

IWAK-Forschungsberichte 8

Qualität der Versorgung mit Anti-Dekubitus-Liegehilfen

am Beispiel der Hilfsmittelversorgung durch die
AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung der Erhebung der
Versorgungsqualität in dem Hilfsmittelbereich Anti-Dekubitus-Hilfsmittel

Anke Metzenrath
Kerstin Hagmann
Angela Joost



IWAK

Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur

Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt am Main

Qualität der Versorgung mit Anti-Dekubitus-Liegehilfen am Beispiel der Hilfsmittelversorgung durch die AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

- Endbericht -

Gefördert aus Mitteln der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

Frankfurt, den 30. Mai 2014

Anke Metzenrath
Kerstin Hagmann
Dr. Angela Joost

Kontaktdaten:

Anke Metzenrath
Tel.: 069-798 25476
EMail: A.Metzenrath@em.uni-frankfurt.de

Kerstin Hagmann
Tel.: 069-798 25467
Email: Hagmann@iwak-frankfurt.de

Dr. Angela Joost
Tel.: 069-798 23646
Email: Joost@soz.uni-frankfurt.de

Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur (IWAK)
Senckenberganlage 31
60325 Frankfurt am Main
www.IWAK-Frankfurt.de

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	6
2	Versorgungsqualität	11
2.1	Typischer Verlauf der Versorgung mit einer Liegehilfe.....	11
2.2	Versorgungsqualität von Dienstleistungen	12
3	Methodisches Vorgehen	17
3.1	Forschungsdesign	17
3.1.1	Forschungsdesign: Qualität der Produktpassung	17
3.1.2	Forschungsdesign: Qualität des Versorgungsprozesses	18
3.2	Methoden und Vorgehensweisen	19
3.2.1	Literaturrecherche	19
3.2.2	Dokumentenanalyse	20
3.2.3	Leitfadengestützte Experteninterviews	22
3.2.4	Interviews mit den Vertragspartnern	23
3.2.5	Kundenbefragung zur Qualität des Versorgungsprozesses	24
4	Qualität der Produktpassung	27
4.1	Literaturrecherche.....	27
4.1.1	Studien.....	27
4.1.2	Leitlinien und Expertenstandards	31
4.2	Dokumentenanalyse.....	34
4.2.1	Gebrauchsanweisungen und Produktinformationen.....	34
4.2.2	Erhebungsinstrumente der Sanitätshäuser	37
4.3	Einschätzungen der Expert/innen	39
4.4	Einschätzung der Vertragspartner.....	46
4.5	Zusammenfassung.....	49
5	Qualität des Versorgungsprozesses	50
5.1	Sample	51
5.2	Allgemeine Informationen zum Versorgungsprozess aus der Kundenbefragung.....	51
5.3	Schnelligkeit der Versorgung bei Neurezeptierungen	54
5.4	Versorgung im Kontext des Wechsels der Gebietslose.....	58
5.5	Auswahlgespräche, Beratung und Information	59

5.6	Service im weiteren Versorgungsverlauf.....	67
5.7	Zufriedenheit mit den Liegehilfen und dem Service	68
5.8	Zusammenfassung	72
6	Ausblick	74
	Literaturverzeichnis.....	80
	Glossar	84
	Anhang.....	85
	Leitfaden für die Experteninterviews.....	85
	Leitfaden für die Interviews mit den Vertragspartnern der AOK	86
	Fragebogen Kundenbefragung.....	88

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Versorgungsverlauf mit einer Liegehilfe.....	12
Abbildung 2	Schematische Darstellung von Versorgungsqualität	15
Abbildung 3	Forschungsdesign zur Produktpassung.....	18
Abbildung 4	Forschungsdesign zur Frage der Qualität des Versorgungsprozesses.....	19
Abbildung 5	Unterschiedliche Typen von Liegehilfen im aktuellen Einsatz nach Sanitätshaus	52
Abbildung 6	Vorhandensein eines Dekubitus bei Rezeptstellung nach Sanitätshaus	53
Abbildung 7	Erhalt der aktuellen Liegehilfe nach Sanitätshaus.....	54
Abbildung 8	Lieferdauer nach Sanitätshaus.....	57
Abbildung 9	Form der Auswahlgespräche	60
Abbildung 10	Themen der Auswahlgespräche	61
Abbildung 11	Erhobene Themen im Beratungsgespräch zu unterschiedlichen Liegehilfen ...	62
Abbildung 12	Unverzögliche Nutzung der Liegehilfe	63
Abbildung 13	Einweisung in das Produkt.....	64
Abbildung 14	Themen der Einweisung.....	65
Abbildung 15	Erhalt einer schriftlichen Gebrauchsanweisung	66
Abbildung 16	Telefonische Erreichbarkeit	67
Abbildung 17	Zufriedenheit mit dem Liegekomfort nach Sanitätshaus	69
Abbildung 18	Vorhandensein von Störungen und Gründe für Störungen	69
Abbildung 19	Durchschnittliche Benotung des Service der Sanitätshäuser	71

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Überblick über Qualitätskriterien.....	16
Tabelle 2 Übersicht über den Suchverlauf in der Datenbank PubMed	20
Tabelle 3 Übersicht Wechseldrucksysteme, Herstellerinformationen	35
Tabelle 4 Übersicht Schaumstoffmatratzen, Herstellerinformationen	37
Tabelle 5 Übersicht über die Erhebungsbögen der Sanitätshäuser.....	38
Tabelle 6 An der Befragung teilnehmende Personen	51
Tabelle 7 Nutzungsdauer der aktuellen Liegehilfe in Monaten differenziert nach Sanitätshaus	53
Tabelle 8 Abgabeorte der Rezepte.....	55
Tabelle 9 Rückmeldedauer bei Neurezeptierungen nach Rezepteingang.....	56

1 Einleitung

Über Wettbewerb sollen im Gesundheitswesen übergeordnete Gesundheitsziele erreicht werden. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) definiert als generelle Ziele die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und die bedarfsgerechte Versorgung. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Realisierung gesamtwirtschaftlicher Ziele. In Leitbildern einer zielorientierten Gesundheitsversorgung wird zum Beispiel formuliert, dass eine

- „...effektive und qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte Versorgung,
- [eine] effiziente bzw. kostengünstige Leistungserstellung...“

erreicht werden sollen (SVR 2012, S. 41ff.).

Darüber hinaus werden an das Instrument eines „funktionsfähigen Wettbewerbs“ u.a. die folgenden Erwartungen gestellt:

- „...Berücksichtigung der Bedürfnisse und Präferenzen der Patienten durch Lenkung der Leistungen,
- Entlohnung nach erbrachter Leistungsqualität durch eine leistungsbezogene Vergütung, [sowie]
- Förderung von Produkt- und Prozessinnovationen...“ (SVR 2012, S. 43).

Die Krankenkassen schließen mit den Leistungserbringern, wie Sanitätshäusern oder Herstellern von Hilfsmitteln, sogenannte Verhandlungsverträge ab. Die Versorgung der Versicherten geschieht so nur durch zugelassene Leistungserbringer, mit denen Verträge geschlossen wurden. Seit dem Inkrafttreten des Wettbewerbsstärkungsgesetzes im April 2007 können die gesetzlichen Krankenkassen zudem Ausschreibungen durchführen. Im Fall einer Ausschreibung sind nicht mehr alle zugelassenen Leistungserbringer, die Verträge mit einer Krankenkasse haben, dazu berechtigt, eine Versorgung durchzuführen, sondern nur noch die Ausschreibungsgewinner.

Ausschreibungen nach § 127 Abs. 1 SGB V stellen also ein Instrument zur Gestaltung des Wettbewerbes im Gesundheitswesen dar. Bei einem Ranking zur Bedeutung von Instrumenten zur Kostensenkung aus der Perspektive der Krankenkassen belegen Ausschreibungen und Verträge nach § 127 den sechsten Platz (vgl. SVR 2012, S. 404).

Gesetzliche Krankenkassen können Ausschreibungen nach § 127 Abs. 1 SGB V vornehmen, wenn

„...dies zur Gewährleistung einer wirtschaftlichen und in der Qualität gesicherten Versorgung zweckmäßig ist...[...] Dabei haben sie die Qualität der Hilfsmittel sowie die notwendige Beratung der Versicherten und sonstige erforderliche Dienstleistung sicherzustellen und für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen. Die im Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 festgelegten Anforderungen an die Qualität der Versorgung und der Produkte sind zu beachten“ (§ 127 Abs. 1 SGB V).

Für Krankenkassen bieten Ausschreibungen gegenüber Verhandlungsverträgen, bei denen Verträge mit einer Vielzahl von Leistungserbringern abgeschlossen werden, verschiedene Vorteile:

- Ausschreibungen bewirken, dass der Kreis der Leistungserbringer überschaubar ist. Hierdurch kann die Überprüfbarkeit der Leistungserbringung sowie die Qualitätssicherung erleichtert werden.
- Die Wirtschaftlichkeit der Hilfsmittelversorgung wird erhöht, wenn die wenigen Leistungserbringer größere Stückzahlen an Hilfsmitteln einkaufen und hierdurch günstigere Einkaufskonditionen erwirken können. Ausschreibungen führen meistens zu einer Kostenreduktion.
- Bei Ausschreibungen können Krankenkassen die Anforderungen an die Leistungserbringer genauer ausdifferenzieren als bei Verhandlungsverträgen und damit auch höhere Standards festschreiben.

Den Leistungserbringern bieten sich durch Ausschreibungen ebenfalls Chancen:

- Bei einem Zuschlag können sie sich exklusiv für die Krankenkasse auf dem Markt positionieren.
- Sie gewinnen ein hohes Maß an Planungssicherheit.
- Im Kontakt mit den Versicherten haben sie die Möglichkeit, weitere Produkte und Dienstleistungen anzubieten.

Kriterien, welche die Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen im Sinne von § 127 Abs. 1 begrenzen und eine Entscheidungshilfe für die gesetzlichen Krankenkassen bieten sollen, wurden in einer Gemeinsamen Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes und der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer festgelegt. Auf dieser Grundlage sind Ausschreibungen nicht zweckmäßig, wenn

- die Kosten-Nutzen-Relation negativ (ungünstig) ausfällt,
- lediglich ein enger Bieterkreis besteht,
- es sich um nicht standardisierte Leistungen handelt,
- die Versorgung einen hohen Anteil an zu erbringender Dienstleistung beinhaltet,
- ein Gesundheitsrisiko für die Versicherten besteht oder
- es zu Störungen im Versorgungsverlauf kommt.¹

Kommt eine Krankenkasse zu dem Ergebnis, dass die Ausschreibung eines bestimmten Hilfsmittels zweckmäßig ist, dann kann „...eine auf den patientenspezifisch medizinischen Bedarf angepasste Versorgungsleistung...“ (Schmitt 2013, S. 170) ausgeschrieben werden. Die Ausschreibungsgewinner übernehmen dann die Versorgung der jeweiligen Versicherten.

¹ Vgl. Gemeinsame Empfehlungen gemäß §127 Abs. 1a SGB V, online verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/himi_empfehlungen_verlautbarungen/HiMi_Empfehlungen_127_Ausschreibungen.pdf, Abruf am 27.01.2014.

Jedoch verbleibt die Verantwortung für die Versorgungsleistung bei der ausschreibenden gesetzlichen Krankenkasse. Damit einher geht für sie die Verpflichtung zu Qualitätskontrollen (vgl. Kolb/Schanz 2012, S. 48).

In den letzten Jahren setzten mehrere Krankenkassen Ausschreibungen für die Versorgung ihrer Versicherten mit Hilfsmitteln unterschiedlicher Art ein.

Die Ausschreibung von Hilfsmitteln in der Versorgung mit Anti-Dekubitus-Hilfsmitteln ist nicht unumstritten. Kritisch gesehen wird das Absinken der Vergütung der Versorgungsleistungen im Zuge der Ausschreibungen, wenn alleine über den günstigsten Preis der Zuschlag erteilt wird. Dies könnte zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität oder sogar zur Gefährdung der Versorgung führen (Kolb/Schanz 2012, S. 47f.; BVMed Pressemitteilung vom 05.10.2011²). „Bewerber mit umfangreicher und kostenintensiver Dienstleistung, die für eine individuelle Auswahl der Hilfsmittel zwingend erforderlich ist, [sind] damit gegenüber reinen Produktanbietern immer unterlegen“ (Lahmann/Bienstein 2009, S. 508). Befürchtet wird also (auch von einigen der im Rahmen der Untersuchung befragten Expert/innen), dass durch Ausschreibungen insbesondere die personenintensiven Dienstleistungen im Auswahlprozess und in der Kundenbetreuung nicht im erforderlichen Umfang erbracht werden. Vereinheitlichte und vereinfachte Versorgungsprozesse wären nicht mehr am individuellen Bedarf orientiert und könnten dazu führen, dass z.B. keine umfassenden Risikoanalysen vorgenommen werden. Eine Standardisierung der Produktzuordnung z.B. nach dem umstrittenen Kriterium des Dekubitusgrades³ gefährde die Qualität der Versorgung. Die im Zusammenhang mit Ausschreibungen befürchteten negativen Auswirkungen auf die Versorgung mit Hilfsmitteln wurden bisher weder bestätigt und in ihren Auswirkungen quantifiziert, noch widerlegt.

Die AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen⁴ führt seit 2008 Ausschreibungen für die Versorgung ihrer Versicherten mit Anti-Dekubitus-Hilfsmitteln durch. Ziel dieser Untersuchung ist es unter anderem, an dem konkreten Fallbeispiel der Ausschreibung der AOK Hessen zu eruieren, wie sich die Versorgungsqualität aktuell darstellt.

Ausschreibung der AOK Hessen zu Anti-Dekubitus-Hilfsmitteln

Die AOK Hessen als Kostenträger für Leistungen des Sozialgesetzbuches V (Krankenversicherung) ist in dieser Funktion für die Versorgung ihrer Versicherten mit Hilfsmitteln nach § 33 SGB V verantwortlich. Zu diesem Kreis der Hilfsmittel gehören auch die Anti-Dekubitus-Hilfen. Anti-Dekubitus-Hilfen dienen der Prävention oder der Kuration von durch Einschränkungen der Mobilität verursachte Folgeerscheinungen wie bspw. Dekubitus

² Online Verfügbar unter: <http://www.bvmed.de/themen/hilfsmittel/hilfsmittel-1/pressemitteilung/dekubitus-forum-kritisiert-ausschreibung-der-aok-hessen-versorgungsqualitaet-der-patienten-in-gefahr.html>, Abruf am 28.01.2014.

³ Vgl. Presseinformation der Fachvereinigung Medizin Produkte e.V.: „Risiken beim Einsatz von Antidekubitus-Hilfsmitteln“ vom 21.03.2014, Köln.

⁴ Im Folgenden wird die Kurzform AOK Hessen verwendet.

(Druckgeschwüre). Im Jahr 2013 gab es bei der AOK Hessen 5.500 Versorgungsfälle mit Anti-Dekubitus-Hilfen.

Die Auswahl geeigneter Vertragspartner, zumeist Sanitätshäuser, erfolgt durch ein Ausschreibungsverfahren. Gewinnt ein Sanitätshaus die Ausschreibung, kommt es zu einem Vertragsabschluss zwischen der AOK Hessen und dem Sanitätshaus. Dies bedeutet, dass die Leistungserbringer laut Vertrag zuständig sind für:

- die Auswahl eines zur Situation des Versicherten passenden Hilfsmittels,
- die Versorgung des Versicherten mit dem ausgewählten Produkt,
- die dafür notwendigen Beratungen sowie die Einweisung in den Gebrauch des Produktes,
- ggf. die Wartung des Produktes,
- die Unterstützung der Versicherten bei Fragen zu oder Problemen mit dem Produkt,
- die Umversorgung mit einer neuen Liegehilfe, sollte dies durch eine Veränderung des Gesundheitszustandes des Versicherten nötig sein.

Die letztendliche Verantwortung für eine sachgemäße Versorgung verbleibt jedoch bei der AOK Hessen. In diesem Vertrag wird auch definiert, für welche Versorgungsregion der jeweilige Vertragspartner zuständig ist. Dies ist nötig, da es unter anderem aufgrund der räumlichen Distanz und der Leistungskapazität der einzelnen Sanitätshäuser nicht sinnvoll erscheint, dass ein einzelnes Sanitätshaus hessenweit alle Versicherten mit dem Bedarf einer Liegehilfe versorgt. Weiterhin umfassen die Verträge Qualitätskriterien, welche die Vertragspartner im Rahmen der Versorgung der Versicherten mit Anti-Dekubitus-Hilfen einhalten müssen (z. B. Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit für die Versicherten, qualifiziertes Personal) und die Höhe der Pauschale, welche die Vertragspartner für die Versorgung eines Versicherten mit einer Anti-Dekubitus-Hilfe (Hilfsmittel und Service) von der AOK Hessen pro Jahr erhalten. Aktuell gibt es drei Vertragspartner der AOK Hessen für die Versorgung der Versicherten mit Anti-Dekubitus-Hilfen. Die Versorgungsverträge gelten in der Regel vier Jahre. Dann kann eine Neuausschreibung erfolgen oder es können Verhandlungsverträge mit den Leistungsanbietern geschlossen werden.

Forschungsfragen

Vor dem Hintergrund der aufgezeigten erwarteten Vorteile und Bedenken am Ausschreibungsverfahren bei den Anti-Dekubitus-Hilfsmitteln sollen in dieser Untersuchung zwei zentrale Fragestellungen bearbeitet werden, die sich auf verschiedene Aspekte der Versorgung beziehen:

1. Wie stellt sich die Qualität der Produktpassung aktuell dar? Hierfür müssen der Begriff der Qualität für die Produktpassung über geeignete valide Indikatoren

operationalisiert und anschließend entsprechende Daten erhoben und ausgewertet werden.

2. Wie stellt sich die Qualität der Dienstleistungen im Versorgungsprozess mit Anti-Dekubitus-Liegehilfen aktuell dar? Hierfür müssen ebenfalls der Qualitätsbegriff operationalisiert und anschließend entsprechende Daten erhoben und ausgewertet werden.

Die gewonnenen Erkenntnisse sollen auch Aufschluss darüber geben, wie die Versicherten eine Versorgung mit druckverteilenden Liegehilfen, die auf der Basis einer Ausschreibung stattfindet, selbst erleben und in wie weit Ausschreibungen von Hilfsmitteln gegen Dekubitus (PG 11) hinsichtlich der Standardisierung der Versorgungsleistung sowie insbesondere des notwendigen Dienstleistungsanteils zweckmäßig sind.

Das Projekt „Wissenschaftliche Begleitung der Erhebung der Versorgungsqualität in dem Hilfsmittelbereich Anti-Dekubitus-Hilfsmittel“ wurde vom 1. Juli 2013 bis 31. Januar 2014 vom Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur – Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt am Main durchgeführt. Das Projekt wurde von der AOK Hessen gefördert und unterstützt.

Für die Untersuchung erfolgte eine Eingrenzung der Anti-Dekubitus-Hilfen auf die Liegehilfen, konkret auf spezielle Schaumstoffmatratzen für die Weichlagerung⁵ und auf Wechseldrucksysteme⁶.

Der vorliegende Bericht stellt die Vorgehensweise sowie die Ergebnisse der Untersuchung vor. In Kapitel 2 wird der Begriff Versorgungsqualität im Hinblick auf das im Fokus der Untersuchung stehende Praxisfeld konkretisiert. Kapitel 3 beinhaltet das methodische Vorgehen der Untersuchung, also das Untersuchungsdesign für beide Fragestellungen sowie die methodischen Schritte und Vorgehensweisen. Die Ergebnisse werden entsprechend der beiden Fragestellungen anschließend in getrennten Kapiteln vorgestellt und diskutiert: Die Einzelergebnisse zur Frage der Qualität der Produktpassung werden in Kapitel 4 dargelegt, die Ergebnisse zur Qualität der Versorgungssituation in Kapitel 5. Der Bericht schließt mit einem Ausblick.

⁵ Im Folgenden werden spezielle Schaumstoffmatratzen für die Weichlagerung mit dem Begriff Schaumstoffmatratzen bezeichnet.

⁶ Eine Erklärung der unterschiedlichen Typen von Liegehilfen findet sich im Glossar.

2 Versorgungsqualität

Dieses Kapitel vermittelt relevante Informationen einerseits darüber, wie ein Versorgungs-verlauf in der Praxis konkret aussieht, d. h. wie sich der Prozess der Versorgung der Versicherten mit einer Liegehilfe idealtypisch vollzieht. Zum anderen dient das Kapitel der Beschreibung des Verständnisses von Versorgungsqualität. Da es keine allgemein gültige Definition einer „guten“ Versorgungsqualität mit Liegehilfen gibt, muss zunächst definiert werden, welches Verständnis von Versorgungsqualität dieser Studie zugrunde liegt.

2.1 Typischer Verlauf der Versorgung mit einer Liegehilfe

In Abbildung 1 auf der nachfolgenden Seite findet sich eine schematische Darstellung der einzelnen Phasen eines Versorgungsverlaufs mit einer Liegehilfe. Der Versorgungsverlauf beginnt i. d. R. mit der Ausstellung eines Hilfsmittelrezeptes durch einen (Haus-) Arzt auf der Grundlage eines, zumeist durch Angehörige oder professionelle Pflegekräfte, festgestellten Bedarfes an einer Liegehilfe. Liegt ein Rezept vor, wird dies dem Sanitätshaus zugestellt, welches für die Versorgung des jeweiligen Versicherten zuständig ist. Das Sanitätshaus wiederum nimmt Kontakt mit dem Versicherten oder seinen pflegenden Angehörigen auf, erhebt im Gespräch die Daten, um ein geeignetes Hilfsmittel für die individuelle Situation des Versicherten auszuwählen und stellt dem Versicherten die daraufhin ausgewählte Liegehilfe zu. Kommt es nicht zu einer einschneidenden Situationsänderung des Versicherten und dadurch zum Bedarf an einer anderen Liegehilfe oder zu Problemen in der Nutzung der Liegehilfe, findet für gewöhnlich erst am Ende der Versorgungssituation (z. B. Tod des Versicherten, Wechsel des zuständigen Sanitätshauses) wieder ein Kontakt zwischen Sanitätshaus und Versichertem bzw. seinen Angehörigen statt.

Die Untersuchung fokussiert den Teil des Versorgungsverlaufs ab Rezeptstellung und umfasst laufende Versorgungsverläufe, also Versicherte, die aktuell eine Liegehilfe nutzen.

Die Ausführungen zum Versorgungsverlauf zeigen: nicht nur das Sanitätshaus, sondern auch die Versicherten sind in den Versorgungsverlauf involviert. Diese Tatsache hat Einfluss auf die Qualität der Versorgung, wie der nachfolgende Abschnitt zeigen wird.

Abbildung 1 Versorgungsverlauf mit einer Liegehilfe



2.2 Versorgungsqualität von Dienstleistungen

Die Definition, Erstellung und Messung von Qualität ist davon abhängig, auf was sich Qualität bezieht.

Die Versorgung der Versicherten mit Liegehilfen ist eine Dienstleistung der Sanitätshäuser. Die Qualität von Dienstleistungen zu messen bringt spezielle Herausforderungen mit sich, da Dienstleistungen über spezifische Charakteristika verfügen, die sie von materiellen Gütern und deren Herstellungsprozess unterscheiden. In Bezug auf die Versorgungsqualität sind dies insbesondere:

Immaterialität: Die Kernleistung (z. B. der Auswahlprozess einer geeigneten Liegehilfe) ist physisch nicht greifbar.

Integration des externen Faktors: Hiermit ist die Integration der, in unserem Falle, Versicherten, in den Herstellungsprozess einer Dienstleistung gemeint. Diese Integration macht einen direkten Kontakt von Sanitätshaus (als Leistungserbringer) und Versicherten (als Kunde) erforderlich. Konkret bedeutet dies, die Arbeit der Sanitätshäuser, und damit ein wichtiges Element der Versorgungsqualität, ist von Handlungen und Merkmalen der Versicherten ab-

hängig, z. B. kann ein Sanitätshaus ein Hilfsmittel nicht zeitnah liefern, wenn es für die Terminvereinbarung den Versicherten nicht erreichen kann.

Individualität: Jede Dienstleistung wird für jeden Versicherten neu erbracht, sodass der jeweilige Leistungsumfang und die Qualität variieren können. Dabei ist nicht nur das Verhalten des Sanitätshauses situativ unterschiedlich, sondern auch das des Versicherten. Insbesondere dieses Merkmal von Dienstleistung verlangt den Sanitätshäusern hohe soziale Kompetenzen ab. Allerdings ist die Individualität auf Seiten des Sanitätshauses einzugrenzen. Natürlich muss es sich auf den jeweiligen Versicherten einstellen, die fachlichen Standards und zu erwerbende Inhalte sollten jedoch nicht variieren, damit es nicht zu Fehleinschätzungen kommt (vgl. Bruhn 2008, S. 20ff.; Böckelmann 2003, 23f.).

Die Merkmale von Dienstleistungen führen dazu, dass sich die Gewährleistung und Erfassung einer gleichbleibenden Qualität schwieriger gestaltet als die Qualität eines gegenständlichen Gutes. So lässt sich der Versorgungsprozess aufgrund der Individualität und der notwendigen Beteiligung der Versicherten nur begrenzt standardisieren. Zudem ist die Leistung an sich nicht physisch greifbar, was die Festlegung messbarer Qualitätsparameter erschwert.

Das dieser Untersuchung zugrunde liegende Verständnis von Qualität und Versorgungsqualität wird im Folgenden kurz erläutert.

Die wohl verbreitetste und anerkannteste Definition von Qualität versteht diese als „...die Gesamtheit von Merkmalen (und Merkmalswerten) einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“ (DIN EN ISO 8402; zit. n. Bruhn 2008, S. 34). Eine „Einheit“ kann auch eine Dienstleistung darstellen.

Aus der Qualitätsdefinition geht hervor, dass Qualität und deren Merkmale i. d. R. von unterschiedlichen Personen definiert und damit von unterschiedlichen Werthaltungen und Festlegungen geprägt sind. Im vorliegenden Falle sind dies die Sanitätshäuser (sowie indirekt die AOK Hessen, der Gesetzgeber) und die Versicherten. Konkret heißt dies, dass die Versicherten z. T. eine andere Vorstellung von einer guten Versorgung haben können, als die Sanitätshäuser selbst.

Es gibt viele Konzepte, um die Qualitätsmerkmale von Dienstleistungen zu systematisieren. Das wohl am meisten rezipierte Modell ist das Modell von Avedis Donabedian (z. B. 1980). Er unterscheidet grundsätzlich die Bereiche „Struktur“, „Prozess“ und „Ergebnis“ als branchen- und dienstleistungsübergreifende Qualitätsdimensionen, wobei er ein lineares Verhältnis der einzelnen Dimensionen untereinander postuliert, d. h. gute Strukturen führen zu guten Prozessen, welche wiederum zu guten Ergebnissen führen. Die Dimensionen lassen sich wie folgt beschreiben (vgl. Corsten 2001, S. 295ff.; Dietzfelbinger 1998, S. 146ff.; Bruhn 2008, S. 50f.).

