Dekubitus-Netzwerk in diesen Jahren entfaltete, den Beitrag von Püschel und Heinemann sowie die Auswahlbibliografie in diesem Band.

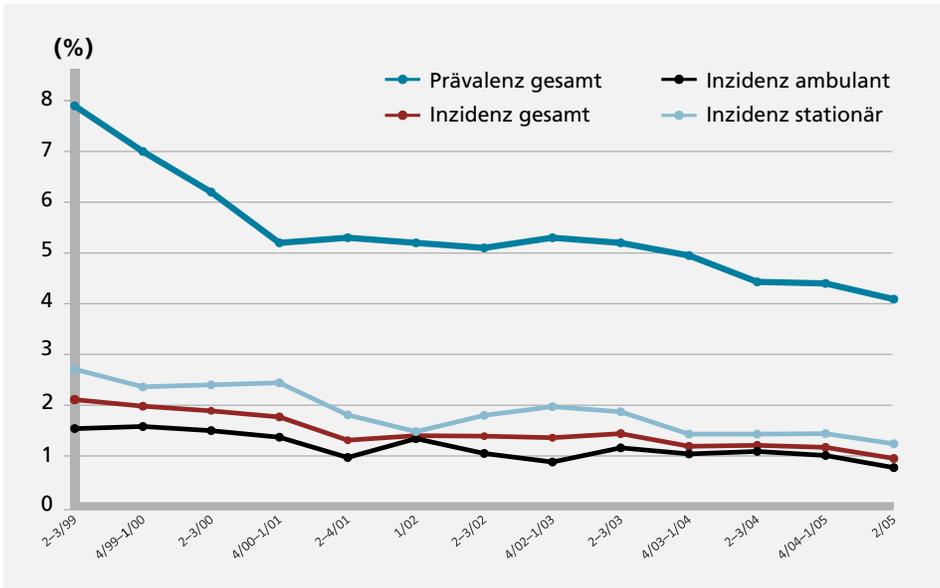


Abb. 5: Vorkommen (Prävalenz) und Neuentstehungsrate (Inzidenz) von Dekubitus aller Grade der hinsichtlich des Hautzustandes erfassten Pflegebedürftigen beim Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe/equip Hamburg, 2.13. Quartal 1999 bis 2. Quartal 2005. Quelle: Hamburgische Pflegegesellschaft e. V.

## „Abnutzungserscheinungen“ eines Projektes

Eine weitere Beobachtung bereitete in dieser Periode bis Ende 2001 Sorgen: Im Projektverlauf über mehr als zweieinhalb Jahre nahm die Zahl der teilnehmenden Einrichtungen langsam ab, zunächst im ambulanten Bereich, dann besonders stark im stationären Bereich.

Im ambulanten Bereich zeigte dann das im Frühjahr 2000 von der HPG mit den Pflegekassen und dem Sozialhilfeträger vereinbarte monetäre Anreizsystem zur Teilnahme am Qualitätsvergleich (Punktwertrelevanz) eine sofortige Wirkung und der Trend kehrte sich zunächst um. Mit der allmählich abklingenden öffentlichen Erregung ließ indes unter den stationären Einrichtungen, die zunächst im Zentrum der Aufmerksamkeit standen, die Motivation zur Projektteilnahme deutlich nach; umlaufende Mutmaßungen über eine unsichere Projektzukunft taten ein Übriges (vgl. Abb. 3).

## Institutionalisierung eines Projektes: equip Hamburg

Mit dem Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe zeichneten sich gleichwohl die Konturen einer offenbar effektiven externen Qualitätssicherung ab, die die bestehenden Formen der gesetzlichen Qualitätskontrolle des MDK und der Heimaufsicht gut

ergänzte – kooperativ, kontinuierlich und orientiert an der Ergebnisqualität. Das fortgesetzte Monitoring der Rechtsmedizin bestätigte für das Jahr 2000 die Verringerung der Dekubitusrate bei in Hamburg Verstorbenen. Der Projektbeirat und der über den Verlauf des Verfahrens ständig informierte Hamburger Landespflegeausschuss (LPA) empfahlen deshalb der HPG, der Behörde und den Pflegekassen, dem Qualitätsvergleich eine klare Perspektive zu geben. Damit wurde auch die Erwartung ansteigender Teilnehmerzahlen verbunden.

Am 1. Januar 2002 wurde der Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe unter dem organisatorischen Dach der Institution *Externe Qualitätsimpulse für die ambulante und stationäre Pflege (equip Hamburg)* fortgesetzt. *Equip* war – wie empfohlen – eine Gründung der Verbände der Pflegekassen in Hamburg, der Hamburger Fachbehörde sowie der in der HPG zusammengeschlossenen Verbände der Altenpflege. Aufgabe von *equip* sollte es sein, wie es im Gründungsvertrag hieß, „Qualitätsvergleiche kooperativ durchzuführen [...] und dadurch Kriterien für Qualität zu gewinnen, die Qualität der Pflegeleistungen zu sichern und gegebenenfalls zu verbessern.“<sup>12</sup>

*Equip* wurde zu gleichen Teilen durch die Pflegekassen und die Behörde finanziert. Einen weiteren Teil trugen, nach einer kurzen Übergangszeit, in der dieser durch die Pflegeverbände getragen worden war, nun die sich freiwillig vertraglich bei *equip* anmeldenden Betriebe der Altenpflege, indem sie unmittelbar und leistungsbezogen insbesondere den Datenservice eines Qualitätsbüros bezahlten, das als Koordinationsstelle bei der HPG eingerichtet wurde. Diese Ausgestaltung der Finanzierung hatte verschiedene Gründe: Erstens die Erfahrung des kollektiven Vorteils der Altenpflege durch den *Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe*, die im Zuge der öffentlichen Skandalisierung der Dekubitusthematik in den ersten Projektjahren über den Teilnehmerkreis hinaus solidaritätsstiftend gewirkt hatte. Diese Sichtweise ging jedoch allmählich zurück und die Umlagefinanzierung über die Verbände stieß zunehmend auf Unverständnis. Zweitens wurden auch in der Altenpflege immer mehr marktübliche Steuerungselemente wirksam. Die Träger von *equip* hofften, mit der Umstellung vom kollektiven Umlageverfahren auf die individuelle Direktfinanzierung das Produkt „qualitätssichernde Leistungen“ stärker im Bewusstsein der Pflegebetriebe zu verankern. Drittens war zwar eine quantitative Zunahme der Projektteilnehmenden im Qualitätsvergleich erwünscht, aber nicht kostenneutral umzusetzen. Die teilnehmerbezogene Finanzierung eines Drittels des ansonsten „gedeckelten“ *equip*-Budgets sicherte so den zukünftig unter Umständen erforderlichen finanziellen Spielraum.

12 Vertrag über die Einrichtung eines Hamburger Qualitätsbüros „Externe Qualitätsimpulse für die ambulante und stationäre Pflege (equip)“, endgültige Fassung vom 21.12.2001, Hamburgische Pflegegesellschaft (nicht veröffentlicht).

## Qualitätsbüro, Fachgruppe und Lenkungsausschuss

Das Qualitätsbüro *equip* koordinierte den Qualitätsvergleich zwischen allen Beteiligten. Eine Fachgruppe Dekubitus unterstützte dabei wie bisher die Durchführung des Verfahrens. In einem weiteren Gremium, dem sogenannten Lenkungsausschuss, hatten die Träger von *equip* Sitz und Stimme sowie jeweils fünf Vertreterinnen und Vertreter der Altenpflegeverbände und der Kostenträger (drei der Pflegekassen, zwei der Fachbehörde bzw. des Sozialhilfeträgers). Hinzu kamen fünf beratende Vertreterinnen und Vertreter – des Qualitätsbüros, des MDK, des DBfK, des LSB sowie der Hamburger Ärztekammer.<sup>13</sup>

Der Lenkungsausschuss steuerte nicht nur die Arbeit von *equip*, sondern er behielt sich auch vor, die Kennzahlen der am Verfahren teilnehmenden Einrichtungen – in der Regel in anonymisierter Form – zu beurteilen sowie über Möglichkeiten der Qualitätssicherung in Pflegebetrieben zu beraten. Das war neu. Bei andauernden Auffälligkeiten oder Besonderheiten in den berichteten Kennzahlen, die einen einzelnen Pflegebetrieb betrafen, so sah es der *equip*-Vertrag vor, konnte der Lenkungsausschuss über das Qualitätsbüro Kontakt zunächst mit dem betroffenen Verband aufnehmen und empfehlen, innerhalb eines angemessenen Zeitraumes geeignete Maßnahmen zur Aufklärung und gegebenenfalls Verbesserung der Qualitätsentwicklung in einer Einrichtung in die Wege zu leiten. In begründeten Einzelfällen konnte der Lenkungsausschuss – allerdings nur einstimmig – die Aufhebung der Anonymität eines Pflegebetriebes beschließen, um in den direkten Dialog mit der betroffenen Einrichtung treten zu können. Insbesondere diese Bedingung der Projektteilnahme, die Akzeptanz eines regelhaften Beurteilungsverfahrens, wurde von den freiwillig teilnehmenden Einrichtungen jeweils vertraglich vereinbart.

Die Institutionalisierung des *Qualitätsvergleiches in der Dekubitusprophylaxe* brachte den erwünschten neuen Schwung und war erfolgreich. Insgesamt konnten bis zum I. Quartal 2005 in 24 Erhebungsquartalen ca. 300.000 Datensätze ausgewertet werden. Die alltägliche Dokumentationsarbeit der Pflegekräfte in den am Verfahren teilnehmenden Altenpflegebetrieben bescherte Hamburg damit eine der umfangreichsten dekubitusbezogenen Datenbanken weltweit (vgl. Abb. 4). Im Rahmen von *equip* konnte die Zahl der teilnehmenden Betriebe bis 2005 gegenüber der Projektphase noch einmal deutlich – auf über 180 – erhöht werden, 70 % davon waren ambulante Dienste. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich waren damit etwa ein Drittel aller Hamburger Pflegeeinrichtungen repräsentiert (vgl. Abb. 3). Neben der Weiterführung des bereits erwähnten finanziellen Teilnahmeanreizsystems im ambulanten Bereich

<sup>13</sup> Ein besonderer Dank für die stets faire und konstruktive Mitarbeit im Lenkungsausschuss von *equip* gebührt der damaligen leitenden Mitarbeiterin des MDK, Dr. Elke Mohr, sowie Ursula Preuhs vom Landesseniorenbeirat und Angelika Tumuschat-Bruhn von der Behörde für Soziales und Familie.



Abb. 6: Das Teilnahme-Plakat zum Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe/equip Hamburg 2004.  
Quelle: Hamburgische Pflegegesellschaft e. V./Tanja Ahlf

wurde die Bereitschaft zur Mitwirkung am Verfahren sicherlich auch durch die Bereitstellung von Werbemitteln geweckt, mit denen Altenpflegeeinrichtungen auf ihre außergewöhnlichen Anstrengungen der Qualitätssicherung aufmerksam machen konnten. Es gab zum Beispiel jahresbezogene Plakate der Teilnehmenden oder die Online-Plattform [www.equip-hamburg.de](http://www.equip-hamburg.de), auf der für Interessierte jederzeit sichtbar war, welche Hamburger Altenpflegeeinrichtungen sich kontinuierlich dem Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe stellten (vgl. Abb. 6).

### Stabilisierung der niedrigen Prävalenzrate

*Equip* konnte weiterhin erfreuliche Kennzahlen liefern: Das Vorkommen (Prävalenz) von Dekubitus aller Grade lag bei den teilnehmenden Einrichtungen im 1. Quartal 2004 bei durchschnittlich 4,95%, mithin erstmals unter der 5%-Marke. Davon waren wiederum 47,1% leichtere Dekubitalgeschwüre des Grades I, 34,9% des Grades II, 16,2% des Grades III sowie 1,8% des Grades IV. Die sich bereits seit 2001 abzeichnende Verminderung des Dekubitusvorkommens konnte langfristig bestätigt werden, wobei sich der anfänglich deutliche Trend nur verlangsamt fortsetzte (vgl. Abb. 5). Die Prävalenzrate

in Hamburger Pflegeheimen und in der ambulanten Versorgung, die in Teilen durch „zufällige“ Fremderhebungen wie etwa im Zuge des Pflegebedarfs- und Personalbemessungsverfahrens *Plaisir* in Hamburg bestätigt wurde, lag damit unter den seinerzeitigen Schätzungen von Expertinnen und Experten, wonach in Altenheimen von etwa 30% und bei Pflegebedürftigen in der häuslichen Umgebung von circa 20% Dekubitusvorkommen auszugehen sei [39].

## Verbesserte Prophylaxe – bestätigt durch die Rechtsmedizin

Die Neuentstehungsrate (Inzidenz) zeigte in den Jahren nach der Gründung von *equip* einen nun doch stabilen Rückgang von 2,11% im 2. und 3. Quartal 1999 auf 1,17% etwa im 4. Quartal 2004/1. Quartal 2005, wobei der Rückgang allerdings mehrheitlich auf Fälle der Grade I und II zurückzuführen war (vgl. Abb. 5). Die weitere Aufschlüsselung der Neuentstehungsrate zeigte immerhin auch, dass die günstige Entwicklung sich sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich abbildete.

Die erfreulichen Resultate der Arbeit der Hamburger Pflegekräfte wurden durch die Krematoriumsleichenschau der Hamburger Rechtsmedizin eindrucksvoll bestätigt. Unter Verstorbenen aus Hamburger Altenpflegeheimen hatte sich hier das Vorkommen schwerwiegender Dekubitalgeschwüre der Grade III und IV zwischen dem 2. Halbjahr 1998, dem Referenzzeitraum des Dekubitus-Skandals, und dem 1. Quartal 2005 von 4,1% auf 0,5% vermindert (Abb. 7).

## Einzelfallanalysen und Grenzsituationen

Was zunächst ein Hinweis auf die hohe Datenqualität war, bereitete gleichzeitig Sorgen: die nach wie vor große Schwankungsbreite in den Resultaten einzelner Einrichtungen; im 4. Quartal 2003/1. Quartal 2004 betrug sie etwa bei der Inzidenz 0–13%! Außerdem wurden immer noch schwere und langwierige Einzelfälle dokumentiert. Der Lenkungsausschuss von *equip* wünschte sich deshalb eine Verstärkung des fachlichen Feedbacks für die teilnehmenden Pflegebetriebe – durch Einzelfallanalysen höhergradiger Dekubitalgeschwüre und durch einen strukturierten Dialog mit andauernd statistisch auffälligen Einrichtungen.

Die Einzelfallanalysen zeigten unter anderem, dass die Hilfsmittelproblematik hinsichtlich der Verfügbarkeit zunehmend an Bedeutung verlor, die Bewilligungsfristen der Pflegekassen etwa für Wechsellagermatratzen verkürzten sich. Gleichzeitig hielten stationäre Einrichtungen Hilfsmittel immer häufiger in ausreichender Anzahl vor. Ein anderes bemerkenswertes Ergebnis der Einzelfallanalysen war, dass höhergradige Dekubitalgeschwüre von den jeweils damit befassten Pflegekräften häufig, nämlich in mehr als 65% der Fälle, als „unvermeidbar“ eingeschätzt wurden.

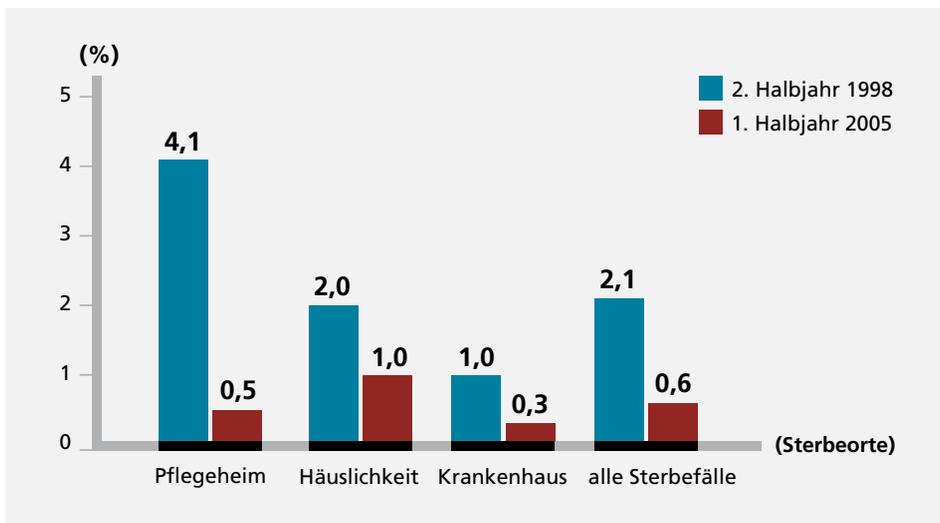


Abb. 7: Vorkommen (Prävalenz) von Dekubitus Grad III und IV aller hinsichtlich des Hautzustandes erfassten Verstorbenen bei der Krematoriumsleichenschau des Hamburger Instituts für Rechtsmedizin, 2. Halbjahr 1998 und 1. Halbjahr 2005. Quelle: Hamburgische Pflegegesellschaft e. V.

Nicht jeder Dekubitus, das war die Erfahrung dieser Periode, konnte offenbar vermieden oder mit Erfolg behandelt werden. Die Einzelfallanalysen hoben Situationen hervor, etwa die Sterbephase eines Pflegebedürftigen, in denen unterschiedliche Ziele der Versorgung konkurrierten und nicht alle Möglichkeiten der Dekubitusprophylaxe und -therapie vollständig ausgeschöpft wurden, um die verbleibende Lebensqualität nicht durch Maßnahmen von fragwürdigem Nutzen für die Sterbende und den Sterbenden zusätzlich zu beeinträchtigen. Die *equip*-Jahresergebnispräsentation am 18. November 2003 nahm die schwierige Thematik unter dem Titel „Grenzsituationen der Medizin und Pflege bei Dekubitus“ auf. In Hamburg konnte jetzt öffentlich differenziert und angstfrei über alle Aspekte der Dekubitusproblematik gesprochen werden.

## Der strukturierte Dialog

Ergänzend zu den Einzelfallanalysen nahm der Lenkungsausschuss sein Recht wahr, regelmäßig über statistische Auffälligkeiten in den berichteten Kennzahlen zu beraten. Zur Konkretisierung dieses Verfahrens hatten Fachgruppe und Lenkungsausschuss von *equip* bereits zu Beginn des Jahres 2003 ein reguläres Verfahren erarbeitet, das maßgeblich auf dem ermittelten Qualitätsniveau aus dem bisherigen Verlauf der Dekubitus-Neuentstehungsrate beruhte. Danach wurden Altenpflegeeinrichtungen, die innerhalb eines halbjährlichen Erhebungszeitraumes (zwei Erhebungsquar-

tale)  $\geq 4\%$  oder aber 0% neu entstandener Dekubitalgeschwüre dokumentierten, um eine Stellungnahme gebeten. Die Berichte der Einrichtungen wurden vom Qualitätsbüro gesammelt, von der Fachgruppe ausgewertet und dem Lenkungsausschuss anonymisiert vorgestellt.

Statistisch auffällige Einrichtungen, die zu einer Stellungnahme aufgefordert wurden, zeigten sich durchweg kooperativ und auskunftswillig. „Positiv“ auffällige Betriebe etwa verwiesen in der Regel auf optimale organisationsbezogene Aspekte des dekubitusbezogenen Qualitätsmanagements, aber auch auf einen Klientenmix mit aktuell geringem Dekubitusrisiko. „Negativ“ auffällige Einrichtungen verwiesen auf eine Häufung von Dekubitusfällen des Grades I oder erläuterten komplizierte höhergradige Einzelfälle, die in der Regel bereits Gegenstand von Einzelfallanalysen gewesen waren. Empfehlungen für Einrichtungen, geeignete Maßnahmen zur weiteren Aufklärung und gegebenenfalls Verbesserung der Qualitätsentwicklung auf den Weg zu bringen, hat der Lenkungsausschuss in dieser Phase nicht aussprechen müssen.

## Das Dekubitus-Coaching Angebot 2004–2006

Eine im Verlauf nur noch zögerliche Verminderung des Vorkommens von Dekubitus und die anhaltende Dokumentation schwerer, langwieriger Einzelfälle beschrieben nun offenbar die Grenzen der Leistungsfähigkeit solcher in die Fläche wirkenden Qualitätsvergleiche; Spezialwissen in Form einer Beratung in konkreten Pflegesituationen schien erforderlich, um einzelne Pflegebedürftige vor unnötigem Leid schützen zu können. Hier setzte das Projekt *Dekubitus-Coaching* an, das im Oktober 2004 die Arbeit aufnahm – ein Spross des Dekubitus-Netzwerkes Hamburg, das seit dem Skandal 1999 engmaschig geknüpft wurde [36]. Träger des vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) geförderten Vorhabens war das Albertinen-Haus in Kooperation mit der Hochschule für angewandte Wissenschaften (HAW) und der HPG, die – eine vertrauensfördernde Maßnahme – für das Beratungsangebot ein Büro in Nachbarschaft des Qualitätsbüros *equip* bereitstellte.

## Verbesserungsfähiges technisches Know-how

Ziel des Beratungsangebotes für Pflegekräfte, pflegende Angehörige sowie Ärztinnen und Ärzte war die Verbesserung der Versorgungssituation von Pflegebedürftigen in häuslichen, ambulanten oder stationären Pflegesituationen mit hohem Dekubitusrisiko oder einem bestehenden Dekubitus. Unter anderem nahmen 32 Altenpflegeeinrichtungen das Beratungsangebot an; 83 Beratungen wurden „vor Ort“ von zwei in der Prophylaxe und im Management von Wunden erfahrenen Coaches bei Pflegebedürftigen durchgeführt – mit Multiplikatoreffekten. Probleme bereitete den Ratsuchenden vor allem die Wundversorgung; Methoden wie „Eisen und Föhnen“ spielten keine

Rolle mehr. Häufig war der Einsatz vorhandener moderner Wundverbände und Hilfsmittel nicht fachgerecht. 437 Empfehlungen wurden gegeben, von denen immerhin knapp 70% umgesetzt wurden. Leider waren die Fördermittel begrenzt, die Laufzeit des Projekts betrug 23 Monate. Da auch die Vorbereitung und die abschließende Evaluation Zeit in Anspruch nahmen, konnten immerhin 12 Monate für eine intensive Beratungsarbeit genutzt werden.