Die Strukturqualität bezieht sich auf relativ konstante Charakteristika der leistungserbringenden Organisation, also der Sanitätshäuser. Diese sind bspw. Personal (Qualifikation, Anzahl), technische Ausstattung (z. B. ausreichend Räume, PCs, Dokumentationsmaterialien)

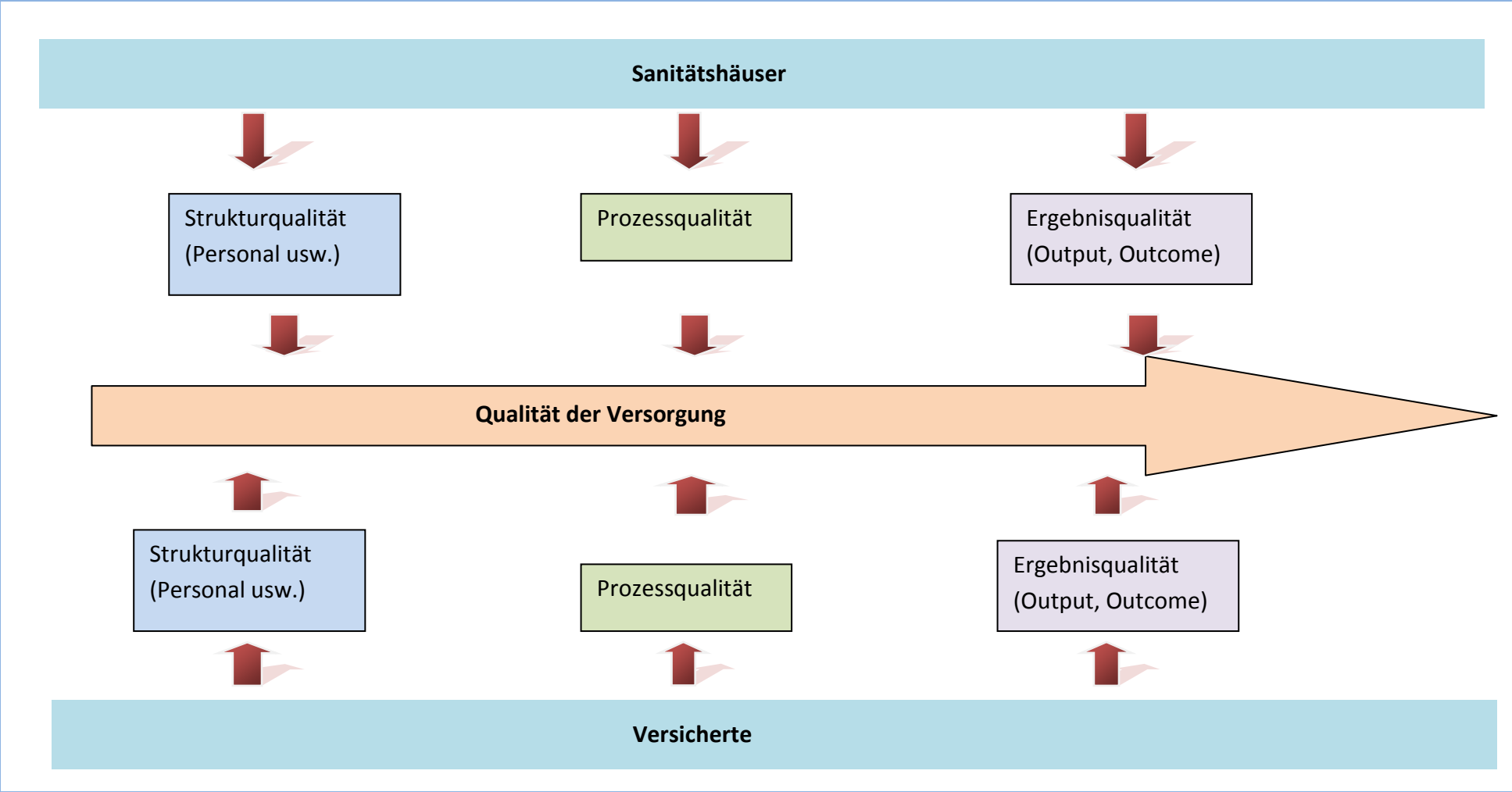
aber auch die Ausgestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation im Hinblick auf die zu erbringende Leistung. Diese bedingen die Qualität der erbrachten Leistung schon vor ihrer Entstehung.

Im Rahmen der Prozessqualität geht es um die Einschätzung der Prozesse bei der konkreten Leistungserstellung, wobei diese durch die Strukturen von Anbieter (Sanitätshaus) und Kunden (Versicherten) determiniert werden. Allerdings trägt der Anbieter die Verantwortung für ein fachlich korrektes Vorgehen und nicht der Kunde (vgl. Haid-Loh 1998, S. 150ff.). Ein wichtiges Kriterium ist, inwieweit festgelegte Verfahrensverläufe tatsächlich umgesetzt werden und so zur Qualitätssicherung beitragen.

Die dritte Dimension nach Donabedian ist die Ergebnisqualität. Sie umfasst die Resultate/Wirkungen, die mit den Maßnahmen und Handlungen einer Organisation erzielt werden. Es können zwei Formen der Ergebnisqualität unterschieden werden. Die *prozessuale Ergebnisqualität* wird direkt am Ende des Dienstleistungsprozesses gemessen (Output, z. B. ausgefüllte Assessmentinstrumente). Die Folgequalität umfasst die Wirkungen, die u. U. erst einige Zeit nach der Beendigung der Leistungserstellung sichtbar werden bzw. eintreten und dauerhaft sind, also die nachhaltigen Wirkungen der Leistung (Outcome, z. B. Kundenzufriedenheit) (vgl. Donabedian 1980; zit. n. Böckelmann 2003, S. 56; Wendt 2008, S. 86).

Aus den bisherigen Ausführungen lässt sich zusammenfassen, dass die Versorgung der Versicherten mit einer Liegehilfe eine (gesundheitliche) Dienstleistung ist, wobei sich die charakteristischen Merkmale von Dienstleistungen (wie z. B. Immaterialität, Individualität oder Integration des externen Faktors) erschwerend auf eine Sicherung der Qualität auswirken können. Dienstleistungsqualität wird dabei verstanden als die Gesamtheit von Merkmalen/Merkmalswerten einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen. Im Grunde geht es also um einen Soll-Ist-Abgleich auf der Ebene der Merkmale mit ihren definierten Erfordernissen. Für die Definition der Merkmale und Erfordernisse sind sowohl die Perspektiven der Leistungsersteller (Sanitätshäuser) als auch der Kunden (Versicherte) von besonderer Relevanz. Qualitätsmerkmale können auf den Dimensionen „Struktur“, „Prozess“ und „Ergebnis“ liegen (s. dazu Abbildung 2 auf der kommenden Seite).

Abbildung 2 Schematische Darstellung von Versorgungsqualität



Diese theoretischen Vorüberlegungen bilden die Grundlage für das Verständnis von Versorgungsqualität in dieser Untersuchung der Versorgung mit Liegehilfen. Eine weiterführende Operationsalisierung von Versorgungsqualität im Rahmen der Kundenbefragung erfolgte anhand der Qualitätskriterien, die in den Versorgungsverträgen zwischen AOK Hessen und den Sanitätshäusern definiert und von den Sanitätshäusern entsprechend im Rahmen der Versorgung einzuhalten bzw. zu gewährleisten sind. Ein Überblick über die in den Versorgungsverträgen relevanten Qualitätskriterien findet sich in Tabelle 1.

Tabelle 1 Überblick über Qualitätskriterien

Beratung des Versicherten bzw. der betreuenden Personen durch Haus- oder Krankenhausbesuch
Lieferung der Liegehilfe innerhalb von 24 Stunden nach Auftragseingang bei dem Versicherten (inkl. Montage und die Inbetriebnahme der Liegehilfe im Bett)
Persönliche Einweisung in die Nutzung der Liegehilfe des Versicherten und/oder der Anwender analog § 5 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung im häuslichen Umfeld
Reparaturen, Wartung und die sicherheitstechnische Überprüfung entsprechend der Herstellervorgaben
Hygienische Aufbereitung analog der Medizinprodukte-Betreiberverordnung § 4 und der Empfehlung des Robert Koch Institutes
Kostenfreie Umversorgung innerhalb des Pauschalsystems mit Anti Dekubitus Liegehilfen bis Grad 3 im Versorgungszeitraum der Versorgungspauschale
Umversorgung der bereits durch den vorherigen Loggewinner versorgten Versicherten zum Ablauf der Pauschale
Gebrauchsanweisung in deutscher Sprache
24 Stunden Notdienst
Pflegerische Fachqualifikation des Personals

3 Methodisches Vorgehen

Auf Basis der dieser Erhebung zugrundeliegenden Forschungsfragen soll eine Bestimmung der Produktpassung sowie der Qualität des Versorgungsprozesses vorgenommen werden. Damit dies realisiert werden kann, ist es notwendig, relevante Qualitätsmerkmale der Sanitätshäuser sowie der Versicherten entlang des Versorgungsprozesses auf den Dimensionen Struktur, Prozess und Ergebnis zu ermitteln. Für das methodische Vorgehen bedeutet dies, dass der Einsatz eines Multimethoden-Designs als zielführend erscheint, um sowohl die Produktpassung als auch die Qualität des Versorgungsprozesses aus unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten und miteinander abzugleichen.

Im Folgenden werden zunächst die Untersuchungsdesigns zur Beantwortung der beiden Forschungsfragen vorgestellt. Danach schließt sich die Beschreibung des konkreten methodischen Vorgehens an.

3.1 Forschungsdesign

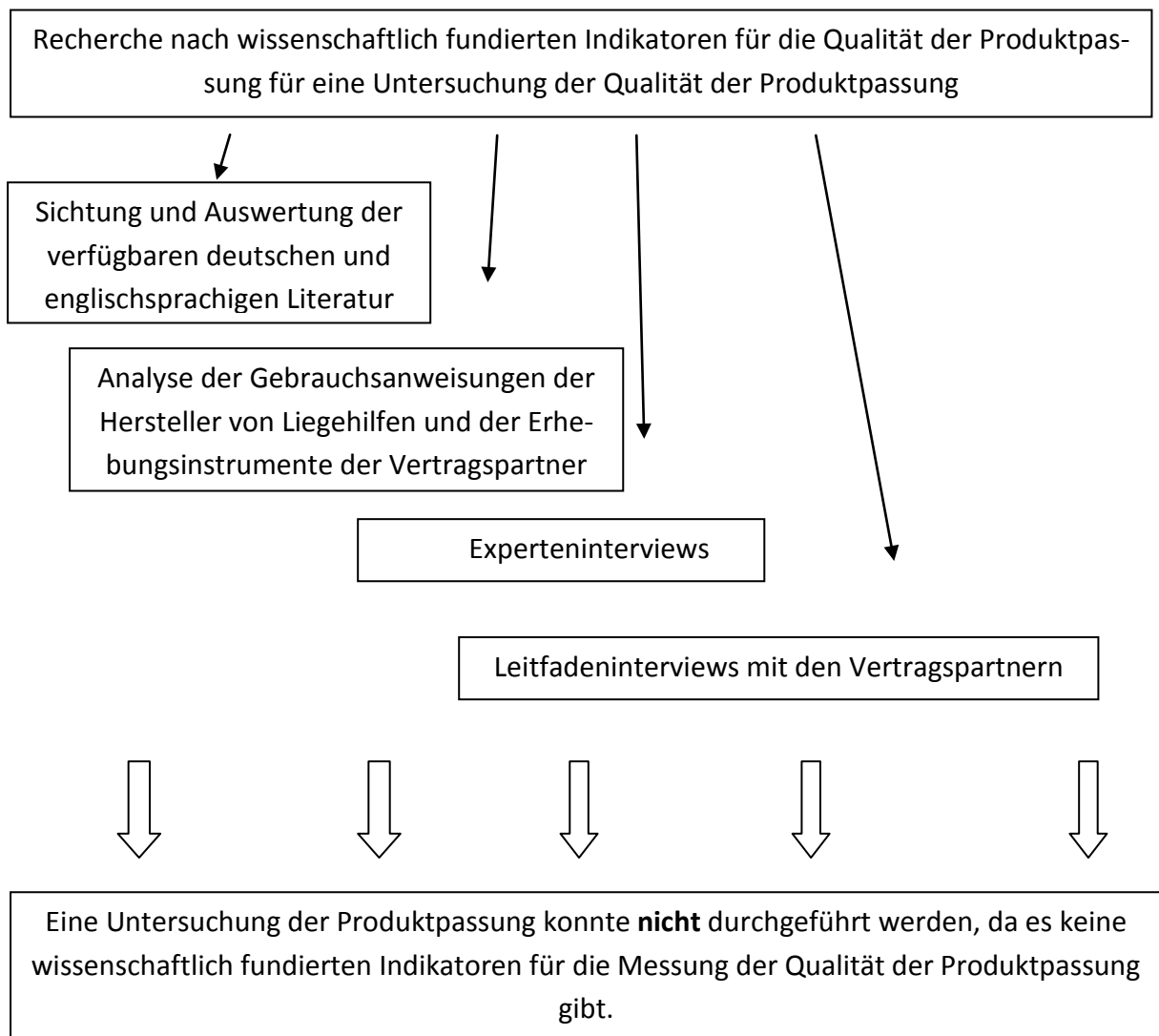
3.1.1 Forschungsdesign: Qualität der Produktpassung

Für die Erhebung der Produktpassung war es zunächst nötig, ein passendes Assessmentinstrument bzw. relevante Indikatoren zu identifizieren. Dafür erfolgte der Einsatz mehrerer Methoden (ein Überblick dazu ist Abbildung 3 zu entnehmen).

Zunächst wurde eine Recherche der wissenschaftlichen Literatur durchgeführt. Da diese keine zufriedenstellenden Ergebnisse brachte, erfolgte eine Ausweitung des Recherchebereichs auf die handlungspraktische Ebene der in die Versorgung der Versicherten involvierten Akteure und Bestimmungen. Ziel war es, diejenigen Indikatoren zu identifizieren, die in der Versorgungspraxis der Akteure handlungswirksam sind, sprich, anhand derer eine Produktauswahl de facto stattfindet. Um dies zu erreichen, erfolgte die Sichtung der Gebrauchsanweisungen der Hersteller und der Erhebungsinstrumente der Vertragspartner der AOK Hessen. Weiterhin wurden Experteninterviews mit Vertretern an unterschiedlichen Stellen des Versorgungssystems durchgeführt, um deren Perspektiven und Erfahrungen zu erfassen. Um den konkreten Einschätzungsprozess innerhalb der Versorgung der AOK Hessen-Versicherten zu beleuchten, kamen leitfadengestützte Interviews mit allen drei Vertragspartnern der AOK Hessen zum Einsatz.

Die Recherchen und Erhebungen haben gezeigt, dass die bisherige Forschungslage mangelhaft ist und die Aussagen der Expert/innen inkonsistent sind. Es konnten keine wissenschaftlich fundierten Indikatoren für die Produktauswahl identifiziert werden. Eine Untersuchung zur Erfassung der Produktpassung konnte deshalb nicht stattfinden.

Abbildung 3 Forschungsdesign zur Produktpassung



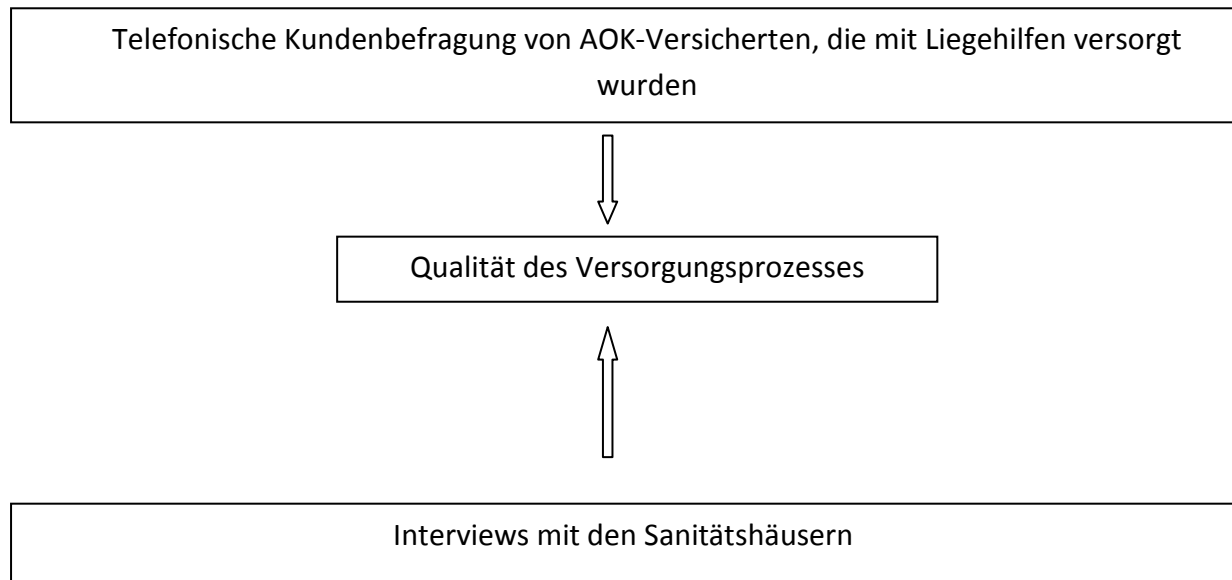
3.1.2 Forschungsdesign: Qualität des Versorgungsprozesses

Die Erfassung der Qualität des Versorgungsprozesses erfolgte ebenfalls mittels eines Methodenmixes. Die Mehrdimensionalität von Versorgungsqualität erfordert, dass sowohl die Erfahrungen der Versicherten als auch die Erfahrungen der Vertragspartner in Bezug auf den Versorgungsprozess erfasst werden müssen, um einen möglichst umfassenden Einblick in die Qualität des Versorgungsprozesses gewinnen zu können.

Das methodische Vorgehen war demnach zweigeteilt. Die Perspektive der Versicherten wurde mittels einer telefonischen Kundenbefragung erfasst. Die Perspektive der Vertragspartner hingegen mit Interviews. In der Kundenbefragung und in den Interviews mit den Vertragspartnern wurden überwiegend die gleichen Aktivitäten und Themen in Bezug auf den Versorgungsprozess behandelt. Dies ermöglicht einen Perspektivabgleich zwischen Versicherten und Sanitätshäusern, also eine Behandlung der Frage, ob beide Parteien die Qualität

des Versorgungsprozesses bzw. einzelner Bestandteile gleich oder unterschiedlich bewerten und warum dies möglicherweise so ist⁷.

Abbildung 4 Forschungsdesign zur Frage der Qualität des Versorgungsprozesses



Im Folgenden werden die einzelnen verwendeten Methoden und Vorgehensweisen zur Beantwortung beider Forschungsfragen genauer dargestellt

3.2 Methoden und Vorgehensweisen

Die in diesem Kapitel behandelten methodischen Vorgehensweisen und verwendeten Methoden kamen, wie den Forschungsdesigns zu entnehmen ist, nicht für beide Fragestellungen zur Anwendung kamen.

3.2.1 Literaturrecherche

Zu Beginn der Untersuchung fand eine umfassende Literaturrecherche statt, um zu eruieren, welche Erkenntnisse hinsichtlich der Produktpassung bereits vorliegen.

Die Literaturrecherche wurde mit Hilfe der Datenbank PubMed an der Universitätsbibliothek der Goethe-Universität Frankfurt am Main durchgeführt. Gewählt wurde PubMed, da sie die weltweit größte Datenbank u.a. in den Bereichen Medizin, Pflege und Gesundheitswesen darstellt. Die für die Recherche verwendeten Schlagwörter waren: Pressure ulcer bzw. pressure sore sowie Mattress.

⁷ Die Interviews mit den Vertragspartnern umfassten thematisch sowohl die Identifikation möglicher Indikatoren zur Produktpassung als auch die Erfassung ihrer Perspektive auf den Versorgungsprozess.

Tabelle 2 Übersicht über den Suchverlauf in der Datenbank PubMed

Suchverlauf	Treffer
(Pressure ulcer OR pressure sore) AND Mattress*	525
Systematischer Review + Review	100
Veröffentlichung in den letzten 10 Jahren	48
Deutsch + Englisch	46
Full text available	39
Nursing journals	13

Darüber hinaus erstreckte sich die Recherche auf die Kataloge der Goethe-Universität Frankfurt am Main sowie der Fachhochschule Frankfurt am Main. Weiter wurde Literatur in der einschlägigen Fachliteratur über das Schneeballverfahren gefunden, gesichtet und analytisch aufbereitet.

Nach Beendigung der Rechercheaktivitäten erfolgte die Sichtung der Abstracts der identifizierten Studien. Studien, in denen keine Auseinandersetzung mit dem Einsatz druckverteiler Liegehilfen stattfand, wurden aus der Analyse ausgeschlossen.

Für die versichertennahen Akteure des Versorgungssystems wie bspw. die Sanitätshäuser sind es nicht unbedingt Studien, die im beruflichen Alltag handlungsleitend wirken, sondern vielmehr Leitlinien der gesetzgebenden oder standesbezogenen Organe. Daher erfolgte neben der Recherche relevanter empirischer Literatur ebenso die Recherche und analytische Aufbereitung relevanter Handlungsstandards bzw. Leitlinien der Dekubitus-Prophylaxe bzw. -therapie.

Neben den entsprechenden Handlungsstandards bzw. Leitlinien, erscheint auch die alltägliche Handlungspraxis der Sanitätshäuser von Interesse. Facetten ihrer Praxis können über die von ihnen eingesetzten Dokumente ersichtlich werden.

3.2.2 Dokumentenanalyse

Im Rahmen einer Dokumentenanalyse wurden zum einen die Gebrauchsanleitungen/Produktinformationen der Hersteller von Liegehilfen analysiert, da diese Einfluss auf das Handeln der Sanitätshäuser hinsichtlich einer Produktauswahl haben können. Zum anderen wurden die Erhebungsinstrumente der jeweiligen Sanitätshäuser in die Analyse eingeschlossen, da diese Aufschluss über ihre Vorgehensweise, Indikatoren und Bewertungen versprechen. Dabei werden in Anlehnung an Flick (2010, S. 324) die Dokumente als ein Kommunikationsmittel erachtet.

Gebrauchsanweisungen/ Produktinformationen der Hersteller

Einfluss auf das Handeln der Sanitätshäuser hinsichtlich der Produktauswahl haben die Gebrauchsanweisungen/Produktinformationen der Hersteller der Liegehilfen, da sie eine Informationsquelle für die Sanitätshäuser darstellen. Daher ist es von Interesse zu eruieren,

welche Informationen hier bezüglich der Anwendung, der Indikation bzw. der Kontraindikation gegeben werden.

Aufgrund der zeitlich begrenzten Ressourcen wurden auf Basis einer Aufstellung der AOK Hessen über die eingesetzten Liegehilfen die drei bei den Versicherten jeweils am häufigsten eingesetzten Produkte der Produktkategorien Schaumstoffmatratzen und Wechseldrucksysteme für eine Analyse ausgewählt. Insgesamt kommen sie bei rund 82 Prozent der Versicherten zum Einsatz. Es wird ersichtlich, dass das Gros der Versicherten mit einer relativ kleinen Anzahl an Produkten versorgt wird. Die entsprechenden Dokumente waren im Internet frei zugänglich.

Für die Dokumentenanalyse erfolgte die Auswertung mit Hilfe der Inhaltsanalyse. Der Fragestellung entsprechend wurden die folgenden Kategorien zur Auswertung genutzt:

- Anwendung inklusive Dekubitusrisiko bzw. -grad,
- Indikation,
- Kontraindikation,
- Körpergewicht des Patienten,
- Material,
- Druckentlastung.⁸

Eine Modifizierung der Kategorien war im Laufe der Auswertung nicht notwendig.

Erhebungsinstrumente der Vertragspartner

Wie bereits in Kapitel 2.1 beschrieben, erheben die Sanitätshäuser Daten bei den Versicherten, die eine entsprechende Produktauswahl ermöglichen sollen. Hierfür nutzen sie spezielle Erhebungsinstrumente.

Die Analyse dieser Erhebungsinstrumente erfolgte im Vorfeld der Interviews mit den Vertragspartnern, um zunächst einen Eindruck davon zu erhalten, auf welche Art und Weise und unter Nutzung welcher Indikatoren sie eine Produktauswahl treffen. Zudem konnten so, sollten sich während der Analyse Fragen an die Vertragspartner ergeben, diese im Rahmen der Interviews geklärt werden.

Darüber hinaus fand ein Vergleich mit dem Erhebungsinstrument des Bundesverbandes für Medizintechnologie e.V. (BVMed) als Referenzinstrument statt, da dies seitens des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.(MDS) und der Deutschen Dekubitus Liga e.V. für die Auswahl einer druckverteilenden Liegehilfe empfohlen wird.

⁸ Hierbei handelt es sich um die Messung der Druckentlastung im Vergleich zu einer Referenzmatratze im Rahmen des Zulassungsverfahrens für die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis.

Da die Erhebungsinstrumente der Vertragspartner nicht frei zugänglich sind, bat die AOK Hessen die drei Vertragspartner um die Übersendung der Instrumente an das IWAK, was diese auch taten. Frei zugänglich war dagegen das Erhebungsinstrument des BVMed⁹.

Zentral für die Dokumentenanalyse waren die inhaltliche Dimension der Erhebungsinstrumente und die Indikatoren, mit deren Hilfe eine Auswahl getroffen wird. Aus diesem Grund fand auch hier die Datenauswertung mit Hilfe der Inhaltsanalyse statt. Auswertungskategorien waren:

- Risikoassessment,
- Erhebung bestehender Dekubitus/Wunden,
- weitere erhobene Erkrankungen/Kriterien.

Im Zuge der Analyse erfolgte die Bildung induktiver Unterkategorien.

Es zeigte sich, dass mittels der Ergebnisse der Literaturrecherche und der Dokumentenanalyse keine eindeutigen, wissenschaftlich fundierten Indikatoren für die Produktauswahl identifiziert werden konnten. Infolgedessen hat sich das IWAK für die Durchführung von Experteninterviews entschieden.

3.2.3 Leitfadengestützte Experteninterviews

Die Experteninterviews waren in der Untersuchung für die Fragestellung zur Qualität der Produktpassung relevant. Es war das Ziel, neue Informationen insbesondere aus deren Erfahrungswissen heraus hinsichtlich der Indikatoren für eine Produktauswahl zu generieren.

Zuerst mussten Experten mit einem entsprechenden „Praxis- und Handlungswissen“ (Bogner/ Menz 2002, S. 46) ermittelt werden. Experten im Rahmen dieser Erhebung sind Personen, die sich seit mehreren Jahren beruflich mit dieser Thematik auseinandersetzen, ob praxisnah oder in diesem Bereich beratend tätig. Als vorteilhaft wird bewertet, wenn die Personen innerhalb einer Verbandsstruktur organisiert sind, da sie dann im Austausch mit weiteren Akteuren stehen und auch eine Verbundperspektive repräsentieren können. Zur Erweiterung der Perspektive wurde eine Person aus der Wissenschaft mit einbezogen. Vor diesem Hintergrund hat sich das IWAK mit der AOK Hessen über potentielle Experten ausgetauscht.

Das IWAK nahm telefonisch oder per E-Mail Kontakt mit den Expert/innen auf, erklärte den Hintergrund der Studie sowie der Interviews. Daraufhin fand die Terminabstimmung für die telefonischen Interviews statt. Alle angesprochenen Expert/innen erklärten sich zu Interviews bereit.

Aufgrund der Zielsetzung, Indikatoren für eine Produktauswahl zu identifizieren, bot sich der Einsatz eines Interviewleitfadens¹⁰ an. Dieser wirkt unterstützend auf die thematische Fo-

⁹ Online verfügbar unter <http://www.bvmed.de/stepone/data/downloads/84/cc/00/BVMedErhebungsbogenLiegehilfen1009.pdf>, Abruf am 03.07.2013.

kussierung und die Steuerung des Interviews (vgl. Flick 2010, S. 216f.). Darüber hinaus erleichtert sein Einsatz die Vergleichbarkeit der einzelnen Interviews (vgl. Mayring 2002, S. 70).

Alle Experteninterviews wurden per Telefon geführt und aufgezeichnet. Insgesamt hat das IWAK sieben Interviews geführt. Dabei variierte die Gesprächsdauer zwischen 25 und 96 Minuten.

Im Anschluss an die Interviews erfolgte deren Transkription. Eine Zusammenfassung der Transkripte wurde an die Expert/innen mit dem Ziel einer Validierung versandt. In der Folge wurden an zwei der versandten Zusammenfassungen auf Wunsch der Interviewpartner Änderungen vorgenommen. Nachdem diese in die Zusammenfassungen eingearbeitet wurden, wurde die Textmenge nochmals reduziert und anschließend inhaltsanalytisch ausgewertet. Die hierfür verwendeten Kategorien wurden in Anlehnung an den zugrundeliegenden Leitfaden entwickelt. Aufgrund der starken Zentrierung mittels des Leitfadens war eine Neubildung von Kategorien während der Auswertung nicht notwendig. Ein derartiges Vorgehen erscheint dem Gegenstand angemessen, da der Fokus der Auswertung auf die inhaltliche Dimension der Versorgung gerichtet ist (vgl. Flick 2010, S. 416).

Auch wenn hinsichtlich der Auswahl der Gesprächspartner Wert daraufgelegt wurde, Expert/innen mit einem Praxisbezug zu identifizieren, so sind die meisten Expert/innen nicht in dem alltäglichen Prozess der Produktauswahl und den Versorgungsprozess involviert. Daher erschien es wichtig, die versichertennahen Akteure, also die Sanitätshäuser, zum Prozess der Produktauswahl und zum Versorgungsprozess zu befragen.

3.2.4 Interviews mit den Vertragspartnern

Die Sanitätshäuser rückten einerseits hinsichtlich der Produktpassung in das Zentrum des Interesses, da weder auf Basis der Literaturrecherche noch mit Hilfe der Experteninterviews eindeutige Indikatoren für die Produktauswahl ermittelt werden konnten. Jedoch sind die Sanitätshäuser in ihrer alltäglichen Arbeit gezwungen eine Entscheidung zu treffen. Und es stellt sich die Frage: Wie treffen sie eine Produktauswahl? Daher wurde dieser Aspekt in die leitfadengestützten Interviews mit den Vertragspartnern der AOK Hessen integriert.

Für die Ermittlung der Qualität des Versorgungsprozesses sind die Sanitätshäuser als zentrale Akteure des Versorgungsprozesses zu ihren Strukturen, Prozessen und Erfahrungen befragt worden.

Nachdem die AOK Hessen ihre Vertragspartner über die geplanten Gespräche in Kenntnis gesetzt hat, nahm das IWAK Kontakt per Telefon oder E-Mail auf. Alle drei Vertragspartner stimmten einem Interview zu.

Es war vorgesehen, bei den Vertragspartnern mit den in den Versorgungsprozess involvierten Pflegekräften zu sprechen, da diese den gesamten Prozess überblicken können und in diesem Rahmen eine Entscheidung für eine bestimmte Liegehilfe treffen. Die im vorherigen

¹⁰ Der entsprechende Leitfaden kann dem Anhang entnommen werden.

Kapitel 3.2.3 beschrieben Vorteile des Einsatzes eines Interviewleitfadens¹¹ kommen auch hier zum Tragen.

Alle Interviews fanden in den Räumlichkeiten der jeweiligen Sanitätshäuser statt. Die Zusammensetzung der jeweiligen Interviewpartner variierte allerdings. Zwei Interviews wurden mit Pflegefachkräften, die aktiv in den Versorgungsprozess mit Liegehilfen involviert sind, geführt. Darüber hinaus waren in einem dieser Interviews noch ein verantwortlicher Mitarbeiter des Sanitätshauses sowie ein Mitarbeiter, der zuständig für die Tourenplanung ist, anwesend. Das dritte Interview wurde mit einem verantwortlichen Mitarbeiter des Sanitätshauses geführt. Die Dauer variierte zwischen 70 und 103 Minuten. Dabei wurden die Interviews auf Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

Das Erkenntnisinteresse des IWAK richtete sich hier ebenfalls auf die inhaltliche Ebene. Die Datenauswertung wurde mit Hilfe der Inhaltsanalyse vorgenommen. Infolgedessen wurden die Kategorien in Anlehnung an den zugrundeliegenden Leitfaden entwickelt.

3.2.5 Kundenbefragung zur Qualität des Versorgungsprozesses

Aufgrund der Mehrdimensionalität von Versorgungsqualität erfolgte im Rahmen der Untersuchung nicht nur die Erfassung der fachlichen Perspektive über die Produktpassung, sondern ebenso und zu deren Ergänzung die Abbildung der Erfahrungen mit dem Versorgungsprozess durch die Versicherten.

Die Erfassung der Erfahrungen der Versicherten mit dem Versorgungsprozess erfolgte mittels einer telefonischen Befragung. Die Wahl fiel aus mehreren Gründen auf ein quantitatives Erhebungsdesign:

1. Für eine valide Einschätzung der Kundenperspektive musste eine höhere Anzahl Versicherte befragt werden. Viele der Versicherten können aber aufgrund eines eingeschränkten Gesundheitszustandes einen Fragebogen schriftlich nicht mehr beantworten.
2. Die zu erfragenden Qualitätskriterien waren im Großteil bekannt.
3. Mit dem Wegfall des Forschungsfeldes „Produktpassung“ im Rahmen der Kundenbefragung änderte sich die Fragestellung und Zielsetzung dieser Erhebung, was Vor-Ort-Besuche bei den Versicherten nicht mehr erforderlich machte.

Die Inhalte des Fragebogens für die telefonische Befragung der Versicherten fußen auf zwei Quellen. Zum einen basieren sie auf einer Literaturrecherche zum Thema Hilfsmittel und Hilfsmittelversorgung, vor allem im Kontext der Sozialgesetzbücher V und XI sowie der Hilfsmittelrichtlinie und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung. Von Interesse war insbesondere, ob und welche Regelungen und Richtlinien sich im Rahmen der Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln für die Kranken-, Pflegekassen bzw. die Sanitätshäuser aus den genannten gesetzlichen Quellen ergeben.

¹¹ Der Interviewleitfaden kann dem Anhang entnommen werden.

Zum anderen wurden die Verträge zwischen der AOK Hessen und den Sanitätshäusern analysiert. In diesen Verträgen sind, wie in Tabelle 1 auf Seite 16 dargestellt, detaillierte Qualitätskriterien definiert, die von den Sanitätshäusern im Rahmen der Versorgung der Versicherten mit Liegehilfen einzuhalten sind. Teils basieren diese Qualitätskriterien auf den Regelungen der bereits im oberen Abschnitt erwähnten gesetzlichen Quellen, andere Teile sind von der AOK Hessen festgelegt.

Der entstandene Fragebogen für die Kundenbefragung ist vollstrukturiert und teilstandardisiert aufgebaut, d.h. dass neben geschlossenen auch offene Fragen mit in den Fragebogen einfließen. Inhaltlich gliedert sich der Fragebogen¹² in die fünf Teilbereiche:

- Allgemeine Fragen,
- Teil A neu rezeptierte Liegehilfen,
- Teil B Umversorgung im Zuge des Wechsels des Sanitätshauses,
- Teil A/B Versorgungsprozess,
- Teil C Erreichbarkeit, Notfallmanagement und technischer Service.

Mit drei Versicherten erfolgte am Ende der Fragebogenentwicklung ein Pretest, um die Praktikabilität des entstandenen Erhebungsinstrumentes zu testen. Der Pretest zeigte keine wesentlichen Änderungsbedarfe.

Parallel zur Fragebogenkonstruktion erfolgte die Akquise potentieller Erhebungsteilnehmer.

Zielgruppe der Befragung waren AOK-Versicherte, die zwischen Januar 2013 und Juli 2013 einen Bedarf an einer Liegehilfe aufwiesen. Mit der zeitlichen Einschränkung sollte sichergestellt werden, dass einerseits die Erfahrungen der Versicherten mit den Sanitätshäusern im Rahmen der Versorgung mit einem Hilfsmittel zum Befragungszeitpunkt zwischen September und November 2013 noch nicht so lange her sind, dass sich die Betroffenen nicht mehr erinnern können. Andererseits sollten auch so viele Erfahrungen mit dem Sanitätsaus gemacht worden sein, dass der Versicherte im Rahmen der Befragung Auskünfte zu wichtigen Fragen geben kann. Alternativ zum Versicherten selbst konnte auch ein Angehöriger, Betreuer oder eine professionelle Pflegekraft für den Versicherten Auskunft geben, sollte dieser selbst dazu nicht (mehr) in der Lage sein. Wichtig war, dass die an der Befragung teilnehmende Person Kenntnisse über die Versorgungssituation mit der Liegehilfe hatte und über die rechtliche Befugnis zur Weitergabe der Informationen verfügte. Die Ziehung der so eingegrenzten Grundgesamtheit aus dem Gesamtpool der AOK Hessen-Versicherten erfolgte durch die Statistikabteilung der AOK. Die im relevanten Zeitraum verstorbenen Personen wurden vor der Ziehung aus dem Datensatz entfernt.

Da aus Datenschutzgründen keine Weitergabe der Adressdaten von der AOK Hessen an das IWAK möglich ist, wurde folgendes Vorgehen für die Kontaktaufnahme mit den Versicherten gewählt.

¹² Der Fragebogen kann dem Anhang entnommen werden.

Die Kontaktaufnahme mit den Versicherten erfolgte zunächst schriftlich. Dazu verfassten die AOK Hessen ein kurzes Anschreiben und das IWAK ein etwas längeres Informationsschreiben, welches über Sinn und Zweck sowie die Rahmenbedingungen der Befragung informierte. Anschreiben und Informationsschreiben wurden zusammen von der AOK Hessen an die Adressen der Personen aus der gezogenen Grundgesamtheit versandt. Den verschickten Schreiben lagen ein sog. Kontaktbogen und ein an das IWAK adressierter und portofreier Rückumschlag bei. Diejenigen Versicherten, die an der Befragung teilnehmen wollten, teilten dem IWAK postalisch mittels des Kontaktbogens ihre relevanten Daten (Name, Adresse, Telefonnummer) mit. Erst dann erfolgte eine direkte Kontaktaufnahme des IWAK zu den Versicherten, um diese noch einmal im direkten Gespräch über den Hintergrund und die Bedingungen der Studie zu informieren, nochmals das Einverständnis einzuholen und einen Termin für das telefonische Interview zu vereinbaren.

Der Erhebungszeitraum erstreckte sich vom 23.09.2013 bis zum 29.11.2013. Insgesamt wurden 1.144 Personen von der AOK Hessen angeschrieben.

Die Datenauswertung erfolgte mittels SPSS/PAWS 18. Die Analyse der Daten aus den geschlossenen Fragen erfolgte deskriptiv über die Berechnung absoluter und relativer Häufigkeiten sowie über die Berechnung von Werten der zentralen Tendenz und Streuung.

Die Analyse der Informationen aus den offenen Fragen erfolgte über eine induktive Kategorienbildung mit anschließender Quantifizierung der Ergebnisse.

In den beiden nachfolgenden Kapiteln werden die Ergebnisse der Untersuchung vorgestellt.

4 Qualität der Produktpassung

Eine zentrale Herausforderung dieser Untersuchung war die Ermittlung von Indikatoren zur Erhebung der Qualität der Produktpassung. Die kurze Projektlaufzeit erlaubte es nicht, Indikatoren für die Erhebung der Qualität der Produktpassung mit wissenschaftlich fundierten Verfahren grundständig zu entwickeln. Deshalb sollten zunächst Indikatoren und deren Operationalisierung aus den vorliegenden Studien, Dokumenten und den Erfahrungen von Expert/innen exploriert und für eine Erhebung der Qualität angepasst werden.

Recherchen, Analysen und Interviews führten zu dem Ergebnis, dass es bislang keine wissenschaftlich fundierten Indikatoren für die Erhebung der Qualität der Produktpassung gibt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der einzelnen Rechenschritte (Literaturrecherche, Dokumentenanalyse, Expertengespräche und Einschätzungen der Vertragspartner) nacheinander detailliert dargelegt.

4.1 Literaturrecherche

Zum Thema Indikatoren für die Passung von Liegehilfen zu Patientenmerkmalen kommen bereits 2005 die Autoren des Health Technology Assessment (HTA)¹³-Berichts zu Dekubitusprophylaxe und –therapie zu dem Ergebnis:

„Insgesamt ergibt sich der Eindruck, dass es derzeit nicht möglich ist, mit einer höheren Differenziertheit gerade hinsichtlich der spezifischen Produktspezifikation (z.B. Schaumstoffdichte, Elastizität) die effektivsten Lagerungshilfsmittel/-auflagen entweder für die Prävention oder für die Therapie in Bezug auf jeweils bestimmte Settings / Patientencharakteristika zu bestimmen“ (DAHTA@DIMDI 2005, S. 15).

Anders formuliert: Im Jahr 2005 lagen keine Indikatoren bzw. Kriterien vor, mit deren Hilfe die Zuordnung einer druckverteilenden Liegehilfe zu einem bestimmten Patienten¹⁴ möglich war. Ob sich seitdem der Forschungsstand geändert hat, sollte durch die Literaturrecherche geklärt werden. Dabei fokussierte sich diese ausschließlich auf Liegehilfen. Ergebnisse zu Sitzkissen, druckverteilenden Auflagen für OP-Tische, Schaffelle o.ä. werden an dieser Stelle nicht berücksichtigt.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Recherche von wissenschaftlichen Studien und von verschiedenen Leitlinien und Expertenstandards vorgestellt.

4.1.1 Studien

Die dargestellten Rechercheergebnisse zur Studienlage stammen überwiegend aus systematischen Literaturreviews, in denen vor allem randomisierte, kontrollierte Studien analysiert wurden. Die Studien wurden im Hinblick auf Indikatoren und deren Operationalisierung für

¹³ HTA-Berichte zielen u.a. auf die „...systematische wissenschaftliche Bewertung gesundheitsrelevanter Maßnahmen...“ ab (<http://www.dimdi.de/static/de/hta/>; Abruf am 17.01.2014).

¹⁴ Im Rahmen dieses Kapitels, wird im Gegensatz zu den restlichen Kapiteln dieses Berichtes, nicht von Versicherten sondern von Patienten gesprochen, da in der Literatur üblicherweise von Patienten gesprochen wird. Dies wird der Einfachheit halber beibehalten.

die Auswahl von Liegehilfen für spezifische Patientenmerkmale und Fähigkeitsstörungen gesichtet. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Studiauswertung hinsichtlich des Einsatzes von Liegehilfen im Rahmen der Prävention und des Einsatzes von Liegehilfen im Rahmen der Therapie vorgestellt. Dabei erfolgt zuerst jeweils eine Ergebnisdarstellung, worauf sich eine kritische Diskussion der Ergebnisse im Hinblick auf die Verwertbarkeit für die Bearbeitung der Forschungsfrage anschließt.

Einsatz von Liegehilfen im Rahmen der Prävention

Schaumstoffmatratzen sind den Standardmatratzen überlegen (vgl. Colin et al. 2012, S. 473; McInnes et al. 2012, S. 350; Reddy et al. 2006, S. 978). Dabei kann aber nicht gesagt werden, welche der Schaumstoffmatratzen effektiver sind (vgl. McInnes 2012, S. 355). Chou et al. (2013, S. 33ff.) kamen zu dem Ergebnis, dass entsprechende statische Liegehilfen wie bspw. Schaumstoffmatratzen effektiver in der Vermeidung eines Dekubitus bei Patienten mit einem erhöhten Risiko sind als Standardmatratzen. Problematisch am Vergleich mit Standardmatratzen ist jedoch, dass diese nicht definiert sind und daher in Qualität und Ausführung variieren. Aus diesem Grund beleuchteten McInnes et al. (2011, S. 11f.) Erhebungen, die in Großbritannien stattgefunden haben, da hier die im öffentlichen Gesundheitswesen eingesetzten Standardmatratzen nur gering voneinander abweichen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass Schaumstoffmatratzen zur Weichlagerung bei Risikopatienten im Vergleich zu Standardmatratzen signifikant die Inzidenz reduzieren.

Einige Studien zeigen, dass auch Wechseldrucksysteme effektiver sind als Standardmatratzen (vgl. Vanderwee et al. 2008, S. 789f.). McInnes et al. (2012, S. 355) konnten eine signifikante Verringerung der Dekubitusinzidenz bei dem Einsatz von Wechseldrucksystemen im Vergleich zu einer Standardmatratze nachweisen. Jedoch können keine Aussagen dazu gemacht werden, ob ein Typ eines Wechseldrucksystems einem anderen überlegen ist (vgl. Vanderwee et al. 2008, S. 789f.). Chou et al. (2013, S. 33ff.) schätzen die Evidenz von Wechseldrucksystemen dagegen als begrenzt ein.

Hinsichtlich der Entstehung von Dekubitalgeschwüren an den Fersen kamen Nicosia et al. (2007, S. 202f.) zu dem Ergebnis, dass spezielle druckverteilende Liegehilfen, ob Schaumstoff oder luftgefüllt, im Vergleich mit einer Standardmatratze das Risiko, einen Fersendekubitus zu entwickeln, senken.

Zur Frage, welche der beiden Produktkategorien (Schaumstoff oder Wechseldruck) besser zur Prävention geeignet ist, gibt es keine eindeutigen Ergebnisse (vgl. Reddy et al. 2006, S. 981; McInnes et al. 2012, S. 355).

Einsatz von Liegehilfen im Rahmen der Therapie

Die vorausgegangenen Ergebnisse beziehen sich überwiegend auf die Effektivität der Liegehilfen in Bezug auf die Prävention eines Dekubitus. Dabei stellt die Inzidenz das Outcome dar. Dagegen haben Smith et al. (2013, S. 40) einen systematischen Literaturreview hinsichtlich Evidenz und Effektivität der Behandlung von Dekubitus erstellt, der u.a. die Heilung und

die Verminderung der Wundgröße fokussierte. Eine Unterkategorie stellen dabei druckverteilende Hilfsmittel dar.

Im Hinblick auf die Wundheilung konnten die Autoren keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Liegehilfen feststellen. Es zeigte sich lediglich, dass es zu einer schnelleren Verkleinerung der Wundfläche bzw. einer positiven Veränderung des Dekubitusgrades beim Einsatz von Air-fluidized-Betten kommt. Jedoch wurden diese oftmals mit Standardmatratzen und nur vereinzelt mit entsprechenden druckverteilenden Liegehilfen verglichen. Vor dem Hintergrund einer niedrigen Evidenz in den Studien kann gesagt werden, dass der Heilungsprozess beim Einsatz von Wechseldrucksystemen ähnlich dem beim Einsatz von anderen druckverteilenden Liegehilfen ist und unterschiedliche Arten von Wechseldrucksysteme den gleichen Nutzen bringen (vgl. Smith et al. 2013, S. 42ff.).

Für die meisten in diesem Bereich durchgeführten Studien wird eine schlechte methodische Qualität konstatiert (vgl. Reddy et al. 2006, S. 975; Nicosia et al. 2007, S. 204; Colin et al. 2012, S. 473; Chou et al. 2013, S. 35; Smith et al. 2013, S. 46; Vanderwee et al. 2008, S. 798). So bemerken bspw. Colin et al. (2012, S. 472f.), dass es zu einer Limitation ihres systematischen Literaturreviews durch unterschiedliche Definitionen, wann ein Dekubitus als solcher gezählt wird, sowie durch teilweise kleine Samplegrößen kommt. Auch kann es durch heterogene Samples (vgl. Reddy et al. 2006, S. 979) zu Verzerrungen kommen. Bezüglich technischer Systeme bemerken McInnes et al. (2011, S. 13), dass die Zelltiefe, der Zyklus und die mechanische Belastbarkeit Einfluss auf die Wirksamkeit der Liegehilfen haben können, aber diesbezüglich den Studien kaum Beschreibungen zu entnehmen sind. Und Smith et al. (2013, S. 42) weisen u.a. auf zu kleine Samplegrößen und zu kurze Zeiträume für ein Follow-up, um eine Wundheilung zu erfassen, hin.

Die Notwendigkeit des Einsatzes von Liegehilfen wird mit einem bestehenden Dekubitusrisiko bzw. Dekubitus in Zusammenhang gebracht. Jedoch variiert die Definition der Gefährdungsgrade (vgl. McInnes et al. 2012, S. 357). Weiter besteht das Problem, dass nicht in allen Studien dokumentiert ist, ob und welches Risikoassessmentinstrument zum Einsatz kam. In den Studien, wo der Einsatz dokumentiert ist, variieren die eingesetzten Instrumente (vgl. Chou et al. 2013, S. 31). Somit lassen sich hieraus keine Indikatoren und deren Operationalisierung ableiten. Beim Einsatz von Liegehilfen im Rahmen der Therapie kommt es zu großen Unterschieden hinsichtlich der jeweils untersuchten Samples, Wundbeschaffenheit, durchgeführten Interventionen und Kontrollgruppen (vgl. Smith et al. 2013, S. 42).

Fundierte Indikatoren, die den Einsatz von spezifischen Liegehilfen bei bestimmten Patientenmerkmalen oder bei Patienten mit bestimmten Fähigkeitsstörungen anzeigen, lassen sich nicht finden. Zwar wurden die zugrunde liegenden randomisierten, kontrollierten Studien in unterschiedlichen Settings durchgeführt (vgl. McInnes et al. 2012, S. 348; Reddy et al. 2006, S. 975; Chou et al. 2013, S. 31), aber es konnten keine Aussagen zu konkreten Krankheitsbildern oder Fähigkeitsstörungen identifiziert werden. Auch wurde nicht die Effektivität der eingesetzten Liegehilfen bei bestimmten Patientenmerkmalen ermittelt (vgl. Chou et al. 2013, S. 31; Smith et al. 2013, S. 42). Darüber hinaus ließen sich keine Hinweise zu bestimm-

ten Patientengruppen, Fähigkeitsstörungen oder anderer Patientencharakteristika bei der Analyse der Angaben zu Patienten, die aus einer laufenden Erhebung ausgeschieden sind, identifizieren.

Ferner wurden unterschiedliche pflegerische Interventionen durchgeführt (vgl. Colin et al. 2012, S. 473), deren Effektivität wurde aber nicht ermittelt (vgl. Chou et al. 2013, S. 31). McInnes et al. (2012, S. 357) konstatieren, dass begleitende pflegerische Interventionen oftmals mangelhaft beschrieben wurden. Schließlich bemerken Smith et al. (2013, S. 44) bezüglich des Einsatzes von Liegehilfen im Rahmen der Therapie, dass die meisten von ihnen identifizierten Studien vor längerer Zeit entstanden sind. Daher wurden die untersuchten Liegehilfen mit der entsprechenden damaligen Standardpflege verglichen, die sicher mit der heutigen Pflege bei Vorliegen eines Dekubitus nicht mehr vergleichbar ist. Somit können sich Aussagen über die Effizienz eines Produktes bei der Anwendung der heutigen Behandlung und Pflege von Dekubitalgeschwüren verändert haben.

Für Wechseldrucksysteme können die Bedienbarkeit und der Komfort wichtige Indikatoren sein. Es gibt Hinweise darauf, dass das Aufpumpen und das Entleeren der Zellen manchen Patienten Unbehagen bereitet. Und in Bezug auf technische Probleme, die bei dem Einsatz von Wechseldrucksystemen auftreten können, konnte festgestellt werden, dass sie meist auf Grund einer nicht-korrekten Handhabung seitens der Pflegefachkräfte auftreten. Die Samplegrößen der Patienten, die zu Komfort und Bequemlichkeit der Wechseldrucksysteme befragt wurden sind, sind leider sehr klein. Darüber hinaus verhindern methodische Schwächen eine Operationalisierung (vgl. Vanderwee et al. 2008, S. 798f.).

Betrachtet man den Aspekt Komfort auf der Ebene der randomisierten, kontrollierten Studien, so zeigt eine Studie von Nixon et al. (2006, S. 1414), die einen Vergleich zwischen Wechseldruckauflagensystemen und Wechseldruckmatratzen unternommen haben, dass signifikant mehr Patienten mit einer Wechseldruckauflage einen Wechsel hin zu einer Wechseldruckmatratze forderten. Möglicherweise lässt sich daraus schließen, dass Matratzensysteme komfortabler als Auflagen sind, aber die Studie gibt keine eindeutigen Hinweise auf die Gründe für den gewünschten Wechsel. So kommen auch Reddy et al. (2006, S. 981) zu dem Schluss, dass Matratzensysteme initial zwar teurer seien, aber diese von den Patienten präferiert werden. Und in der Studie von Demarré et al. (2012, S. 423), die zwei unterschiedliche Wechseldrucksysteme miteinander verglichen, zogen 1,8 Prozent bzw. 2,6 Prozent der Teilnehmer ihre Einwilligung aus Gründen der Unbequemlichkeit zurück. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Bedienbarkeit und der Komfort auf der Grundlage der Studien als Indikatoren nicht operationalisiert werden können.

Zusammenfassung:

Schaumstoffmatratzen und andere Weichlagerungssysteme sowie einige dynamische Liegehilfen wie bspw. Wechseldrucksysteme sind effektiver in der Vermeidung eines Dekubitus als die Standardmatratze bzw. die Standardpflege.

Dagegen konnte weder den statischen noch den dynamischen Liegehilfen eine größere therapeutische Effizienz nachgewiesen werden.

Für die Prävention ebenso wie für die Wundheilung eines Dekubitus können keine Indikatoren für einen Einsatz einer bestimmten Produktkategorie bei spezifischen Fähigkeitsstörungen oder Patientenmerkmalen ermittelt werden.

4.1.2 Leitlinien und Expertenstandards

Durch den heutigen Forschungsstand können also keine eindeutigen Indikatoren identifiziert werden, die eine Zuordnung einer bestimmten Liegehilfe zu einem bestimmten Patientenzustand ermöglichen. Daher wurden Leitlinien bezüglich des Einsatzes druckverteilender Liegehilfen gesichtet, um zu eruieren, ob sich hier Ansatzpunkte ausfindig machen lassen.