## Die Perspektiverweiterung auf Essen und Trinken

Dekubitus galt in dieser Zeit zu Recht als ein Schlüsselkriterium für die Beurteilung der Pflegequalität in der Altenpflege. Mehr und mehr wurde aber auch das Risiko wahrgenommen, dass die anhaltend starke Konzentration auf nur eine Thematik die Aufmerksamkeit von anderen Aufgaben der pflegerischen Versorgung ablenken könnte. Schon das *Coaching* verfolgte daher einen umfassenden Beratungsansatz, bezog ausdrücklich angrenzende, mit der Dekubitusproblematik zusammenhängende pflegerische Aufgaben in die Beratung mit ein. Zeitgleich, 2004, formierte sich dann unter dem Dach der HPG, die die Räumlichkeiten bereitstellte, eine Gruppe von 15 Hamburger Alten- und Pflegeheimen auf freiwilliger Basis zum *Qualitätsverbund Ernährung und Flüssigkeitsversorgung in Altenpflegeheimen*.<sup>14</sup>

Nach dem Muster des Dekubitusverfahrens erarbeitete der Verbund zunächst regelmäßig Kennzahlen zur Ernährung und Flüssigkeitsversorgung ihrer Bewohnerinnen und Bewohner. Es folgten gemeinsame Empfehlungen zur Gestaltung der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung und erste Schritte, sie in den Einrichtungen umzusetzen. Die Empfehlungen basierten auf dem sogenannten *Qualitätsniveau II der Bundeskonferenz Qualitätssicherung (BUKO-QS)* und entwickelten es weiter. Der Versuch, den Ansatz im Jahr 2005 in das *equip*-Verfahren aufzunehmen und ihm auf diesem Weg eine breitere Basis zu verschaffen, stieß im Lenkungsausschuss auf Vorbehalte und blieb erfolglos. Dies war vielleicht ein frühes Indiz dafür, dass von den maßgeblichen Trägern von *equip* mittlerweile keine gemeinsamen Ziele und Strategien der externen Qualitätssicherung verfolgt wurden. Der Qualitätsverbund arbeitete dann noch bis 2009 auf eigene Rechnung weiter.

## Zum Ende: Transparenz versus Freiwilligkeit

Das Ende von *equip* kam für die Mitglieder des Lenkungsausschusses sicher nicht völlig überraschend, obwohl der auch von der Rechtsmedizin bestätigte Erfolg des Verfahrens außer Frage stand. Die Pflegekassen beklagten dennoch die mangelnde Reprä-

<sup>14</sup> Besonderer Dank für die sehr engagierte Mitarbeit in der Fachgruppe „Essen und Trinken“ gilt Dr. Jenny Anders vom Albertinen-Haus Hamburg.

sentativität des Dekubitusprojektes und wünschten sich mehr Transparenz, also bei Auffälligkeiten die jeweiligen Betriebe namentlich zu nennen. Die im *equip*-Regelwerk durchaus vorgesehene Aufhebung der Anonymität andauernd auffälliger Altenpflegeeinrichtungen stellte für deren Verbände dagegen eine Ultima Ratio dar, eine letzte Handlungsmöglichkeit in einem grundsätzlich auf Freiwilligkeit und Kooperation setzenden Verfahren der Qualitätsentwicklung. Das Ansinnen der Pflegekassen würde die mühsam geschaffene, für kollektive Lernprozesse unabdingbare vertrauensvolle Atmosphäre und hohe Datenqualität im Verfahren gefährden. Leider erfolgte keine Annäherung. Die Pflegekassen kündigten den *equip*-Vertrag fristgerecht zum 31. Dezember 2005. Damit endete dieser Versuch, in der Altenpflege einen dritten, staatliche, private und zivilgesellschaftliche Akteurinnen und Akteure zusammenführenden Weg der Qualitätssicherung zwischen einrichtungsinternem Qualitätsmanagement und gesetzlicher Qualitätskontrolle zu etablieren.

## Breiter Sehen – die EQS Altenpflege

Die Verbände der Altenpflege stellten jedoch nach dem Ende von *equip* sofort ein Anschlussprojekt in Aussicht. Im November 2007 wurde dann das Vorhaben der sogenannten *Externen Qualitätssicherung Altenpflege (EQS Altenpflege)* der (Fach-)Öffentlichkeit vorgestellt. Die technische Vorbereitung der online verfügbaren Dokumentationsinstrumente hatte den Start ein ums andere Mal verzögert. Zudem sollte in Qualitätsfragen über die Dekubitusproblematik hinaus gesehen werden, um den Nutzen für die teilnehmenden Betriebe der Altenpflege zu erhöhen.

Die EQS griff deshalb die Entwicklung der im SGB XI und in der Rechtsprechung mittlerweile noch stärker autorisierten Expertenstandards auf – für die Dekubitusprophylaxe, die Harnkontinenzförderung, die Sturzprophylaxe und das Schmerzmanagement. Teilnehmende Betriebe dokumentierten umfangreiche Daten zu den einzelnen pflegerischen Aufgaben, insbesondere zum Umsetzungsgrad der Expertenstandards in ihren Einrichtungen – für den Qualitätsvergleich und den kollegialen Austausch, aber auch für den Leistungsnachweis bei gesetzlicher Qualitätskontrolle durch den MDK oder in Fällen von Regressforderungen im Zuge juristischer Auseinandersetzungen. Fortbildungsangebote zu den Expertenstandards ergänzten die Dokumentationsarbeit. Einmal im Jahr wurden organisationsbezogene, zweimal im Jahr klientenbezogene Daten erhoben. Die HPG koordinierte das Verfahren, die Kosten trugen die freiwillig teilnehmenden Pflegebetriebe leistungsorientiert.

Bis Oktober 2008 beteiligten sich 54 Einrichtungen der Altenpflege an der EQS. Das Verfahren konnte vielfältige, hier im Detail nicht zu schildernde Kennzahlen zu den genannten pflegerischen Aufgaben erarbeiten, erwies sich aber, da ausgreifend und tiefschürfend in den Themen sowie technisch sehr anspruchsvoll, als nicht für eine auch nur annähernd flächendeckende Nutzung geeignet. Am Ende der EQS waren es

aber nicht diese Verfahrensprobleme, die zu einer erneuten Umstellung der externen Qualitätssicherung in der Altenpflege drängten.

## 2009: Erneut schlechte Nachrichten aus der Rechtsmedizin

Abermals war es die Hamburger Rechtsmedizin in Person von Professor Püschel, der den Anstoß gab und den Finger wieder in die Wunde legte. Dessen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hatten in den zwei Jahren nach Ende des *equip*-Verfahrens im Zuge der Krematoriumsleichenschau wieder deutlich häufiger höhergradige Dekubitalgeschwüre bei Verstorbenen beobachtet. Im Jahr 2008 wurde daraufhin von der Rechtsmedizin ein erheblich erweitertes Monitoringverfahren zur Qualität von *Leben (und Sterben) im Alter*, so der Titel der Studie, durchgeführt. Dokumentiert wurden nicht nur Dekubitalgeschwüre, sondern auch der Ernährungszustand der Verstorbenen, ihr Zahn- und Gebissstatus, etwaige Endoprothesen und künstliche Hüft- und Kniegelenke, Herzschrittmacher, die Todesart (Suizidalität) sowie die soziale Situation beim Versterben (Einsamkeit). Die über weite Strecken bedrückenden Ergebnisse wurden 2009 der Öffentlichkeit vorgestellt.<sup>15</sup> Die Quote schwerwiegender Dekubitalgeschwüre der Grade III und IV hatte sich wieder auf über 3 % unter allen Verstorbenen erhöht, ein beträchtlicher Anteil davon lebte zuletzt in Hamburger Alten- und Pflegeheimen. Die HPG, rechtzeitig über die Entwicklung in Kenntnis gesetzt, konnte bereits unmittelbar nach Veröffentlichung der neuen rechtsmedizinischen Befunde gemeinsam mit weiteren Partnern im Gesundheitswesen im Dezember 2009 die Umriss eines Maßnahmenpools vorstellen. Das in Teilen immer noch bestehende Dekubitus-Netzwerk funktionierte, die Probleme wurden angegangen und eine erneute Skandalisierung unterblieb.

## Die Dokumentation schwerer Dekubitusfälle: SQS

Das neue Vorhaben trug den Namen *Sektorübergreifende Qualitätssicherung bei Dekubitalgeschwüren (SQS Dekubitus)* (Abb. 8). Darin sollten unterschiedliche Kräfte gebündelt werden und es erfolgte wiederum eine Konzentration auf die Dekubitusproblematik. Freiwillig teilnehmende Altenpflegebetriebe dokumentierten geschützt online nur noch die höhergradigen Wunden ihrer Pflegebedürftigen. Dann sollten gegebenenfalls mit einem datenschutzrechtlich geprüften Abgleich die Versorgungsketten unter Einbeziehung des Krankenhausesektors, der Hausärztinnen und Hausärzte sowie der Rechtsmedizin beleuchtet werden. Schnittstellenprobleme sollten bearbeitet werden und Pflegebedürftige mit einem schwerwiegenden Dekubitus durch das Angebot oder die Vermittlung von Wundexpertise eine möglichst optimale Versorgung erhalten. Für den unterstützenden Beirat der *SQS Dekubitus* waren Vertreterinnen und Vertreter

<sup>15</sup> Vgl. ausführlich den Beitrag von Püschel und Heinemann in diesem Band.

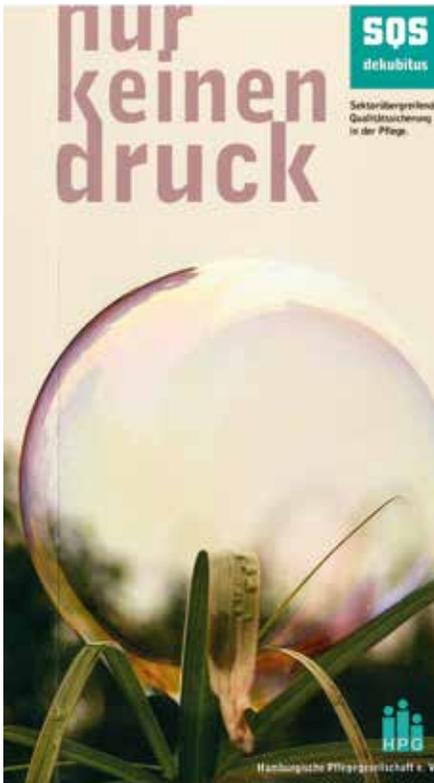


Abb. 8: Titelseite des Projektflyers „Sektorübergreifende Qualitätssicherung in der Pflege (SQS dekubitus)“, 2011. Quelle: Hamburgische Pflegegesellschaft e. V./Stephanie Dönhöller

insbesondere der zuständigen Fachbehörde, des Albertinen-Hauses, der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft e. V., der Hausärztinnen und -ärzte, der Pflegekassen, des MDK, des LSB und des DBfK vorgehen.

Bis Oktober 2011 erfolgten erste Planungsschritte und es begann eine Pilotphase. Bei der HPG wurde eine Projektgeschäftsstelle eingerichtet, die vor allem die Nutzung der Meldestelle unterstützte, und es konstituierte sich ein Beirat. Bis zum Ende der *SQS Dekubitus* in 2016 waren circa 170 Altenpflegebetriebe angemeldet; das waren deutlich mehr Einrichtungen als im vorangehenden EQS-Verfahren. Die Pflegekräfte dokumentierten in diesem Zeitraum ca. 400 Fälle, der überwiegende Anteil wurde aus dem stationären Bereich gemeldet. Von höhergradigen Dekubitalgeschwüren waren dabei Pflegebedürftige aller Altersgruppen betroffen, zwei Drittel davon weiblichen Geschlechts, wobei sich der größte Anteil bei Personen in hohem Alter (85–89 Jahre alt) fand. Hauptsächlich befanden sich die Dekubitalgeschwüre – nicht unerwartet – am

Steißbein und Kreuzbein, aber auch die Fersen waren betroffen. Eine Fachgruppe analysierte über 250 Einzelfälle und fast alle konnten befriedigend abgeschlossen werden. Außerdem organisierte sie sektorenübergreifende Fallkonferenzen.

Die *SQS Dekubitus* und die teilnehmenden Altenpflegebetriebe haben sich mit Erfolg um die verbesserte Versorgung vieler Pflegebedürftiger mit höhergradigen Dekubitalgeschwüren bemüht. Auch dieses Projekt war anspruchsvoll konzipiert und konnte am Ende sicher nicht alle Ziele erreichen. Problematisch und letztlich unbefriedigend blieb der Datenabgleich mit anderen Sektoren der Versorgung, mit dem Ziel Pflegebedürftige mit höhergradigem Dekubitus möglichst nicht aus den Augen zu verlieren. Die Anzahl der zuletzt 170 angemeldeten Betriebe ist beachtlich, die Schnittmenge etwa mit den in der Rechtsmedizin dokumentierten Fällen war dennoch nicht ausreichend, um hier weitgehende Aussagen treffen zu können. Immerhin konnte aber durch die Krematori-

umsleichenschau festgestellt werden, dass jene bei der SQS angemeldeten Hamburger Pflegeheime im Bereich Wundversorgung und Verbandstatus deutlich bessere Ergebnisse erzielten als nicht angemeldete Pflegeheime [vgl. 11]. Ein Abgleich mit den in der EQS der Hamburger Krankenhäuser dokumentierten Dekubitusfällen war durch die wechselnden bundesweiten gesetzlichen Erhebungsregularien in diesem Sektor praktisch unmöglich.

## Last but not least

Anlässlich des Abschlusses der SQS *Dekubitus* Ende 2016 erfolgte hier die Vergegenwärtigung der fast zwei Jahrzehnte dauernden dekubitusbezogenen externen Qualitätssicherungsprojekte der Hamburger Altenpflege. Ungeachtet der auch geschilderten Unzulänglichkeiten im Vorgehen und dargestellten Grenzen der Wirksamkeit – insgesamt ist die Bilanz dieser Jahre gut. Zusammen mit anderen Aktivitäten des Dekubitus-Netzwerkes haben diese Verfahren mit dazu beigetragen, in der Hansestadt die Zahl der Dekubitalgeschwüre bei Pflegebedürftigen spürbar und nachhaltig zu senken. Es zeigten sich Konturen eines dritten Weges in der Qualitätssicherung zwischen Selbststeuerung der Einrichtungen und gesetzlicher Kontrolle. Die aktuellen Daten aus der Krematoriumsleichenschau des Instituts für Rechtsmedizin zeigen: Vielen Menschen ist Leid erspart worden.<sup>16</sup> Gleichzeitig konnte endlich, ohne grundsätzliche Aufgabe der Ansprüche, nüchtern und angstfrei auch über die Grenzen der Pflege und Medizin bei der Prophylaxe und Therapie von Dekubitus gesprochen werden.

Ohne die Leistung jüngerer Vorhaben schmälern zu wollen: Besondere Bedeutung kommt dem *Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe* bis zum Ende von *equip* in 2005 zu, dem es gelang, den offenbar notwendigen, von der Rechtsmedizin ausgelösten Schock über halbjährliche Impulse für das Qualitätsmanagement für lange Zeit produktiv zu halten. „Die Kraft zum Sehen“ ist eben manchmal „dem Glück der Epoche umgekehrt proportional.“<sup>17</sup>

Aber der Qualitätsvergleich hatte nicht nur den Schock als Bundesgenossen. Ein Schlüssel zum Erfolg in dieser ersten Periode lag vor allem bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Hamburger Altenpflege, die lernten, nicht nur mit dem in jeder Hinsicht enormen Druck, sondern auch mit Daten, Zahlen und Fakten immer besser umzugehen. Die Altenpflege hat zweifellos an Statur gewonnen. Ein anderer Schlüssel war die in diesen frühen Jahren besonders ertragreiche Kooperationsfähigkeit aller für die Pflege verantwortlich Handelnden. Diese Erinnerung könnte heute dem Menschen wohl tun, der gegenwärtig Anzeichen eines rauer werdenden gesellschaftlichen Klimas wahrnimmt.

16 Vgl. den Beitrag von Püschel und Heinemann in diesem Band.

17 Plessner (Anm. 1) S 172.

Das erste Projekt zum *Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe* war schließlich auch für die HPG der Präzedenzfall, mit dem sie sich als Projektträgerin empfahl. Dem folgten für sie dann in rascher Folge weitere Projekte in ähnlich übergeordnetem Interesse für die Altenpflege, etwa die durch den Europäischen Sozialfonds (ESF) geförderten, erfolgreichen Qualifizierungsoffensiven oder die anspruchsvolle und erfolgreiche Umsetzung der gesetzlichen Ausbildungsumlage in Hamburg.<sup>18</sup>

Es bleibt, eine vorläufig gute Bilanz zu ziehen. Das Ende von *SQS Dekubitus* kann und wird nicht das Ende der Aufmerksamkeit bedeuten. Ein erneuerter *Runder Tisch Dekubitus*, zu dem die HPG zukünftig relevante Akteurinnen und Akteure sowie Institutionen des Gesundheitswesens mindestens einmal jährlich einlädt, wird unter Hinzuziehung aller verfügbaren Informations- und Datenquellen die Entwicklung der dekubitusbezogenen Pflegequalität in Hamburg weiter beobachten und nötigenfalls abermals initiativ werden – in welcher Form dann auch immer.

<sup>18</sup> Vgl. <http://www.info-altenpflege.de/Qualifizierung/Default.aspx> und <https://www.ausbildungsumlage-altenpflege-hamburg.de/>, Zugriffe: 17.2.2017.



---

Eckhard Cappell\*

## Vom Skandal zur Kennzahl

Kooperationen und Indikatoren für die Qualitätsentwicklung  
in der Pflege

---

Mitte der 1990er-Jahre erlebte die pflegerische Versorgung in Hamburg und in Deutschland mit Einführung der Pflegeversicherung einen Umbruch. Die finanziellen Grundlagen verbesserten sich, private und öffentliche Marktteilnehmerinnen und -teilnehmer waren von nun an gleich zu behandeln und mit den Pflegekassen traten neue Akteure auf, die die pflegerische Versorgung mitgestalten sollten. Schon zu dieser Zeit gab es eine Diskussion um die Qualität der Pflege, die von Eindrücken, aber nicht von Fakten geprägt war. Umso eindrücklicher war es, als dann aus einer unvermuteten Richtung Fakten präsentiert wurden. 1998 wandte sich Professor Klaus Püschel vom Institut für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf an die Fachöffentlichkeit mit Befunden zu Dekubitalgeschwüren bei Verstorbenen,<sup>1</sup> die zuletzt in Krankenhäusern, Pflegeheimen oder zu Hause von Angehörigen oder Pflegediensten versorgt worden waren. Es handelte sich um Feststellungen, die keine der an der pflegerischen Versorgung beteiligten Personen und Institutionen kalt lassen konnten. Diese wurden dann im Januar 1999 in der medialen Öffentlichkeit skandalisiert. Insbesondere die professionelle Altenpflege war betroffen.

### Nachhaltige kooperative Lösungen

Daraufhin passierte etwas, das in gewisser Weise für die Situation in der Pflege in Hamburg typisch ist: Man setzte sich zusammen, suchte und fand nachhaltige Lösungsansätze. Ein Teil der Lösung bestand darin, dass die Beobachtungen und Daten der Rechtsmedizin in verschiedenen Forschungsvorhaben validiert werden sollten. Dies unterstützte die Hamburger Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales finanziell [52; 18; 14]. Aber man ergriff auch Maßnahmen. „Man“ – das waren die Hamburgische Pflegegesellschaft (HPG), die Pflegekassen, das Institut für Rechtsmedizin und die zuständige Behörde. Der *Hamburger Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe für die*

\* Leiter des Referats pflegerische Versorgungsstruktur, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV).

1 Vgl. den Beitrag von Püschel und Heinemann in diesem Band.

Altenpflege bzw. das Projekt *Externe Qualitätsimpulse für die ambulante und stationäre Pflege (equip Hamburg)* wurden aus der Taufe gehoben.<sup>2</sup> Pflegeeinrichtungen konnten sich freiwillig an einem dekubitusbezogenen Benchmarking-Projekt beteiligen und sich darüber hinaus in verschiedenen Arbeitszusammenhängen über wirksame Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe und -behandlung austauschen. Die Kosten wurden zunächst von den Pflegeverbänden und der zuständigen Behörde, im Fall von *equip* von den teilnehmenden Pflegebetrieben, den Pflegekassen und der zuständigen Behörde, getragen. Die Finanzierung von Nachfolgeprojekten, unter anderen die *Sektorübergreifende Qualitätssicherung bei Dekubitalgeschwüren (SQS Dekubitus)*, erfolgte dann alleine durch die Pflegeeinrichtungen bzw. deren Verbände. Diese von der Vorstellung der gemeinsamen Verantwortung getragenen Projekte haben einen Beitrag zur deutlichen Verbesserung der dekubitusbezogenen Pflegequalität insbesondere in der Hamburger Altenpflege geleistet. Die Fallzahlen sanken. Vielen überwiegend älteren Menschen ist durch die Anstrengungen zur Qualitätssicherung unnötiges Leid erspart geblieben.