In die Analyse einbezogen wurden:

- der Expertenstandard Dekubitus-Prophylaxe in der Pflege des Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), dessen Nichtbeachtung auch rechtliche Konsequenzen für die Akteure nach sich ziehen kann;
- die Leitlinie des European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) und des National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) als internationale Leitlinie, die Empfehlungen für eine evidenzbasierte Pflege ausspricht;
- die allgemeine Beschreibung der Produktgruppe 11 des Hilfsmittelverzeichnisses des GKV-Spitzenverbandes, da auch hier eine Orientierung stattfinden kann;
- die NICE-Leitlinien aus Großbritannien eine weitere europäische Leitlinie.

Expertenstandard des DNQP

Der vom DNQP (2010, S. 31ff.) verfasste Expertenstandard Dekubitus-Prophylaxe in der Pflege spricht sich für eine individuelle, der Pflegesituation und den räumlichen Gegebenheiten entsprechende sowie eine wirtschaftliche Auswahl bezüglich druckverteilender Liegehilfen aus. Es wird aber auch betont, dass die Bewegungsförderung für die Dekubitus-Prophylaxe wichtiger ist als die druckverteilende Liegehilfe. Und darüber hinaus wird darauf hingewiesen, dass nicht für jeden Patient, der eine Gefährdung aufweist, eine druckverteilende Liegehilfe die richtige Maßnahme ist. Für die Auswahl druckverteilender Liegehilfen werden vom DNQP Indikatoren vorgeschlagen. Die Auswahl richtet sich nach

- „den prioritären Pflege- und Therapiezielen;
- den Möglichkeiten der Eigenbewegung des Patienten / Bewohners;

- den gefährdeten Körperstellen;
- dem Gewicht des Patienten/Bewohners;
- der Abwägung von Kosten und Nutzen;
- den Präferenzen und Wünschen des Patienten/Bewohners“ (DNQP 2010, S. 31f.).

Es wird nicht festgelegt, bei welcher Ausprägung der Indikatoren welche Liegehilfe einzusetzen ist.

EPUAP/NPUAP

Die Leitlinie des EPUAP/NPUAP weist daraufhin, dass eine Auswahl druckverteilender Liegehilfen nicht nur anhand der Ausprägung des Risikos bzw. des Schweregrades eines bestehenden Dekubitus stattfinden soll. Vielmehr soll nach EPUAP/NPUAP eine Beachtung der Aspekte Mobilität im Bett, Komfort, Mikroklima und Gegebenheiten der Pflegeeinrichtung stattfinden. Ebenso soll die getroffene Auswahl regelmäßig evaluiert werden. Die Leitlinie trifft fünf zentrale Aussagen zum Einsatz von druckverteilenden Liegehilfen:

1. Patienten mit Dekubitusrisiko sollen eine Schaumstoffmatratze erhalten.
2. Es gibt keine Belege dafür, dass eine bestimmte Schaumstoffqualität effektiver ist.
3. Bei Patienten mit einem hohen Risiko, bei denen kein Positionswechsel durchgeführt werden kann, soll ein Wechseldrucksystem eingesetzt werden.
4. Hinsichtlich der Effektivität von Wechseldruckauflagen und –matratzen konnten keine Unterschiede festgestellt werden.
5. Dagegen sollen keine kleinzelligen Wechseldrucksysteme eingesetzt werden.

Für die einzelnen Aussagen gibt es unterschiedlich starke Belege aus Studien. Die Aussagen (1), (2) und (4) sind durch Studien sehr gut belegt, für die Aussage (3) gibt es Hinweise aus Studien, die allerdings eine geringere Evidenz haben als bei den Aussagen (1), (2) und (4). Aussage (5) kann nicht ausreichend mit Studien belegt werden (vgl. EPUAP/NPUAP 2009, S. 19ff.).

Das Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes

In der allgemeinen Beschreibung der Produktgruppe 11 wird, wie bei der Leitlinie des EPUAP/NPUAP, nicht nur die Ausprägung des Risikos bzw. des Schweregrades eines bestehenden Dekubitus als Auswahlkriterien für Liegehilfen genannt, sondern es wird ein Abgleich zwischen den vorliegenden Fähigkeitsstörungen des jeweiligen Patienten und den Funktionen der unterschiedlichen Liegehilfe gefordert.

Es werden für die einzelnen Produktgruppen unter dem Stichwort „Indikation“ Hinweise zu den Einsatzmöglichkeiten und zu den Kontraindikationen gegeben. Allerdings wird im Hilfsmittelverzeichnis jeweils einschränkend bemerkt, dass „Diese Anwendungsempfehlungen [...] immer individuell für den Einzelfall betrachtet werden [müssen]. Hierbei sind Nutzen und

Risiken für den jeweils vorliegenden Fall abzuwägen. Die Empfehlungen können nur Hinweise darauf sein, was ggf. im Einzelfall zu unternehmen ist“¹⁵.

NICE-Leitlinien

Es gibt zwei NICE-Leitlinien:

- (1) die Leitlinie für die Auswahl druckverteilender Hilfsmittel, erschienen 2003,
- (2) die Leitlinie für das Dekubitus-Management, erschienen 2005.

Die britische NICE-Leitlinie für die Auswahl druckverteilender Hilfsmittel im Rahmen der Prävention empfiehlt vor der Produktauswahl ein umfassendes Assessment durchzuführen, welches unter anderem die folgenden Aspekte berücksichtigt: Höhe des Risikos, Hautinspektion, Komfort, Lebensstil, Akzeptanz des Produktes sowie den allgemeinen Gesundheitszustand (vgl. McInnes 2004, S. 12). Eine Schaumstoffmatratze stellt die Mindestversorgung für gefährdete Patienten dar. Patienten, bei denen ein erhöhtes Risiko besteht, sollen im Rahmen der Prävention zunächst ein Wechseldrucksystem o.ä. erhalten. Ebenfalls soll ein Wechseldrucksystem zum Einsatz kommen, wenn ein derartiges System in der Vergangenheit eingesetzt werden musste und/oder wenn der aktuelle Gesundheitszustand einen Einsatz notwendig macht sowie, wenn eine Schaumstoffmatratze nicht ausreichend war (vgl. McInnes 2004, S. 14f.).

Auch der Produktauswahl bei einem bestehenden Dekubitus geht ein umfassendes Assessment voraus. Neben den oben genannten Faktoren sollen die folgenden Aspekte berücksichtigt werden: Lokalisation und Ursache des Dekubitus, Wundassessment, die Fähigkeit des Patienten zu Eigenbewegungen, die Verfügbarkeit von Pflegenden für die Durchführung von Positionswechseln sowie die Kosten bei einer Auswahl (vgl. RCN 2005, S. 98). Patienten mit einem Dekubitus Grad 1 oder 2 sollen mindestens eine Schaumstoffmatratze erhalten. Ergänzt wird dies durch engmaschige Hautinspektionen und einen Bewegungs-/Lagerungsplan. Liegt eine vermeintliche oder tatsächliche Verschlechterung der betroffenen Stellen oder die Entstehung eines weiteren Dekubitus vor, dann soll der Patient ein Wechseldrucksystem oder ein höher entwickeltes Weichlagerungssystem, bspw. Low-air-loss-System, erhalten. Letzteres soll mindestens bei Patienten mit einem Dekubitus Grad 3-4 eingesetzt werden. Dabei soll hinsichtlich der Wechseldrucksysteme ein Auflagensystem die erste Wahl sein, außer es spricht bspw. das Körpergewicht dagegen (vgl. RCN 2005, S. 98).

Die NICE-Leitlinien machen die Auswahl einer Liegehilfe am Risiko und am Schweregrad des Dekubitus fest. Zusammengefasst kann gesagt werden: gefährdete Patienten bzw. geringer Dekubitusgrad benötigt eine Schaumstoffmatratze, erhöhtes Risiko bzw. hoher Dekubitusgrad benötigt eine Wechseldruckmatratze. Eine Operationalisierung der Begriffe „gefährdete Patienten“, „erhöhtes Risiko“ findet nicht statt. Das geforderte Risikoassessment soll den Bewertungsmaßstab feststellen. Es gibt allerdings kein einheitliches

¹⁵ Online verfügbar unter: https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/produktgruppeAnzeigen_input.action?gruppeld=11, Abruf am 01.07.2013.

Instrument für ein Risikoassessment, entsprechend fallen die Einschätzungen, was ein erhöhtes und ein hohes Risiko ausmacht, unterschiedlich aus.

Die Zuordnung der Matratzentypen nach Dekubitusgrad wurde auf der Grundlage inzwischen veralteter und methodisch unzureichender Studien vorgenommen. Die Leitlinie zum Dekubitus-Management wird zum jetzigen Zeitpunkt überarbeitet¹⁶. Auch der Cochrane-Review, welcher der Leitlinie für die Auswahl druckverteilender Hilfsmittel zugrunde liegt, ist in der Zwischenzeit überarbeitet worden. Die Erkenntnisse der oben vorgestellten neueren Studien stützen zudem die Aussagen der Leitlinien nicht. Aus diesem Grund wird der Indikator „Dekubitusgrad“ nicht als evident für eine Auswahl von Liegehilfen bewertet.

Zusammenfassung:

Bei einem bestehenden Risiko bzw. Dekubitus sollen die Patienten eine druckverteilende Liegehilfe erhalten. Bei gefährdeten Patienten soll in der Mindestversorgung eine Schaumstoffmatratze eingesetzt werden. Aber aus der Sichtung der Leitlinien können keine Indikatoren abgeleitet werden, mit deren Hilfe eine Produktart einem konkreten Patienten zugeordnet werden kann. Es werden vereinzelt Indikatoren vorgeschlagen, die eine entsprechende individuelle Auswahl einer druckverteilenden Liegehilfe unterstützen sollen. Jedoch kommt es hier zu keiner Operationalisierung der jeweiligen Indikatoren.

4.2 Dokumentenanalyse

An dieser Stelle wird zuerst das Ergebnis der Auswertung der Gebrauchsanweisungen/Produktinformationen der Hersteller vorgestellt. Anschließend werden die Ergebnisse der Dokumentenanalyse der Erhebungsinstrumente der Sanitätshäuser dargestellt.

4.2.1 Gebrauchsanweisungen und Produktinformationen

Einfluss auf das Handeln der Sanitätshäuser haben die Gebrauchsanweisungen/Produktinformationen der Hersteller. Alle Sanitätshäuser haben im Rahmen der Interviews berichtet, Produktschulungen durch die Hersteller erhalten zu haben. Daher war es von Interesse zu eruieren, welche Informationen hinsichtlich Anwendung, Indikation und Kontraindikation diesen Gebrauchsanweisungen/Produktinformationen zu entnehmen sind.

Laut einer vorliegenden Aufstellung der AOK Hessen wurden in dem Zeitraum von Januar bis Juli 2013 2.410 Versorgungsfälle mit Liegehilfen von den Sanitätshäusern abgerechnet. Diese Versorgungsfälle bildeten die Grundgesamtheit der Kundenbefragung. Rund 30 Prozent der Fälle wurden mit einem Wechseldrucksystem versorgt, in 70 Prozent der Fälle erfolgte die Versorgung mit Schaumstoffmatratzen. Wie weiter oben beschrieben, wurden jeweils die

¹⁶ Die überarbeitete Version soll im Mai 2014 veröffentlicht werden (vgl. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg/indevelopment/index.jsp?d-16544-p=3>, Abruf am 14.01.2014).

Produktinformationen der drei am häufigsten eingesetzten Produkte bei den Wechseldrucksystemen und bei den Schaumstoffmatratzen analysiert.

Bei den Wechseldrucksystemen waren dies die aks-saniflow II¹⁷ von AKS, die soft air®¹⁸ von ADL und die ASX basic¹⁹ von Novacare. Insgesamt machen diese Produkte einen Anteil von rund 80 Prozent aller eingesetzten Wechseldrucksysteme aus. Bei allen drei Systemen handelt es sich um Auflagensysteme.

Eingesetzt werden können sie laut der Produktinformationen im Rahmen einer Dekubitus-Prophylaxe und bei einem bestehenden Dekubitus, wobei die Ausprägung des Risikos bzw. des bestehenden Dekubitus zwischen den jeweiligen Systemen variiert. Ebenfalls variieren die Kontraindikationen bezüglich der Wechseldruckfunktion der Auflagensysteme. Einzig die Kontraindikation Schmerz wird für alle drei Produkte beschrieben.

Tabelle 3 Übersicht Wechseldrucksysteme, Herstellerinformationen

	soft air®	aks-saniflow II	ASX basic
Anwendung laut Gebrauchsanweisung	Auflagensystem (Anwendung auf Matratze oder Matratzenbasis)	häuslicher Bereich, Pflegeeinrichtung Auflagensystem (Anwendung auf Matratze oder Matratzenbasis)	häuslicher Bereich, Pflegeeinrichtung, klinischer Bereich Auflagensystem (Anwendung auf Matratze oder Matratzenbasis)
Körpergewicht der Patienten	30 – 140 kg	40 – 120 kg	bis 130 kg
Dekubitusrisiko	mittleres bis hohes Risiko	geringes bis mittleres Risiko nach der Braden-Skala	Prophylaxe
Dekubitusgrad	bis Grad 3 (EPUAP) großflächige Wunden	bis Grad 2 (EPUAP)	bis Grad 2 (Seiler)
Kontraindikationen Wechseldruckfunktion	Spastiken Kontrakturen z.n. Apoplex Schmerzpatienten , bspw. Osteoporose neurologische Patienten Sensibilitätsstörungen instabile Frakturen	akutes multiples Trauma instabile Knochenbrüche instabile Wirbelsäulenverletzungen oder andere Erkrankungen der Wirbelsäule Patienten mit Wahrnehmungsstörungen Entscheidung über Einsatz vom Arzt bei bestehenden Spastiken Schmerzen	Schmerz oder schmerzempfindliche Patienten

¹⁷ Ca. 51 Prozent aller im Einsatz befindlichen Wechseldrucksysteme.

¹⁸ Ca. 22,5 Prozent aller im Einsatz befindlichen Wechseldrucksysteme.

¹⁹ Ca. 7,7 Prozent aller im Einsatz befindlichen Wechseldrucksysteme.

In die Analyse bezüglich der Produktinformationen der Schaumstoffmatratzen wurden die Hyper Foam 2²⁰ von Funke, die P101M/POLYPLOT^{®21} von SYSTAM und die aks-memoplot²² von AKS in die Analyse mit einbezogen. Insgesamt machen diese Produkte einen Anteil von rund 82 Prozent aller eingesetzten Schaumstoffmatratzen aus. Für die aks-memoplot konnten die ausführlichsten Produktinformationen im Internet recherchiert werden. Auch wurde für diese Produkte auf Informationen aus dem Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes zurückgegriffen.

Die drei Produkte unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Druckentlastung bei 80 bzw. 120 kg. Eingesetzt werden können die Produkte zur Prophylaxe, wobei bei der Hyper Foam 2 hierzu keine Angaben gemacht werden. Der Einsatz der aks-memoplot ist laut Herstellerangabe geeignet bei einem geringen bis mittlerem Risiko und die P101M bei einem erhöhten Risiko. Bei einem bestehenden Dekubitus bis Grad 2 (EPUAP) können die aks-memoplot und die P101M/POLYPLOT[®] eingesetzt werden, bis Grad 4 (Seiler) die Hyper Foam 2. Lediglich zur aks-memoplot konnten Kontraindikationen recherchiert werden, daher ist hier kein Vergleich zwischen den Produkten möglich.

²⁰ Ca. 59 Prozent aller im Einsatz befindlichen Schaumstoffmatratzen.

²¹ Ca. 17 Prozent aller im Einsatz befindlichen Schaumstoffmatratzen.

²² Ca. 6 Prozent aller im Einsatz befindlichen Schaumstoffmatratzen.

Tabelle 4 Übersicht Schaumstoffmatratzen, Herstellerinformationen

	Hyper Foam 2	aks-memoplot	P101M/POLYPLOT®
Material²³	MDI Kaltschaum	Polyurethan, Viscoschaum	Polyurethan
Druckentlastung Klasse bei 80kg	Hoch	Hoch	Hoch
Druckentlastung Klasse bei 120kg	Durchschnitt	Durchschnitt	Durchschnitt
Körpergewicht der Patienten	20-120kg	40-120kg	verschiedene Ausführungen von 35-130kg bis hin zu 35-270kg
Dekubitusrisiko	k.A.	geringes bis mittleres Risiko nach der Braden-Skala	erhöhtes Risiko
Dekubitusgrad	bis Grad 4 (Seiler)	bis Grad 2 (EPUAP)	bis Grad 2 (EPUAP)
zusätzl. Indikationen	Schmerzen	Schmerzen, Kachexie	k.A.
Kontraindikationen	k.A.	instabile Knochenbrüche, Wirbelsäulenverletzungen, andere Wirbelsäulenerkrankungen, Schaumstoffallergie. Bei übermäßigem Schwitzen und Begünstigung einer Mazeration liegt Entscheidung über Einsatz beim Arzt.	k.A.
relative Kontraindikationen	k.A.	Verlust des Körperschemas, Einschränkung der Beweglichkeit und Reduzierung der Eigenbewegungen (aktivierende Pflege erschwert)	k.A.

Zusammenfassung:

Im Rahmen der Analyse der Gebrauchsanweisungen/Produktinformationen der Hersteller der Liegehilfen konnte kein eindeutiger Nachweis für spezifische Indikatoren für die Produktpassung ermittelt werden.

4.2.2 Erhebungsinstrumente der Sanitätshäuser

Die Analyse der Erhebungsinstrumente erfolgte im Hinblick auf die Frage, ob und wenn ja welche Indikatoren für die Produktauswahl erhoben werden. Eingeschlossen wurden die Erhebungsinstrumente der Sanitätshäuser und das Erhebungsinstrument des BVMed als Referenzinstrument.

²³ Angaben aus Hilfsmittelverzeichnis des GKV-Spitzenverbandes entnommen, online verfügbar unter: https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/produktgruppeAnzeigen_input.action?gruppelid=11, Abruf am 01.07.2013.

Tabelle 5 Übersicht über die Erhebungsbögen der Sanitätshäuser

Items der Erhebungsbögen	A	B	C	BVMed ²⁴
Erhebung bestehender Dekubitus / Wunde				
Lokalisation	X	X	X	X
Schweregrad	X	X	X	X
Beschreibung		X	X	
Art der Wundversorgung		X		
Fotodokumentation		X		
Erhebung weiterer Erkrankungen /Kriterien				
Größe / Gewicht	X	X	X	X
Wirbelsäulenmetastasen	X			
Osteoporose	X			
Fraktur	X			
Hemiparese	X			
Demenz	X			
Parkinson	X			
palliativ	X			
Kachexie		X		
Mangel-/Fehlernährung				X
Durchblutungsstörung		X		
Kontrakturen		X		X
Spastiken				X
Diabetes		X		X
Schmerzen			X	X
Mobilität im Bett (Eigenbewegungen/Sitzen)				X
Lagerungsfähigkeit		X	X	
Lagerung auf bestehenden oder abgeheilten Wunden				X
Wer führt Pflege durch			X	X
bisherige Interventionen zur Dekubitusprophylaxe		X		
Pflegebett inkl. Größe	X			
Dekubitus in der Anamnese				X
nur 1 Pkt. in einer Kategorie der Braden-Skala / weitere Risiken				X
Besonderheiten / zusätzl. Erkrankungen	X	X		
Auswahlhilfe für Liegehilfe				X
Standardisiertes Risikoassessment vorhanden?		X	X	X
Versorgungsvorschlag im Erhebungsbogen dokumentiert?		X	X	X
Evaluation nach einem definierten Zeitraum?				X

Hier zeichnet sich im Rahmen der Analyse kein einheitliches Bild ab. Übereinstimmungen (blau eingefärbt) lassen sich lediglich hinsichtlich Größe/Gewicht sowie der Lokalisation und dem Schweregrad eines bestehenden Dekubitus finden.

Dagegen zeigt sich bezüglich der Erhebung weiterer Erkrankungen bzw. Kriterien, dass hier eine große Bandbreite verschiedener Aspekte durch die vier Instrumente erhoben wird. Dabei wird die differenzierteste Erhebung der Mobilität durch das Instrument des BVMed ermöglicht.

²⁴ Online verfügbar unter <http://www.bvmed.de/stepone/data/downloads/84/cc/00/BVMedErhebungsbogenLiegehilfen1009.pdf>, Abruf am 03.07.2013.

Zusammenfassung:

Die in die Analyse einbezogenen Erhebungsinstrumente weisen größtenteils unterschiedliche Inhalte auf, so dass hier nicht von einer einheitlichen Praxis ausgegangen werden kann. Auch lassen sich keine Anhaltspunkte für eindeutige Indikatoren der Produktzuordnung finden.

4.3 Einschätzungen der Expert/innen

Bevor die Darstellung der Ergebnisse der Experteninterviews zu Indikatoren für die Produktauswahl und zu spezifischen Indikatoren für die Auswahl von Schaumstoffmatratzen und von Wecheldrucksystemen erfolgt, sollen kurz die befragten Expert/innen vorgestellt werden. Die Auswahl wurde so getroffen, dass Expert/innen aus unterschiedlichen Bereichen, die mit dem Thema Liegehilfen befasst sind, in das Sample einbezogen wurden.

Herr Kamps ist Referent für Hilfsmittelversorgung und beratend für den MDS tätig. Darüber hinaus ist er in der diesbezüglichen Fort- und Weiterbildung tätig, stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Dekubitus Liga e.V. und veröffentlichte zum Thema. Sein erworbenes Wissen setzt sich zusammen aus praktischen Erfahrungen, dem Transfer physikalischer Erkenntnisse und den Ergebnissen einzelner Studien, die zusammen ein Bild ergeben.

Herr Dr. Diesing war zum Zeitpunkt des Interviews Geschäftsführer der Berlin Cert – Prüf- und Zertifizierstelle für Medizinprodukte GmbH und war an der Entwicklung des Testverfahrens von Liegehilfen für die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis mitverantwortlich. Darüber hinaus ist er 1. Vorsitzender der Deutschen Dekubitus Liga e.V.

Frau Piossek ist die Leiterin des Referates Krankenversicherung sowie Dekubitus-Expertin beim BVMed.

Herr Dr. Kottner ist Vertreter der Pflegewissenschaft. Er ist Wissenschaftlicher Leiter der klinischen Forschung an der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Klinisches Studienzentrum für Haut – und Haarforschung, Charité. Er hat am Expertenstandard Dekubitus-Prophylaxe in der Pflege mitgearbeitet und zum Thema publiziert.

Herr Kolb ist geschäftsführender Gesellschafter der Carenetic GmbH²⁵ und damit nah an dem alltäglichen Geschehen in diesem Versorgungsbereich. Weiter ist er der stellvertretende Vorsitzende der f.m.p.- Fachvereinigung Medizinprodukte e.V. und Mitglied bei QVH. Er hat u.a. in MTDiallog Artikel veröffentlicht. Er kann auf 13 Jahre Praxiserfahrung mit jährlich 8.000 Versorgungen zurückblicken. In dieser Zeit erfolgte eine Analyse der eingehenden Reklamationen, wodurch umfassende Informationen angesammelt werden konnten. Darüber hinaus wurde unternehmensintern eine Literaturdatenbank aufgebaut.

²⁵ Gesundheitsdienstleister mit Spezialisierung auf Dekubitus-Management.

Herr Skiba ist Experte für Lagerungs- und Therapiesysteme an der Charité. Er hat am Expertenstandard Dekubitus-Prophylaxe in der Pflege mitgearbeitet.

Herr Schuch ist Geschäftsführer des Stortz Gesundheitszentrums und Vorsitzender des BVS. Er verlässt sich nach eigener Aussage in seiner täglichen Arbeit nicht auf die Angaben der Hersteller. Vielmehr wurde im Gesundheitszentrum eine Produktlinie mit 7-9 unterschiedlichen Liegehilfen festgelegt, mit der die überwiegende Anzahl an Versorgungen sichergestellt wird. Nach seiner Einschätzung ist dieses Vorgehen das einzig mögliche zum jetzigen Zeitpunkt. Sein Wissen bezieht er einerseits aus dem Expertenstandard Dekubitus-Prophylaxe in der Pflege sowie aus dem Feedback seiner vor Ort beim Patienten tätigen Pflegefachkräfte.

Indikatoren für die Produktauswahl

Die Mehrheit der Expert/innen gibt an, dass es sich bei der Entscheidung für ein bestimmtes Produkt um einen Abwägungsprozess handle. So berichtet bspw. Frau Piossek, dass hierbei eine Indikation eine Kontraindikation aufheben könne, der Patient in seiner Gesamtheit und die Prioritäten im Rahmen der Versorgung Beachtung finden müssen. Herr Skiba hebt die Bedeutung eines „guten pflegerischen Auges“ und einer „pflegerischen Kunst“ hinsichtlich der Produktauswahl hervor. Herr Dr. Diesing spricht von einer individuellen Auswahl, die sich komplex gestalten würde. Und Herr Schuch schätzt den Einsatz einer Sensormatte für das Aufzeichnen der Eigenbewegungen der Patienten im Rahmen einer Auswahl als gewinnbringend ein. Herr Kolb argumentiert in Bezug auf Zweckmäßigkeit im Sinne des SGB V, die vorliegen würde, wenn die Anforderungen des Patienten und seiner individuellen Situation erfüllt werden. Weiter führt er aus, dass aktuell keine gesicherten Erkenntnisse darüber vorliegen würden, welche Liegehilfe, bei welchen Krankheitsbildern, welchen Funktionsstörungen und welchen pflegerischen Begleitumständen das zweckmäßigste sei. Gefährlich sei in diesem Zusammenhang, wenn alle Patienten schematisch mit dem gleichen Produkt versorgt würden. Oftmals verliere die Liegehilfe dann ihren Nutzen. Darüber hinaus führt Herr Schuch aus, dass die Produktauswahl teilweise wie „Kaffeersatzlesen“ sei und eine fachliche Einschätzung richtig aber auch falsch sein könne, da man mit Menschen arbeite. Auch könnte sie sich im Zeitverlauf verändern. Letzteren Aspekt führt ebenfalls Herr Kolb an und plädiert für eine Nacherhebung drei Wochen im Anschluss an die Versorgung bzw. bei Verschlechterung des Zustandes des Patienten.

Neben einem „guten pflegerischen Auge“ thematisiert Herr Skiba Indikatoren, die bei einer Vorauswahl der Produkte unterstützend seien. Einer dieser Indikatoren, der von den meisten Expert/innen thematisiert wurde, ist der Grad der Mobilität bzw. die funktionellen Einschränkungen/Fähigkeitsstörungen und deren Ursachen. Herr Skiba weist darauf hin, dass bei Einschränkungen der Mobilität eine druckverteilende Liegehilfe zum Einsatz kommen sollte, aber dass der Hauptbestandteil der Prophylaxe die Bewegung bzw. die Bewegungsförderung darstelle, denn eine Liegehilfe alleine schütze nicht vor der Entstehung eines Dekubitus. In die gleiche Richtung argumentiert Herr Dr. Kottner.

In Zusammenhang mit dem Indikator Mobilität werden auch die Gewährleistung regelmäßiger Positionswechsel und die hierfür eingesetzten pflegerischen Techniken thematisiert.

Denn, so bemerkt Herr Kolb, je geringer die Wahrscheinlichkeit einer regelmäßigen Druckentlastung, desto höher seien die Anforderungen an das Produkt, weil diese das Lagerungsintervall je nach Qualität verlängern könnten. Weiter führt er aus, dass zum Teil die falsche Vorstellung vorliege, dass ein Produkt regelmäßige Positionswechsel überflüssig machen würde. In diesem Zusammenhang ist von Frau Piossek als ein weiteres Auswahlkriterium genannt worden, ob ein aktueller bzw. abgeheilter Dekubitus vorliegt, und ob eine Lagerung auf die betroffene Körperstelle nicht vermeidbar ist. Die Thematik Positionswechsel und die dafür eingesetzten Techniken sind wiederum ein Bestandteil der häuslichen Umgebung bzw. der Lebenssituation des Patienten. Dies stellt für Herr Kolb einen Indikator für die Auswahl eines Hilfsmittels dar. Und schließlich hat, nach Aussage der Expert/innen, der weitere Krankheitsverlauf bzw. die perspektivische Entwicklung der Mobilität sowie das therapeutische/pflegerische Ziel Einfluss auf die Produktauswahl.

Herr Kamps befürwortet eine Differenzierung hinsichtlich Patienten, die sich nicht bewegen können und denjenigen, die sich nicht bewegen wollen bzw. denen der Antrieb fehlt. Im letzteren Fall erscheinen Systeme, die Bewegungsreize auslösen, als gewinnbringend. Durch den Einsatz von Schaumstoffmatratzen würden diese Reize vermindert werden.

Weitere von Herr Skiba genannte Indikatoren sind das Körpergewicht und die –größe des Patienten. Letzteres sei wichtig, damit ein teilmobiler Patient beim Sitzen am Bettrand den Boden mit den Füßen berühren könne und keine zusätzlichen Gefahren hinsichtlich des Ein- und Aussteigens in das Bett entstünden. Dies könne zum Mobilitätserhalt beitragen. Auch Herr Dr. Diesing erwähnt Körpergewicht und Herr Kolb führt Körpergewicht, -größe und den Body Mass Index (BMI) an. Sitzen am Bettrand stellt für Herrn Schuch ein Kriterium für die Wahl einer Schaumstoffmatratze mit einem Rahmen dar. Aber sowohl bei einer Schaumstoffmatratze als auch verstärkt bei Wechseldrucksystemen sei das Sitzen am Bettrand für den Patienten, nach Aussage von Herr Skiba, erschwert.

Daneben stellen die Präferenzen des Patienten bzw. seine Akzeptanz des Produktes einen Indikator für die Produktauswahl dar. Laut Herr Kamps ist dieser Aspekt bedeutsam für die Compliance der Patienten. Und für Herrn Kolb ist es ein Grund für eine zeitnahe Umversorgung, wenn der Patient die Liegehilfe nicht toleriert. Weiter thematisiert Herr Kamps die Bedienbarkeit, die insbesondere bei elektrischen Systemen im ambulanten Bereich eine Rolle spiele.

Herr Kamps spricht sich für die Erhebung von Körperbau, Amputationen und Deformitäten aus. Bei den Aspekten Amputation und Deformität bestünde die Möglichkeit, dass ein Wechseldrucksystem dies nicht erkennen würde. Ähnlich argumentiert Herr Kolb, der sich für die Erhebung von Grunderkrankungen, die mit bestimmten Druckbelastungen einhergehen, wie bspw. Skoliose, Kachexie, Kontrakturen oder die Notwendigkeit einer dauerhaften Oberkörperhochlagerung, ausspricht.

Darüber hinaus wurden von den Expert/innen die Indikatoren Hautzustand, Kontinenzsituation, Ernährungssituation, Diabetes mellitus, Medikation, kognitiver Status sowie Spastik genannt.

Übergreifend bemerkt Herr Dr. Kottner, dass je höher das individuelle Risiko und je höher die Einschränkung der Mobilität/Eigenmobilität sind sowie bei einem absehbarem Sterbeprozess, die Liegehilfe umso besser maximale Druckspitzen vermeiden sollte. Der allgemeine Konsens laute, dass dynamische Systeme therapeutisch/prophylaktisch effektiver seien als statische Systeme. Aber diesbezüglich existiere keine Evidenz. Nichtsdestotrotz sollten bei einem geringen Risiko Low-air-loss-Systeme, viscoelastische Matratzen oder Kaltschaummatratzen etc. eingesetzt werden.

Zentral für das Forschungsinteresse ist die Frage: Gibt es Matratzentypen, die für bestimmte Risikogruppen geeigneter erscheinen? Diesbezüglich scheinen bei den Expert/innen zwei Tendenzen auf.

Herr Kamps und Frau Piossek bejahen diese Frage. So gibt Herr Kamps auf Basis der in den letzten 20 Jahren gesammelten Erfahrungen an, dass zwei große Kategorien gebildet werden könnten: Jemand der sich nicht bewegt, wird weich gelagert und jemand der sich bewegt, wird hart gelagert. Frau Piossek führt aus, dass im Rahmen einer Produktauswahl die Betrachtung des individuellen Falls und eine kriterienbasierte Auswahl bedeutsam seien.

Herr Skiba, Herr Schuch und Herr Dr. Diesing dagegen verneinen diese Frage. Letzterer argumentiert, dass die Auswahl individuell unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen, der Toleranz des Patienten mit seiner Multimorbidität erfolgen müsste und sich je nach Therapieziel/-verlauf auch verändern könne. Zudem sei der Dekubitus Ausdruck einer Wunde und nicht eines Risikos und die pauschale Berechnung des Risikos anhand eines standardisierten Assessmentinstrumentes mache keine Aussagen zu einem Produkt.

Indikatoren für die Auswahl von Schaumstoffmatratzen

Allgemein zu Schaumstoffmatratzen sagt Herr Dr. Kottner, dass nicht DIE Schaumstoffmatratze existiere, sondern verschiedenste Spezifikationen des Schaums. Und Herr Kolb berichtet über große Qualitätsunterschiede der im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkte.

Herr Skibba und Herr Dr. Kottner erachten Schaumstoffmatratzen im Rahmen der Dekubitusprophylaxe als Hilfsmittel der ersten Wahl. Herr Dr. Kottner führt weiter aus, dass im Verlauf regelmäßig eruiert werden müsste, ob das Produkt in Kombination mit weiteren pflegerischen Interventionen ausreichend sei. Aber genauso sollte man im Blick haben, ob ein Wechseldrucksystem weiterhin notwendig sei. Herr Kolb erachtet einen Einsatz von speziellen Schaumstoffmatratzen bei niedrigem bis mittlerem Dekubitusrisiko als richtig. Dabei sei aber die Beobachtung des weiteren Krankheitsverlaufes wichtig.

Nach Auffassung von Herr Kamps, Herr Kolb, Herr Dr. Diesing und Herr Schuch eignen sich diese Produkte für Patienten, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Dabei ergänzen Herr Kamps und Herr Kolb diesen Aspekt um die Durchführung manueller Positionswechsel. Nach Aussage von Herrn Kolb müssen Eigenbewegungen des Patienten vorhanden sein, damit wieder Luft in die Matratze kommen kann und diese wieder ihre Eigenschaften aufnehmen könne. Herr Schuch macht weitere Aussagen zur Mobilität hinsichtlich Eigenbewegungen

und dem wahrscheinlichen Aufweisen eines normalen Bewegungsmusters im Schlaf. Auch weist er daraufhin, dass die Mobilität durch den Einsatz einer Schaumstoffmatratze abnehmen könne.

Nachteilig am Einsatz von Schaumstoffmatratzen sei laut Herr Kamps, dass sie die Patienten immobilisieren. Probleme könnten beim selbstständigen Transfer aus dem Bett heraus entstehen und die Eigenbewegungen im Liegen würden abnehmen, da für die Mobilisation mehr Kraft benötigt würde. Weiter komme es nach einiger Zeit zum Verlust des Körperschemas sowie des Gefühls, sich bewegen zu müssen. Auch Herr Skiba thematisiert letzteres.

In Bezug auf das Argument der Abnahme der Eigenbewegung des Patienten durch einen Einsatz von Schaumstoffmatratzen berichtet Herr Dr. Diesing, dass zu der Wechselwirkung zwischen Weichlagerung und Verminderung der Mobilität keine Ergebnisse vorliegen. Dies wäre jedoch wünschenswert, denn dann würde vielleicht eine Abkehr von der Gleichung „möglichst weich gleich möglichst gut“ stattfinden. Auch Herr Dr. Kottner gibt an, dass hinsichtlich der Abnahme der Eigenbewegung durch Weichlagerung keine Evidenz bestünde. Generell erfolge Bewegung in Interaktion mit der jeweiligen Unterlage und ggf. sei der Effekt der Unterlage nicht so stark. Wichtig ist, dass hier keine pauschale Betrachtung möglich sei, sondern der Einsatz eines Hilfsmittels abhängig von der Indikation ist. Die Fokussierung der Abnahme der Eigenbewegungen infolge der Weichlagerung komme ursprünglich aus dem Komabereich. Fraglich ist, wie relevant dies in einem häuslichen Setting bei einem geriatrischen Patienten sei. Hier stünde vielmehr der Hautschutz im Vordergrund.

Über den Aspekt der Mobilität hinaus erachtet Herr Kamps den Einsatz von Schaumstoffmatratzen bei Patienten, für die die Bewegungen eines Wechseldrucksystems problematisch sind, als geeignet. Die Problematik könne durch auftretende Schmerzen oder Schlaflosigkeit in Folge der Bewegung bzw. der Geräusche bedingt sein. Schaumstoffmatratzen könnten ein Gefühl der Geborgenheit vermitteln, was sich positiv bei an Demenz erkrankten Patienten auswirken könnte.

Hinsichtlich der Kontraindikationen bemerkt Herr Kolb, dass bei allen Produkten Kontraindikationen hinsichtlich bestimmter Grunderkrankungen oder Versorgungssituationen bestünden und daher ein Einsatz immer in Abhängigkeit zur jeweiligen Situation erfolgen sollte. So sollten Schaumstoffprodukte nicht bei sehr adipösen Patienten eingesetzt werden. Nach seiner Aussage stellen u.a. Grunderkrankungen, die mit Veränderungen im Körperprofil einhergehen, Patienten mit einem apallischen Syndrom und instabile Wirbelerletzungen/Wirbeleinbrüche besondere Anforderungen an die Liegehilfe, da hier besondere Druckbelastungen entstehen würden, die berücksichtigt werden müssten.

Dagegen stellen für Herrn Schuch Unklarheiten im hygienischen Bereich sowie eine Veränderung der Funktionalität von Produkten, die sich im Wiedereinsatz befinden, eine Kontraindikation dar. Diesbezüglich liege eine haftungsrechtliche Problematik vor, da die gleichen Produkteigenschaften nach einer Autoklavierung nicht gewährleistet werden könnten. Hierzu würden Aussagen namhafter Hersteller von Schäumen existieren. Aber es existiere kein Test, der die gleichen Produkteigenschaften nachweise.

Darüber hinaus könne nach Aussage von Herrn Skiba beim Patienten das Gefühl entstehen, von der Matratze aufgesogen zu werden. Schließlich könne es zur Entwicklung von Liegeschmerzen bei Patienten mit Rückenbeschwerden aufgrund der weichen Unterlage kommen. Dies kann als Grenzbereich bezeichnet werden und es sei anzustreben, Schmerztherapie mit der Dekubitus-Prophylaxe in Einklang zu bringen. Herr Dr. Kottner berichtet, dass es Stimmen gibt, die sagen, dass diese Produkte das Schwitzen fördern, es zu einer Wärmeentwicklung kommt und Feuchtigkeit gestaut wird. Dem kann er teilweise zustimmen, aber das Auftreten sei auch abhängig von der Bauart der Liegehilfe, welches Material verwendet wurde und welches Laken eingesetzt wird.

Zum Abschluss dieses Aspektes soll noch kurz ein Exkurs zu den Unterschieden zwischen viscoelastischen Matratzen, Kaltschaummatratzen und Würfelmatratzen aus der Sicht der Expert/innen gemacht werden. Keine großen Unterschiede zwischen viscoelastischen Matratzen und Kaltschaummatratzen sehen Herr Kamps und Herr Kolb. Sie schreiben ihnen den gleichen Einsatzbereich zu. Viscoelastische Matratzen würden ein weicheres/tieferes Einsinken ermöglichen. Daher sollten sie, laut Herr Kamps, nicht bei sehr großen und schweren Patienten eingesetzt werden. Produkte mit einer strukturierten Oberfläche könnten nach seiner Auffassung bei Patienten mit Eigenbewegungen eingesetzt werden. Hier gestalte es sich leichter, Patienten darauf zu bewegen, Reibe- und Scherkräfte würden reduziert werden. Es wird vermutet, dass diese Produkte einen Bewegungsreiz auslösen. Wichtiger erscheine jedoch, dass durch die Einschnitte Luft zirkulieren könne und Feuchtigkeit abtransportiert werden würde. Daher erscheinen solche Produkte insbesondere bei starkem Schwitzen bzw. sehr feuchter Haut als geeignet.

Indikatoren für die Auswahl von Wechseldrucksystemen

Hinsichtlich der Indikation bzw. ihrem Einsatzzweck sind Wechseldrucksysteme laut Herr Dr. Kottner geeignet für Patienten, die ein sehr hohes Risiko aufweisen und die ein solches System akzeptieren und wünschen. Zudem muss jede der beteiligten Personen mit dem System umgehen können. Herr Skiba gibt in Anlehnung an die Leitlinie des EPUAP/NPUAP an, dass ein derartiges System zum Einsatz kommen sollte, wenn auf einer normalen Matratze häufiger als zweistündlich gelagert werden müsste, ein Dekubitus vorhanden sei oder nach ärztlicher Anordnung keine Makropositionierung möglich sei. Nach Herrn Kamps sollten Wechseldrucksysteme eingesetzt werden, wenn auf einer bestehenden Wunde oder einem abgeheilten Dekubitus gelagert werden müsste, damit der entsprechende Bereich intermittierend entlastet werden würde. Ansonsten sieht er gegenüber einer Weichlagerung keinen großen Vorteil, außer ggf. einer verbesserten Luftzirkulation beim Einsatz großzelliger Systeme. Multiple Sklerose, weitere neurologische Erkrankungen oder Patienten in einem finalen Stadium, die nicht alle 45 Minuten einen eigenständigen Positionswechsel durchführen, sollten nach Aussage von Herrn Schuch ein Wechseldrucksystem erhalten.

Als nachteilig hinsichtlich des Einsatzes von Wechseldrucksystemen beschreibt Herr Skiba die Reaktion des Patienten auf die Bewegungen des Systems, die die Wahrnehmung und das Körperbild beeinträchtigen können. Diese Reaktion wirke sich negativ auf die Mobilität aus.

Er selbst hat entsprechende Praxiserfahrungen gemacht, auch werden sie u.a. in Studien, die dem Expertenstandard entnommen werden können, beschrieben. Daneben bergen sie laut Herrn Dr. Kottner weitere Nebeneffekte. Sie sind teuer, schwer, müssen gewartet werden, man muss sich kümmern, sie verbrauchen Strom, sind laut und werden aufgrund der passiven Bewegung oftmals nicht toleriert. Hier können statische Systeme vorteilhaft sein. Je komplexer die Liegehilfen sind, desto fachkundiger müssen diese angewendet werden. Sie müssen richtig eingestellt werden, Patienten dürfen nicht durchliegen und nicht herausfallen. Die Bewegungen und Geräusche, vor allem wenn sich die Kammern füllen und entleeren, werden von Herrn Kamps als Nachteil beschrieben. Herr Schuch benennt das Stören der Patienten an den Geräuschen des Aggregates als Kontraindikation. Als Problembereich bezeichnet Herr Dr. Diesing die Ferse, da der Wechseldruck auf diese einwirkt und sich die Reperfusionzeit bei Patienten mit einem Diabetes verlängern. Daher besteht die Notwendigkeit einer Freilagerung.

Herr Kolb berichtet von relativen Kontraindikationen, da Produktlösungen, die den Reiz der Spitzendrücke nicht ausüben, verfügbar seien. Bei Tumorpatienten mit ossären Metastasen sollte eher kein Wechseldrucksystem zum Einsatz kommen, da es, wenn die Spitzendrücke auf die Metastasen oder die Schmerzregionen wirken, zu einer Verstärkung der Schmerzsymptomatik kommen kann. Jedoch ist diese Patientengruppe oftmals immobil, weist daher ein hohes Risiko auf und sollte folglich nicht mit Schaumstoffprodukten versorgt werden. Wichtig sei, die verschiedenen Therapieziele zu beachten. Ebenfalls problematisch erscheine der Einsatz bei schweren neurologischen Erkrankungen wie Multipler Sklerose, Amotrophe Lateralsklerose (ALS) oder bei Querschnittslähmungen. Hier kann es zu einer Entwicklung von Spastiken und Kontrakturen kommen. Herr Dr. Diesing berichtet, dass die Möglichkeit besteht, dass Patienten mit einer Hemiplegie sowie Schmerzpatienten ein Wechseldrucksystem nicht tolerieren. Auch Herr Kamps benennt bewegungsindizierte Schmerzen, bspw. bei Patienten mit Metastasen, als Kontraindikation. Herr Dr. Kottner nimmt den Aspekt Schmerzen in Bezug auf palliative Situationen auf. Vor dem Hintergrund von Praxiserfahrungen berichtet Herr Kamps, dass durch den Einsatz von Wechseldrucksystemen Spastiken ausgelöst werden können. Dagegen argumentiert Herr Schuch, dass seines Wissens kein wissenschaftlicher Beweis vorliegt, dass Wechseldrucksysteme nicht bei Schmerzpatienten zur Anwendung kommen sollten. Es gebe auch keine Belege hinsichtlich des Auslösens von Spastiken durch ein derartiges System. Viele unterschiedliche Reize könnten zum Auslösen einer Spastik führen. Generell sei zu beachten, dass Dekubitus in Verbindung mit einer Vielzahl von Erkrankungen betrachtet werden müsse und es kein Patentrezept gibt. Vielmehr müsse beobachtet werden, was beim Einzelnen individuell am besten funktioniert.

Generell sei ein Wechseldrucksystem nach Ansicht von Herr Dr. Kottner kontraindiziert, wenn die Patienten ein solches System nicht wollen, die Angehörigen überfordert sind, entsprechende bauliche Gegebenheiten nicht vorhanden sind, das Dekubitusrisiko geringer ist und Phasen längerer Mobilität vorhanden sind. Prinzipiell sollte die Technologie immer dem Risiko angepasst werden, wobei das Risiko im Verlauf schwanken kann.

Zusammenfassung:

Die Mehrheit der Expert/innen spricht von einem Abwägungsprozess hinsichtlich der Produktauswahl und es wurden insgesamt 16 verschiedene Indikatoren genannt. Als zentral zeigen sich Indikatoren, die im Zusammenhang mit der Mobilität/Aktivität stehen. Auch ist keine eindeutige Beantwortung der Frage: Gibt es Matratzentypen, die für bestimmte Risikogruppen geeigneter erscheinen, möglich.

Sowohl für die Auswahl von speziellen Schaumstoffmatratzen als auch für die Auswahl von Wechseldrucksystemen werden unterschiedliche Indikatoren genannt. Dabei nimmt bei den Schaumstoffmatratzen die Mobilität/Aktivität einen großen Raum ein. Es gibt konträre Auffassungen zu der These, dass diese Produkte die Patienten immobilisieren. Bezüglich der Wechseldrucksysteme zeichnet sich bei den Expert/innen eine Tendenz zu deren Einsatz bei einem hohen Risiko, bei Akzeptanz der Systeme, ihrer Geräusche und Bewegungen sowie bei guter Bedienbarkeit ab. Widersprüchlich wird dagegen ein Einsatz von Wechseldrucksystemen bei Patienten mit Spastiken und Schmerzen bewertet.

Auf Grundlage dieser Ergebnisse lassen sich keine eindeutigen Indikatoren zur Produktauswahl ermitteln.

4.4 Einschätzung der Vertragspartner

Die AOK Hessen hat die Versorgung mit Anti-Dekubitus-Hilfsmitteln im Jahr 2012 neu ausgeschrieben. Hessen ist dafür in fünf Gebietslose aufgeteilt, die von drei Sanitätshäusern gewonnen wurden. Mit allen drei Ausschreibungsgewinnern, die seit 2012 die Versorgung sicher stellen, wurden Interviews durch wissenschaftliche Mitarbeiter/innen des IWAK geführt. Die bei den Sanitätshäusern angestellten Pflegefachkräfte - durchweg Pflegefachkräfte mit mehrjähriger Berufserfahrung v.a. im klinischen Bereich - haben in ihrer täglichen Arbeit die Aufgabe, eine Produktauswahl zu treffen. Mit Hilfe der Interviews sollte eruiert werden, auf welche Art und Weise die Pflegefachkräfte der Sanitätshäuser diese Produktauswahl treffen.

Wie in Kapitel 3.2.4 beschrieben, fanden die Interviews in den Sanitätshäusern der Vertragspartner in unterschiedlichen Konstellationen statt. Bei zwei Interviews waren in den Versorgungsprozess involvierte Pflegefachkräfte am Gespräch beteiligt. Das dritte Interview wurde mit einem verantwortlichen Mitarbeiter geführt, der selbst nicht in die Produktauswahl involviert ist. Im Folgenden werden die Aussagen der Sanitätshäuser wiedergegeben.

In allen drei Sanitätshäusern wird im Rahmen eines Einschätzungsgespräches die Auswahlentscheidung für eine entsprechende Liegehilfe getroffen. Hierbei wird bei allen drei Sanitätshäusern ein firmenspezifischer Erhebungsbogen²⁶ ausgefüllt. Der zeitliche Umfang

²⁶ Die Inhalte der jeweiligen Erhebungsbögen der Sanitätshäuser können der Tabelle 5 entnommen werden.

eines Einschätzungsgespräches beträgt nach Aussage einer Pflegefachkraft zwischen 3 und 15 Minuten, abhängig davon, ob es sich um ein problemloses Einschätzungsgespräch handelt oder etwa einer Beratung notwendig ist oder seitens der Patienten Unsicherheiten bestehen. Dabei kann es sich auch um mehrere Gespräche handeln, wenn z.B. die Patienten Rücksprache mit dem involvierten Pflegedienst halten möchten. Die Pflegefachkraft eines anderen Sanitätshauses spricht von einer durchschnittlichen Dauer eines Einschätzungsgespräches von 10-15 Minuten.

Für alle drei Sanitätshäuser berichteten die Interviewpartnern/innen, dass Einsatzbereiche, Indikationen und Kontraindikationen von einzelnen Produkten die Produktauswahl beeinflussen. Thematisiert wurden insbesondere die folgenden Kontraindikationen:

- Demenz,
- Schlaganfall,
- Osteoporose,
- Morbus Parkinson,
- Metastasierende Tumore mit Wirbelsäulenbeteiligung,
- Schmerzen,
- Frakturen.

Die Kontraindikationen wurden meist auf den Einsatz von Wechseldrucksystemen bezogen, und die Pflegefachkräfte berichteten von entsprechenden Kategorien, die in ihren Erhebungsinstrumenten integriert seien. Für ein Sanitätshaus gilt die Praxis, dass bei Vorliegen einer dieser Kontraindikationen und gleichzeitigem Wunsch nach einem Wechseldrucksystem die verschreibenden Ärzte bzw. die Pflegefachkräfte den Einsatz schriftlich bestätigen müssten. Gleichwohl gebe es aber auch die Beobachtung, dass manche der an Demenz erkrankten Menschen ein Wechseldrucksystem gut tolerieren würden.

Für Schaumstoffmatratzen wurde bei einem Interview berichtet, dass es für diese keine Kontraindikationen gäbe und gute Erfahrungen bei der Versorgung von Schmerzpatienten gemacht worden seien. In den anderen Interviews wurden Indikationen und Kontraindikationen von Schaumstoffmatratzen nicht thematisiert.

Der Einfluss der Mobilität auf die Entscheidung für eine Liegehilfe wurde auch in den Interviews mit den Sanitätshäusern thematisiert - wenn auch nicht so ausgeprägt, wie in den Experteninterviews. Für eine Pflegekraft ist die Patientenmobilität bedeutsam für die Entscheidung für oder gegen eine Seitenrandverstärkung bei einer Schaumstoffmatratze. Eine andere Pflegekraft nannte die Mobilität als einen Indikator für die Entscheidung für eine Produktkategorie.

Das Körpergewicht des Patienten beeinflusst die Produktauswahl bei zwei Pflegefachkräften.

In einem Interview wurde thematisiert, dass die Produktauswahl auch regional unterschiedlich vorgenommen wird. In den ländlichen Regionen dieses Gebietsloses hätten sowohl die vor Ort tätigen Pflegedienste als auch die Patienten bzw. pflegenden Angehörigen vermehrt

Wechseldrucksysteme eingefordert, auch wenn hierfür nach dem Ermessen des Sanitätshauses eigentlich keine fachliche Indikation bestünde.

Dagegen hat die häusliche Situation der Patienten bzw. deren häusliches Pflegearrangement für alle drei Sanitätshäuser Einfluss auf die konkrete Produktauswahl. Eine Pflegefachkraft benennt das jeweilige Pflegearrangement und das häusliche Umfeld neben weiteren Informationen, die sie während des Hausbesuches erhält, als wichtige Einflussfaktoren auf die Auswahlentscheidung. Eine andere Pflegefachkraft bewertet es als problematisch, wenn alleinstehende, mobile Patienten mit einem Wechseldrucksystem versorgt werden würden oder wenn lediglich ein Pflegerahmen ohne Seitengitter vorhanden sei, da hier die Gefahr des Herausrutschens bestehe würde.

Schließlich kommt dem Erfahrungswissen im Rahmen des Entscheidungsprozesses für eine bestimmte Liegehilfe bei allen Sanitätshäusern eine wichtige Rolle zu. Eine der befragten Pflegefachkräfte spricht dabei von einem Abwägungsprozess, bei dem verschiedene Aspekte Berücksichtigung finden würden. Sie kann jedoch die Entscheidungsfindung nicht explizit zum Ausdruck bringen. Auch existiere kein unterstützendes Instrument hierfür. Ein Interviewpartner spricht von einer „...Erfahrung, die aber nicht systematisch darstellbar ist“.

Zusammenfassung:

In allen Sanitätshäusern liegen Indikationen und Kontraindikationen für die eingesetzten Produkte vor. Die Pflegefachkräfte zweier Sanitätshäuser berichten von entsprechenden Kategorien in ihren Erhebungsinstrumenten. Ebenfalls wird die Produktauswahl von der häuslichen Situation der Patienten und dem häuslichen Pflegearrangement beeinflusst.

Schließlich kommt seitens der Pflegefachkräfte dem Erfahrungswissen im Rahmen des Entscheidungsprozesses eine wichtige Rolle zu. Dieses hängt von den Erfahrungen der Pflegefachkräfte ab und lässt sich nicht standardisieren.

Eine Ableitung von Indikatoren ist in diesem Rahmen nicht möglich.