### Ausblick: „Runder Tisch Dekubitus“

Mit dem Ende des Projektes *SQS Dekubitus* gelangt nun, fast zwei Jahrzehnte nach Beginn solcher Verfahren in 1999, eine sehr fokussierte Form der externen Qualitätssicherung zum Abschluss. Durch einen regelmäßigen, institutionenübergreifenden *Runden Tisch Dekubitus*, zu dem die HPG zukünftig verschiedene einschlägige Akteurinnen und Akteure sowie Institutionen einladen wird, wird die Entwicklung der dekubitusbezogenen Ergebnisqualität in der Hamburger Pflege unter Hinzuziehung aller verfügbaren Datenquellen weiter sehr aufmerksam beobachtet. Nicht zuletzt wird das Monitoring in der Rechtsmedizin fortgesetzt.

### Dekubitus als Qualitätskriterium

Wichtige Aufgaben und Themen werden im Hamburger städtischen Haushalt mit Kennzahlen abgebildet. Dies gilt auch für die Langzeitpflege und die Pflegequalität. Allerdings gibt es für die Pflege kaum quantitative Erfolgs-, Wirkungs- oder Qualitätskennzahlen. Weil die Dekubituszahlen des Instituts für Rechtsmedizin weiterhin eine große Bedeutung haben und durch sie auf diesem Gebiet auch Erfolge sichtbar geworden sind, war es naheliegend, die Dekubitusquote unter den Kremierten zu einer Qualitätskennzahl im Haushalt der Freien und Hansestadt Hamburg zu machen. Darüber haben Dr. Matthias Gruhl, Leiter des Amtes für Gesundheit in der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, und Professor Püschel im Jahr 2013 einen Kontrakt

2 Vgl. den Beitrag von Profener in diesem Band.

geschlossen. Damit drückt der Senat aus, dass die Ergebnisse in der Pflege von grundsätzlicher Bedeutung sind, er den Einrichtungen zutraut, einen erfolgreichen Kurs zu halten, und er sich auch nicht scheut, in Ermangelung anderer zahlenmäßiger Ergebnisse, Negativereignisse in der Pflege aufzuführen.

## Zukünftige Aufgaben einer kooperativen externen Qualitätssicherung

Der Ansatz einer kooperativen Qualitätssicherung stand und steht nicht völlig allein in Hamburg. Vergleichbare Projekte sind das Programm *Besondere stationäre Demen-tenbetreuung*, in dessen Rahmen eine Arbeitsgruppe des Landespflegeausschusses qualitätssichernd tätig war, oder das *Pflegetelefon Hamburg*, das als Beschwerdetelefon konzipiert war, und bis 2009 ebenfalls gemeinsam von den Pflegekassen, der HPG und der Behörde getragen wurde.

Diese Ansätze einer kooperativen Qualitätssicherung waren in Hamburg bisher über-wiegend<sup>3</sup> auf jeweils ein Thema und eine Methode beschränkt sowie zeitlich befristet. Das ist angesichts der Anforderungen des Arbeitsfeldes und der gesetzlichen Vorgaben, die solche Verfahren nicht vorsehen, nicht verwunderlich. Allerdings ist zu überlegen, ob nicht angesichts der Fülle der thematischen Aufgaben (z. B. Pflege von Menschen mit Demenz, Gewalt in der Pflege, Mangelernährung, freiheitsentziehende Maßnah-men, Personalmanagement), die die einzelnen Träger immer wieder vor hohe Herausforderungen stellen und die zuweilen schlecht gelöst werden, nicht nach übergreifenden Ansätzen gesucht werden sollte. Möglicherweise bieten Qualitätsindikatoren<sup>4</sup> hier einen Lösungsansatz, der sogar in die SGB XI Qualitätssicherung eingebettet werden könnte.

3 Vgl. die Hinweise von Profener in diesem Band etwa zur *EQS Altenpflege* in 2007/08, die mehrere Qualitätsin-dikatoren behandelte.

4 Engels D, Wingefeld K et al (2011) Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergeb-nisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Köln/Bielefeld.



## Von den Toten lernen für das Leben

Vom sogenannten Dekubitus-Skandal zu einer evidenzbasierten Qualitätssicherung in der Altenpflege

---

*Mortui vivos docent*

Das Vorkommen von Dekubitalgeschwüren unter älteren Menschen hat das Hamburger Institut für Rechtsmedizin bis heute über zwei Jahrzehnte lang beschäftigt und zwangsläufig der Gerontologie nähergebracht. Zweimal, 1999 und 2009, gelang es der Rechtsmedizin, durch außergewöhnliche öffentliche Interventionen Verbesserungen der Versorgungsqualität von Pflegebedürftigen anzustoßen. Vielfältige weitere für die Versorgungsqualität von älteren Menschen bedeutende Aktivitäten und thematische Weiterungen schlossen sich an. Im Folgenden wird diese erfahrungs- und erkenntnisreiche Periode nachgezeichnet. Ausgangspunkt war und ist dabei die Frage nach der Gewalt gegen alte Menschen, deren besonders augenfällige, wenn auch nicht einzige Manifestation das Entstehen eines Dekubitus sein kann.

Das Thema „Gewalt gegen alte Menschen“ rückte besonders im letzten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts in das Zentrum eines wissenschaftlichen Diskurses. Die sich abzeichnende Entwicklung hin zu einer überalterten Gesellschaft führt offenbar zu erheblichen sozialen Umbrüchen. Daraus resultierende Generationenkonflikte und Fragen der Ressourcenverteilung können unter Umständen auch in Aggression und Gewalt münden. Im Bereich der Rechtsmedizin sprach insbesondere Hans-Joachim Wagner diese Thematik bereits in den frühen 1990er-Jahren an;<sup>1</sup> auch die Hamburger Rechtsmedizin hat sich dem Problem bereits frühzeitig zugewandt [13].

\* Prof. Dr. und Dr.; Direktor und stellvertretender Direktor des Instituts für Rechtsmedizin (IfRM) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Universität Hamburg.

1 Wagner H-J (1991) Konsumgesellschaft und Tötungsdelikte an alten Menschen – Phänomen oder Panoramawandel rechtsmedizinischer Aufgaben. Rechtsmedizin 1: 35–40; Wagner H-J (1992) Konsumgesellschaft und Tötungsdelikte an alten Menschen: Phänomen oder bedrohliche Entwicklung? Dtsch Arztebl 89 (14): 1226–1229.

## Rechtsmedizin und Gerontologie

Das Fach Rechtsmedizin – früher hieß es einmal Gerichtliche und Soziale Medizin – hat eine Reihe von Schnittstellen mit der Geriatrie bzw. der Gerontologie. Es wird mit Fragestellungen konfrontiert, in denen ältere Menschen zumeist als Opfer, selten auch als Täterinnen und Täter angesprochen sind. Dies betrifft keinesfalls nur Todesfälle, sondern Gewaltprobleme unterschiedlichster Art: Verletzungen, Vergiftungen (mit Alkohol, Medikamenten), Vernachlässigung oder Freiheitsbeschränkung. Der Schwerpunkt der rechtsmedizinischen Tätigkeit liegt in der Diagnostik (morphologisch oder chemisch-toxikologisch), Dokumentation, Rekonstruktion und Begutachtung. Aus der zutreffenden Diagnosestellung ergeben sich zugleich klinisch-therapeutische sowie präventive Aspekte der Arbeit.

## Gewaltproblematik und Kriminalitätsfurcht

Bei Betrachtung der fast ausufernden Literatur kann der Eindruck gewonnen werden, dass das Phänomen „Gewalt gegen alte Menschen“ allgegenwärtig ist und eine generelle Ausbreitungstendenz zeigt. Dieser Eindruck wird nicht zuletzt durch die übertriebene Berichterstattung in verschiedenen Medien gefördert. Der spektakuläre Einzelfall gewinnt einen (unangemessenen!) generalisierenden Stellenwert. Im Hinblick auf Vernachlässigung sowie Gewalt gegen alte Menschen wird tendenziell Dramatik suggeriert und Furcht geschürt. Nüchterne Analysen treten demgegenüber in den Hintergrund. Hinzuweisen ist beispielsweise auf die Arbeit der Gewaltkommission des Deutschen Bundestags, die schon 1990 für den Bereich der Misshandlung älterer Menschen unter anderem ausdrücklich die Einführung gesetzlich präzisierter Melderechte für Ärztinnen und Ärzte und andere Berufsgruppen, die einer Schweigepflicht unterliegen, sowie eine verbesserte Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten zur Erkennung von Misshandlung gefordert hat. 1992 hat auch der Europarat eine internationale Analyse vorgelegt, aus der hervorgeht, dass 1 % bis 8 % der Älteren durch ihre Angehörigen Gewalt erfahren, wobei derartige Fälle nur ausnahmsweise durch eigene Hinweise der Gewaltbetroffenen aufgedeckt würden: Ein Hinweis auf den diffizilen Bereich des Dunkelfelds im Bereich der Vergehen gegen ältere Menschen.

## Formen der Gewalt

Es gibt viele Formen gewalttätiger Handlungsweisen gegenüber alten Menschen, verschiedene Ausdrucksformen und diesbezüglich entsprechende Klassifikationen. In theoretischer Hinsicht bedeutungsvoll ist die dichotome Einteilung in strukturelle und expressive Gewalt: einerseits Gewalt als Mittel zum Zweck, um das Opfer gefügig zu machen, andererseits als Ersatz für Sprache oder verbale Ausdrucksformen, als

psychomotorisch geformter Ausdruck von Affekten wie Ärger, Wut, Feindseligkeit, Frustration, eventuell sogar Hilflosigkeit – letztlich Sprachlosigkeit.

Von der Begehungsweise her werden folgende Formen der familiären und institutionellen Gewalt gegen alte Menschen unterschieden:

- Misshandlung (aktives Tun): körperliche Misshandlung, psychische Misshandlung, sexuelle Misshandlung, finanzielle Ausbeutung, Freiheitsbeschränkung;
- Vernachlässigung (Unterlassung): passive Vernachlässigung, aktive Vernachlässigung (in der Regel systematisch, keine einmalige Handlung oder Unterlassung).

## Hellfeld – Kriminalistik und Kriminologie

Hinsichtlich der Gewalt gegen ältere Menschen besteht in noch stärkerem Maße als bei der Kindesmisshandlung die Problematik einer Objektivierung des Phänomens bzw. auch nur einer halbwegs realistischen orientierenden Einschätzung des Dunkelfelds. Als Abbildung des Hellfelds ist insbesondere die Kriminalstatistik anzuführen. Die Statistik zeigt im Hinblick auf Körperverletzungs- sowie Tötungsdelikte einen geringfügig zunehmenden Anteil der Altersgruppe über 60 Jahre bei der Misshandlung von Schutzbefohlenen. Ansonsten ist bei allen gravierenden Gewaltdelikten die Tendenz gleichbleibend bzw. leicht fallend (abgesehen von Handtaschenraub und Einbruch). Es besteht eine große Diskrepanz zwischen der aus der Kriminalitätsstatistik ablesbaren geringen Gefährdung alter Menschen und der Kriminalitätsfurcht des älteren, sich möglicherweise weniger körperlich leistungsfähig und wehrhaft empfindenden Menschen. Man spricht in diesem Zusammenhang vom sogenannten „Viktimisierungs-Paradoxon“.

Die Feststellung einer allgemein eher niedrigen Misshandlungsquote bei älteren Menschen bedeutet allerdings keine Entwarnung. Die materiellen, physischen und psychischen Folgen von Gewalterfahrung sind im Alter in jedem Fall besonders gravierend. Zu bedenken ist – auch im Hinblick auf Ursache und Wirkung – dass alte Menschen sich vermehrt in ihr häusliches Milieu zurückziehen und für gefahrvoll erachtete Situationen meiden. Zu warnen ist umso mehr vor einer übermäßigen Dramatisierung der Thematik, die im Hinblick auf Aspekte der Lebensqualität älterer Menschen zu gesellschaftlichem Rückzug, sozialer Isolierung, allgemeiner Lebensangst, Inaktivität und Verlust an Lebensfreude führt.

## Spezielle Untersuchungen der Rechtsmedizin

Aus rechtsmedizinischer Sicht ist daran zu appellieren, auch bei älteren Menschen regelhaft Obduktionen durchzuführen und hierbei spezielle Untersuchungstechniken sowie insbesondere chemisch-toxikologische Folgeuntersuchungen einzusetzen. Es ist ein Kardinalfehler, im Rahmen der äußeren Leichenschau und des Ausfüllens der Todesbescheinigung bei älteren Menschen geradezu automatisch von einem „natürlichen Tod“ auszugehen. Erinnerung sei an – zunächst verkannte – Mordserien wie sie immer wieder beschrieben werden,<sup>2</sup> weiterhin auch an diverse Serientötungen in Krankenhäusern.<sup>3</sup> Da es sich bei den toten Alten zumeist um multimorbide Patientinnen und Patienten handelt, wird übrigens auch die übliche pathologisch-anatomische Sektion zumeist Befunde ergeben, die zur Diagnose eines natürlichen Todes verleiten.

Die Analyse der Sektionsstatistik der Hamburger Rechtsmedizin zeigt nach wie vor lediglich wenige Fälle, in denen eine Misshandlung durch Vernachlässigung offenbar war. Vereinzelt haben Angehörige alte Menschen in ihrer Wohnung praktisch sich selbst überlassen, sodass sich nach ihrem plötzlichen Tod, der teilweise erst Stunden oder Tage später angezeigt wurde, für den Leichenschauer Bilder entsetzlicher Verwahrlosung z. B. mit extremen Dekubitalulzera, Kachexie, Ungezieferbefall sowie völliger Verkotung boten. Es sind dann überwiegend (angeblich) pflegende Angehörige, die sich Vorwürfen ausgesetzt sehen; in einzelnen Fällen handelt es sich auch um ambulante oder stationäre Pflegesituationen. Bei Durchsicht der Sektionsprotokolle in der Hamburger Rechtsmedizin gibt es allerdings noch diverse ähnlich gelagerte Fälle, die mangels Eindeutigkeit im Zweifel für die verantwortliche Umgebung entlastend ausgelegt werden mussten [3; 4; 37].

An dieser Stelle ist auch auf frühere höchstrichterliche Urteile zur Dekubitusproblematik durch den 6. Zivilsenat des Bundesgerichtshofes hinzuweisen, die als Norm im Falle von Risikopatientinnen und -patienten spezielle prophylaktische Maßnahmen, unter Umständen deren tägliche mehrfache Durchführung, Dokumentation und ärztliche Kontrolle, setzten.<sup>4</sup>

Die Auswertung von Untersuchungsberichten des Institutes für Rechtsmedizin in Hamburg, in denen mutmaßlich geschädigte Personen begutachtet wurden [47; 10], bestätigt die bereits zitierten Ergebnisse der Kriminologie: Es gibt vergleichsweise wenig angezeigte Misshandlungen gegenüber älteren Menschen. Dies belegt auch die Hamburger Kriminalstatistik. So beruhigend dies auf den ersten Blick wirkt, so kritisch muss es auch bewertet werden: Es steht zu befürchten, dass die Rechtsmedizin unter

2 Rückert S (2000) Tote haben keine Lobby. Die Dunkelziffer der vertuschten Morde. Hamburg; Püschel K, Mittelacher B (2016) Tote schweigen nicht. Faszinierende Fälle aus der Rechtsmedizin. Hamburg.

3 Vgl. Maisch H (1997) Patiententötungen. Dem Sterben nachgeholfen. München.

4 Vgl. Eisenmenger W (1989) Beiträge zur gerichtlichen Medizin XLVII. Wien, S 345–347.

Umständen nicht aufmerksam genug ist und dass in der Gewaltopferambulanz des Instituts für Rechtsmedizin bei alten Menschen Untersuchungen nicht ausreichend häufig durchgeführt werden.

## Dekubitus im Umfeld der Sterbephase

Dekubitus ist ein durch statische Druckbelastung verursachter Absterbebezirk der Haut und darunter liegender Gewebeschichten an exponierten Körperstellen, der durch Kofaktoren wie etwa Reibung, Feuchtigkeit und Krankheitskeime begünstigt wird. Zu den einen Dekubitus begünstigenden Grunderkrankungen gehören komatöse Zustände sowie trophische, sensible und motorische Störungen im Rahmen neurologischer und vaskulärer Syndrome unterschiedlicher Genese, Inkontinenz, Auszehrung bzw. Hypalbuminämie, Dehydratation und Anämie. Nicht abheilende Dekubitalulzera sind aufgrund septischer Komplikationen mit erhöhter Mortalität belastet. In umfassenden Risikoanalysen der Krankenhaussterblichkeit ist Dekubitus aber kein unabhängiger Risikofaktor für einen tödlichen Ausgang. Dekubitalulzera gelten als Folge fehlerhafter Prävention – früher war das beinahe eine stehende Wendung: „Jeder Dekubitus ist vermeidbar“. Sie können einerseits Anlass forensischer Begutachtung sein; andererseits sind sie vor allem bei Sterbenden ein allgegenwärtiges Grundproblem der Pflege und geriatrischen Versorgung.

## 1997 – Beginn des Dekubitus-Monitorings in der Rechtsmedizin

Ende der 1990er-Jahre wurden die Prävalenz, Risikofaktoren und die Bedeutung des Pflegeumfelds in der Sterbephase in der alltäglichen Routine der Leichenschau (speziell im Rahmen der zweiten Leichenschau vor der Kremierung, gemäß Feuerbestattungs- bzw. Bestattungsgesetz) auffällig und zu einem aktuellen Thema.

Es wurde damit begonnen, bei allen im Rahmen der zweiten Leichenschau vor Kremation zu untersuchenden Verstorbenen in Hamburg durch ein Team rechtsmedizinisch erfahrener Ärztinnen und Ärzte nach Maßgabe eines standardisierten Protokolls prospektiv die Prävalenz von Dekubitalgeschwüren zu erheben. Die morphologische Klassifizierung erfolgte gemäß eines vierstufigen Gradierungsschemas in Anlehnung an SHEA.<sup>5</sup> Diese Beobachtungsphase mündete in einer ersten Dissertation von Harald Hayek [12].

Hayek überprüfte im Krematorium Hamburg-Öjendorf im dritten Quartal 1997 bzw. im Januar 1998 zweimal 1.000 aufeinanderfolgende Todesfälle unter epidemiologischen, sozialen und forensischen Gesichtspunkten. Schon hier zeigte sich die

5 Shea JD (1975) Pressure sores. Classification and management. Clin Orthop Relat Res 112: 89-100.

Altersgruppe der 80- bis 89-Jährigen weit überproportional von Dekubitus betroffen. Besonders „belastet“ war zudem der Bereich der institutionellen Altenpflege. Dekubitusläsionen vom Grad III und IV zeigten sich bei über 3 % der Verstorbenen.

## Systematische Erhebung 1998

Systematisiert und erweitert wurde diese Pilotstudie dann für das Jahr 1998 insgesamt. In diesem Jahr wurde durch das Institut für Rechtsmedizin in einer Querschnittserhebung im Rahmen von 10.222 Krematoriumsleichen-schauen die Prävalenz von Dekubitalgeschwüren bei Verstorbenen prospektiv untersucht: Es zeigte sich eine Gesamtprävalenz von 11,2 % für Dekubitalgeschwüre der Grade I bis IV. Auf Grad III sowie Grad IV entfielen 1,1 % bzw. 0,9 %. Weitergehende Analysen zeigten als unabhängige Risikofaktoren für die Ausbildung von höhergradigen Dekubitalgeschwüren die Variablen weibliches Geschlecht, Sterbezeitpunkt Sommerhalbjahr, Altersmarasmus (Altersschwäche), Insult und andere neurologische Grunderkrankungen, chronische Nierenerkrankungen und Traumaanamnese, darüber hinaus auch die Institutionalisierungsformen (Pflegeheimbereich) zum Sterbezeitpunkt [17; 16].

Seinerzeit lautete die Schlussfolgerung: Stationäre Einrichtungen der Altenpflege sind in besonderer Weise mit der Problematik Dekubitus konfrontiert; weitere qualitätssichernde Maßnahmen erscheinen diesbezüglich unabdingbar. Individuelle und organisatorische Defizite in der Umsetzung von Standards der Dekubitusprävention verweisen auch auf mögliche Schwachstellen der gegenwärtigen Rahmenbedingungen der Pflege, aber auch auf die Verantwortung ärztlicher Supervision bei der Dekubitusversorgung. Bei der forensischen Bewertung höhergradiger Dekubitalulzera sollte neben Pflegestandards auch berücksichtigt werden, ob in der Sterbephase möglicherweise eine besondere ethische Abwägung bei der Frage der Wahrnehmung maximaler therapeutischer Handlungsoptionen gerechtfertigt ist.

## Weitere Aktivitäten und öffentliche Anerkennung

Bereits mit Beginn des Dekubitus-Monitorings (als einem besonderen Aspekt der Gewaltproblematik) entfaltete die Rechtsmedizin in verschiedenen Kooperationen weitere Aktivitäten, um auf einigen Feldern eine Verbesserung der Situation in Hamburg anzubahnen. Zusammen mit dem Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen wurden kriminologische Forschungsprojekte (speziell auch Dunkelfeldstudien) zur Phänomenologie der Gewalteinwirkung im höheren Lebensalter (zu Misshandlung und Vernachlässigung) initiiert. Am Institut für Rechtsmedizin wurde außerdem der „Verein gegen Aggressivität und Gewalt e. V.“ gegründet. Eine Gewaltopferambulanz wurde eingerichtet, die seitdem niedrigschwellig allen Hamburger Bürgerinnen und Bürgern zur Verfügung steht (insbesondere auch älteren Menschen).



Abb. 1: Eine Mitarbeiterin des Instituts für Rechtsmedizin bei der rechtsmedizinischen Leichenschau.  
Quelle: Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg



Abb. 2: Dokumentation höhergradiger Dekubitalgeschwüre bei der rechtsmedizinischen Leichenschau.  
Quelle: Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg

Außerdem wurde mit Professor Hans Peter Meier-Baumgartner, seinerzeit Ärztlicher Direktor des Hamburger Albertinen-Hauses, eine Ad-hoc-Arbeitsgruppe zur Dekubitusproblematik eingerichtet. Die Ärztekammer Hamburg, die Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS), weitere Institutionen sowie Akteurinnen und Akteure wurden darüber informiert, dass es aus Sicht der Rechtsmedizin in Hamburg offenbar aufgrund von Vernachlässigung bzw. Unterlassung notwendiger Pflegemaßnahmen zu einer unakzeptablen Häufung von Dekubitalulzera bei alten Menschen, Schwerkranken und Pflegebedürftigen kommt.

Die Öffentlichkeit hat früh die Bedeutung des außergewöhnlichen Engagements der Hamburger Rechtsmedizin für die Qualitätsentwicklung in der (Alten-)Pflege erkannt und gewürdigt, etwa durch die Verleihung des Trude Unruh-Preises 2000 von der Grauen-Panther-Stiftung oder des Dr. Günther-Buch-Preises 2000 der Johanna und Fritz Buch Gedächtnis-Stiftung.

## Skandalisierung 1999

In Hamburg wurde die Dekubitusproblematik zu Beginn des Jahres 1999 öffentlich skandalisiert. – Dies war durchaus nicht die Absicht der Rechtsmedizin. Sie hatte von Anfang an immer wieder darauf hingewiesen, dass im Fall eines Dekubitus nicht etwa nur persönliche Defizite bei den Personen anzumahnen seien, die sich im Bereich der Krankenpflege sowie der institutionellen Altenpflege in der Regel maximal engagierten. Gewarnt wurde davor, mit erhobenem Zeigefinger auf den ersten Blick offenkundig erscheinende Missstände und einzelne Pflegenden oder Pflegebetriebe anzuprangern, bevor nicht sämtliche Umstände des Einzelfalls sorgfältig analysiert seien. Häufig ist ja nicht eindeutig zu entscheiden – auch aufgrund einer unzureichenden Dokumentation – ob und wie ein Dekubitus zu verhindern gewesen wäre, sowie, wann und wo er überhaupt erstmals aufgetreten ist. Die Rechtsmedizin wollte unbedingt vermeiden, allein durch den voreilig geäußerten Anfangsverdacht die Bereitschaft des in der Regel an den Grenzen der physischen und psychischen Belastbarkeit arbeitenden Pflegepersonals zu sinnvollen Veränderungen zu zerstören.<sup>6</sup> Die Verantwortung für die offenkundigen Missstände ist nicht bei den Pflegenden und nicht allein bei ihren Betrieben zu sehen, sondern vielmehr bei der Gesellschaft insgesamt und den von ihr für mehr Aufmerksamkeit zur Verfügung gestellten Ressourcen.

Im Nachhinein erwies sich letztlich auch die öffentliche Skandalisierung gerade der Hamburger Situation in der Sache als überzogen. Die Dekubitusprävalenz (insbesondere Grad III und IV) war in Hamburg im Vergleich zu anderen großstädtischen Regionen – das zeigten entsprechende Untersuchungen in den folgenden Jahren zum Beispiel in Berlin oder Hannover – stets vergleichsweise gering (vgl. Tabelle 1). – In Berlin

6 Vgl. den Beitrag von Profener in diesem Band.

wurde beispielsweise bei der Krematoriumsleichenschau in den Jahren 1999 bis 2002 eine Dekubitusprävalenz von 6,5% für Grad III und IV festgestellt, in Hannover in den Jahren 1999 bis 2001 eine Prävalenz von 2,5%. In Hamburg lag die entsprechende Prävalenz 1998, dem Referenzjahr der Skandalisierung, bei 2% (Pflegeheime ca. 4%). Sie sank dann sogar in Folge der sich an die Skandalisierung anschließenden Aktivitäten der Qualitätssicherung bis zum ersten Halbjahr 2005 auf deutlich unter 1% (Pflegeheime 0,6%).

Dekubitus-Grad	Berlin 1999–2002	Hannover 1999–2001	Hamburg 1998
Grad II	4,8	7,8	3
Grad III	4,5	1,6	1,1
Grad IV	2	0,9	0,9

*Tabelle 1: Dekubitusprävalenz bei der Krematoriumsleichenschau im Vergleich (in %) – Berlin (n = 13.673), Hamburg (n = 10.222) und Hannover (n = 12.218)*

## Strafrechtliche und zivilrechtliche Konsequenzen

Strafrechtliche Konsequenzen ergaben sich aus dekubitusbezogenen Pflegemängeln aufgrund der hohen Kausalitätsanforderungen im Rahmen der Begutachtung nur ausnahmsweise. Die Rechtsmedizin hat 48 solcher Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaften Hamburg und Hannover mit Anfangsverdacht zumeist einer fahrlässigen Tötung durch sorgfaltswidrige dekubitusbezogene Pflegemängel ausgewertet [3; 4]. Die führenden Vorwurfsgründe lauteten fehlerhafte Dokumentation oder Risikoeinstufung. Von 37 Verfahren endeten 2 mit Einstellung gegen Geldbuße, die übrigen wurden folgenlos eingestellt. – Zivilrechtliche Folgen waren und sind dagegen angesichts der nach wie vor in der Altenpflege bestehenden Mängel und Dokumentationsprobleme wahrscheinlicher (dabei kann es z. B. auch zu einer Umkehr der Beweislast kommen).

## „Runder Tisch Dekubitus“ und der Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe für die Altenpflege

Der teils undifferenzierten Skandalisierung der Dekubitusproblematik folgte immerhin eine sehr positive Kooperation der Rechtsmedizin (an einem ständigen *Runden Tisch*) mit verschiedenen beteiligten Akteurinnen und Akteuren sowie Institutionen (z. B. Krankenhäusern, Pflegekräften, Altenpflegeeinrichtungen, der Hamburgischen Pflegegesellschaft, Stabsstellen für Qualitätssicherung, Kranken- und Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, Gesundheitsämtern sowie sonstigen behördlichen Einrichtungen). Hervorzuheben ist dabei insbesondere die gleicher-

maßen engagierte, verbindliche und ausgleichende Position des seinerzeitigen Staatsrates in der Gesundheitsbehörde, Dr. Peter Lippert; ihm gebührt großer Dank dafür, dass dieser erste *Runde Tisch Dekubitus* für alle Akteurinnen und Akteure gleichermaßen Kontinuität erhielt und kreative Perspektiven entwickelte.

Nach intensiven Diskussionen wurde mit den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren im Bereich der Altenpflege ein kontinuierliches dekubitusbezogenes Monitoring-System entwickelt – der sogenannte *Hamburger Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe für die Altenpflege*. Die Koordination des Verfahrens wurde bei der Hamburgischen Pflegegesellschaft (HPG) angesiedelt.<sup>7</sup> Das nach dem Muster eines in Hamburger Krankenhäusern bereits bewährten Verfahrens<sup>8</sup> ausgearbeitete Projekt startete im April 1999 und wurde 2002 unter dem Namen *equip (Externe Qualitätsimpulse für die ambulante und stationäre Pflege)* institutionalisiert. Weitere Projekte, von der *Externen Qualitätssicherung Altenpflege (EQS Altenpflege)* bis hin zur *Sektorübergreifenden Qualitätssicherung bei Dekubitalgeschwüren (SQS Dekubitus)*, schlossen sich an.<sup>9</sup>

Der *Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe für die Altenpflege* bzw. *equip* wurde in den folgenden Jahren zu einem wichtigen Knotenpunkt in einer Art Hamburger „Dekubitus-Netzwerk“, von dem vielfältige weitere Aktivitäten zur Verbesserung der dekubitusbezogenen Versorgungsqualität ausgingen. Sie alle trugen zu einem deutlichen und stetigen Rückgang des Vorkommens von Dekubitus unter älteren Menschen in Hamburg bei. Nicht zuletzt die fortgesetzte Beobachtung im Rahmen der rechtsmedizinischen Krematoriumsleichenschau bestätigte dies. In Hamburg lag die hier dokumentierte Prävalenz höhergradiger Dekubitalgeschwüre 1998, dem Referenzjahr der Skandalisierung, bei 2 % (Pflegeheime ca. 4 %). Sie sank in Folge vielfältiger Aktivitäten der Qualitätssicherung bis zum ersten Halbjahr 2005 auf deutlich unter 1 % (Pflegeheime 0,6 %).

## Weitergehende Untersuchungen: die „Fall-Kontroll-Studie“

Die Qualitätssicherungsverfahren konnten gleichwohl nicht alle Fragen zur Dekubitusproblematik beantworten und es erfolgten deshalb – überwiegend initiiert durch das Hamburger Albertinen-Haus (zunächst Prof. Hans Peter Meier-Baumgartner, dann Prof. Wolfgang von Renteln-Kruse) und das Institut für Rechtsmedizin – Antragsstellungen für weitergehende wissenschaftliche Untersuchungen. Unter anderem wurde das Forschungsprojekt *Ursachen und Zusammenhänge der Dekubitusentstehung*, die

7 Vgl. den Beitrag von Profener in diesem Band.

8 Vgl. den Beitrag von Brase in diesem Band.

9 Vgl. den Beitrag von Profener in diesem Band.

sogenannte *Fall-Kontroll-Studie*, in Teilen durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und durch die Robert Bosch Stiftung gefördert [27].

Die grundlegende Frage in diesem Projekt lautete: Warum bekommen ältere Menschen einer Kontrollgruppe keinen höhergradigen Dekubitus, obwohl sie ein vergleichbares Risikoprofil aufweisen wie Pflegebedürftige bzw. Patientinnen und Patienten mit höhergradigem Dekubitus? Dies war seinerzeit ein sehr unkonventioneller Ansatz, sich dem Problemfeld Dekubitus zu nähern. Die Stärken des Studiendesigns lagen darin, dass auf der einen Seite die Entstehungsbedingungen methodisch sauber an einer größeren Zahl von älteren Menschen, Pflegebedürftigen sowie Patientinnen und Patienten (100 Fälle und 100 Kontrollen) evaluiert und zugleich alle an der Versorgung beteiligten Personen (Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte, Pflegebedürftige, Patientinnen und Patienten, pflegende Angehörige) im Rahmen von Befragungen einbezogen wurden. Es sollten wissenschaftliche Ergebnisse erzielt werden, die eine hohe Praxisrelevanz aufwiesen. Die Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus dem Projekt beinhalten eine Vielzahl von Ansätzen für eine Verbesserung der Pflege von dekubitusgefährdeten älteren Menschen und für die vertiefende Erforschung von Einzelfragen.

Die durchgeführten Befragungen stießen durchweg auf eine hohe Akzeptanz. Deshalb gilt der Dank auch allen Institutionen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus der Pflege, weiterhin allen Ärztinnen und Ärzten, die an den Befragungen teilgenommen haben. Die Meinungen und Erfahrungen aller Beteiligten waren ein wichtiger Baustein, um Ansatzpunkte für eine verbesserte Dekubitusversorgung zu identifizieren. Ein ganz besonderer Dank gilt den Angehörigen, die in einer schwierigen Lage um eine Einwilligung für die Recherchen gebeten wurden, und die im Falle häuslicher Pflege fast ausnahmslos für ein persönliches Interview zur Verfügung standen.

Die Berichte zum Projekt fassen die wesentlichen Ergebnisse der breit angelegten Studie für die unterschiedlichen, bereits genannten, beteiligten Personengruppen zusammen [31; 29; 27]. Vertiefend wurden parallel u. a. in Diplomarbeiten die Themen Belastung von Angehörigen, Fortbildung von Pflegekräften und Medikation bearbeitet.

Das gewählte retrospektive, multidimensionale Studiendesign der *Fall-Kontroll-Studie* erlaubte keine Beurteilung kausaler Zusammenhänge der Entstehung von Dekubitus, sondern im besten Falle die Beschreibung enger Assoziationen. Die Analysen ergaben insbesondere, dass (nur) die Risikofaktoren Patienten-Compliance (Kooperationsfähigkeit), Kontrakturen, Medikamente mit zentralnervöser dämpfender Hauptwirkung, die Pflegestufe III sowie die Diagnose einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit mit den höhergradigen Dekubitusfällen in bezeichnender Weise (signifikant) assoziiert waren. Geprüft wurde darüber hinaus der Einfluss von Diagnose-Hauptgruppen (gemäß ICD-10, einzelne Diagnosen wie arterielle Hypertonie, Demenz, Diabetes etc.), die Anzahl der Medikamente sowie verschiedene Medikamentengruppen (zentralnervöse Haupt- und Nebenwirkungen, mit Wundheilungsstörungen assozi-

ierte Cyclo-Oxygenase [COX]-Hemmer ohne vermeintlichen Einfluss auf Dekubitus), das Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung, Infektionen (nicht der Wunde selbst) und Inkontinenz. Als methodisch problematisch erwiesen sich die retrospektive Beurteilung des Flüssigkeitshaushaltes und die eindeutige Beschreibung von Risikofaktoren aus den Angaben zu den Lagerungshilfsmitteln, den Lagerungspositionen und den ärztlichen Interventionen.

Zusammenfassend war für den *Fall-Kontroll-Vergleich* festzuhalten:

1. Die mit höhergradigem Dekubitus assoziierten Risikofaktoren ergaben Ansatzpunkte für Verbesserungsmaßnahmen beispielsweise bei der Optimierung von Risikoskalen oder im Bereich von Schulungen; sie bedürfen trotzdem einer weiteren Erforschung in anderen Settings.
2. Hinsichtlich der Hilfsmittelversorgung war von keiner systematisch schlechteren Versorgung der Dekubitusfälle auszugehen.
3. Bei diesen Fällen waren auch keine systematisch schlechteren Lagerungsintervalle festzustellen.
4. Auch hinsichtlich der ärztlichen Interventionen konnte keine systematisch schlechtere Versorgung nachgewiesen werden.

Die Evaluation von Handlungsmaßnahmen bei 127 Personen des *Fall-Kontroll-Vergleiches* mit Dekubitus größer oder gleich Grad II ergab:

1. Obsolete und schädliche Maßnahmen und Mittel wie „Eisen und Föhnen“ stellten mittlerweile eher eine Ausnahme dar. In der Stichprobe wurden bei 9 % der Patientinnen und Patienten mit Dekubitus größer gleich Grad II derartige Mittel eingesetzt.
2. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten wies in der Mehrzahl Schwächen hinsichtlich einer konsequenten Strategie auf. Der häufige und langfristige Einsatz nicht granulationsfördernder Mittel, die kontraproduktive Kombination von Maßnahmen sowie der Wechsel von unterschiedlichen Therapieansätzen in kurzen Zeiträumen wurden bei 46 % der Patientinnen und Patienten verzeichnet.
3. Eine nach Aktenlage leitlinienorientierte Dekubitusbehandlung war (nur) für 38 % der Patientinnen und Patienten anzunehmen.
4. Der zuständige Arzt bzw. die zuständige Ärztin griff häufig erst bei hochgradigen Befunden ein oder wurde erst dann hinzugezogen.

Auf die Befragung von Pflegekräften, von leitenden Pflegekräften, von Hausärztinnen und Hausärzten, von pflegenden Angehörigen soll hier nicht näher eingegangen werden, die Ergebnisse sind anderswo ausführlich vorgestellt und diskutiert worden [29].

Der Fall-Kontroll-Vergleich unterstrich das multikausale Entstehungsmodell für Dekubitus. Alle untersuchten Variablen hatten Einfluss auf die Entstehung eines Dekubitus. Es wurden jedoch Risikofaktoren identifiziert, die im besonderen Maße mit höhergradigem Dekubitus assoziiert sind. Die Versorgungsqualität war bei den Fällen trotz vermehrter Anstrengungen im Vergleich zu den Kontrollen nicht ausreichend bzw. setzte nicht rechtzeitig an. Es bedurfte und bedarf daher einer Vielzahl von Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen, um die dekubitusbezogene Versorgungsqualität zu verbessern und zu sichern.

Insgesamt, nach den diversen eigenen Untersuchungen und Begutachtungen zur Prävention, Pflege, Behandlung und Dokumentation bei Dekubitus, geht die Hamburger Rechtsmedizin heute davon aus, dass Dekubitusläsionen in einem relevanten Prozentsatz der Fälle nicht verhindert werden können (insbesondere auch nicht im Umfeld der Sterbephase, in der ein Therapieverzicht gegenüber den persönlichen Bedürfnissen der Sterbenden abgewogen werden muss). – Der Anspruch, jeden Dekubitus vermeiden zu können, muss jedenfalls relativiert werden.

## Wichtige Publikationen

Neben diversen Doktorarbeiten und Fachveröffentlichungen zu morphologischen und forensischen Aspekten des Dekubitus, die zu einem beachtlichen Wissenszuwachs im Hinblick auf die Pathogenese und Morphogenese des Dekubitus geführt haben,<sup>10</sup> wurden aus dem Hamburger Dekubitus-Netzwerk heraus einige dekubitusbezogene Publikationen von überregionaler Bedeutung erarbeitet. Zwei seien hier kurz genannt: Ein Hamburger Autorenkollektiv schrieb 2002 die Gesundheitsberichterstattung des Bundes zum Thema Dekubitus [39]. Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE des Bundes) beschreibt den Gesundheitszustand der Bevölkerung, das Gesundheitsverhalten, die Verbreitung von Risikofaktoren, die Inanspruchnahme von Leistungen sowie die Kosten und Ressourcen des Gesundheitswesens. Sie basiert auf vorhandenen Daten, die in den Berichten zusammengeführt und bewertet werden. Ihre Aussagen beziehen sich auf die nationale Ebene und haben eine Referenzfunktion für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. – Die Gesundheitsberichterstattung für Deutschland wird durch die regelmäßige Herausgabe von Themenheften aktuell gehalten.

Hamburger Autorinnen und Autoren verfassten 2005 unter Federführung der Rechtsmedizin ebenfalls den sehr grundlegenden Health Technology Assessment/HTA-Bericht Dekubitusprophylaxe und -therapie [6] – eine akribische Untersuchung der weltweit verfügbaren Leitlinien, Standards und Literatur zu Maßnahmen und Hilfsmitteln der Prophylaxe und Therapie bis Dekubitus Grad II.

10 Vgl. die Auswahlbibliografie in diesem Band.

## Eine erneute Zäsur

In den ersten Jahren des sogenannten *Runden Tisch Dekubitus* haben die regelmäßigen Treffen zu einem vertieften Verständnis und zu wirksamen Vermeidungsstrategien von Dekubitalläsionen geführt. Als ständige Melde- und Evaluierungsstrategie war dazu der *Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe für die Altenpflege* bzw. das Projekt *equip* von richtungsweisender Bedeutung. Dieses Verfahren wurde allerdings Ende 2005 beendet<sup>11</sup> – gegen den erklärten Widerstand vieler Fachleute.

Die zuvor über mehrere Jahre hinweg positive Entwicklung hat sich dann im Lichte der Krematoriumsleichenschau bis zum Jahre 2007 leider nicht fortgesetzt. Im Gegenteil: Auf Seiten der Rechtsmediziner entstand der Eindruck (ablesbar an erneut steigenden Dekubitusprävalenzen bei Verstorbenen im Krematorium), dass die begonnene Kooperation sowie der offensive und transparente Umgang mit dem Problem Dekubitus allmählich erlahmte.

## Die Studie „Leben (und Sterben) im Alter“

Das Institut für Rechtsmedizin wurde deswegen im Jahre 2007 erneut offensiv und initiierte – unterstützt von der Robert Bosch Stiftung – die Studie *Leben (und Sterben) im Alter*. Das Jahr 2008 wurde dabei prospektiv für ein erheblich erweitertes Monitoring bei der Krematoriumsleichenschau in Hamburg festgelegt, 10 Jahre nach der ersten Qualitätsoffensive der Rechtsmedizin.

Für die folgenden Bereiche wurden zunächst Zielsetzungen und erwartete Fortschritte definiert:

- Für die Rechtsmedizin:

Klarstellung von Qualitätsanforderungen an die Krematoriumsleichenschau; Festlegung von Maßstäben für eine weitergehende Information / Einschaltung der Ermittlungsorgane (Polizei, Staatsanwaltschaft); Einschätzung / Klassifikation des Pflegezustands im Hinblick auf einerseits medizinische sowie andererseits juristische Zwecke.

- Für die Geriatrie / Gerontologie:

Erhebung objektiver Daten zum Pflegezustand (Dekubitus), zum Zahnstatus, zu Ernährung, zur Versorgung mit Prothesen und Schrittmachern zum Zeitpunkt des Todes; Darstellung von Todesart und Todesursache im Alter.

- Für die Versorgungsforschung:

Darstellung morphologisch abgrenzbarer Defizite in der Versorgung; systematische Erhebung derselben in einer großen, keiner Selektion unterworfenen Stichprobe; Erarbeitung geeigneter Ansätze zur Verbesserung der Versorgung alter Menschen;

<sup>11</sup> Vgl. zu den Gründen den Beitrag von Profener in diesem Band.

unter Umständen Vermeidung einer Überversorgung, zum Beispiel durch den Einsatz aufwändiger, kostspieliger Herzschrittmacher/Defibrillatoren; Erarbeitung systematischer Daten zur Diskussion um Sinn und Unsinn von sogenannten PEG-Magen-sonden für alte, kranke und demente Menschen; Darstellung der Entwicklung im Hinblick auf Pflegeparameter (z. B. Dekubitus) im 10-Jahres-Vergleich (Vergleich der aktuellen Studie für 2008 mit der 10 Jahre zuvor durchgeführten ähnlichen Studie im Jahre 1998).