4.5 Zusammenfassung

Die Forschungsfrage lautet: Wie stellt sich die Qualität der Produktpassung aktuell dar?

Um diese Frage zu beantworten, ist es notwendig zu klären, welche Indikatoren und deren Operationalisierung für eine bedarfsgerechte Passung für spezifische Patientenmerkmale und Fähigkeitsstörungen vorliegen. Hierzu gibt es zwei Erkenntnisse:

- (1) Grundsätzlich gilt, dass der Einsatz sowohl von Schaumstoffmatratzen als auch von Wechsellagersystemen im Rahmen der Prävention und der Therapie eines Dekubitus effektiver ist als der Einsatz von Standardmatratzen.
- (2) Über alle Rechenschritte (mit Ausnahme der Studien) hinweg wird einzig der Indikator Gewicht einheitlich thematisiert. Er hilft bei der Auswahl einer Liegehilfe, die für das Gewicht des Patienten geeignet ist.

Dagegen konnten auf die Frage, wann eine Weichlagerungs- und wann eine Wechsellagermatratze indiziert ist, mit Hilfe der einzelnen Rechenschritte keine eindeutigen, wissenschaftlich fundierten Indikatoren ermittelt werden. Das heißt, es gibt keine Standards für den spezifischen Einsatz eines Liegehilfentypus.

Somit kann festgestellt werden, dass keine wissenschaftlich fundierten Indikationen hinsichtlich der Produktpassung vorliegen.

Dies lässt vermuten, dass aufgrund von fehlenden Standards das Vorgehen der Versorgungsakteure unterschiedlich ist. Hinweis darauf sind auch die heterogenen Erhebungsbögen der Sanitätshäuser. Zudem zeichnet sich in den Interviews mit den Vertragspartnern ab, dass es sich bei dem Prozess der Produktauswahl in Teilen um einen erfahrungsbasierten Abwägungsprozess der Pflegefachkräfte handelt.

Dieser Befund kann vermutlich für die Versorgungspraxis mit Liegehilfen verallgemeinert werden, da generell wissenschaftliche, evidenzbasierte Standards und Indikatoren fehlen. Insofern kann angenommen werden, dass die Praxis der Versorgungspartner der AOK Hessen dem Vorgehen anderer Akteure in diesem Feld entspricht bzw. übliche Praxis ist.

Ob diese Praxis für die Patienten positive oder negative Folgen hat, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden.

Für die Durchführung der Studie zur Bearbeitung der Forschungsfrage hatte der Mangel an fundierten Indikatoren die Konsequenz, dass eine Untersuchung zur Qualität der Produktpassung nicht durchgeführt werden konnte. Aus diesem Grund ist eine Beantwortung der ersten Forschungsfrage nicht möglich.

5 Qualität des Versorgungsprozesses

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung zur zweiten Forschungsfrage, also zur Qualität des Versorgungsprozesses, vorgestellt. Da die Qualität des Versorgungsprozesses von den Handlungen und Haltungen der Sanitätshäuser und der Versicherten gleichermaßen determiniert wird, erfolgt eine Gegenüberstellung der Einschätzung der Versicherten aus der Kundenbefragungen und der Ergebnisse aus den Interviews mit den drei Vertragspartnern zu wichtigen Aktivitäten und Merkmalen des Versorgungsprozesses.

Der inhaltliche Aufbau dieses Kapitels orientiert sich am Fragebogen der Kundenbefragung. Im ersten Unterkapitel finden sich zunächst eine Beschreibung des Samples der Kundenbefragung sowie Informationen zu deren Rücklauf.

Danach folgt in Kapitel 5.2 die Vorstellung allgemeiner Informationen zum Versorgungskontext aus der Kundenbefragung. Kapitel 5.3 enthält Informationen zur Schnelligkeit der Versorgung bei Neurezeptierungen, Kapitel 5.4 die Beschreibung spezifischer Merkmale der Versorgung im Kontext des Wechsels der Gebietslose. Da die diskutierten Faktoren in den Kapiteln 5.3 und 5.4 jeweils lediglich Befragte unterschiedlicher Teilstichproben betreffen (entweder ein Versicherter erhielt seine aktuelle Liegehilfe aufgrund eines neuen Rezeptes oder aufgrund einer Umversorgung durch einen Wechsel der zuständigen Sanitätshäuser), beziehen sich die Berechnungen nur auf die jeweilige Teilstichprobe und nicht auf die gesamte Stichprobe.

Die in Kapitel 5.5 vorgestellten Ergebnisse zu den Themen Auswahlgespräche, Information und Beratung sind wieder für die Gesamtstichprobe von Relevanz, gleiches gilt für die in Kapitel 5.6 vorgestellten Ergebnisse zur Zufriedenheit der Versicherten mit den Liegehilfen und dem Service der Sanitätshäuser.

Aufgrund der unterschiedlich hohen Teilstichproben erfolgt zur Vermeidung von Verzerrungen die Vorstellung der Ergebnisse entweder in absoluten oder in relativen Häufigkeiten. Um die Anonymität der Sanitätshäuser zu gewährleisten, werden sie in den entsprechenden Tabellen mit Buchstaben (A, B, C), aber unsystematisch, benannt. Zudem wird in den Tabellen mit sanitätshausspezifischen Informationen darauf verzichtet, die absoluten Fallzahlen anzugeben. Aufgrund der unterschiedlich großen Versorgungsgebiete wäre ansonsten eine Identifizierung einzelner Sanitätshäuser möglich.

5.1 Sample

Insgesamt standen zur Auswertung der Kundenbefragung 100 ausgefüllte Fragebögen zur Verfügung. Der Rücklauf beträgt bei 1.144 versandten Anschreiben 8,74 Prozent. Es haben sich rund 140 Personen per Kontaktbogen oder auch telefonisch beim IWAK gemeldet, um an der Befragung teilzunehmen. Nicht alle Interviews konnten realisiert werden. Die häufigsten Gründe waren die Angabe einer falschen oder keiner Telefonnummer, es konnte über Wochen keine Person über die angegebene Telefonnummer erreicht werden oder die Personen waren mittlerweile verstorben. In Anbetracht des Vorgehens zur Kontaktaufnahme mit der Zielgruppe über die vorgeschaltete postalische oder telefonische Übermittlung der Kontaktdaten an das IWAK ist ein Rücklauf von 8,74 Prozent als gut zu bewerten.

Zielgruppe der Befragung waren die Versicherten mit dem Bedarf einer Liegehilfe. Waren die Versicherten selbst nicht mehr in der Lage an der Befragung teilzunehmen, konnten auch Angehörige oder bspw. professionelle Pflegefachkräfte eines an der Versorgung beteiligten ambulanten Pflegedienstes Auskunft geben. Voraussetzungen waren Kenntnis über die Versorgungssituation und das Einverständnis des Versicherten oder des zuständigen Betreuers.

Wie Tabelle 6 zeigt, nahmen mit 81 Prozent überwiegend nicht-professionell pflegende Personen an der Befragung teil. Die meisten Antworten aus dieser Kategorie stammen von Angehörigen oder den gesetzlichen Betreuern der Versicherten. Da es zumeist diese Personen sind, die in Kontakt mit den Sanitätshäusern stehen und die für die Organisation der Versorgung verantwortlich sind, ist mit einer hohen Aussagekraft der Ergebnisse zu rechnen.

Tabelle 6 An der Befragung teilnehmende Personen

	Frequency	Valid Percent
Pflegebedürftiger selbst	13	13,0
Professionell Pflegende	6	6,0
nicht professionell Pflegende	81	81,0
Total	100	100,0

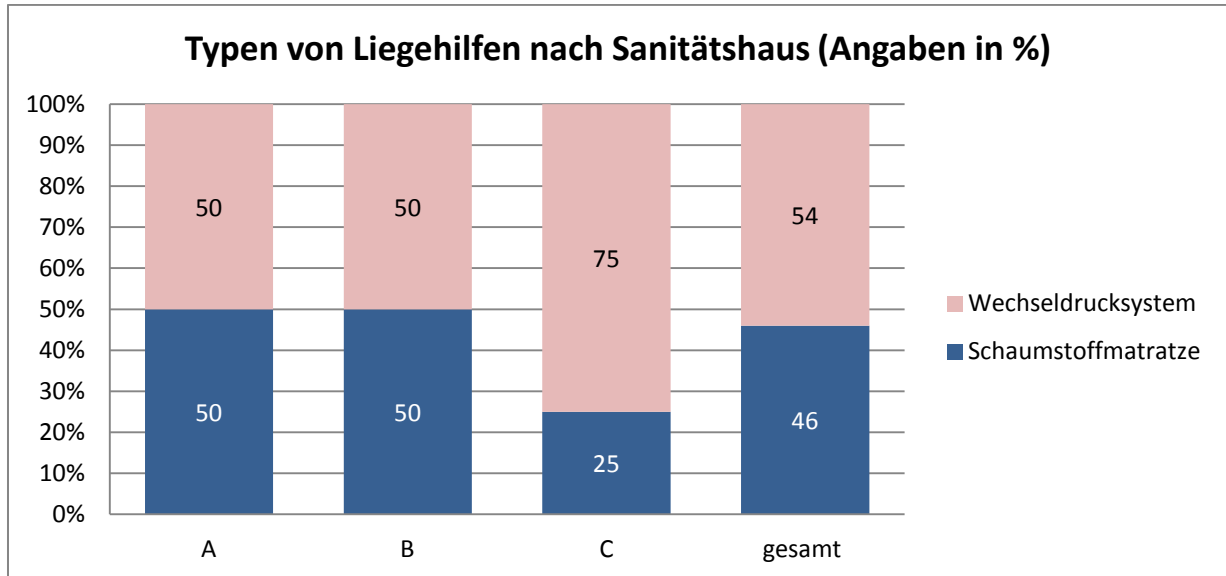
5.2 Allgemeine Informationen zum Versorgungsprozess aus der Kundenbefragung

Dieser Abschnitt beinhaltet die Vorstellung einiger grundlegender Informationen zu den Merkmalen der Versorgungssituation (Wie lange wird die aktuelle Matratze schon genutzt?, Wie ist der Versicherte zur aktuellen Matratze gekommen? usw.). Diese Fakten dienen als wichtige Hintergrundinformationen für die Interpretation der weiteren Ergebnisse.

Insgesamt zeigte sich in der Kundenbefragung, dass die Anteile an der Versorgung im Sample bei Schaumstoffmatratzen mit 46 Prozent und Wechseldrucksysteme mit 54 Prozent annähernd gleich hoch sind (s.

Abbildung 5). Zwei Sanitätshäuser zeigen gleiche Anteile an Schaumstoffmatratzen und Wechseldrucksystemen, ein Sanitätshaus zeigt einen höheren Anteil an Wechseldrucksystemen.

Abbildung 5 Unterschiedliche Typen von Liegehilfen im aktuellen Einsatz nach Sanitätshaus

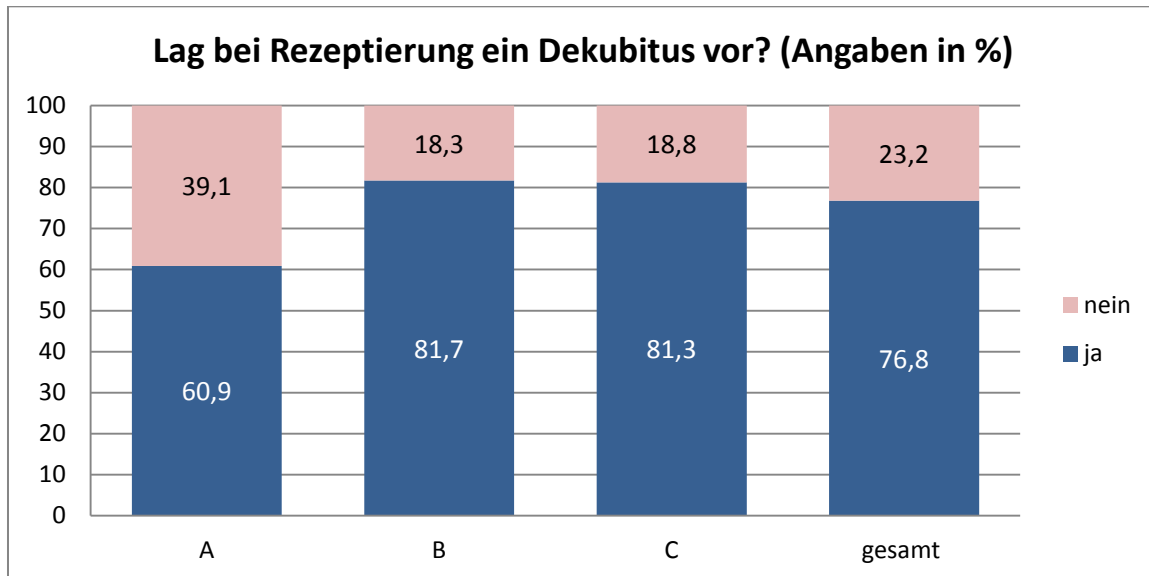


Eine mögliche Erklärung dafür ergibt sich aus den Interviews mit den Sanitätshäusern. In ländlichen Gebieten nennen viele Pflegefachkräfte der ambulanten Dienste sowie die pflegenden Angehörigen Wechseldrucksysteme als Liegehilfe der Wahl. Gründe dafür seien die Vorstellungen, Wechseldrucksysteme seien Schaumstoffmatratzen generell überlegen und die Pflegebedürftigen müssten weniger oft umgelagert werden als auf Schaumstoffmatratzen. Trotz guter fachlicher Gegenargumente gelänge es den Sanitätshäusern nicht immer, die pflegenden Angehörigen oder die professionellen Pflegekräfte von der Sinnhaftigkeit einer Schaumstoffmatratze zu überzeugen.

Bei der Erhebung des Liegehilfentyps wurde ebenfalls erfragt, ob bei Rezeptstellung der Liegehilfe ein Dekubitus bereits vorlag oder nicht, ob die Liegehilfe also präventiv oder kurativ eingesetzt wurde bzw. wird.

Bei rund drei Viertel der Befragten wird die Liegehilfe kurativ eingesetzt, es bestand also ein Dekubitus bei Rezeptstellung (s. Abbildung 6). Wie diese Abbildung auch zeigt, ist der Anteil der kurativ Versorgten nur bei einem Sanitätshaus mit 60,9 Prozent niedriger als in der Gesamtstichprobe.

Abbildung 6 Vorhandensein eines Dekubitus bei Rezeptstellung nach Sanitätshaus



Die Gründe für die geringere Dekubitusrate bei den Versicherten des Sanitätshauses A lassen sich mit den vorliegenden Informationen aus der Kundenbefragung und der Interviews mit den Sanitätshäusern nicht ableiten. Eine mögliche Erklärung könnten unterschiedliche Verhaltensweisen bei der Rezeptierung von Liegehilfen auf Seiten der Hausärzte sein.

Abschließend wurde im allgemeinen Teil der Kundenbefragung erhoben, auf welche Art und Weise die Versicherten ihre Liegehilfe erhalten haben und wie lange sie diese bereits nutzen.

Die durchschnittliche Nutzungsdauer der aktuellen Liegehilfe liegt für die Gesamtstichprobe bei 8,04 Monaten (s.

Tabelle 7). In

Tabelle 7 finden sich ebenso die Durchschnittswerte für die Nutzungsdauer der aktuellen Liegehilfe der einzelnen Sanitätshäuser. Wie sich zeigt, liegt die Spannweite in den Mittelwerten der einzelnen Sanitätshäuser zwischen 5,60 und 8,57.

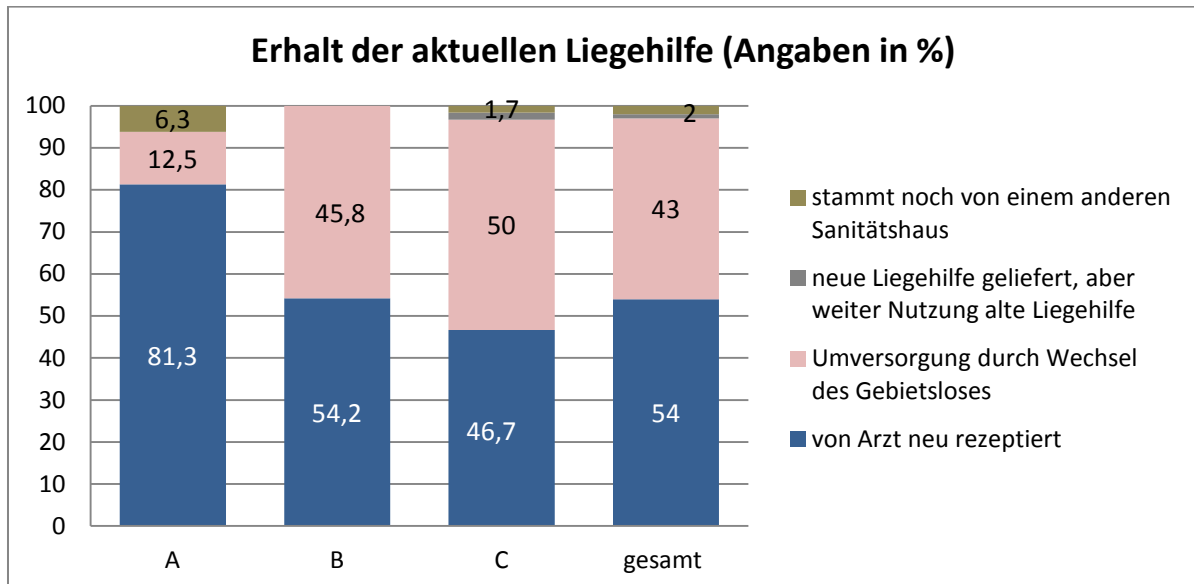
Tabelle 7 Nutzungsdauer der aktuellen Liegehilfe in Monaten differenziert nach Sanitätshaus

	A	B	C	gesamt
Durchschnittliche Nutzungsdauer in Monaten	5,60	8,35	8,57	8,04

Eine mögliche Erklärung hierfür können die folgenden Ergebnisse auf die Frage, auf welchem Weg die Versicherten ihre aktuelle Liegehilfe erhielten (s. Abbildung 7), liefern. 54 Prozent

der Versicherten erhielten durch eine Neurezeptierung und 43 Prozent der Versicherten durch eine Umversorgung aufgrund eines Wechsels der Gebietslose²⁷ ihre Liegehilfe.

Abbildung 7 Erhalt der aktuellen Liegehilfe nach Sanitätshaus



Aus Abbildung 7 wird deutlich, dass Sanitätshaus A (in Abbildung 6 mit 5,6 Monaten die kürzeste durchschnittliche Einsatzdauer der Liegehilfen) knapp 30 Prozent mehr Versicherte mit neuen Rezepten versorgt hat als die beiden anderen Sanitätshäuser. Warum dies so ist, kann auf der Grundlage der vorliegenden Untersuchungsergebnisse nicht erklärt werden.

Zusammenfassung:

Sowohl Wechseldrucksysteme als auch Schaumstoffmatratzen sind zu annähernd gleichen Anteilen in der Versorgung der Stichprobe vertreten und werden überwiegend kurativ eingesetzt. Durchschnittlich erhielten die Befragten vor 8,04 Monaten die Liegehilfe, die eine Hälfte der Stichprobe durch ein neues Rezept, die andere Hälfte durch eine Umversorgung infolge eines Wechsels des zuständigen Sanitätshauses.

5.3 Schnelligkeit der Versorgung bei Neurezeptierungen

Dieser Abschnitt befasst sich mit dem Beginn des Versorgungsprozesses mit einer Liegehilfe. Von Interesse ist dabei insbesondere, wie lange es dauert, bis eine rezeptierte Liegehilfe bei

²⁷ Durch eine Ausschreibung tritt ein Wechsel der versorgenden Sanitätshäuser ein. Versicherte mit einer bestehenden Versorgung werden beim Wechsel des Sanitätshauses in der Regel mit einer Liegehilfe des neuen Sanitätshauses versorgt, also „umversorgt“.

den Versicherten geliefert wird, denn in den meisten Fällen liegt bei Rezeptstellung bereits ein Dekubitus vor. Lange Wartezeiten könnten demnach negative Konsequenzen für die Dekubitus-Behandlung haben.

Dauer der Übermittlung und Rückmeldedauer

Damit die Sanitätshäuser ihre Arbeit beginnen können, muss ihnen ein Rezept für eine Liegehilfe vorliegen. Daher war die erste Frage, wo die Befragten ihr jeweiliges Rezept abgegeben haben, welchen Weg das Rezept also nimmt, bevor es dem Sanitätshaus vorliegt.

Die Auswertung der Teilstichprobe Neurezeptierungen (n = 51; s.

Tabelle 8) zeigt: Rund ein Drittel der Personen reichen die Rezepte bei der AOK Hessen ein (persönlich oder per Post) und ein weiteres Drittel reicht die Rezepte direkt beim zuständigen Sanitätshaus ein (persönliche Abgabe, per Post oder Fax). Ein weiteres Drittel der Rezepte kommt über verschiedene Wege (Hausarzt, Krankenhaus, Rehaklinik) zu den Sanitätshäusern.

Tabelle 8 Abgabeorte der Rezepte

		Frequency	Valid Percent
Valid	Abgabe vor Ort bei dem zuständigen Sanitätshaus	4	7,8
	per Post an zuständiges Sanitätshaus geschickt	10	19,6
	per Fax/E-Mail an zuständiges Sanitätshaus geschickt	2	3,9
	Abgabe direkt bei anderen Sanitätshaus	1	2,0
	Abgabe vor Ort bei der AOK	9	17,6
	per Post zur AOK geschickt	10	19,6
	anderer Ort	15	29,4
	Total	51	100,0

Ergebnisse Interviews: Die Sanitätshäuser geben an, den überwiegenden Anteil der Rezepte erhielten sie auf dem Postweg. Dies dauere erfahrungsgemäß 2 bis 5 Tage. Gehen Rezepte per Fax ein, stammten diese meist von Heimen, Kliniken oder direkt von der AOK Hessen, sollten die Versicherten die Rezepte direkt bei der AOK Hessen abgegeben haben. Rezepte per Faxzustellung erreichen die Sanitätshäuser am schnellsten.

Nach Angabe der Stichprobe müssten die meisten Rezepte per Fax bei den Sanitätshäusern eingehen, da rund ein Drittel aller Rezepte bei der AOK Hessen abgegeben und von dort aus per Fax an die Sanitätshäuser übersandt wurden. Zu dieser Anzahl kommen noch die faxbasierten Rezepteingänge aus den Kliniken, Arztpraxen oder den Versicherten selbst. Mit Blick

auf den Zeitraum, den die Rezepte benötigen, bis sie den Sanitätshäusern vorliegen, benötigen die faxbasiert übermittelten Rezepte der AOK Hessen insgesamt dennoch ca. drei Tage bis sie dem Sanitätshaus vorliegen. Grund dafür ist, dass die Rezepte zunächst per Post oder persönlich von den Versicherten der AOK Hessen zugestellt, dort dem zuständigen Sanitätshaus zugeordnet und erst dann an das zuständige Sanitätshaus gefaxt werden.

Zusammenfassung:

Rezepte benötigen im Durchschnitt ca. drei Tage, bis sie den Sanitätshäusern vorliegen. Dieser Punkt böte daher Potential, den Versorgungsprozess der Versicherten mit Liegehilfen zu beschleunigen.

Liegen die Rezepte den Sanitätshäusern vor, ist für die Schnelligkeit der Zustellung der Liegehilfe von entscheidender Bedeutung, wie schnell die Sanitätshäuser mit den Versicherten in Kontakt treten.

Über die gesamte Teilstichprobe der Neurezeptierungen (N=54) hinweg stellt sich folgende Situation dar (s.

Tabelle 9): Innerhalb eines Tages gelingt es 10 Prozent der Sanitätshäuser, Kontakt zu den Versicherten aufzunehmen. In rund 60 Prozent der Fälle, nehmen die Sanitätshäuser nach 2 bis 4 Tagen Kontakt zu den Versicherten auf. Eine Kontaktaufnahmezeit von länger als 4 Tage beschreiben zusammengefasst rund 30 Prozent der Befragten.

Tabelle 9 Rückmeldedauer bei Neurezeptierungen nach Rezepteingang

		Frequency	Percent
Valid	bis zu einem Tag	5	9,3
	2-4 Tage	29	53,7
	5-7 Tage	3	5,6
	8-14 Tage	9	16,7
	länger als 14 Tage	4	7,4
	weiß nicht	4	7,4
Total		54	100,0

Ergebnisse Interviews: Die Sanitätshäuser führen in diesem Kontext aus, nach Rezepteingang fände zeitnah eine telefonische Kontaktaufnahme mit den Versicherten statt. Hier könne es jedoch zu zeitlichen Verzögerungen kommen. Stellenweise müssten die Kontaktdaten recherchieren werden bzw. seien die Versicherten telefonisch nicht zu erreichen. Bei Letzterem würden die Versicherten nach wiederholten Versuchen einer Kontaktaufnahme schriftlich über den Eingang ihres Rezeptes informiert und gebeten, Kontakt mit dem jeweili-

gen Sanitätshaus aufzunehmen. Dieses Procedere könne über eine Woche Zeit in Anspruch nehmen.

Zusammenfassung:

Insgesamt lässt sich für die Rückmeldedauer festhalten, dass die Sanitätshäuser den überwiegenden Anteil der Versicherten innerhalb von vier Tagen nach Rezeptabgabe kontaktieren. Schließt man in diese Betrachtung mit ein, dass viele Rezepte erst ca. drei Tage nach Rezeptabgabe den Sanitätshäusern vorliegen, gelingt es den Sanitätshäusern, zeitnah mit den Versicherten in Kontakt zu treten. Damit sind die Angaben von Versicherten und Sanitätshäusern zur Rückmeldedauer kongruent.

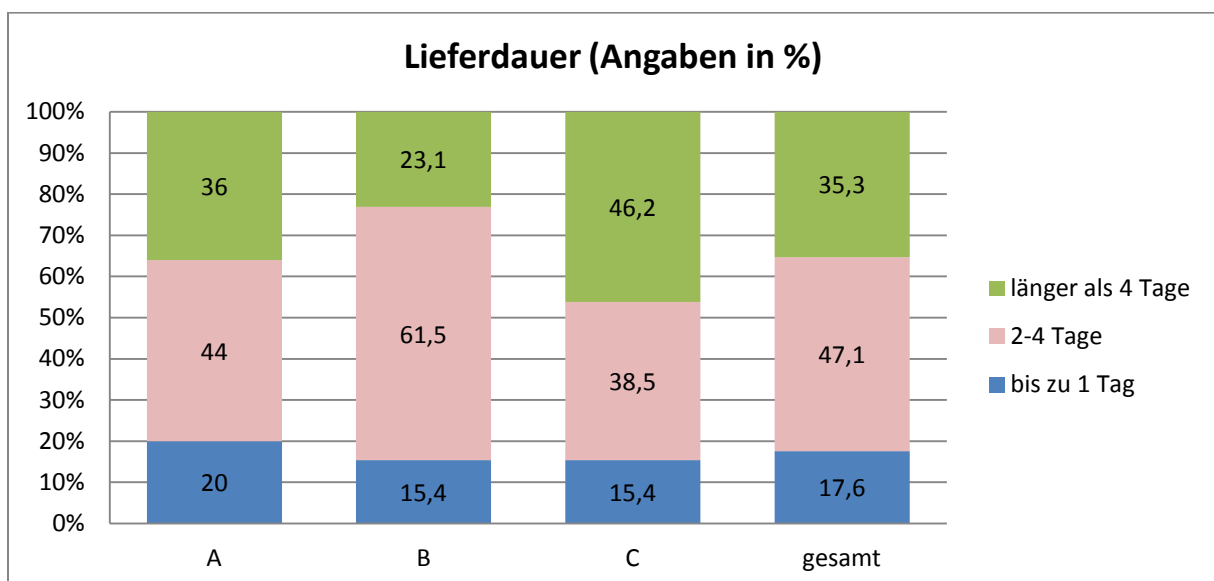
Lieferdauer

Die Lieferdauer, also der Zeitraum ab dem ersten Gespräch zwischen Sanitätshaus und Versichertem bis zur Lieferung der Liegehilfe, variiert.