- Für die Qualitätssicherung sowie für die Öffentlichkeitsarbeit:

Darstellung der Krematoriumsleichenschau als geeignetes Instrument der Qualitätssicherung im Bereich der Altenpflege sowie der medizinischen Versorgung alter Menschen; Erarbeitung fundierter und objektiver Daten für die entsprechenden Fachdisziplinen von Pflege und Medizin; Information der Medien über die Projektzusammenhänge unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung der Bevölkerung; Betonung der bundesweiten Relevanz des Projektes durch eine besonders umfangreiche Studie zu einem besonders sensiblen sogenannten Tabuthema mittels Darstellung objektiv belegbarer, auffallender Befunde von mangelnder sozialer Einbindung, Pflege und medizinischer Versorgung in einer besonders verletzlichen Phase des menschlichen Lebens, nämlich im Zusammenhang mit dem Sterben.

Überprüft wurden erneut alle Sterbefälle des Jahres 2008, die im Rahmen der zweiten Leichenschau vor der Einäscherung im Krematorium untersucht wurden. Eine Teil-Stichprobe mit spezieller zahnärztlicher Dokumentation wurde von August 2008 bis Dezember 2008 untersucht; es handelte sich insgesamt um 1.224 Verstorbene (davon 720 weibliche und 504 männliche). Die hier erarbeiteten Ergebnisse bezogen sich also ausdrücklich (nur) auf die letzte Phase des Lebens, die dem Sterben unmittelbar vorausgeht. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden vor allem mehrere Aspekte zur pflegerischen und medizinischen Versorgung älterer Menschen gleichzeitig analysiert; im Einzelnen hieß das: der Hautzustand (Dekubitus), der Ernährungszustand, der Zahnstatus und das Gebiss, Endoprothesen und künstliche Hüft- und Kniegelenke nebst Sturzgefahren, Herzschrittmacher und Defibrillatoren, die Todesart, insbesondere Suizidalität, sowie das Versterben in Einsamkeit.

Die Inhalte und Ergebnisse des Projektes wurden in der Rechtsmedizin in vielfachen Besprechungsrunden sowie im Doktorandenseminar mit den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (in der sogenannten Geronto-Arbeitsgruppe) besprochen. Mehrfach erfolgten Abstimmungen mit dem hierfür zusammengestellten wissenschaftlichen Beirat des Projekts. Wiederholt wurden im Verlauf des Jahres 2009 Teilergebnisse veröffentlicht (z. B. auf Kongressen, Fortbildungsveranstaltungen, gegenüber der Presse und Öffentlichkeit sowie im politischen Raum, z. B. bei einer Befragung durch die Hamburger Bürgerschaft).

## Das 10-Punkte-Programm

Aus dieser umfassenden Studie zur Situation älterer Menschen in Hamburg – dargestellt durch die Untersuchung der Toten, die Dokumentation des Spurenbildes am Ende des Lebens und die Analyse der Umstände des Sterbens – formulierte das Institut für Rechtsmedizin 2009 eine Presseerklärung sowie ein in mancherlei Hinsicht auch heute noch erinnerungswürdiges *10-Punkte-Programm* zur besseren Versorgung älterer Menschen. Die wesentlichen Beobachtungen und Einschätzungen lauteten seinerzeit:

- i. Deutschland gehört zu den Ländern mit dem weltweit höchsten Anteil älterer Menschen. Im Jahr 2000 war ein Viertel der Gesamtbevölkerung mindestens



Abb. 3–5: Dokumentation der körperlichen Verfassung Verstorbener im Projekt „Leben (und Sterben) im Alter“ des Hamburger Instituts für Rechtsmedizin 2008. Quelle: Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg

60 Jahre alt; im Jahr 2030 wird dies bereits jeder dritte Mensch sein (34,4 %).

Es wird von der (Über-)Alterung der Gesellschaft gesprochen.

Festzustellen ist einerseits eine zunehmende Anzahl gesunder, aktiver und selbstbestimmt lebender Senioren – dank der großen Fortschritte der Medizin und einer gesünderen Lebensweise. Andererseits erhöht sich mit der steigenden Lebenserwartung auch die Zahl der in der letzten Lebensphase gesundheitlich beeinträchtigten, hilfs- und pflegedürftigen Menschen. – Insoweit ein Fluch bzw. ein Danaer-Geschenk der Medizin!

Heute kann jedoch (noch) festgestellt werden: Die Lebensqualität ist trotz chronischer Krankheiten und/ oder Behinderungen für die Mehrheit der Menschen im Alter immer weiter angestiegen. Insgesamt hat das Risiko, pflegebedürftig zu werden, in Deutschland in den letzten Jahren eher abgenommen. Aber hier dürfen alle an der Versorgung Mitwirkenden nicht nachlassen, sondern die Versorgung muss im Rahmen des Möglichen weiter verbessert werden.

2. Vor einem Jahrzehnt, 1999, haben die Rechtsmediziner in Hamburg erstmals auf die kritische Situation älterer, kranker und pflegedürftiger Menschen aufmerksam gemacht. Danach wurde seinerzeit in Hamburg und auch bundesweit vom sogenannten Dekubitus- bzw. Pflegeskandal gesprochen. Übrigens: Damals war und auch heute ist dies keineswegs eine Hamburgensie. Vielmehr waren die Zahlen über Dekubitusprävalenzen in anderen deutschen Großstädten (z. B. Berlin und Hannover) – dargestellt anhand der Situation bei der Krematoriumsleichenschau – eher noch bedenklicher!

Der frühere Untersuchungsansatz im Rahmen der Krematoriumsleichenschau wurde auch jetzt wieder verfolgt. Es erfolgte die Überprüfung der Sterbefälle, die im Rahmen der zweiten Leichenschau im Krematorium untersucht werden. Die Ergebnisse beziehen sich also ausdrücklich auf die letzte Phase des Lebens, die dem Sterben unmittelbar vorausgeht. Dass die Ursachen der in der Leichenschau festgestellten medizinischen Probleme zum Teil viele Jahre zurück liegen, ist eine eher selbstverständliche Erkenntnis. Insofern ist der von der Rechtsmedizin erhobene Status das Ergebnis einer Entwicklung, die eventuell nur einige Tage gedauert hat, möglicherweise aber auch das Zeitraffer-Bild einer jahrelangen problematischen Entwicklung darstellt.

Im Rahmen der Altersstudie 2008 wurde der Ansatz umfassender gewählt als ein Jahrzehnt zuvor. Untersucht wurden insgesamt 8.518 Verstorbene ab dem 60. Lebensjahr. Darunter waren 57 % Frauen und 43 % Männer. Der Altersdurchschnitt lag bei 81 Jahren (Frauen 84 Jahre, Männer 78 Jahre). Der Sterbeort war bei 22,7 % der Untersuchten privat, bei 42,3 % das Krankenhaus, bei 30,7 % das Pflegeheim und bei 4,3 % das Hospiz.

3. Gesundheitszustand bzw. Krankheitsspektrum: Aus den Todesbescheinigungen ergab sich, dass viele alte Menschen multimorbide sind. Bei den Todesursachen dominieren Herz- / Kreislauf- sowie Tumorerkrankungen. In den schriftlichen Aufzeichnungen der Todesbescheinigungen sind nur sehr selten Angaben zu Demenz, Pflegezustand, Ernährung, Mobilität, Sterbeverlauf zu finden. Hierzu bedarf es des genauen Hinschauens bei der Krematoriumsleichenschau. 6,4 % der Verstorbenen hatten einen Herzschrittmacher, wenige auch einen implantierten Defibrillator. Unterschiede waren diesbezüglich zwischen Heimbewohnerinnen und -bewohnern und dem privaten Bereich nicht festzustellen. Patientinnen und Patienten mit Schrittmacher oder Defibrillator waren offensichtlich vor ihrem Todeseintritt mobiler.

4. Pflegezustand, insbesondere Dekubitus: Mit Blick auf die Dekubitusproblematik ist insbesondere zu bedenken, dass hier Patientinnen und Patienten an ihrem Lebensende untersucht wurden. Gerade bei chronischen Erkrankungen im Endstadium ist es verständlich, wenn keine umfangreichen Lagerungsmaßnahmen oder komplizierten Verbände mehr angewendet werden. Man lässt einen Sterbeprozess eher in Ruhe ablaufen.

12,1 % der Verstorbenen hatten mindestens eine geringfügige Durchliegestelle aufzuweisen (darunter 58 % Frauen). 41 % der Dekubitalulzera kamen bei Menschen im Alter von 80 bis 89 Jahren vor. Etwa 25 % der Dekubitalulzera waren bei untergewichtigen Personen festzustellen und circa 50 % bei Normalgewichtigen. Immerhin 3,0 % aller Verstorbenen wiesen Dekubitalulzera der Grade III oder IV auf. Dies erschien der Rechtsmedizin angesichts der früher eingeleiteten Präventionsmaßnahmen ein nach wie vor oder wieder zu hoher Wert zu sein. Von den Todesfällen mit Dekubitus ereigneten sich 38,2 % im Krankenhaus, 35,2 % im Pflegeheim und 22,5 % im privaten Bereich sowie 4 % im Hospiz. Die Mehrzahl der Dekubitalulzera war dabei gut und sauber verbunden und befand sich in einem akzeptablen Wundstatus. Nur einzelne Dekubitusläsionen wurden offensichtlich schlecht versorgt.

5. Ernährung, Gewicht, Versorgung mit Magensonden: Etwa die Hälfte der untersuchten Verstorbenen hatten laut dem Body-Mass-Index der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein Normalgewicht, etwa 15 % waren untergewichtig (nach dem sogenannten geriatrischen Body-Mass-Index sogar 22,1 %). 35 % waren übergewichtig, davon 11,2 % sogar stark.

Bei den Hochaltrigen kam Untergewicht immer häufiger vor. Die untergewichtigen Personen starben am häufigsten im Heim, relativ selten im Krankenhaus.

Verstorbene mit PEG-Magensonden (insgesamt 6,6 %) fanden sich im höheren Lebensalter immer seltener. Meist lebten und starben diese Personen in Pflegeheimen und waren eher nicht untergewichtig. Der Pflegezustand der Sonden an

der Durchtrittsstelle durch die Bauchwand zeigte sich bei einem Drittel der Fälle gereizt bzw. entzündet.

6. Zahnmedizinische Befunde: Der Zahnstatus/ Gebissbefund wurde bei 1.224 Verstorbenen erhoben. Nur 1,3 % waren mit Implantaten versorgt. Nur 2,7 % hatten ein vollständiges Gebiss ohne Zahnersatz. 56,2 % der Verstorbenen hatten keine Prothese im Mund, wobei überwiegend festzustellen war, dass sie Prothesen besessen haben mussten (entsprechende Tragespuren); möglicherweise war die Prothese in einigen Fällen erst nach dem Tode entfernt worden.

Festzustellen ist, dass die mundgesundheitsbezogene Lebensqualität im Alter besonders stark leidet. Bekanntlich sind die (Teil-)Prothesen wichtig, sowohl für die Kaufunktion als auch für die Sprechfunktion und natürlich auch für die Ästhetik. Der Tragekomfort, die Kaufunktion und die Stabilität hängen stark von der sorgfältigen Pflege ab. Prothesen auf sogenannten festen Pfeilern schaffen eine besondere Zufriedenheit. Wichtig ist die frühzeitige Realisierung von präventiven Maßnahmen im Leben, um Zahnverluste zu vermeiden. Da dies nicht immer gelingt, sollte zumindest eine regelhafte Versorgung auch schon bei weniger gravierenden Zahnerkrankungen und ein rechtzeitiger Ersatz von verlorenen Zähnen erfolgen, damit auch im hohen Alter noch Zahnersatz auf festen Pfeilern eingegliedert werden kann.

7. Mobilität, Bewegungsmangel, Sturzgefahr, Gelenkprothesen, Osteoporose: Viele Menschen leiden im Alter unter chronischen Gelenkerkrankungen und Verschleiß. Es besteht auch eine vermehrte Knochenbrüchigkeit (Osteoporose). Aus der Multimorbidität und dem Bewegungsmangel resultiert eine verstärkte Sturzgefahr. Diese Stürze wiederum führen zu erheblichen Verletzungen. Genannt sei das Beispiel der Schenkelhalsfraktur. 16,3 % der Verstorbenen hatten eine Narbe im Hüftbereich, die auf eine operative Hüftgelenksversorgung schließen ließ. Die Frauen waren hier eindeutig überrepräsentiert, insbesondere im höheren Alter. 4,9 % der Verstorbenen hatten eine Kniegelenksoperation, auch hier wiederum deutlich mehr Frauen. Verallgemeinernd ließ sich feststellen, dass Verstorbene mit künstlichen Hüftgelenken eher pflegebedürftig in Heimen leben. Verstorbene mit künstlichen Kniegelenken leben hingegen eher im privaten Umfeld und sterben dann im Krankenhaus. – Von entscheidender Bedeutung ist auch hier wiederum der präventive Aspekt: Mobilität muss so lange wie möglich erhalten werden. Stürze sind zu vermeiden. Der Osteoporose ist durch Bewegung und entsprechende Medikamente vorzubeugen.
8. Lebensweise, einsames Sterben: In diesem Zusammenhang wurden im Jahr 2008 die Todesfälle untersucht, bei denen die Liegezeit bis zur Auffindung mindestens

3 Tage betragen hatte. Bezogen auf alle Verstorbenen in Hamburg (jährlich etwa 18.000) werden etwa 2% erst nach längerer Leichenliegezeit aufgefunden (hierunter ein Drittel Frauen, zwei Drittel Männer). Menschen mit höherem Lebensalter haben ein gesteigertes Risiko, einsam bzw. alleinlebend oder nicht begleitet zu sterben. Bei diesen Verstorbenen bestehen vermehrt Krankheitsdiagnosen wie beispielsweise Alkoholabhängigkeit (26%), psychische Erkrankungen (7%), Abhängigkeit von Betäubungsmitteln (3%). Etwa ein Drittel der Wohnungen dieser über einen längeren Zeitraum vor ihrem Tode vermissten Menschen war in einem verwahrlosten Zustand. – In diesem Zusammenhang war darauf hinzuweisen, dass es in Hamburg speziell zu wenige Plätze für palliativmedizinische Maßnahmen (z. B. im Hospiz) gibt. Aktuell gibt es Bestrebungen, die Palliativversorgung in Hamburg insbesondere für pflegebedürftige ältere Menschen zu verbessern.

9. Suizidalität, äußere Gewalt, Tötungsdelikte: Suizidfälle nehmen im Alter relativ gesehen erheblich zu. Wie in den jüngeren Lebensjahren sind die häufigsten Suizidmethoden das Erhängen und Tablettenvergiftungen. Soweit die Motivation der Menschen zum Suizid aus den Akten der Polizei nachvollziehbar ist, dominieren Vereinsamung sowie als unerträglich empfundene Krankheiten (auch mit Schmerzen).
10. Das Alter ist eine Lebensphase, die heute sehr viele Menschen erreichen und möglichst lange gesund erleben und genießen möchten. Von daher wäre eigentlich davon auszugehen, dass umfangreiche gesellschaftliche Kräfte freigesetzt werden, um positive Lebensumstände im Alter sicherzustellen.

Von den Rechtsmedizinern ist immer wieder zu lesen und zu hören: Von den Toten lernen für das Leben. Die hier präsentierten Beobachtungen zur Situation älterer Menschen in Hamburg lehrten allerdings wenn auch nicht das Fürchten, so doch eine erhebliche Skepsis. Die Problembeschreibung und die daraus resultierende Zukunftsangst haben einen realen Kern. Der demografische Wandel stellt eine erhebliche Herausforderung dar, für die die Gesellschaft noch nicht ausreichend Vorsorge trägt.

Die Probleme müssen zügig angegangen werden. Die Nationale Akademie der Wissenschaften, die Leopoldina, hat es in den Empfehlungen ihrer Arbeitsgruppe „Altern in Deutschland“ folgendermaßen formuliert:

„Für die Politik in Deutschland wird es in den kommenden Jahren und Jahrzehnten darauf ankommen, dass die Anliegen der Pflegepatienten, der Heimbewohner, der Demenzkranken und anderer in ihrer Autonomie eingeschränkter Personen wirksam und authentisch im politischen Prozess vertreten werden. Dies kann nur gelingen, wenn die Betroffenen soweit wie möglich für sich selber sprechen können. Die Alterung der Bevölkerung erinnert daran, dass sozialer Zusammenhalt nicht alleine auf

Interessen gegründet sein kann, sondern grundsätzlich auch eine Frage von Solidarität und Moral ist.<sup>12</sup>

## Diskussion in der Bürgerschaft

Die Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg beschäftigte sich in einer öffentlichen Sitzung des Sozial- und Gleichstellungsausschuss mit der Studie des Instituts für Rechtsmedizin über den Pflegezustand verstorbener Menschen.<sup>13</sup> Die Politikerinnen und Politiker begrüßten die kompakte Information und nahmen sich vor, dies in weiteren Runden mit dem Senat zu besprechen. In einer weiteren Beratung am 8. September 2009 stellte der Ausschuss sodann fest, dass es sich um Untersuchungsergebnisse zu Verstorbenen handelt, die lediglich Rückschlüsse auf die letzten Lebenstage und -wochen dieser Menschen zulassen, sodass deren Lebenssituationen daraus nicht generell abzulesen sind. Einige Abgeordnete verwiesen auf die Ende 2005 geschlossene Stelle zur Aufbereitung von Rückmeldungen zu Dekubitalgeschwüren in der Altenpflege (*equip*) und erklärten, dass unter Mithilfe dieser zentralen Meldestelle die Anzahl von Dekubitusfällen in Einrichtungen der Altenpflege deutlich gesenkt werden konnte, danach allerdings wieder angestiegen sei. Der Senat erläuterte, die Pflegekasernen seien Ende 2005 aus dem Verfahren ausgestiegen. Die Behörde, seinerzeit die Behörde für Soziales und Familie (BSF), habe die Schließung bedauert,<sup>14</sup> allerdings hätten etliche Maßnahmen wie das *Hamburger Pflegetelefon* als zentrales Beschwerdemanagement in Teilen kompensatorisch gewirkt, dazu käme jetzt die Unterstützung durch die informierenden und beratenden Pflegestützpunkte. Die Senatsvertreterinnen und -vertreter erklärten weiter, zur Unterstützung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase gäbe es mannigfaltige Verbesserungen, so eine weitaus verbesserte ambulante Palliativversorgung mit den entsprechenden Abrechnungsregelungen, die Förderung der Hospizdienste mit ihren häufig ehrenamtlichen Begleitungen mit einer Verankerung im SGB V und die Programme der Behörde zur Förderung des Umgangs mit Sterbenden in Pflegeheimen durch Schulungen des Personals.

## Weitere Konsequenzen

Die Publikation der Ergebnisse der Untersuchung der Hamburger Rechtsmedizin blieb erneut nicht folgenlos: Die Hamburgische Pflegegesellschaft stellte – zusammen

12 Gewonnene Jahre – Empfehlungen der Akademiengruppe Altern in Deutschland (2009) *Novo Acta Leopoldina* 107 (37D): S 102, [http://www.leopoldina.org/uploads/tx\\_leopublication/2009\\_NatEmpf\\_Altern\\_in\\_D-DE.pdf](http://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2009_NatEmpf_Altern_in_D-DE.pdf), Zugriff: 1.2.2017.

13 Selbstbefassung, Sitzung am 26. August 2009, Nr. 19/11 der 19. Wahlperiode.

14 Vgl. den Beitrag von Profener in diesem Band.

mit Kooperationspartnern aus dem Gesundheitswesen – am 9. Dezember 2009 den ersten sektorenübergreifenden Maßnahmenpool zur Erfassung, Verhinderung und Behandlung von Dekubitalgeschwüren der Öffentlichkeit vor. Dieses Projekt, *Sektorübergreifende Qualitätssicherung bei Dekubitalgeschwüren (SQS Dekubitus)*, das dem hohen, sektorenübergreifenden Anspruch nur in Teilen gerecht werden konnte, wurde bis Ende 2016 weitergeführt.<sup>15</sup>

Außerdem trafen das Hamburger Institut für Rechtsmedizin und das Amt für Gesundheit, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) eine Vereinbarung über die „Dokumentation von Pflegemängeln als Befunde in der zweiten Leichenschau“: Gegenstand dieser Vereinbarung ist, dass die Rechtsmedizin weiter bei verstorbenen Hamburgerinnen und Hamburgern, die zum Todeszeitpunkt mindestens 65 Jahre alt waren, kontinuierlich Pflegemängel erhebt, insbesondere Dekubitusgeschwüre der Grade III und IV. Die Daten werden der Behörde einmal jährlich bis spätestens 31. März übermittelt. Die Auswertung erfolgt im Hinblick auf die Bezirksamter (Hamburg-Mitte, Altona, Eimsbüttel, Hamburg-Nord, Wandsbek, Bergedorf, Harburg), außerdem in Bezug auf Privathaushalte und institutionelle Pflege.<sup>16</sup>

Das Institut für Rechtsmedizin wurde gleichzeitig Projektpartner der bereits 2007 vom Albertinen-Haus (Prof. von Renteln-Kruse) initiierten Langzeituntersuchung des Älterwerdens in Hamburg, *LUCAS (longitudinal urban cohort ageing study)*.<sup>17</sup>

Ein weiteres Projekt, von der AWO-Stiftung „Aktiv für Hamburg“ initiiert, war die *Aktion Augen Auf! – Mehr Aufmerksamkeit für ein Altern in Würde*. Dieses Projekt wurde vom damaligen Landesgeschäftsführer der Arbeiterwohlfahrt Claus Gotha im Jahre 2010 ins Leben gerufen. Ausgangslage für dieses Vorhaben war die Einschätzung, dass es sich bei den genannten Ergebnissen der rechtsmedizinischen Untersuchungen nicht um Einzelfälle der Vernachlässigung sterbender Menschen handelt, sondern um ein gesellschaftsrelevantes Thema mit akutem Handlungsbedarf in Hamburg. Auch wenn Renten-, Kranken-, Pflegeversicherung und soziale Beihilfe auf eine scheinbare Versorgungssicherheit schließen lassen, gibt es doch immer wieder Einzelschicksale und Gruppierungen, die aus dem Raster fallen. Mit einer wachsenden Zahl alter Menschen wird dies zu einem immer größeren Problem. Gerade ältere Menschen am Rande der Gesellschaft werden nur selten oder unzureichend wahrgenommen. Sie leben in prekären Situationen und ihre individuelle Not verschlimmert sich häufig unbemerkt.

Das Projekt wandte und wendet sich hauptsächlich an hochbetagte, allein lebende Menschen ab 80 Jahren, die aufgrund von psychischen oder physischen Einschränkungen Probleme zum Beispiel bei der Bewältigung des Alltags haben, die isoliert leben und sich in einer prekären Einkommenssituation befinden. Diese Menschen verlie-

<sup>15</sup> Vgl. den Beitrag von Profener in diesem Band.

<sup>16</sup> Vgl. den Beitrag von Cappell in diesem Band.

<sup>17</sup> [https://www.albertinen.de/krankenhaeuser/geriatriische\\_klinik/leistungsspektrum/lucas](https://www.albertinen.de/krankenhaeuser/geriatriische_klinik/leistungsspektrum/lucas), Zugriff: 1.2.2017.

ren aufgrund von Alterserscheinungen zunehmend den Kontakt zu anderen Menschen und können ihn aus eigener Kraft nicht wiederherstellen. Ziel des AWO-Projektes war und ist es, mehr Aufmerksamkeit für ein Altern in Würde zu schaffen. Insbesondere soll die wiederholt erwähnte Vernachlässigung in der Versorgung besonders alter Menschen frühzeitig durch die Zusammenführung verschiedener Hilfsangebote vermieden werden. Der konkrete Ansatz dieser Vermeidungsstrategie ist, dort anzusetzen, wo die tradierten Systeme nicht greifen, wo Angebotslücken bestehen oder die vorhandenen Angebote (z. B. aufgrund von Unkenntnis, Angst, Unsicherheit, verschämter Armut oder körperlichen Einschränkungen) nicht genutzt werden (können). – Der präventive Quartiersansatz besteht darin, Stellen von Quartierskoordinatorinnen und -koordinatoren einzurichten, die vermutete oder tatsächliche Hilfsbedürftigkeit niedrigschwellig vor Ort realisieren und durch die nachhaltige Vermittlung von Unterstützung beseitigen.

Inzwischen hat die AWO-Stiftung derartige Quartierskoordinatorinnen und -koordinatoren sowie entsprechende Standorte in sechs Hamburger Stadtteilen eingerichtet. Der AWO-Stiftung ist es nach der Anschubfinanzierung gelungen, diverse weitere Unterstützer/ Partner für diese Arbeit im Quartier zu gewinnen (zum Teil mit einem festgelegten Engagement über Jahre), sodass sich dieses Projekt als sehr positiv und erfolgreich herausgestellt hat.

## **Am Lebensende: Im toten Winkel der Aufmerksamkeit**

Für die Rechtsmedizin kam es darauf an, 2008/09 einen erneuten Anstoß zu geben, sozusagen warnend den Finger zu heben bzw. bildlich gesprochen die offenen Wunden darzustellen – insbesondere mit Blick auf Dekubitus, aber auch darüber hinaus. Durch die Untersuchung der Toten in den letzten zwei Jahrzehnten haben Rechtsmedizin, Pflege und Gesellschaft sehr viel gelernt über das Leben und viele Verbesserungen für die Lebenden angestoßen. Es gibt dazu sicher viele gute Möglichkeiten sowie bereits praktizierte Ansätze, die dargestellten Probleme anzugehen. Bei den Pflegenden war und ist ein großes Engagement festzustellen; die Leistungen in diesem Bereich wurden stetig verbessert (vgl. Abb. 6). Aber es gibt keinerlei Veranlassung, sich derzeit etwa zufrieden zurückzulehnen. Sicher: Viele alte Menschen sind sehr zufrieden – aber die nicht selbstständigen, von der Öffentlichkeit, in der heute ein (allzu) optimistisches Bild des Alterns kommuniziert wird, nicht bewusst wahrgenommenen älteren Menschen, laufen Gefahr, zunehmend im toten Winkel der Aufmerksamkeit zu leben und zu leiden: körperlich zu wenig mobil, vielfach erkrankt, pflegebedürftig, nicht selten mit Kunstgelenken, mit Magensonde, unterernährt, mit leicht brechenden Knochen, depressiv, einsam, suizidal und ohne Platz für ein würdevolles, sanftes Sterben.

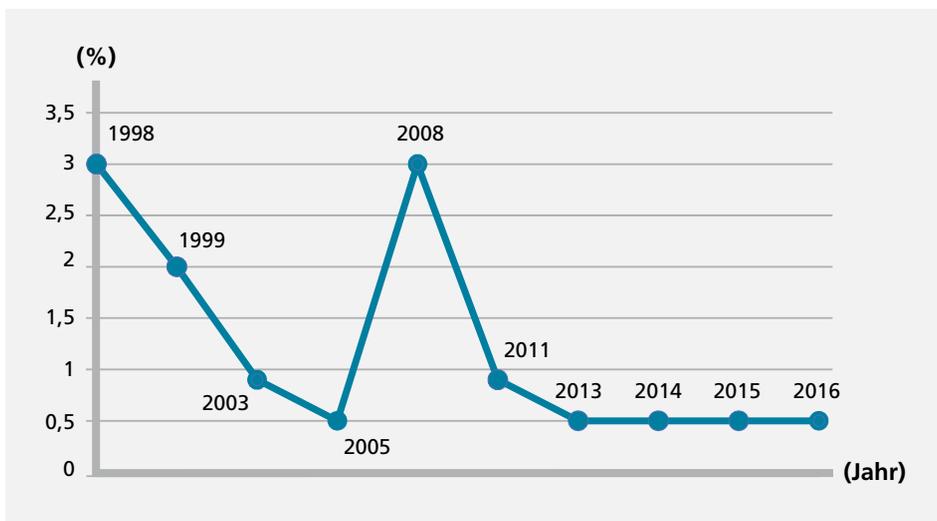


Abb. 6: Vorkommen (Prävalenz) von Dekubitus Grad III und IV (alle Sterbeorte) der hinsichtlich des Hautzustandes erfassten Verstorbenen bei der Krematoriumsleichenschau des Hamburger Instituts für Rechtsmedizin, verschiedene Erhebungen 1998–2016. Quelle: Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg

## Was kommt

Die Rechtsmedizin begrüßt die Erneuerung des *Runden Tisch Dekubitus* im März 2017. Um die vielfältigen Erfahrungen derjenigen Akteurinnen und Akteure, die im gut geknüpften Netzwerk zu den Problemen in der Altenpflege zusammengearbeitet haben und auch weiterhin sehr gut zusammenarbeiten werden, zu erhalten und weiterhin zu nutzen, soll es regelmäßige, wenigstens einmal jährlich von der Hamburgischen Pflegegesellschaft organisierte Treffen geben, bei denen unter Nutzung aller verfügbaren Daten- und Informationsquellen (auch der Leichenschau) alte Probleme und neue Entwicklungen vertrauensvoll und vielschichtig diskutiert werden und nötigenfalls Aktivitäten angestoßen werden: Es gilt – und das bleibt das Credo –, den Finger weiter in die offene Wunde zu legen!

---

Claudia Brase\*

## Mustergültig und doch sektorenspezifisch

### Die externe Qualitätssicherung der Dekubitusprophylaxe in Hamburger Krankenhäusern

---

Hamburger Krankenhäuser haben eine langjährige Tradition der Qualitätssicherung. Auch der Vermeidung von Dekubitalgeschwüren wurde schon früh regelmäßig Aufmerksamkeit gewidmet. Der Expertenstandard „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“ dient dabei bis heute als fachlicher Standard.<sup>1</sup>

Bereits Ende der 1990er-Jahre, erstmals neu geregelt 2001, wurde in Hamburger Krankenhäusern ein freiwilliges Qualitätssicherungsverfahren zum Dekubitus eingeführt und ein Fachgremium mit Expertinnen und Experten unter pflegfachlicher Leitung etabliert [40]. Das Verfahren der Krankenhäuser war Vorbild für den 1999 in der Pflege gestarteten Qualitätsvergleich der Dekubitusprophylaxe in der Altenpflege.<sup>2</sup> Schrittweise wurde dann bundesweit ein Qualitätssicherungsverfahren Dekubitusprophylaxe verpflichtend in die gesetzliche Qualitätssicherung der Krankenhäuser eingeführt – es ersetzte ab 2008 das Landesverfahren.

Die Qualitätssicherung im Krankenhaus zeichnet sich dadurch aus, dass nach definierten Aufgreifkriterien und verpflichtend für alle Krankenhäuser im Land Daten zu bestimmten Leistungsbereichen erhoben werden. Die Daten werden jährlich ausgewertet und dabei festgestellte Auffälligkeiten erhalten in einem sogenannten strukturierten Dialog, einem klärenden Gespräch durch ein Fachgremium von Expertinnen und Experten, eine abschließende Bewertung. Ein qualitativ auffällig gewordenes Krankenhaus bekommt die Möglichkeit, gegenüber dem Fachgremium über zugrunde liegende Ursachen und gegebenenfalls bereits eingeleitete Gegenmaßnahmen zu berichten. Das Fachgremium gibt nach der Diskussion über die Stellungnahme des Krankenhauses

\* Dr.; Geschäftsführerin der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft e. V. (HKG).

1 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg) (2010) Auszug aus der Veröffentlichung Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. 1. Aktualisierung. Osnabrück, [https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Dekubitusprophylaxe\\_in\\_der\\_Pflege/Deku\\_Akt\\_Auszug.pdf](https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Dekubitusprophylaxe_in_der_Pflege/Deku_Akt_Auszug.pdf), Zugriff: 23.1.2017.

2 Vgl. den Beitrag von Profener in diesem Band.

und einem eventuell stattgefundenen persönlichen Dialog mit dem Krankenhaus eine abschließende Bewertung ab, ob die Auffälligkeiten aus fachlicher Sicht als Qualitätsmangel zu bewerten sind oder nicht.

## Die differenzierte Datenerhebung im Landesverfahren 2001–2008

Von 2001 bis 2008 wurde bei allen Krankenhauspatientinnen und -patienten, die älter als 18 Jahre waren, ein Datensatz für die Qualitätssicherung der Dekubitusprophylaxe erhoben. Das Verfahren zeichnete sich dadurch aus, dass sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung das Vorhandensein und der Grad eines Dekubitus dokumentiert wurden. Dadurch waren differenzierte Aussagen über das Vorliegen von Dekubitalgeschwüren bei der Krankenhausaufnahme, deren Heilungsverlauf sowie über die im Krankenhaus neu entstandene Fälle möglich.

2008 konnte das Qualitätssicherungsverfahren folgende Ergebnisse verzeichnen:<sup>3</sup>

- 2,5% (10.001 von 396.778) der Patientinnen und Patienten, die ins Krankenhaus aufgenommen wurden, hatten bei Aufnahme einen Dekubitus. Davon konnten 45% (4.514) ohne Dekubitus entlassen werden. 0,4% (1.548 von 396.778) der Patientinnen und Patienten bekamen im Krankenhaus einen Dekubitus.
  
- Von den 10.001 Dekubitalgeschwüren bei Aufnahme waren
  - Grad I            1,1%    (4.189 / 396.778)
  - Grad II           1,1%    (4.506 / 396.778)
  - Grad III          0,3%    (1.104 / 396.778)
  - Grad IV          0,1%    (202 / 396.778)
  
- Von den 1.548 im Krankenhaus entstandenen Dekubitalgeschwüren waren
  - Grad I            32,9%    (510 / 1.548)
  - Grad II           60,4%    (935 / 1.548)
  - Grad III          6,5%    (100 / 1.548)
  - Grad IV          0,2%    (3 / 1.548)

3 EQS-Landesgeschäftsstelle Hamburg (2009) Jahresauswertung 2008. Qualitätssicherung in der Pflege – Dekubitusprojekt der EQS – Hamburg Gesamt. Hamburg.

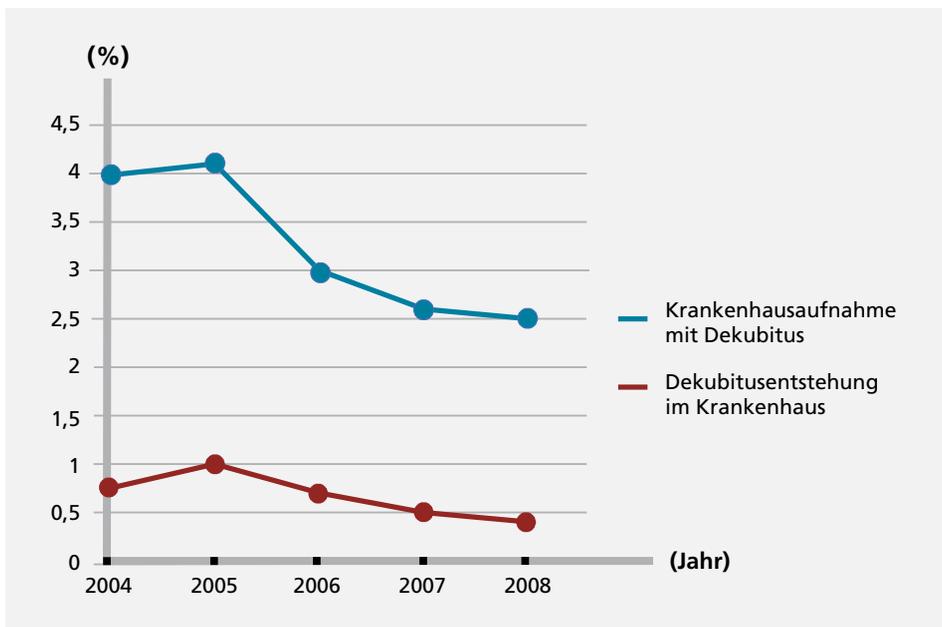


Abb. 1: Qualitätssicherungsverfahren in Hamburger Krankenhäusern: Vorkommen (Prävalenz) von Dekubitus aller Grade der hinsichtlich ihres Hautzustandes erfassten Patientinnen und Patienten 2004–2008 – bei Krankenhausaufnahme vorhanden und im Krankenhaus entstanden (n = 289.155 in 2004 bis n = 396.778 in 2008). Quelle: Hamburgischen Krankenhausgesellschaft e. V./EQS

## Bundesweites Verfahren löst Landesverfahren ab

Mit Einführung eines verpflichtenden bundesweiten Verfahrens zur Dekubitusprophylaxe wurde das Hamburger Landesverfahren 2008 abgelöst. Die Vorgaben der für die Qualitätssicherung heranzuziehenden Grundgesamtheit wurden dabei mehrfach geändert. Bis 2008 wurden alle Krankenhauspatientinnen und -patienten erfasst, die älter als 18 Jahre waren. Somit flossen bis dahin jährlich knapp 400.000 Krankenhaussfälle durch Erstellung eines Datensatzes in die Qualitätssicherung ein. Von 2009 bis 2012 wurde die Datenerhebung nur bei Patientinnen und Patienten durchgeführt, die älter als 75 Jahre waren sowie in einem Stichprobenzeitraum vom 1. Januar bis 31. März eines jeden Jahres. Durch die Verkleinerung der Grundgesamtheit reduzierte sich die Datenmenge um circa 75%. Seit 2013 wird die Erfassung diagnosebezogen bei allen Krankenhauspatientinnen und -patienten durchgeführt, die älter als 20 Jahre sind. Das heißt, wenn im Krankenhausinformationssystem ein Dekubitus dokumentiert wird, wird automatisch die Qualitätssicherung erforderlich. Die Erfassung erfolgt zudem ganzjährig. Dies führt zu einer Erhebung von circa 7.000 Datensätzen pro Jahr.

In 2015 wurden 7.067 Datensätze zu Dekubitalgeschwüren der Schweregrade II–IV erhoben und ausgewertet.<sup>4</sup> 5.563 dieser Dekubitus bestanden bereits bei Aufnahme in das Krankenhaus (78,72 %). Bei einer Grundgesamtheit von 487.375 Patientinnen und Patienten wurden insbesondere 1.567 im Krankenhaus erworbene Dekubitalgeschwüre der Schweregrade II–IV erfasst (0,32 %):

- Grad II            0,27%    (1.324 / 487.375)
- Grad III          0,04%    (209 / 487.375)
- Grad IV          0,01%    (34 / 487.375)

Zusätzlich wurde anhand einer Risikostatistik eine zu erwartende Anzahl von Dekubitus für die genannte Fallzahl errechnet. Diese ergab 1.853 Fälle. Das heißt, die tatsächlich beobachtete Zahl der Dekubitusfälle lag deutlich unter dem anhand der Risikoadjustierung erwarteten Wert.

## Methodenwechsel der bundesweiten Qualitätssicherung

Durch die über die Jahre aufgrund bundesweiter Vorgaben wechselnden Aufgreifkriterien können die Ergebnisse im Longitudinalverlauf leider nicht miteinander verglichen werden. Die wechselnden Aufgreifkriterien, Patientenkollektive und Erfassungszeiträume waren auch der Hinderungsgrund, mit einem sektorenübergreifenden Abgleich der Ergebnisse zwischen Krankenhäusern und Altenpflegeeinrichtungen Vergleichbarkeit und Transparenz über die Versorgung von Menschen mit Dekubitus herzustellen, wie es ursprünglich mit dem Projekt der *Sektorübergreifenden Qualitätssicherung bei Dekubitalgeschwüren (SQS Dekubitus)* ab 2009 zwischen beiden Sektoren der Versorgung geplant war.<sup>5</sup> Die bundesweiten Vorgaben für die Qualitätssicherung im Krankenhausbereich sind von der Landesebene aus grundsätzlich nicht beeinflussbar. Dies führte in dem sektorenübergreifenden Projekt zu einer fortgesetzten Dateninkonsistenz in den dokumentierten Datensätzen für Krankenhäuser und Altenpflegeeinrichtungen.

## Wundkonsile als Ergänzung der Dekubitusbehandlung im Krankenhaus

Hamburger Krankenhäuser verfügen über Expertisen im Wundmanagement, die den betroffenen Patientinnen und Patienten konsiliarisch zur Verfügung stehen. Eine Erhebung der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft 2009 konnte zeigen,<sup>6</sup> dass bis auf einige wenige Krankenhäuser ohne somatische Leistungsangebote für Erwachsene

4 Jahresauswertung 2015, Pflege: Dekubitusprophylaxe DEK, Hamburg Gesamt, [www.eqs.de](http://www.eqs.de), Zugriff: 24.1.2017.

5 Vgl. den Beitrag von Profener in diesem Band.

6 Eigene Daten der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft e. V.

(psychiatrische Kliniken, Kinderkrankenhäuser) in fast allen Hamburger Krankenhäusern Expertisen zum Wundmanagement vorhanden sind und eingesetzt werden. 16 Krankenhäuser sind darüber hinaus sektorenübergreifend in einem überregionalen Wundnetz aktiv (Wundzentrum Hamburg e. V.). Im Einzelnen stellt es sich folgendermaßen dar:

- 28 von insgesamt 36 Krankenhäusern in Hamburg haben speziell qualifizierte Wundmanager im Haus.
- In 27 Krankenhäusern sind die Wundmanager strukturiert in die Behandlung von an Dekubitus Erkrankten eingebunden.
- Kliniken ohne Wundmanagement sind Kliniken, die in der Regel Patientinnen und Patienten ohne Dekubitusrisiko behandeln:
  - 4 Belegkliniken,
  - 2 psychiatrische Kliniken,
  - 2 Kinderkrankenhäuser.

## Die Transparenzinitiative im Bereich Dekubitusprophylaxe

Als freiwilligen Beitrag, ihre Qualität transparent zu machen, entschlossen sich die Hamburger Krankenhäuser 2011, die Ergebnisse der Qualitätssicherung Dekubitusprophylaxe im *Hamburger Krankenhauspiegel* zu veröffentlichen.

Um die Öffentlichkeit auf das Thema hinzuweisen, wurde die Onlineschaltung des neuen Moduls außerdem mit einem Pressegespräch begleitet, das zu einer umfangreichen Berichterstattung führte.<sup>7</sup> Es wurde deutlich, dass das Thema Dekubitus einen wichtigen Qualitätsparameter für die Krankenhäuser darstellt, der im Zentrum der Aufmerksamkeit steht. Zudem konnte durch einen Expertenvortrag erklärt werden, welchen wichtigen therapeutischen Beitrag spezialisierte Fachabteilungen der Plastischen Chirurgie in den Hamburger Krankenhäuser zur Therapie schwerer und schwerster Dekubitalgeschwüre leisten.