Für die Teilstichprobe der Neurezeptierungen insgesamt zeigt sich, dass rund 60 Prozent aller Liegehilfen innerhalb von 4 Tagen beim Versicherten sind (rund 15 Prozent davon innerhalb eines Tages), ein weiteres Drittel benötigt für die Lieferung länger als 4 Tage (s. Abbildung 8).

Mit Blick auf die einzelnen Sanitätshäuser zeigt sich, dass sich diese Verhältnisse zwar ähnlich für zwei Sanitätshäuser darstellen, das dritte Sanitätshaus in der Relation jedoch deutlich mehr Versicherte innerhalb von 4 Tagen mit einer Liegehilfe beliefert.

Abbildung 8 Lieferdauer nach Sanitätshaus



Ergebnisse Interviews: Sanitätshaus B konstatiert, es dauere im Durchschnitt 48 Stunden bis zur Auslieferung einer Liegehilfe an den Versicherten. Sanitätshaus A berichtet, die Auslieferung der Liegehilfen fände zumeist noch am Tag der Kontaktaufnahme oder am Tag danach statt. Ähnliche Zeiten berichtet auch Sanitätshaus C.

Zusammenfassung:

Die Angaben der Versicherten und der Sanitätshäuser sind dahingehend kongruent, dass die meisten Liegehilfen innerhalb von vier Tagen beim Versicherten sind. Allerdings erreicht ein Drittel der Liegehilfen erst nach vier Tagen oder später die Versicherten. Ob dies an den internen Prozessen der Sanitätshäuser oder an den Versicherten bzw. deren Umfeld liegt (z. B. dass sich kein früherer Liefertermin mit den pflegenden Angehörigen findet), ist unklar. Die schnelleren Lieferzeiten von Sanitätshaus B weisen jedoch auf das Prozessmanagement der Sanitätshäuser als möglicher Einflussfaktor hin.

5.4 Versorgung im Kontext des Wechsels der Gebietslose

Wie bereits erwähnt, führt der Wechsel der Gebietslose zu einem Wechsel der für die Versorgung der Versicherten mit Liegehilfen zuständigen Sanitätshäuser. Aufgrund des Wechsels kommt es in der Regel auch zu einem Austausch der Liegehilfen bei den Versicherten, da die in der Versorgung eingesetzten Liegehilfen Eigentum des jeweiligen Sanitätshauses sind und den Versicherten für die Versorgung nur entliehen werden.

Konkrete Zeiten der Kontaktaufnahme und der Lieferung der Liegehilfe wurden für diese Stichprobe nicht erhoben, da die Versicherten bereits mit einer Liegehilfe versorgt sind. Von daher ist ein zügiger Lieferungsprozess nicht so bedeutend wie bei Versicherten, die noch nicht mit einer Liegehilfe versorgt sind.

Im Kontext von Gebietsloswechseln ist insbesondere von Interesse, ob und welche Konsequenzen diese auf die Versorgungssituation der Versicherten haben.

Die Erhebung zeigte, dass rund 90 Prozent der Versicherten eine ähnliche Liegehilfe erhielten, es also zu keiner grundsätzlichen Änderung des Systems der Liegehilfe (Schaumstoff oder Wechseldruck) kam.

Ergebnisse Interviews: Den Prozess des Gebietsloswechsels beschreiben die Sanitätshäuser wie folgt: Die Sanitätshäuser erhielten von der AOK Hessen eine Liste mit den Adressdaten und der beim jeweiligen Versicherten aktuell eingesetzten Liegehilfe. Auf der Grundlage dieser Liste, erfolgte die telefonische Kontaktaufnahme mit den Versicherten. Diese seien zunächst befragt worden, ob sie mit ihrem aktuellen Produkt zufrieden sind. Ein Sanitätshaus führte in diesem Gespräch zusätzlich ein Auswahlgespräch durch. Diese Gespräche dienten den Sanitätshäusern der Erhebung der relevanten Daten für die Auswahl einer geeigneten

Liegehilfe für den jeweiligen Versicherten. Ein ähnliches Vorgehen beschrieb auch ein zweites Sanitätshaus, wobei hier die schlussendliche Entscheidung für oder gegen eine Liegehilfe im Rahmen eines Hausbesuches getroffen worden sei. Das dritte Sanitätshaus führte nach eigenen Angaben keine Ersterhebung durch, denn es kaufte seinem Vorgänger die in der Versorgung der Versicherten eingesetzten Liegehilfen ab und beließ diese beim jeweiligen Versicherten. Als Grund für dieses Vorgehen wurde angegeben, dass es in den ersten Umversorgungsfällen, bei denen das Sanitätshaus noch neue Liegehilfen für die Versorgung einsetzte, zu Unstimmigkeiten mit den Versicherten gekommen wäre. Diese wollten ihre gewohnten Liegehilfen behalten. Diese Reaktion erkläre sich damit, dass das Sanitätshaus aus fachlichen Gründen in einigen Fällen von den in der Versorgung bis dato eingesetzten Wecheldrucksystemen auf Schaumstoffmatratzen wechseln wollte. Um jedoch keinen weiteren Unmut zu erzeugen, entschloss sich das Sanitätshaus, dem Vorgänger die Liegehilfen abzukaufen. So konnten die Versicherten ihre jeweilige Liegehilfe wie gewohnt weiter nutzen.

Zusammenfassung:

Aufgrund des Gebietsloswechsels kam es bei der Mehrheit der Versicherten nicht zu einem Wechsel im grundsätzlichen System der Liegehilfe, also einem Wechsel zwischen Schaumstoffmatratze und Wecheldrucksystem. Inwieweit sich Produkte innerhalb eines Systems qualitativ unterscheiden, kann von den Versicherten in der Regel nicht beurteilt werden. Sie können lediglich einschätzen, ob sich eine Liegehilfe z. B. anders verhält (andere Geräusche), anders anfühlt oder zu anderen Wirkungen führt (z. B. Liegekomfort).

Da die Mehrheit der Versicherten jedoch zufrieden mit ihrer Liegehilfe ist, wie im weiteren Verlauf noch dargestellt wird, scheint es aufgrund des Wechsels der Zuständigkeiten keine für die Versicherten wahrnehmbaren negativen Konsequenzen zu geben.

5.5 Auswahlgespräche, Beratung und Information

Dieser Abschnitt thematisiert wichtige Qualitätsaspekte zu Beginn des Versorgungsprozesses. Dies sind zum einen die Auswahlgespräche zwischen Sanitätshäusern und Versicherten, die der Auswahl einer geeigneten Liegehilfe für den jeweiligen Versicherten dienen. Zum anderen befasst sich dieser Abschnitt mit der Einweisung der Versicherten in einen fachgerechten Umgang mit der Liegehilfe und mit den Produkteigenschaften der gelieferten Produkte.

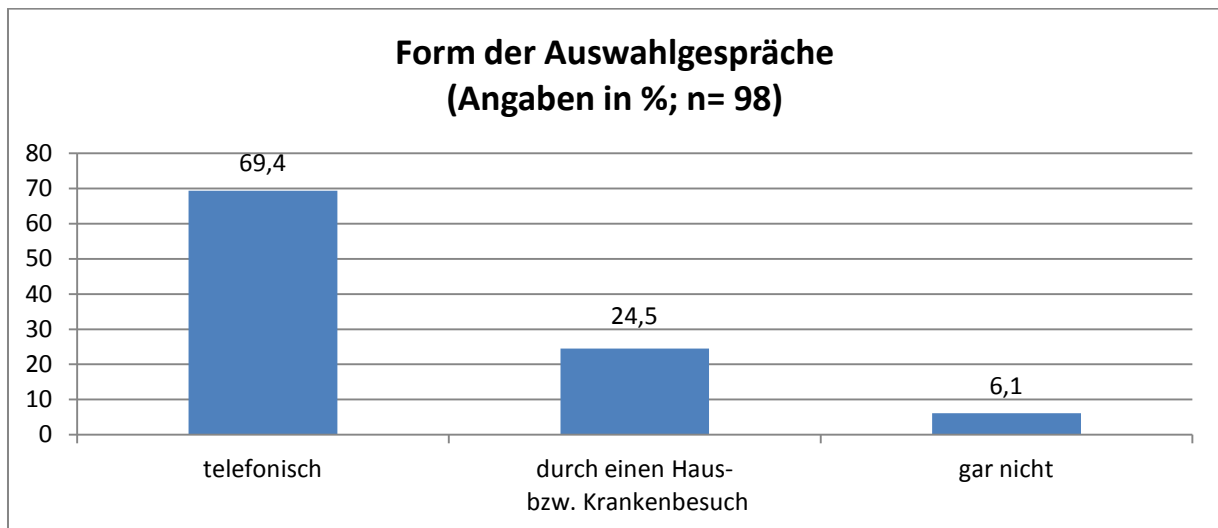
Auswahlgespräch

Die Form des Auswahlgesprächs wurde erfragt, da in den Verträgen zwischen AOK Hessen und Sanitätshäusern Haus- und Krankenbesuche für diese Gespräche als Format festge-

geschrieben sind. Persönliche Gespräche vor Ort haben den Vorteil, dass sich die Pflegefachkraft des Sanitätshauses umfassender als über ein Telefonat einen Überblick über den gesundheitlichen Zustand des Versicherten verschaffen kann. Findet das Gespräch in der Häuslichkeit der Versicherten statt, kann das häusliche Setting (z. B. Wohnsituation, an der Versorgung beteiligte Angehörige oder sonstige Unterstützer) ebenfalls mit in die Entscheidung über die Liegehilfe einfließen.

Für die Gesamtstichprobe zeigt sich ein Anteil von Auswahlgesprächen durch Haus- und Krankenbesuche von 25 Prozent (s. Abbildung 9). Weitere 70 Prozent der Probanden geben telefonische Auswahlgespräche an. Insgesamt sechs Prozent der Probanden verneinen, ein Auswahlgespräch erhalten zu haben.

Abbildung 9 Form der Auswahlgespräche



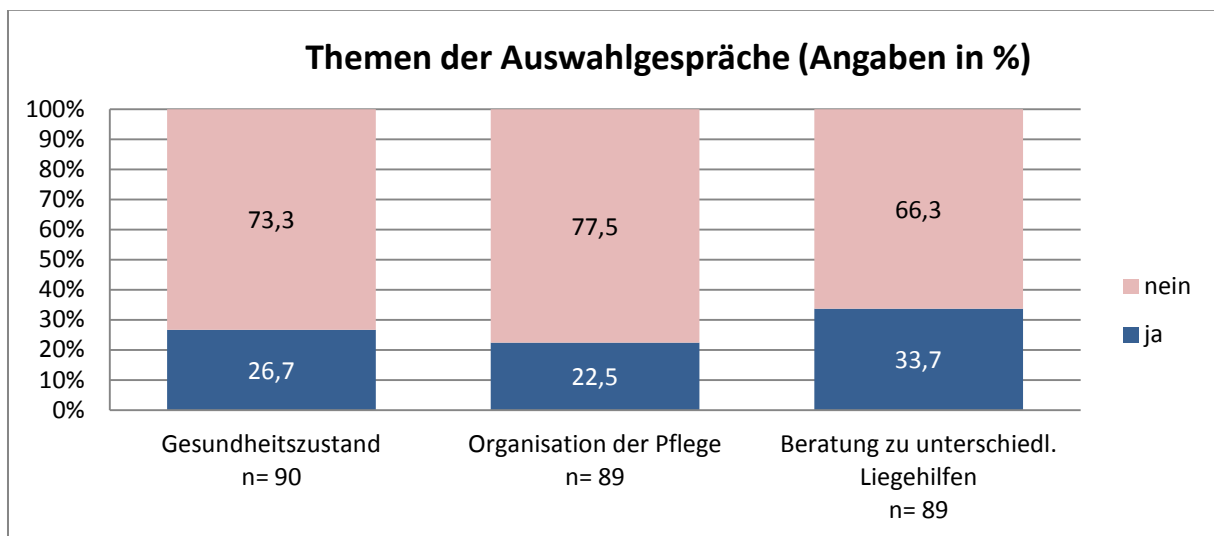
Ergebnisse Interviews: Die Sanitätshäuser äußern unterschiedliche Vorgehensweisen im Kontext der Auswahlgespräche.

Ein Sanitätshaus führt aus, prinzipiell fände das Auswahlgespräch telefonisch statt. Zu Hausbesuchen käme es bei Problemen während der telefonischen Erhebung (z. B. Unwissenheit der Versicherten oder deren Angehörigen zum gesundheitlichen Zustand). Ein zweites Sanitätshaus gibt an, das Auswahlgespräch fände immer während eines Hausbesuches statt. Das dritte Sanitätshaus führt Auswahlgespräche während eines Hausbesuches bei Vorliegen eines Dekubitus Grad 2 oder 3. Ansonsten kämen hier auch telefonische Gespräche zum Einsatz.

Unabhängig davon, wie das Auswahlgespräch stattfand, ist es von Bedeutung, welche Informationen die Sanitätshäuser für die Produktauswahl erheben, da es entsprechend der Untersuchungsergebnisse zur Produktauswahl keinen fachlichen Standard gibt, auf den sich die Sanitätshäuser beziehen könnten.

Die Auswertung für die Gesamtstichprobe der Kundenbefragung (s. Abbildung 10) zeigt, dass keines der drei Themen „Gesundheitszustand“, „Organisation der häuslichen Pflege“ und „Beratung zu unterschiedlichen Liegehilfen“ in der Mehrheit der Auswahlgespräche erhoben wird, bzw. dass dies in einer Art und Weise geschieht, die den Versicherten nicht in Erinnerung verbleibt.

Abbildung 10 Themen der Auswahlgespräche

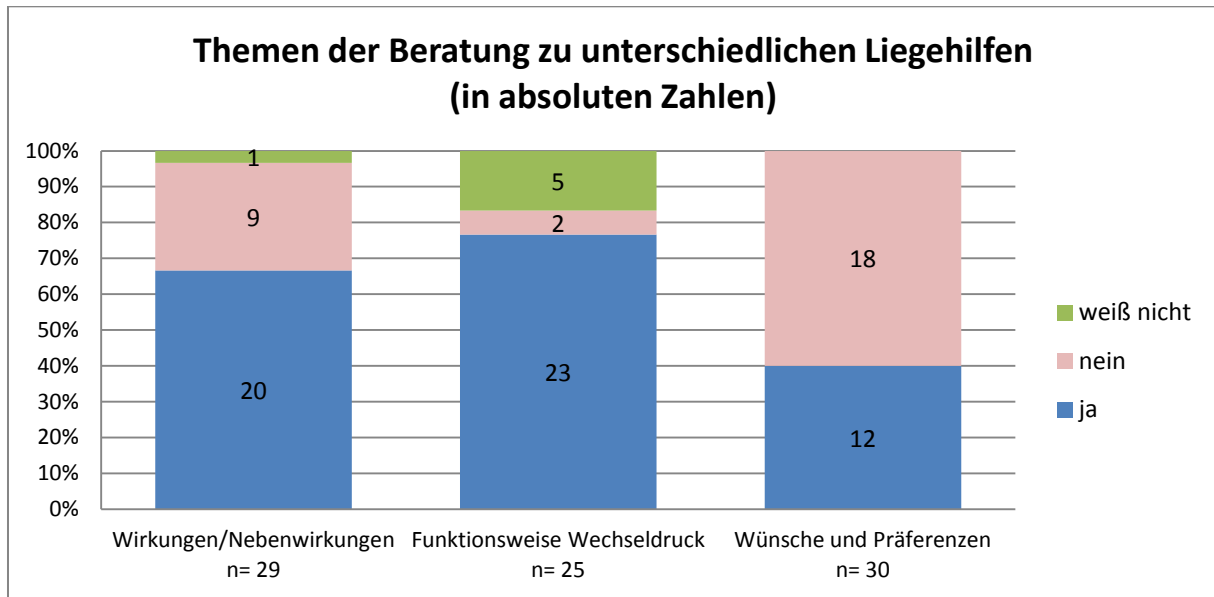


Ergebnisse Interviews: Alle Sanitätshäuser geben an, Aspekte des Gesundheitszustandes der Versicherten (bspw. Erfassung von Vorerkrankungen wie Apoplex, Osteoporose) zu erheben. Bei zwei der drei Sanitätshäuser komme hierfür ein standardisiertes Risikoassessment zum Einsatz.

Auch die Organisation der Pflege und das häusliche Umfeld des Versicherten spielten eine Rolle bei der Produktauswahl, so die einhellige Rückmeldung von den Sanitätshäusern. Allerdings würden diese Faktoren nicht systematisch erhoben.

Mit Blick auf die von den Sanitätshäusern in rund einem Drittel der Fälle durchgeführte Beratung zu unterschiedlichen Liegehilfen wurden die Versicherten gefragt, welche Themen diese Beratung umfasst. Die Auswertung der Gesamtstichprobe ergibt, dass die drei Themenbereiche Wirkungen/Nebenwirkungen, Funktionsweise von Wechseldrucksystemen und Wünsche und Präferenzen unterschiedlich stark Berücksichtigung finden (s. Abbildung 11).

Abbildung 11 Erhobene Themen im Beratungsgespräch zu unterschiedlichen Liegehilfen²⁸



Es wird deutlich, dass die Funktionsweisen von Wechseldrucksystemen besondere Beachtung findet. Wünsche und Präferenzen der Versicherten spielen im Gegensatz dazu eher eine untergeordnete Rolle.

Ergebnisse Interviews: Explizite Aussagen zu einer Beratung hinsichtlich der Liegehilfen lassen sich lediglich bei einem Sanitätshaus finden. Ein anderes Sanitätshaus gibt an, sie würden in den Fällen, in denen die Versicherten, deren Angehörige oder an der Versorgung beteiligte Pflegefachkräfte eine andere Liegehilfe präferieren würden als diejenige, welche das Sanitätshaus für die geeignete Wahl hält, versuchen, die betreffenden Personen ausführlich von ihrer Auswahl zu überzeugen.

Dagegen informieren alle drei Sanitätshäuser über Bewegungen, Geräuschen oder die Leuchtdioden von Wechseldrucksystemen im Rahmen des Kundenkontaktes. Darüber hinaus erhalten die Versicherten bei einem Sanitätshaus Tipps zur Abdämpfung stark empfundener Vibrationen.

Zusammenfassung:

Rund sechs Prozent der Probanden gaben an, kein Auswahlgespräch erhalten zu haben. Dies kann mehrere Ursachen haben:

- Die Probanden nutzen noch eine Liegehilfe eines Vorgängersanitätshauses²⁹.
- Es fand kein Auswahlgespräch statt.

²⁸ Diese Auswertung umfasst nur die Fälle die, angaben, eine Beratung zu unterschiedlichen Liegehilfen erhalten zu haben (= 33,7 Prozent oder 30 Personen; s. Abbildung 10).

²⁹ Bei einem Gebietswechsel kommt es in Ausnahmefällen vor, dass der neue Loggewinner eine Liegehilfe von dem bis dato versorgenden Sanitätshaus abkauft, zumeist dann, wenn es sich um Spezialprodukte handelt.

- Die Probanden haben das Auswahlgespräch vergessen oder es nicht als solches wahrgenommen.

Weiter lässt sich festhalten, dass relevante Themen wie der Gesundheitszustand oder die Organisation der häuslichen Pflege wenig in den Auswahlgesprächen behandelt werden bzw. dies nicht in einer Art und Weise geschieht, die den Versicherten als Beratungsgespräch in Erinnerung verbleibt. Was die Inhalte der Beratungsgespräche zu Liegehilfen anbelangt, die in rund einem Drittel der Fälle erfolgten, wird fast immer zu Funktionsweisen von Wechseldruckmatratzen beraten. Weniger im Fokus stehen die Themen Wirkungen und Nebenwirkungen (in ca. zwei Drittel der Fälle ein Thema) und Wünsche und Präferenzen der Versicherten (in ca. einem Drittel der Fälle Teil der Beratung).

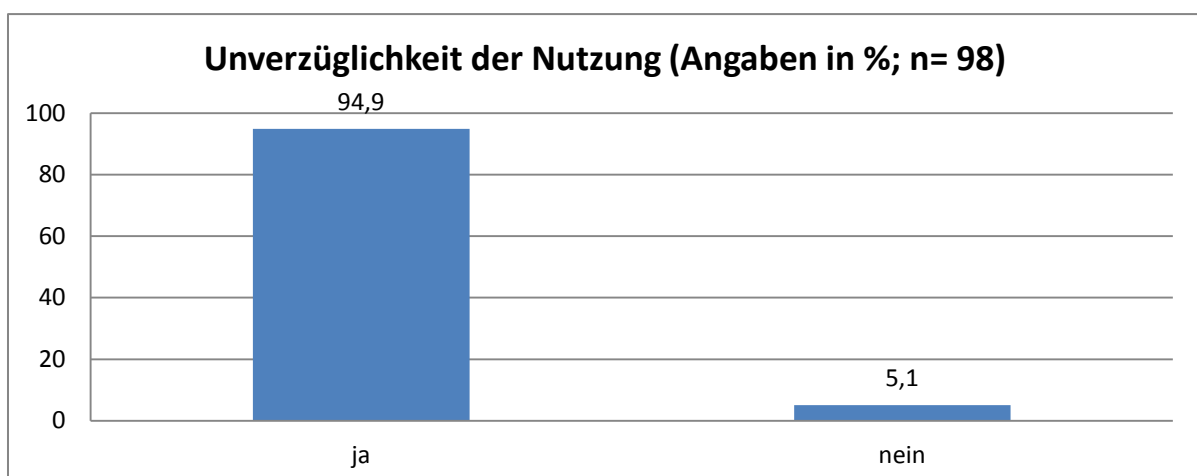
Produkteigenschaften

Liegehilfen sind häufig bei mehreren Versicherten nacheinander im Einsatz. Daher ist es wichtig, ob sie jeweils gereinigt und aufbereitet wurden, bevor sie bei einem neuen Versicherten zum Einsatz kommen. Über den mikrobakteriellen Status einer Liegehilfe können die Versicherten keine Auskunft geben, aber sie können das äußere Erscheinungsbild beurteilen. Die Probanden der Stichprobe gaben an, die gelieferten Produkte, waren sauber, wiesen keine Risse auf und der Schutzbezug war intakt.

Ergebnisse Interviews: Die Sanitätshäuser geben an, optisch erkennbar verschmutzte Liegehilfen würden entsorgt. Alle anderen würden hygienisch aufbereitet, entweder in einer eigenen Anlage oder durch einen externen Dienstleister.

Neben dem äußeren Erscheinungsbild ist es natürlich für die Versicherten wichtig, dass sie die Liegehilfe sofort nutzen können.

Abbildung 12 Unverzögliche Nutzung der Liegehilfe



Wie in Abbildung 12 ersichtlich, waren 5,1 Prozent der gelieferten Liegehilfen nicht sofort einsatzfähig. Die Gründe waren:

- Liegehilfe hatte nicht die richtige Größe,
- Liegehilfe musste selbst montiert werden.

Auch kann vermerkt werden, dass keiner der Versicherten eine private Aufzahlung für seine Liegehilfe leistete.

Zusammenfassung:

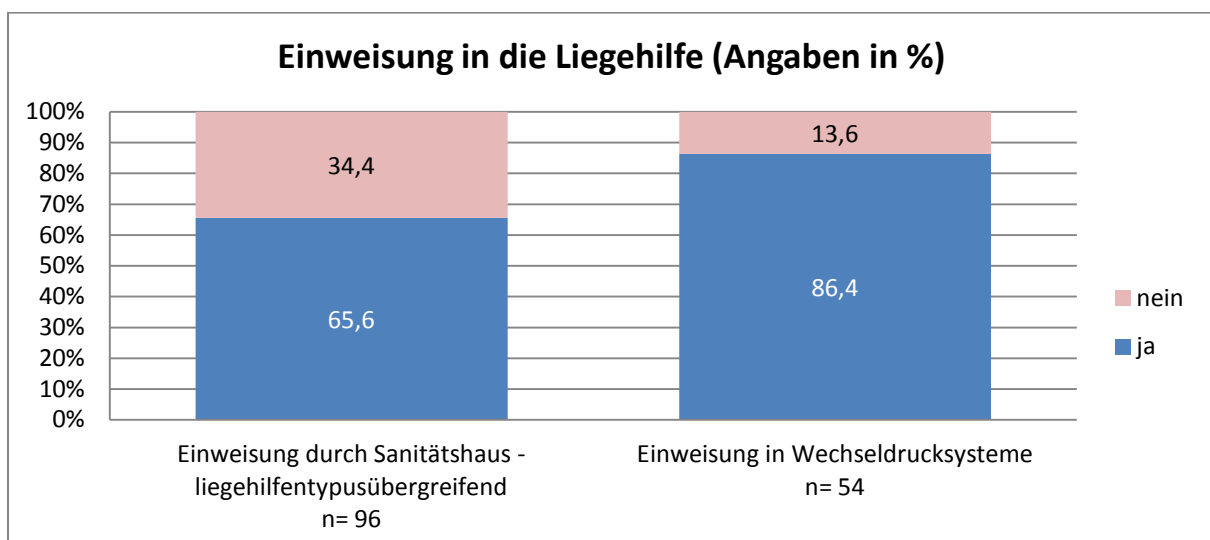
Die gelieferten Liegehilfen sind sauber und funktionstüchtig, wenn sie den Versicherten geliefert werden sowie in den meisten Fällen auch unverzüglich einsatzfähig. Keiner der Versicherten leistete eine private Aufzahlung für seine aktuelle Liegehilfe.

Einweisung in die Produktnutzung

Damit die Liegehilfen ihren vollen Nutzen in der Versorgung der Versicherten entfalten können, ist es wichtig, dass sie korrekt von den Versicherten oder deren pflegenden Angehörigen bzw. professionellen Pflegediensten angewandt werden. Dies gilt sowohl für Schaumstoffmatratzen als auch für Wechseldrucksysteme.

Innerhalb der Gesamtstichprobe erfolgte in rund zwei Drittel der Fälle eine Einweisung in die Handhabung der Liegehilfe (s. Abbildung 13).