7 Siehe beispielhaft Hasse M (7.12.2011) Hamburgs Kliniken betten Patienten besser. Hamburger Abendblatt, <http://www.abendblatt.de/ratgeber/wissen/articler08193494/Hamburgs-Kliniken-betten-Patienten-besser.html>, Zugriff: 23.1.2017.

hamburger krankenhausspiegel  
spei gel • effizien z • ersparen

Qualitätsergebnisse Krankenhausergebnisse Medizinische Informationen

Hamburger Krankenhausspiegel > Qualitätsergebnisse A-Z > Druckgeschwüre

Startseite  
Qualitätsergebnisse A-Z  
Beindurchblutung  
Brustreoperationen  
Druckgeschwüre  
Druckgeschwüre Grad 2  
Druckgeschwüre Grad 3  
Schwerste Druckgeschwüre (Grad 4)  
Frühgeborene/ranke Neugeborene  
Geburthilfe  
Gynäkologische Operationen  
Halschlagader-Rekonstruktion  
Herz-Chirurgie  
Herzkatheteranwendungen  
Herz-Defibrillator-Versorgung  
Herzschrittmacher-Versorgung  
Hüftgelenkersatz

### Qualitätsergebnisse bei Vermeidung von Druckgeschwüren

**Übersicht**  
Schwerkranke, ältere und bettlägerige Menschen haben ein hohes Risiko, ein Druckgeschwür zu bekommen. Dies geschieht vor allem dann, wenn zu lange zu viel Druck auf bestimmten Körperregionen wie Rücken, Gesäß oder Fersen lastet und sie sich wund liegen. Ein solches Druckgeschwür wird Dekubitus genannt. Es entwickelt sich vor allem bei pflegebedürftigen Menschen und schwerkranken Krankenhauspatienten mit langen Liegezeiten. Stark gefährdet, ein Druckgeschwür auszubilden, sind daher neben älteren bettlägerigen Menschen auch Rückenranke- und Schädel-Hirnverletzte oder Patienten auf Intensivstationen und in Beatmungszentren. Auch Diabetiker und Gefäßkrankte haben ein erhöhtes Druckgeschwür-Risiko. Trotz der Anwendung spezieller Pflegemethoden und -hilfsmittel kann die Entstehung eines Druckgeschwürs nicht immer verhindert werden. Dennoch gilt die Vermeidung von Druckgeschwüren als gute Behandlungsqualität.

Unterschieden werden vier Grade (Stadien) von Druckgeschwüren:

Grad	Erläuterung
Grad 1	Hautrötung auch nach Entlastung, Wärmegefühl, Haut aber noch intakt
Grad 2	Oberflächliche Hautbeschädigungen und Blasenbildung
Grad 3	Tiefe Wunde, alle Hautschichten und das darunter liegende Bindegewebe sind zerstört
Grad 4	Tiefe Wunde mit schweren Verletzungen der darunter liegenden Muskeln, Sehnen und Knochen

Abb. 2: Qualitätsergebnisse bei Vermeidung von Druckgeschwüren, [www.hamburger-krankenhausspiegel.de](http://www.hamburger-krankenhausspiegel.de), Zugriff: 2.3.2017

## Fazit

Zusammenfassend wird deutlich, dass die Dekubitusprophylaxe in Hamburger Krankenhäusern einen hohen Stellenwert einnimmt, sich an aktuellen Expertenstandards orientiert und seit zwei Jahrzehnten durch eine intensive Qualitätssicherung begleitet wird. Letztgenannte war in Grenzen mustergültig für andere Sektoren der Versorgung, wenn auch eine schrankenlose Vernetzung der verschiedenen Ansätze des Dekubitus-Monitorings in Hamburg aus den genannten Gründen nicht gelingen konnte. Seit 2011 veröffentlichen Hamburger Krankenhäuser die Ergebnisse des Qualitätssicherungsverfahrens in der Dekubitusprophylaxe im *Hamburger Krankenhausspiegel*.<sup>8</sup> Dort können die Ergebnisse der einzelnen Krankenhäuser eingesehen werden. Außerdem leisten Krankenhäuser etwa durch Wundkonsile oder plastische Chirurgie einen maßgeblichen Beitrag zu der Behandlung von Dekubitalgeschwüren in Hamburg.

8 [www.hamburger-krankenhausspiegel.de](http://www.hamburger-krankenhausspiegel.de), Zugriff: 24.1.2017.

---

Petra Weber\*

## Wissen, Standards und berufliche Kompetenzen

### Die dekubitusbezogene Qualitätsentwicklung aus pflegewissenschaftlicher Perspektive

---

In den letzten zwei Jahrzehnten hat sich in der Pflege hinsichtlich der Prophylaxe und Therapie des Dekubitus in Deutschland einiges an Wissen und Erfahrung angesammelt – die pflegerische Versorgung ist besser geworden. Trotz einer forcierten Thematisierung haben aber die strukturellen Bedingungen für die Prophylaxe und Therapie von Dekubitalgeschwüren die inhaltlich-fachlichen Fortschritte noch immer nicht hinreichend nachvollzogen. Insbesondere die Aufgaben- und Verantwortungsstruktur in der gesundheitlichen Versorgung entspricht nicht dem verfügbaren Wissensfundus. Es besteht die Gefahr, dass das Know-how in den nächsten Jahren wieder verkümmert, weil es nicht hinreichend Anwendung finden kann und die Empfehlungen der Pflegekräfte nicht angemessen respektiert werden.

#### Pflegerisches Wissen zum Thema Dekubitus

Es war die Pflegewissenschaft, die das Wissen zum Thema Dekubitus, insbesondere zur Risikominimierung und Prophylaxe, erarbeitet und zusammengetragen hat. Damit wurde es in der Pflegepraxis möglich, den wissenschaftlichen Erkenntnisstand in Deutschland zur Kenntnis zu nehmen. Im Jahre 2000, zeitnah zum sogenannten Hamburger Dekubitus-Skandal, ist die erste Auflage des Expertenstandards zum Thema Dekubitusprophylaxe publiziert worden – der erste pflegefachliche Standard dieser Art in Deutschland.<sup>1</sup> Die Veröffentlichung der zweiten Auflage – lediglich erweitert um eine aktualisierte Literaturstudie – erfolgte 2004. Anschließend ist der Expertenstandard evaluiert und überarbeitet worden und liegt nun in der Fassung von 2010 vor. Darin wurde der international anerkannte wissenschaftliche Kenntnisstand zum Thema Dekubitusprophylaxe zusammengetragen sowie um Handlungsempfehlungen und -anweisungen ergänzt. Dieses Wissen über Risikofaktoren, Möglichkeiten der Risi-

\* Professorin für Pflegewissenschaft, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW-Hamburg).

1 Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hg) (2000) Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung. Konsentierung. Implementierung. Osnabrück.

koeinschätzung bis hin zu Maßnahmen der Risikominimierung steht den Pflegekräften in Deutschland mithin seit einigen Jahren zur Verfügung.

## Die derzeitige pflegerische Versorgung

Bereits kurz vor der Veröffentlichung des ersten Expertenstandards, im Jahr 1999, lief in Hamburg das von der Hamburger Pflegegesellschaft (HPG) initiierte Projekt der externen Qualitätssicherung an, der *Hamburger Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe für die Altenpflege*.<sup>2</sup> Es war durch den sogenannten Hamburger Dekubitus-Skandal ausgelöst worden, der der Veröffentlichung von besorgniserregenden Beobachtungen in der Hamburger Rechtsmedizin im Rahmen der Krematoriumsleichenschau folgte. Die Krematoriumsleichenschau hatte deutlich gemacht, dass im Jahr 1998 offenbar hohe Dekubitusraten in Hamburg zu verzeichnen waren und die Vermutung lag nahe, dass diese – zumindest zum Teil – vermeidbar gewesen sein müssten. Da es in Deutschland zu dieser Zeit keine vergleichbaren oder weiterführenden Daten gab, wurde in Hamburg zunächst eine retrospektive Fallstudie, dann die sogenannte *Fall-Kontroll-Studie* durchgeführt [14; 29].<sup>3</sup> Neben dem Vergleich von Prävalenz- und Inzidenzraten<sup>4</sup> in den Einrichtungen der pflegerischen Versorgung ging es in diesem Projekt zunächst vertiefend darum, die Ursachenzusammenhänge und Risikofaktoren bei der Entstehung von Dekubitus zu erforschen und bekannt zu machen. Verschiedene weitere Forschungsprojekte haben die Pflege in Hamburg seinerzeit in besonderer Weise für das Thema Dekubitus sensibilisiert. Die gewonnenen Erkenntnisse konnten sich außergewöhnlich rasch verbreiten.

## Wichtige Expertenstandards – geringe Handlungsorientierung

Auch wenn dies in der einschlägigen Literatur kaum Erwähnung findet:<sup>5</sup> Mit der Entwicklung der Expertenstandards war in den Handlungsfeldern der Pflege häufig eine Überforderung der Pflegenden verbunden. Auch Hamburger Pflegewissenschaftlerinnen und -wissenschaftler konnten durch viele hilfeschuchenden Anfragen von Einrichtungen und Verbänden erfahren, dass die Art, in der die Expertenstandards – hier zum Thema Dekubitus – erstellt worden waren, für die Handlungsfelder der Pflege in

2 Vgl. ausführlich den Beitrag von Profener in diesem Band.

3 Vgl. ausführlich den Beitrag von Püschel und Heinemann in diesem Band.

4 Prävalenz: der Anteil der an Dekubitus Erkrankten in einer Gesamtgruppe von Gepflegten, die hinsichtlich ihres Hautzustandes erfasst werden (Querschnitt, ein Beobachtungszeitpunkt). Inzidenz: der Anteil der Personen in einer Gruppe von Gepflegten, die hinsichtlich ihres Hautzustandes erfasst werden und innerhalb eines bestimmten Zeitraumes neu an Dekubitus erkranken (Längsschnitt).

5 Lausberg B (2009) Implementierung steckt noch in den Kinderschuhen. Die Schwester/ Der Pfleger 48 (4): 392–394.

vielen Fällen nur eine unzureichende Handlungsorientierung boten. Ratlosigkeit existierte darüber, was mit diesem in Deutschland zusammengetragenen Wissen anzufangen sei. Viele Aussagen in den Expertenstandards konnten in den Handlungsfeldern nicht abgebildet werden. Die Verunsicherungen reichten von sprachlichen Vermittlungsproblemen, wenn zum Beispiel im Zusammenhang mit der Güte vorhandener Instrumente von der „Sensitivität“ und „Spezifität“ gesprochen wurde, bis hin zur Frage der Reichweite und Gültigkeit wissenschaftlicher Erkenntnisse für das situationsangemessene Handeln in der klientennahen Versorgung. Auch waren Schlussfolgerungen, die aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen gezogen wurden, nicht immer gut nachvollziehbar. So wurde im ersten Expertenstandard zur Dekubitusprophylaxe einerseits sehr deutlich gemacht, dass Assessmentinstrumente zur Erkennung von Dekubitusrisiken (Skalen) nur begrenzt treffsicher und verlässlich (valide) seien, andererseits wurde empfohlen, dass derartige Instrumente in der Praxis angewandt werden sollten.

Expertenstandards sollten aber ein einheitliches Qualitätsniveau in der Pflege beschreiben und damit einen Beitrag für die fachliche Fundierung der Arbeit leisten. Die ersten Schritte aus der wissenschaftlichen Fundierung sind für viele Pflegende jedoch von der Erkenntnis getragen, dass das in den Expertenstandards dokumentierte Wissen nicht handlungsversichernd, sondern eher handlungsverunsichernd ist, wenn es denn überhaupt von ihnen verstanden wird.

## Die Aufbereitung der wissenschaftlichen Kenntnisse für Pflegende

Die Kenntnisse zum Dekubitus haben sich von einem reinen Lehrbuchwissen zu einem Wissen entwickelt, das wissenschaftlichen Kriterien und damit einer Überprüfbarkeit und Nachvollziehbarkeit entspricht. In den letzten Jahren wurden auch in den Handlungsfeldern der Pflege Entwicklungen des Wissenschaftsbereichs aufgenommen. Durch die Formulierung von (internationalen) Leitlinien soll den Akteurinnen und Akteuren verständlicher gemacht werden, wie sie mit dem wissenschaftlichen Wissensstand umgehen können. So sehen zum Beispiel die allgemeinen Empfehlungen für ein strukturiertes Risikomanagement folgendermaßen aus:

1. Führen Sie sobald als möglich ein strukturiertes Risikoassessment (aber innerhalb von maximal acht Stunden nach der Aufnahme) durch, um Personen zu erkennen, bei denen das Risiko der Entwicklung eines Dekubitus besteht. (Stärke der Evidenz = C; Stärke der Empfehlung = 👍 👍)
2. Wiederholen Sie das Risikobewertungsassessment so oft, wie dies aufgrund der Akuität der Person erforderlich ist. (Stärke der Evidenz = C; Stärke der Empfehlung = 👍)

3. Führen Sie neuerlich ein Assessment durch, wenn es eine signifikante Veränderung im Zustand der Person gibt. (Stärke der Evidenz = C; Stärke der Empfehlung = 👍👍)<sup>6</sup>

Durch Leitlinien dieser Art wird deutlich, welchen Empfehlungscharakter wissenschaftliche Aussagen haben. Empfehlungen mit hoher praktischer Relevanz werden in ihrer jeweiligen Bedeutungsstärke mit „mach es auf jeden Fall (👍👍)“, „mach es vielleicht (👍)“ oder „keine Empfehlung (👎)“ versehen.

Leitlinien veranschaulichen die vorhandenen Erkenntnisse und treffen eine Aussage über die Qualität der wissenschaftlichen Ergebnisse. Schließlich wird deren Anwendung bzw. Nutzung in der Praxis in unterschiedlicher Stärke empfohlen, sodass die Aussagen nicht als handlungsbestimmend verstanden werden müssen, sondern sie eher einen weichen, eben empfehlenden Charakter haben. Leitlinien in der Pflege sind – wie auch Expertenstandards – systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und insbesondere praxisorientierte Entscheidungshilfen für die angemessene Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen, sie sollen Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“ bieten.

Auch im Hinblick auf die Systematisierung und Reproduktion von Wissen zur Dekubitusproblematik sind durch die Entwicklung und Diskussion der Expertenstandards und Leitlinien große Fortschritte erkennbar, die der Kritik Pflegenden an der „Unverständlichkeit“ wissenschaftlicher Erkenntnisse zu entsprechen versuchen.

## Umsetzungs- statt Wissensprobleme

Führen professionell Pflegende Maßnahmen der Dekubitusprophylaxe durch, so haben sie – unabhängig von der Organisationsform (stationär, teilstationär oder ambulant), unter der sie die Leistungen erbringen – hierfür immer die Durchführungsverantwortung. Die Entscheidung für die Anordnung und damit in der Regel auch für die ausdrückliche Finanzierung der entsprechenden Leistungen liegt allerdings nur in ausgewählten Versorgungsbereichen bei ihnen. Die positiven Entwicklungen in der Aufarbeitung und Aufbereitung von Fachwissen spiegelt sich nicht in der nach wie vor begrenzten Kompetenz und Verantwortung Pflegenden wieder – hier hat sich in den letzten Jahren leider nicht viel verändert.

6 National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance (2014) Prävention und Behandlung von Dekubitus: Kurzfassung der Leitlinie. Emily Haesler (Hg). Cambridge (Australia), S 19, [http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/german\\_quick-reference-guide.pdf](http://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/german_quick-reference-guide.pdf), Zugriff: 29.3.2017.

## Ein Beispiel aus der ambulanten Pflege

Der Blick auf die Dekubitusprophylaxe und -therapie in der ambulanten Pflege verdeutlicht diese unbefriedigende Situation. Innerhalb des derzeitigen Gesetzgebungsrahmens sind bei den ambulanten Pflegeleistungen die Leistungen nach dem SGB XI – die nach dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI greifen – und dem SGB V, die der ärztlichen Verordnung bedürfen, zu unterscheiden, da diese jeweils unterschiedliche Verantwortungsstrukturen und Leistungssysteme mit sich bringen.

Die pflegerische Betreuung von Dekubituspatientinnen und -patienten der gesetzlichen Krankenkassen fällt grundsätzlich in den Tätigkeitsbereich der Angehörigen. Ein Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht jeweils erst dann, wenn und soweit die Versicherten und auch eine im Haushalt lebende Person nicht in der Lage sind, die erforderlichen Verrichtungen/Maßnahmen durchzuführen. Die häusliche Krankenpflege wird ärztlich verordnet und umfasst sowohl die sogenannte Behandlungspflege als auch die Maßnahmen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Nach dem Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege gelten Maßnahmen der Dekubitusprophylaxe als Teil der Grundpflege. Pflegerische Prophylaxen, Lagern und Hilfen bei der Mobilität sowie die allgemeine Krankenbeobachtung sind Bestandteil der verordneten Leistungen in dem Umfang, wie sie zur Wirksamkeit notwendig sind. Dies gilt auch, wenn die Häufigkeit, in der sie in der individuellen Pflegesituation erbracht werden müssen, von der Frequenz der verordneten Pflegeleistungen abweicht. Das heißt, auch dann, wenn die verordnete Leistung einmal täglich zu erbringen ist, das Dekubitusrisiko aber die mehrmalige Präsenz Pflegenden bei der Risikopatientin oder dem Risikopatienten am Tag erforderlich macht, dann ist ein mehrmaliges Erscheinen somit integraler Bestandteil der Verordnung, aber es wird nicht gesondert vergütet.

Die Dekubitusprophylaxe ist ausdrücklich in jede Verordnung der häuslichen Krankenpflege eingeschlossen, auch wenn noch kein Hautdefekt besteht und zum Beispiel Verbesserungen des Hautzustandes durch Mobilitätsförderung, Druckentlastung, Hautpflege, ausreichende Flüssigkeitszufuhr etc. fachlich angezeigt sind. Behandlungspflege als eigenständige ärztliche Verordnung kann jedoch erst dann anerkannt werden, wenn die Patientin oder der Patient bereits mindestens einen Dekubitus des Grades II aufweist.

Gehört die Patientin oder der Patient zum Kreis der Leistungsberechtigten nach dem SGB XI, sind Maßnahmen der Dekubitusprophylaxe und -therapie im Rahmen der sogenannten aktivierenden Pflege bei den gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen bzw. den körperbezogenen Pflegemaßnahmen zu erbringen. Der Aufwand für die Vor- und Nachbereitung, die (Dekubitus-) Prophylaxen und die Dokumentation sind dabei miteinbezogen. Auch wenn der Leistungsaufwand in individuellen Pflegesituationen variiert, wird er ausschließlich über die pauschale Bewertung abgegolten. Wie in der häuslichen Krankenpflege ist es auch im Pflegeversicherungsrecht so, dass für

professionell Pflegende die fachliche Notwendigkeit im Widerspruch zu den refinanzier-ten Leistungen stehen kann und ein Pflegedienst, der in fachlicher Sicht richtig handelt, sich in betriebswirtschaftlicher Sicht unter Umständen ins Aus manövriert.

## **Das Dilemma der professionell Pflegenden als Individuen und der Pflegedienste als Unternehmen**

Auch wenn bei Pflegenden ein hoher Wissensstand vorhanden ist, beispielsweise bei der Risikoerkennung eines Dekubitus, sind sie in den meisten Fällen darauf ange-wiesen, zunächst den Arzt (nach SGB V) von dieser Diagnose zu überzeugen, damit sie den entsprechenden Auftrag zur Handlung erhalten. Diesen Auftrag können sie derzeit allerdings nur dann explizit erhalten, wenn bereits ein Dekubitus vorliegt und es sich dementsprechend bereits um Sekundärprävention handelt. Oder Pflegende erbringen die notwendigen prophylaktischen Leistungen im Rahmen einer Leistungs-vereinbarung mit den pflegebedürftigen Menschen, die diese gewissermaßen „neben-bei“ mit einkaufen (nach SGB XI). Das heißt, ein eigenständiger Handlungsbereich zum Thema ist in der Pflege in Deutschland kaum gegeben. Und selbst da, wo er gege-ben ist, erscheint er nicht als eigenständige Leistung, sondern wird vielmehr unter anderen Leistungen subsummiert.

Einerseits werden Pflegende also zu einem Gesundheitsproblem von großer per-sönlicher wie gesundheitsökonomischer Bedeutung aus- und fortgebildet. Anderer-seits wachsen die Verantwortungsbereiche nicht entsprechend mit, sodass Pflegende – gerade in der ambulanten Versorgung – verzweifeln können, da sie zwar vieles wis-sen, aber immer Überzeugungsarbeit leisten müssen (die häufig auch nicht gelingt), um ihre Erkenntnisse im Handeln wirksam werden zu lassen – oder aber sie handeln nach bestem Wissen und tun dies ehrenamtlich im Sinne einer aufopfernden Pflege, für die sie nicht ausreichend vergütet werden.

## **Konsequenz: Mehr Kompetenzen für Pflegenden**

Das Dekubitusrisiko ist umso höher, je später es erkannt wird und pflegerische Maßnahmen eingeleitet werden. Gesunde Menschen schützen sich durch temporär und unterbewusst ausgeführte Bewegungen vor einem Dekubitus. Demgegenüber ist bei kranken Menschen und Menschen mit eingeschränktem Allgemeinzustand eine klinische Einschätzung des Dekubitusrisikos notwendig, um gegebenenfalls präventive Schritte einzuleiten und bei Veränderungen des Allgemeinzustands neue Risiken recht-zeitig zu erkennen. Die Herausforderung für Pflegende bei der Vermeidung von Deku-bitalulzera besteht in der Erkennung einer potentiellen Gefährdung. Die Primärpräven-tion fordert daher die frühzeitige Identifikation der Risikopatientinnen und -patienten.

Erklärte Zielsetzung der Pflege ist es, individuelle Risiken bei Patientinnen und Patienten zu identifizieren und daraus entsprechende Interventionen abzuleiten.

Die Prophylaxe und Therapie der Dekubitalulzera sind, da sie häufig aus einer Verflechtung unterschiedlicher Risikofaktoren entstehen, effektiv, wenn multidimensionale Strategien verfolgt werden.<sup>7</sup> Daher ist die Planung und Durchführung aller Maßnahmen zur Prophylaxe und Therapie optimal bei einem interdisziplinären Team angesiedelt. Dies setzt voraus, dass sich die unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure auf Augenhöhe miteinander verständigen. Solange die Voraussetzungen hierzu nicht gegeben sind, besteht die Gefahr, dass das Know-how der Pflegenden, die eine auf den Klienten bezogene Sichtweise vertreten, zugunsten einer auf die Profession bezogenen Sichtweise verloren geht. Pflegende müssen zukünftig, damit sie ihre Kompetenzen bei der Versorgung von Menschen mit einem Dekubitusrisiko einbringen können, auch das Recht haben, diese Versorgung zu initiieren, zu überwachen und zu koordinieren.

7 U. a. Allman RM (1997) Pressure Ulcer Prevalence, Incidence, Risk Factors, and Impact. *Clin Geriatr Med* 13 (3): 421–437; Berlowitz DR, Wilking SV (1989) Risk factors for pressure sores: A comparison of cross-sectional and cohort-derived data. *J Am Geriatr Soc* 37 (11): 1043–1050.



# Dank

Einige der in den Beiträgen dieses Buches thematisierten dekubitusbezogenen Qualitätssicherungs- und Forschungsprojekte wären ohne die großzügige Förderung durch Landesbehörden, Bundesministerien, Stiftungen und Verbände nicht umsetzbar gewesen; ihnen allen gilt unser besonderer Dank.

Hamburger Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BAGS) und Hamburger Behörde für Soziales und Familie (BSF):

- Förderung des Forschungsprojektes und der Publikation zur Epidemiologie des Dekubitus im Umfeld der Sterbephase 1998/99; Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg, 1999 [52; 18]
- anteilige Förderung *Hamburger Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe für die Altenpflege/ Externe Qualitätsimpulse für die ambulante und stationäre Pflege (equip Hamburg)*, 1999–2005
- anteilige Förderung des Gutachtens zu Risikokonstellationen, Ursachen, Eingriffsmöglichkeiten bei Dekubitus; Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg, 2000 [14]

Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV):

- Förderung der Dokumentation von Pflegemängeln als Befunde in der zweiten Leichenschau; Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg, 2013 ff.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ):

- anteilige Förderung der Forschung und Publikation zu den Ursachenzusammenhängen der Dekubitusentstehung als Ergebnis einer *Fall-Kontroll-Studie* mit 200 Patientinnen und Patienten/ Betroffenen sowie der Befragung aller an der Pflege Beteiligten; Verteilung entsprechender Praxis-Versionen und einer Information für Angehörige pflegebedürftiger Menschen; Albertinen-Haus Hamburg – Zentrum für Geriatrie und Gerontologie und Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg, 2003/04 [29; 27; 31]
- Förderung des Projektes *Dekubitus-Coaching*, einem Vor-Ort-Beratungsangebot für Pflegekräfte, pflegende Angehörige sowie Ärztinnen und Ärzte; Albertinen-Haus Hamburg – Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, 2004–2006 [36]

Robert Bosch Stiftung:

- anteilige Förderung der Forschung und Publikationen zu den Ursachenzusammenhängen der Dekubitusentstehung als Ergebnis einer *Fall-Kontroll-Studie* mit 200 Patientinnen und Patienten/Betroffenen; Albertinen-Haus Hamburg – Zentrum für Geriatrie und Gerontologie und Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg, 2003/04 [29; 27; 31]
- Förderung des Forschungsprojektes *Leben (und Sterben) im Alter*; Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg, 2008/09

Johanna und Fritz Buch Gedächtnis-Stiftung:

- Förderung der Arbeit des Instituts für Rechtsmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf auf dem Gebiet der Altersmedizin; Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg, 2000

Verbände der Pflegekassen in Hamburg:

- anteilige Förderung *Externe Qualitätsimpulse für die ambulante und stationäre Pflege (equip Hamburg)*, 2002–2005
- anteilige Förderung des Gutachtens zu Risikokonstellationen, Ursachen, Eingriffsmöglichkeiten bei Dekubitus; Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg, 2000 [14]

Verband der privaten Pflegeversicherungen in Köln:

- anteilige Förderung des Gutachtens zu Risikokonstellationen, Ursachen, Eingriffsmöglichkeiten bei Dekubitus; Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg, 2000 [14]

# Auswahlbibliografie

*(Fachliteratur, die nach 1998 und in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Dekubitus-Monitoring in Hamburg entstanden ist.)*

- [1] Anders J, Heinemann A, Leffmann C, Leutenegger M, Pröfener F, Renteln-Kruse W von (2010) Dekubitalgeschwüre – Pathophysiologie und Primärprävention. *Dtsch Ärztebl Int* 107 (21): 371–382.
- [2] Behrens KB (2009) Aspekte des Hamburger Suizidgeschehens. Eine forensisch-epidemiologische Analyse unter besonderer Berücksichtigung der Alterssuizide, der Suizide durch Sprung von der Köhlbrandbrücke sowie der Hinterlassenschaft von Abschiedsbriefen. Diss Medizinische Fakultät, Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg.
- [3] Buchter A (2010) Rechtliche und kriminologische Aspekte der Vernachlässigung alter Menschen. Schwerpunkt Dekubitus. Diss Fakultät für Rechtswissenschaft der Universität Hamburg.
- [4] Buchter A, Heinemann A, Püschel K (2002) Rechtliche und kriminologische Aspekte der Vernachlässigung alter Menschen am Beispiel des Dekubitus. *MedR* 20 (4): 185–189.
- [5] Dickreiter GM (2009) Untergewicht und PEG-Sonden bei älteren Menschen zum Zeitpunkt des Todes. Diss Medizinische Fakultät, Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg.
- [6] Eberhardt S, Heinemann A, Kulp W, Greiner W, Leffmann C, Leutenegger M, Anders J, Pröfener F, Balmaceda U, Cordes O, Zimmermann U, Schulenburg J-M Graf von der (2005) Health Technology Assessment/HTA-Bericht: Dekubitusprophylaxe und -therapie. DAHTA@DIMDI (Hg). Köln.
- [7] Eberlein-Gonska M, Petzold T, Helaß G, Albrecht DM, Schmitt J (2013) The incidence and determinants of decubitus ulcers in hospital care – an analysis of routine quality management data at a university hospital. *Dtsch Ärztebl Int* 110 (33–34): 550–556.
- [8] Gafari K (2015) Mundhygienestatus und zahnmedizinische Versorgung von 1231 Verstorbenen ab dem 50. Lebensjahr im Krematorium Hamburg-Öjendorf. Diss Zahnmedizinische Fakultät, Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg.
- [9] Gerull J (2011) Der Versorgungszustand alter Menschen in Hamburg im Jahr 2008. Quantitative und qualitative Aspekte bei Implantaten von Hüfte und Knie. Diss Medizinische Fakultät, Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg.

- [10] Grassberger M, Püschel K (2013) Forensische Gerontologie – Gewalt und alte Menschen. In: Grassberger M, Türk E, Yen K (Hg) *Klinisch-forensische Medizin. Interdisziplinärer Praxisleitfaden für Ärzte, Pflegekräfte, Juristen und Betreuer von Gewaltopfern*. Wien, S 243–263.
- [11] Hädicke, PKJ (2016) Über die pflegerische Situation Hamburger Verstorbener in den Jahren 2013 und 2014 anhand einer rechtsmedizinischen Erhebung von Dekubitus im Rahmen der zweiten Leichenschau unter besonderer Berücksichtigung der Herkunft des Verstorbenen. Diss Medizinische Fakultät, Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg.
- [12] Hayek H (2000) Decubitus als Teilaspekt der Vernachlässigung und Gewalt gegenüber alten Menschen. Diss Fachbereich Medizin, Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg.
- [13] Heinemann A, Püschel K (1999) Gewalt an älteren und pflegebedürftigen Menschen – Decubitus aus der Sicht der Rechtsmedizin. In: Ärztekammer Hamburg (Hg) *Auf dem Weg ins 21. Jahrhundert. Was nehmen wir mit, was werfen wir über Bord? Abstracts*. I. Norddeutsches Forum gemeinsam mit dem 4. Hamburger Workshop „Qualität im Gesundheitswesen“. Hausdruckerei der Hamburger Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Hamburg, S 94–95.
- [14] Heinemann A, Leutenegger M, Cordes O, Matschke J, Hartung C (2000) Dekubitus – Risikokonstellationen, Ursachen, Eingriffsmöglichkeiten. Retrospektive Fallstudie in einem Kollektiv von 140 Sterbefällen des Jahres 1998 mit Dekubitus Grad III oder IV zum Todeszeitpunkt. Unveröffentl Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Hamburg im Auftrag der Hamburger Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Hamburg.
- [15] Heinemann A, Leutenegger M, Cordes O, Matschke J, Hartung C, Püschel K, Meier-Baumgartner HP (2001) Höhergradiger Dekubitus: Risikofaktoren und Pflegebedingungen in der letzten Lebensphase. *Z Gerontol Geriat* 34: 509–516.
- [16] Heinemann A, Lockemann U, Matschke J, Tsokos M, Püschel K (2000) Dekubitus im Umfeld der Sterbephase: Epidemiologische, medizinrechtliche und ethische Aspekte. *Dtsch med Wschr* 125 (3): 45–51.
- [17] Heinemann A, Lockemann U, Matschke J, Tsokos M, Püschel K (2000) Die Krematoriums-Leichenschau als epidemiologisches Meßinstrument für die Decubitusprävalenz im Umfeld der Sterbephase. In: Püschel K, Tsokos M (Hg) *Krematoriums-Leichenschau*. Lübeck, S 167–178.
- [18] Heinemann A, Seibel O, Lockemann U, Matschke J, Tsokos M, Püschel K (1999) Epidemiologie des Decubitus im Umfeld der Sterbephase: Analyse im Rahmen der Leichenschau. *Rechtsmedizin* 9 (Suppl 1): A60.
- [19] Heinemann A, Tsokos M, Püschel K (2003) Medico-legal aspects of pressure sores. *Leg Med* 5 (Suppl 1): 263–266.

- [20] Henrich A (2012) Retrospektive post-mortem-Untersuchung von Herzschrittmachern und der Versorgungsqualität in Hamburg und Umgebung. Diss Medizinische Fakultät, Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg.
- [21] Junge M (2001) Analyse von postmortal explantierten Herzschrittmachern (PM) und implantierbaren Kardioverter-Defibrillatoren (ICD). Diss Medizinische Fakultät, Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg.
- [22] Klein A (2006) Das Einwachsverhalten von unzementierten Femurschäften des künstlichen Hüftgelenkersatzes. Diss Medizinische Fakultät, Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg.
- [23] Kottusch P, Püschel K, Renteln-Kruse W von (2010) Untergewicht älterer Menschen zum Sterbezeitpunkt. *Z Gerontol Geriat* 43 (2): 120–124.
- [24] Kottusch P, Tillmann M, Püschel K (2009) Überlebenszeit bei Nahrungs- und Flüssigkeitskarenz. *Arch Krim* 224 (5/6): 184–191.
- [25] Krause T (2004) Belastung auf hohem Niveau. PDL-Praxis, Beilage zu Häusliche Pflege 4: 1–2.
- [26] Krause T (2004) Neue Forschung: Die Ursachen für die Dekubitusentstehung. CAREkonkret, 23.01.2004.
- [27] Krause T, Anders J [2003] Dekubitus. Grundlagenwissen und Informationen zu den Ursachenzusammenhängen der Entstehung von Druckgeschwüren. Eine Broschüre für Angehörige pflegebedürftiger Menschen. Albertinen-Haus, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie. Hamburg.
- [28] Krause T, Anders J (2004) Spannungsfeld Dekubitus. Pflegekräfte und Ärzte erleben Zusammenarbeit als unzureichend. *Die Schwester/ Der Pfleger* 43 (10): 788–791.
- [29] Krause T, Anders J, Heinemann A, Wilke L (2004) Ursachenzusammenhänge der Dekubitusentstehung. Ergebnisse einer Fall-Kontroll-Studie mit 200 Patienten und Befragung aller an der Pflege Beteiligten. Stuttgart.
- [30] Krause T, Anders J, Kranz S (2004) Die Belastung von Angehörigen, die Dekubituspatienten (mit-) pflegen. *Z Gerontol Geriat* 37 (Suppl 1): 150.
- [31] Krause T, Anders J, Leutenegger M, Meier-Baumgartner HP (2004) Dekubitusentstehung. Ein Forschungsbericht und Schlussfolgerungen für die pflegerische Praxis. Stuttgart.
- [32] Krause T, Anders J, Renteln-Kruse W von (2004) Dekubitus: Kenntnis von Risikofaktoren und Bewusstsein von Problemen der Versorgungsqualität im Spiegel einer Befragung von Pflegekräften und Ärzten. *Z Gerontol Geriat* 37 (2): 86–91.
- [33] Krause T, Anders J, Renteln-Kruse W von (2004) Dekubitusbehandlung: nur selten leitlinienorientiert. *Z ärztl Fortbild Qual Gesundh.wes* 98 (9): 769–774.
- [34] Krause T, Anders J, Renteln-Kruse W von (2005) Inkontinenz als Risikofaktor für Dekubitus hält kritischer Prüfung nicht stand. *Pflege* 18 (5): 299–303.

- [35] Krause T, Heinemann A, Anders J, Meier-Baumgartner HP, Püschel K (2003) Dekubitus: Ergebnisse einer Fall-Kontroll-Studie zu den Risikofaktoren. *European Journal of Geriatrics Abstractband* 5: 48.1.
- [36] Krause T, Liedtke E, Weber P [2006] Dekubitus-Coaching. Ein Beratungsangebot für Pflegekräfte, pflegende Angehörige und Ärzte. Projektförderung durch Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Durchführung durch Albertinen Haus, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, in Kooperation mit der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg, Fakultät Soziale Arbeit und Pflege (HAW Hamburg), und der Hamburgischen Pflegegesellschaft (HPG). Hamburg.
- [37] Lachnitt J (2012) Die Vernachlässigung alter Menschen in der Pflege aus kriminologischer Sicht – am Beispiel Dekubitus. Masterarbeit Fachbereich Sozialwissenschaften, Internationale Kriminologie, der Universität Hamburg.
- [38] Leffmann C (2004) Qualitätssicherung in der Dekubitusprophylaxe. *Z Gerontol Geriat* 37 (2): 100–108.
- [39] Leffmann C, Anders J, Heinemann A, Leutenegger M, Profener F (2002) Dekubitus. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Themenheft 12. Robert Koch-Institut (Hg). Berlin.
- [40] Leffmann C, Leutenegger M, Schroeder-Hartwig K (1998) Qualitätssicherung in der Pflege – das Hamburger Dekubitusprojekt. *Die Schwester/Der Pfleger* 37 (5): 417–422.
- [41] Lube J (2014) Die Entwicklung der Dekubitusprävalenz und der Pflegesituation alter Menschen in Hamburg im Jahr 2012 im Vergleich zu den Vorjahren. Diss Medizinische Fakultät, Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg.
- [42] Lühning O (2006) Vergleich von in-situ Messmethoden zur postmortalen Herzschrittmacher-Funktionsdiagnostik. Diss Medizinische Fakultät, Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg.
- [43] Neu J (2012) Fersenzulzera – Schicksal oder Fehlerfolge? *Hamburger Ärzteblatt* 66 (12): 36–37.
- [44] Neumann-Collina R (2001) Kausalitätsfragen bei Todesfällen mit Frakturen und/oder Operationen im Bereich des coxalen Femurendes. Diss Medizinische Fakultät, Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg.
- [45] Petersen A (2011) Unbemerkttes Sterben in Hamburg im Jahr 2008. Diss Medizinische Fakultät, Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg.
- [46] Popp J, Profener F, Stappenbeck J, Reintjes R, Weber P (2006) Der Einfluss des Fachkräfteanteils auf die Dekubitusinzidenz in Pflegeheimen. *Pflege* 19 (5): 303–307.
- [47] Püschel K (2008) Elder abuse and gerontocide. In: Rutty GN (Hg) *Essentials of Autopsy Practice*. London, S 77–111.
- [48] Püschel K (2007) Forensische Gerontologie. *Rechtsmedizin* 17 (6): 358.

- [49] Püschel K, Heinemann A (2000) Decubitusprävalenz in Hamburger Pflegeeinrichtungen: Von der Krematoriumsleichenschau zum „Hamburger Modell“ der Qualitätssicherung. *Rechtsmedizin* 10 (Suppl 1): 1.
- [50] Püschel K, Heinemann A (2004) Das Problem Dekubitus – Aus der Sicht der Rechtsmedizin. *Z für Wundheilung* 4: 185–186.
- [51] Püschel K, Heinemann A, Krause T, Anders S, Renteln-Kruse W von (2005) High-grade decubitus ulcers in the elderly: A Postmortem Case-Control Study of Risk Factors. *Forensic Sci Med Pathol* 1 (3): 193–196.
- [52] Püschel K, Heinemann A, Seibel O, Lockemann U, Matschke J, Seifert D, Tsokos M (1999) Epidemiologie des Decubitus im Umfeld der Sterbephase: Analyse im Rahmen der Leichenschau – Jahreserhebung 1998. *Forschungsbericht im Auftrag der Hamburger Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales*. Hamburg.
- [53] Püschel K, Jopp E, Wulff B (2012) Forschung im Krematorium. Von den Toten lernen für die Lebenden. Eigendruck, Institut für Rechtsmedizin Universitäts-Klinikum Hamburg-Eppendorf.
- [54] Renteln-Kruse W von (2004) Dekubitus. *Z Gerontol Geriat* 37 (2): 79–80.
- [55] Renteln-Kruse W von, Krause T, Anders J, Heinemann A, Püschel K (2004) Höhergradige Dekubitalulzera bei betagten pflegebedürftigen Hochrisiko-Patienten. Eine post-mortem Fall-Kontroll-Studie. *Z Gerontol Geriat* 37 (2): 81–85.
- [56] Rouzbeh Tehrani JC (2010) Qualität der Schrittmacher- (SM) und implantierbaren Kardioverter-Defibrillator- (ICD) Versorgung bei älteren Menschen – dargestellt bei Verstorbenen im Zusammenhang mit der Krematoriumsleichenschau. *Diss Medizinische Fakultät, Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg*.
- [57] Saal AG (2010) Zahnmedizinische Versorgung bei Senioren (> 60 Jahre) dokumentiert anlässlich der Krematoriums-Leichenschau. *Diss Zahnmedizinische Fakultät, Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg*.
- [58] Schalinski S, Braun C, Tsokos M (2007) Höhergradige Dekubitalulzera und Sepsis im Umfeld der Sterbephase – Prospektive Obduktionsstudie. *Rechtsmedizin* 17 (6): 376–379.
- [59] Schmunkamp F (2012) Über die Situation von Hamburger Verstorbenen (> 60 Jahre) mit einem oder mehreren höhergradigen Dekubitalulzera in der letzten Lebensphase. *Diss Medizinische Fakultät, Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg*.
- [60] Seidel T (2008) Der Einsatz von Magensonden (PEG-Sonden) zur künstlichen Ernährung in der letzten Lebensphase. Eine rechtsmedizinische Studie. *Hamburg*.
- [61] Steffen F (2001) Das Hamburger Suizidgeschehen. Eine Analyse der Jahre 1985–1999 unter besonderer Berücksichtigung des Alterssuizids. *Hamburg*.
- [62] Tillmann M (2010) Zur Situation der Senioren in Hamburg und Umland (2008) – Ergebnisse einer rechtsmedizinischen Studie anlässlich der Krematoriumslei-

- chenschau unter besonderer Berücksichtigung von Decubitalulcera. Diss Medizinische Fakultät, Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg.
- [63] Trieglaff C (2001) Vorkommen allogener Materialien in kremierten Leichen im Großraum Hamburg. Diss Medizinische Fakultät, Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg.
- [64] Tsokos M (2001) Ungewöhnliche Differentialdiagnose von Dekubitalulcera. *Chir Prax* 58 (2): 221–225.
- [65] Tsokos M (2002) Ungewöhnliche Differenzialdiagnose von Dekubitalulcera. *Internist Prax* 42 (1): 127–131.
- [66] Tsokos M (2002) Ungewöhnliche Differentialdiagnose von Dekubitalulcera. *Tägliche Prax* 43 (4): 795–799.
- [67] Tsokos M, Dellling G, Lockemann U, Heinemann A, Püschel K (2000) Häufigkeit und Ausmaß einer Osteomyelitis bei höhergradigen Dekubitalulcera – Eine histomorphologische Analyse nach unentkalkter Präparation des Os sacrum. *Rechtsmedizin* 10 (2): 56–60.
- [68] Tsokos M, Heinemann A, Püschel K (2000) Pressure sores: epidemiology, medico-legal implications and forensic argumentation concerning causality. *Int J Legal Med* 113 (5): 283–287.
- [69] Tsokos M, Matschke J, Kuhles R (2000) Krematorien in Deutschland. In: Püschel K, Tsokos M (Hg) *Krematoriums-Leichenschau*. Lübeck, S 205–216.
- [70] Tsokos M, Püschel K (1999) Infektionskrankheiten in der rechtsmedizinischen Obduktions- und Begutachtungspraxis. In: Beck EG, Eikmann T, Tilkes F (Hg) *Hygiene in Krankenhaus und Praxis*. 7. Ergänzungslieferung. Landsberg/Lech, III.3.15.1–34.
- [71] Türk EE, Tsokos M, Dellling G (2003) Autopsy-based assessment of extent and type of osteomyelitis in advanced-grade sacral decubitus ulcers: a histopathologic study. *Arch Pathol Lab Med* 127 (12): 1599–1602.
- [72] Weiß B (2010) Die AWMF-Leitlinien und ihr Bezug zur medizinischen Versorgung älterer Menschen – eine systematische, Kriterien gestützte Analyse. Diss Medizinische Fakultät, Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg.
- [73] Wilke L (2006) Hausärztliche Aufgabenwahrnehmung bei Prävention und Therapie von höhergradigen Dekubitalulcera. Diss Fachbereich Medizin, Institut für Rechtsmedizin der Universität Hamburg.



14,- Euro  
ISBN: 978-3-00-055987-7