Abbildung 13 Einweisung in das Produkt

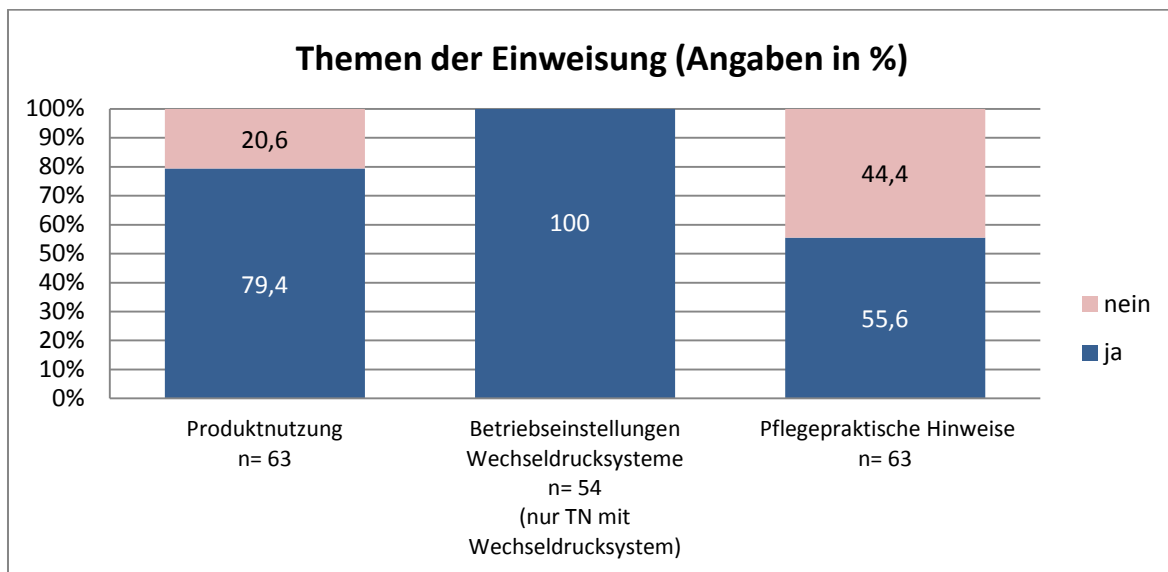


Grenzt man die Berechnung auf die Fälle mit Wechseldrucksystemen ein, steigen die Werte zwar an, jedoch gibt es immer noch Personen, die keine Einweisung erhielten.

Wichtige Themen der Einweisung sind allgemeine Informationen zur Produktnutzung (Reinigung der Liegehilfe, Einpassung in das Bett), die Betriebseinstellungen (speziell bei den Wechseldrucksystemen) und praktische Hinweise im Kontext der Pflege der Versicherten (bspw. Lagerungsintervalle, Schutz der Oberfläche der Liegehilfe vor Beschädigung/Verschmutzung ohne Funktionsbeeinträchtigung). Ob die Einweisung der Versicherten die genannten Themenbereiche umfasste, zeigt die Auswertung in

Abbildung 14.

Abbildung 14 Themen der Einweisung



Alle Versicherten mit Wechseldrucksystemen, die eine Einweisung erhalten haben, geben an, eine Einweisung zu den Betriebseinstellungen erhalten zu haben. Weitere rund 80 Prozent der Versicherten, die eine Einweisung erhalten haben, erhielten Informationen zur Produktnutzung. Informationen zu pflegepraktischen Hinweisen in Bezug auf die korrekte Nutzung der Liegehilfe erhielt rund die Hälfte der Versicherten, die eine Einweisung erhalten haben.

Ergebnisse Interviews: Ein Sanitätshaus führt aus, es würden nahezu alle Liegehilfen während des Hausbesuchs von der ausliefernden Pflegefachkraft aufgebaut. Eine gewichtsbezogene Ersteinstellung des Gerätes und eine technische Einweisung fänden bei Wechseldrucksystemen immer statt. Bei einer Schaumstoffmatratze fände ebenso eine Produkteinweisung sowie eine Information zu pflegepraktischen Hinweisen statt.

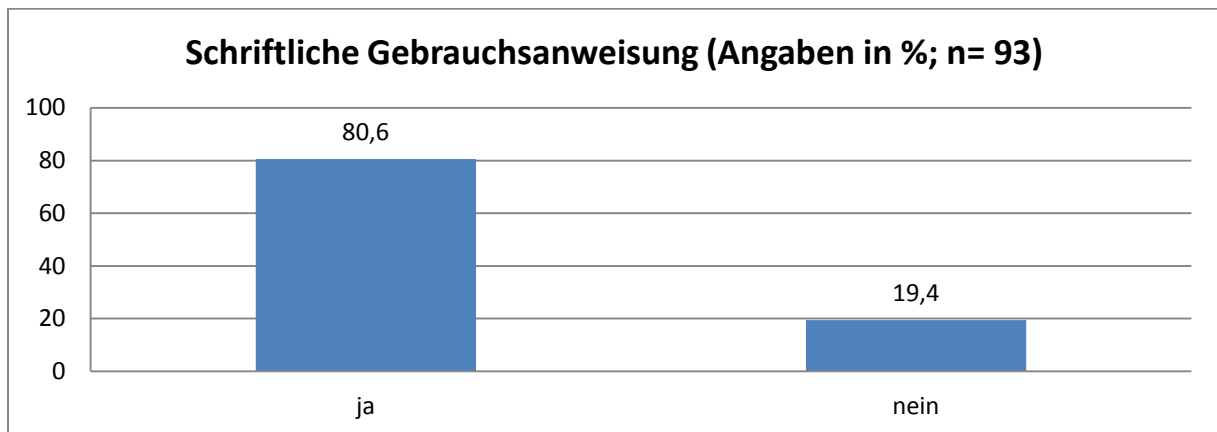
Ein weiteres Sanitätshaus beschreibt, die Auslieferung der Liegehilfen und die Einweisung der Versicherten erfolge durch einen Medizinprodukteberater. Bei Wechseldrucksystemen würde durch diesen die primäre gewichtsorientierte Ersteinstellung vorgenommen. Darüber hinaus würden technische Einstellungen und Praxistipps zu verschiedenen Einstelloptionen

vorgestellt. Bei Schaumstoffmatratzen erfolge die Information zur Positionierung der Liegehilfe im Bett. Weitere Informationen, z.B. Reinigungshinweise, gäbe es auf Nachfrage der Versicherten.

Im dritten Sanitätshaus übernehme ein Reha-Techniker die Auslieferung der Liegehilfen und die Einweisung der Versicherten. Auch hier führe das Personal die gewichtsbezogene Erst-einstellung der Wechseldrucksysteme durch und kläre die Versicherten über die technischen Einstellungen auf. In Bezug auf Schaumstoffmatratzen informiere der Techniker zum hygienischen Umgang mit der Liegehilfe.

In der Kundenbefragung wurde zum Thema Einweisung auch erfragt, ob die Versicherten eine schriftliche Gebrauchsanweisung für ihre Liegehilfe vom Sanitätshaus erhielten. Dies bejahten rund drei Viertel der Probanden (s. Abbildung 15).

Abbildung 15 Erhalt einer schriftlichen Gebrauchsanweisung



Zusammenfassung:

Im Durchschnitt zwei Drittel der Versicherten erhalten eine Einweisung. Dabei erhielten 13,6 Prozent der Personen mit einer Wechseldruckmatratze keine Einweisung. Die durchgeführten Einweisungen konzentrieren sich insbesondere auf die technischen Einstellungen bei Wechseldrucksystemen. Zum korrekten Umgang mit Schaumstoffmatratzen (z. B. korrekte Lage im Bett) wird nach Aussagen der Sanitätshäuser selbst deutlich weniger beraten. Nur in rund der Hälfte der Fälle erhalten die Versicherten darüber hinaus eine Information über Nutzungsbedingungen der Liegehilfe, die für die tägliche Pflege der Versicherten relevant sind (z. B. Lagerungsintervalle, max. Anzahl der Lagerungskissen usw.). Eine schriftliche Gebrauchsanweisung erhalten rund 80 Prozent der Probanden.

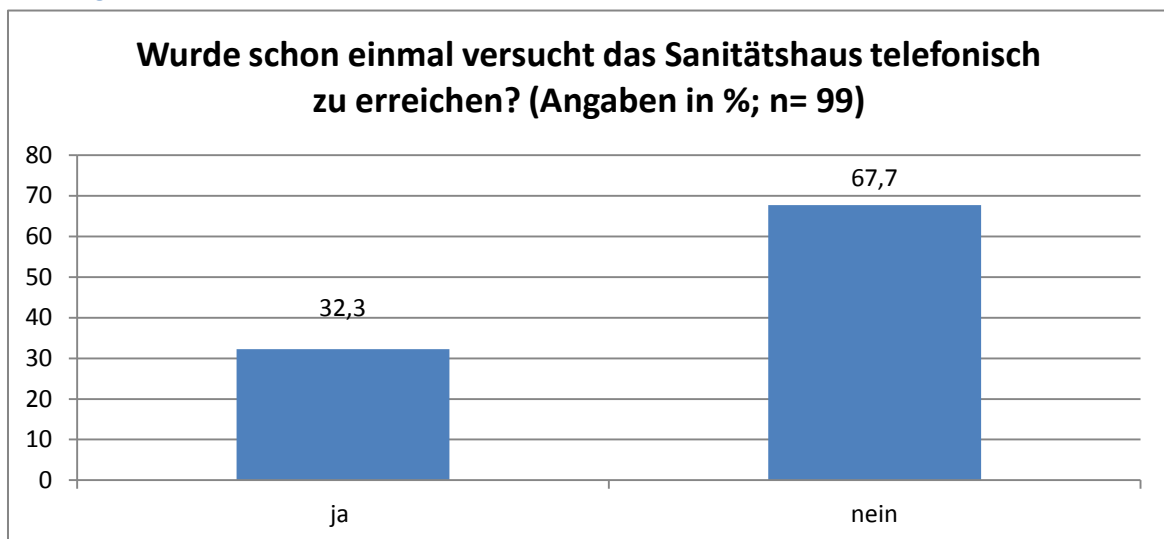
5.6 Service im weiteren Versorgungsverlauf

Dieser Abschnitt behandelt Aspekte des Service der Sanitätshäuser für die Versicherten im weiteren Versorgungsverlauf, also nach dem erfolgreichen Beginn der Nutzung der Liegehilfe durch die Versicherten. In diesen Fällen ist es für die Versicherten wichtig, ob sie das Sanitätshaus bei generell auftretenden Fragen oder Problemen gut erreichen können und ob sich die Liegehilfen im Dauereinsatz bewähren, ob Funktionsausfälle auftreten und wie bei solchen Ereignissen das Notfallmanagement der Sanitätshäuser aussieht.

Telefonische Erreichbarkeit

Zunächst wurden die Versicherten befragt, ob sie schon einmal versucht haben, das für sie zuständige Sanitätshaus zu erreichen. Ein Drittel der Gesamtstichprobe bejahte dies (s. Abbildung 16). Alle Personen haben versucht, die Sanitätshäuser zwischen 9 und 17 Uhr zu erreichen und in 28 von 32 Fällen gelang dies auch.

Abbildung 16 Telefonische Erreichbarkeit



Ergebnisse Interviews: Alle Versicherten, so die Sanitätshäuser, bekämen von den Mitarbeitern, welche die Liegehilfen ausliefern, eine Telefonnummer ausgehändigt, unter der sie sich zur Klärung von Problemen an 24 Stunden an 7 Tagen der Woche melden können.

Zusammenfassung:

Rund ein Drittel der Probanden hat bereits versucht, mit dem jeweilig zuständigen Sanitätshaus in Kontakt zu treten. Dies ist in den meisten Fällen ohne Komplikationen oder lange Wartezeiten gelungen.

Funktionsstüchtigkeit und Notfallmanagement

Mit Blick auf die Funktionsstüchtigkeit der Liegehilfen stellt sich ein ähnlich positives Bild dar. Fünf Prozent der Liegehilfen, also fünf Liegehilfen, wiesen im Versorgungszeitraum einen Defekt auf. In vier dieser fünf Fälle erfolgte eine Behebung des Defektes durch einen Hausbesuch eines technischen Mitarbeiters der Sanitätshäuser. Ein Fall wurde telefonisch geklärt.

Zusammenfassung:

95 Prozent der Liegehilfen weisen auch im Dauereinsatz keine Defekte oder Funktionsausfälle auf. Sollte dennoch einmal eine Störung auftreten, müssen die Produkte in der Regel nicht komplett ausgetauscht werden, sondern die Defekte lassen sich meist durch einen Vor-Ort-Besuch eines Technikers in der Häuslichkeit der Versicherten beheben.

5.7 Zufriedenheit mit den Liegehilfen und dem Service

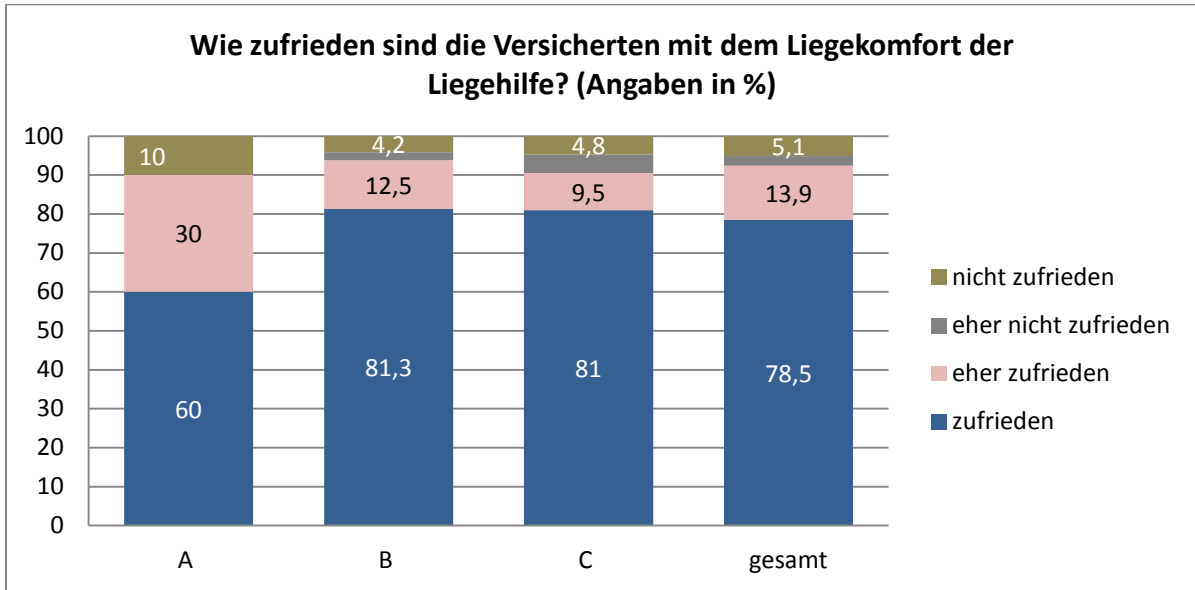
Dieser Abschnitt befasst sich abschließend mit der Bewertung der beschriebenen Leistungen der Sanitätshäuser durch die Versicherten.

Zufriedenheit mit den Liegehilfen

Rund drei Viertel der Befragten sind mit dem Liegekomfort der Liegehilfen zufrieden (78,5 Prozent) oder eher zufrieden (13,9 Prozent). Gar nicht zufrieden sind 5,1 Prozent (s. Abbildung 17).

Für zwei Sanitätshäuser mit jeweils rund 80 Prozent „zufriedenen“ und rund 10 Prozent „eher zufriedenen“ Versicherten gelten die gleichen Verhältnisse wie in der Gesamtstichprobe (s. ebenfalls Abbildung 17). Die Produkte des dritten Sanitätshauses erhalten im Vergleich zur Gesamtstichprobe mit einem Anteil von 60 Prozent „zufriedenen“ und 30 Prozent „eher zufriedenen“ Versicherten eine etwas zurückhaltendere Bewertung.

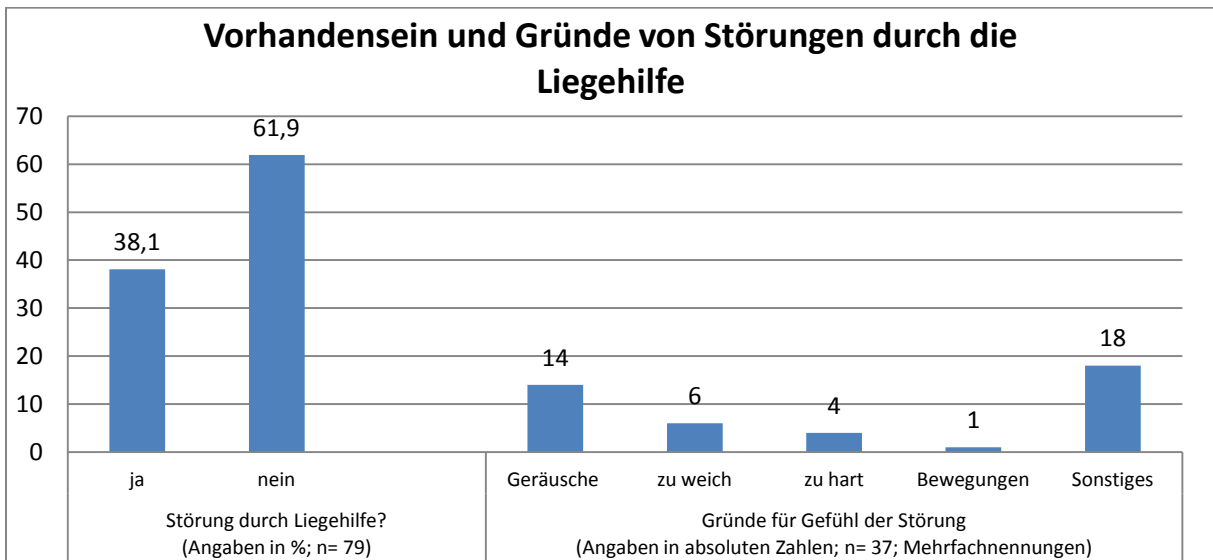
Abbildung 17 Zufriedenheit mit dem Liegekomfort nach Sanitätshaus



Um die Bewertung der eingesetzten Liegehilfen weiter zu konkretisieren, wurden die Versicherten danach gefragt, ob es etwas gibt, was sie an der Liegehilfe stört und wenn ja, um was es sich dabei handelt.

In ca. 38 Prozent der Gesamtstichprobe ist dies der Fall (s. Abbildung 18).

Abbildung 18 Vorhandensein von Störungen und Gründe für Störungen



Welche Faktoren die Versicherten als problematisch empfinden, ist ebenfalls Abbildung 18 entnehmbar.

In 14 von 37 Fällen sind es Geräusche der Liegehilfe, die als störend empfunden werden, in weiteren sechs von 37 Fällen ist die Liegehilfe zu weich und in vier von 37 Fällen zu hart. In

weiteren 18 von 37 Fällen liegen sonstige Gründe vor, die als störend bewertet wurden (z.B. der Gummischutzbezug der Liegehilfe ist nicht atmungsaktiv, Liegehilfe zu klein/groß für das Bett).

Der Grad von „sich von etwas gestört fühlen“ kann je nach Mensch und Störfaktor unterschiedlich sein. Daher erfolgte eine Befragung der Versicherten dazu, ob sie aufgrund der wahrgenommenen Einschränkungen der Liegehilfe einen Wechsel der Liegehilfe für angebracht halten.

Rund 40 Prozent der Befragten (= 15 Personen), die sich von einem Merkmal der Liegehilfe gestört fühlen, bejahen dies. Von den 15 Personen haben sieben Personen in dieser Sache Kontakt mit der AOK Hessen aufgenommen. In drei dieser sieben Fälle fand inzwischen eine Umversorgung statt.

Zusammenfassung:

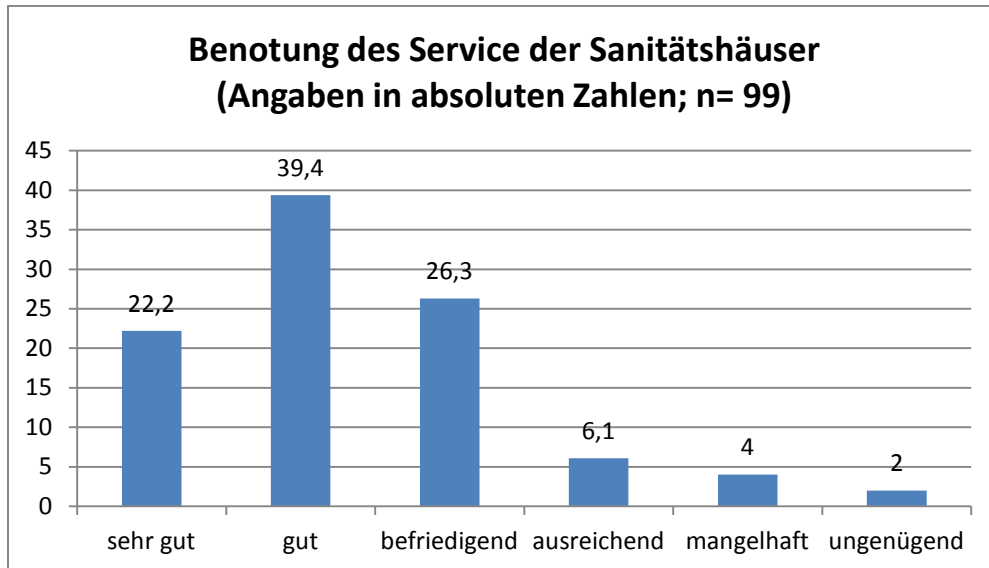
Die Versicherten äußern, sie seien zu ca. 90 Prozent zufrieden oder eher zufrieden mit ihrer Liegehilfe.

Weiter lässt sich zusammenfassen, dass sich trotz der hohen Zufriedenheitswerte rund 40 Prozent der Probanden (= 37 Personen) von einem oder mehreren Aspekten der jeweiligen Liegehilfe gestört fühlen. Dies geht soweit, dass 15 von 37 Personen einen Wechsel der Liegehilfe anstreben, sieben von ihnen dazu die AOK Hessen bereits kontaktiert haben und in drei Fällen eine Umversorgung stattgefunden hat.

Zufriedenheit mit dem Service

Die Befragten bewerten den Service der Sanitätshäuser zu 22,2 Prozent mit sehr gut, zu 39,4 Prozent mit gut und zu rund 26 Prozent mit befriedigend (s. Abbildung 19).

Abbildung 19 Durchschnittliche Benotung des Service der Sanitätshäuser



Im Durchschnitt erhält der Service eine Benotung (nach Schulnoten) von 2,36. Die durchschnittliche Bewertung des Service für die einzelnen Sanitätshäuser variiert zwischen 2,13 und 2,47.

Zusammenfassung:

Die Bewertung des Service der Sanitätshäuser insgesamt ist gut, birgt aber auch Verbesserungspotential.

5.8 Zusammenfassung

Zunächst ist anzumerken, dass in der vorliegenden Stichprobe Wechseldrucksysteme und Schaumstoffmatratzen gleich häufig im Einsatz sind, also eine gleich wichtige Bedeutung und Funktion in der Versorgung der Versicherten übernehmen. Dies entspricht nicht der Verteilung in der Grundgesamtheit der AOK Hessen-Versicherten, in der zu zwei Dritteln Schaumstoffmatratzen und zu einem Drittel Wechseldrucksysteme eingesetzt sind. Warum dies so ist, kann mit den Daten dieser Untersuchung nicht erklärt werden.

Die Auswertung der Daten der Kundenbefragung und der Interviews mit den Vertragspartnern zeigen interessante Ergebnisse.

Zum einen zeigt sich, dass die Liegehilfen zum überwiegenden Teil kurativ eingesetzt werden, d. h. die Erstrezeptierung geschieht durch die Hausärzte häufig erst bei einem bereits vorhandenen Dekubitus. Grundsätzlich bietet sich laut §33 SGB V die Möglichkeit, Anti-Dekubitus-Hilfsmittel bereits vor der Entwicklung eines Dekubitus zu verschreiben, um dessen Entstehung zu vermeiden. Der hohe kurative Anteil kann demnach ein Hinweis auf ein ungenutztes Präventionspotential im Versorgungsgeschehen mit Anti-Dekubitus-Hilfsmitteln sein.

Zweitens weisen die Ergebnisse auf regionale Unterschiede in der Versorgung hin. In ländlichen Gebieten scheinen sowohl die pflegenden Angehörigen als auch die Pflegefachkräfte Wechseldrucksysteme als Liegehilfe zu präferieren. Diese Tendenz war in den städtischen Regionen nicht in dem Maße erkennbar. Möglicherweise lässt das darauf schließen, dass neue fachliche Erkenntnisse im urbanen Raum schneller als in ländlichen Gebieten Anwendung finden. Dies könnte konkret Einfluss auf die Versorgung nehmen, wenn die fachliche Perspektive der Sanitätshäuser übergangen und von Angehörigen oder professionellen Pflegefachkräften auf einer Versorgung mit Wechseldrucksystemen bestanden wird - und zwar unabhängig vom Gesundheitszustand des Versicherten.

Drittens zeigen sich Lücken in interaktionsintensiven Bereichen des Versorgungsprozesses wie Beratung oder Einweisung. Gespräche zur Produktauswahl finden nicht bzw. mehrheitlich telefonisch statt und nicht durch einen Haus- oder Krankenbesuch, wie es vertraglich vereinbart ist und aus fachlicher Sicht für die vollständige Erfassung der Situation des Versicherten notwendig erscheint. Zudem werden bestimmte Themenbereiche im Rahmen der Gespräche bei einem Teil der Versicherten nicht abgedeckt bzw. in einer Art und Weise erhoben, die den Versicherten nicht in Erinnerung bleibt. Der Gesundheitszustand oder die häusliche Pflegesituation sind Beispiele für solche Themen. Gleiches gilt für die Einweisung in die Nutzung der Liegehilfen. Ein Drittel der Teilnehmer gab an, keine Einweisung erhalten zu haben. Wenn Einweisungen stattfinden, gibt es, wie bei den Gesprächen zur Produktauswahl, thematische Lücken (z. B. relevante Hinweise für die pflegerische Versorgung der Versicherten). Diese Lücken können zu Anwendungsfehlern und damit zu negativen Konsequenzen für die Versicherten führen.

Ausschreibungen führen in der Versorgungspraxis dazu, dass es bei Neuausschreibungen zu einem Wechsel der versorgenden Sanitätshäuser kommen kann (Gebietsloswechsel). Hat sich eine Liegehilfe für einen Versicherten bewährt, ist bei einem Gebietsloswechsel nicht damit zu rechnen, dass der grundsätzliche Typus der Liegehilfe gewechselt wird (von Schaumstoff auf Wechseldruck oder umgekehrt). Dies deutet auf eine Kontinuität in der Versorgung mit Liegehilfen hin.

Die eingesetzten Produkte sind nach den Erfahrungen der Versicherten durchweg optisch sauber, intakt und funktionstüchtig. Sollte dennoch einmal ein Defekt auftreten, können die Versicherten die Sanitätshäuser zügig erreichen und eine Reparatur findet zeitnah statt.

Insgesamt äußern sich die Versicherten als zufrieden sowohl mit dem Liegekomfort der Liegehilfe als auch mit dem Service der Sanitätshäuser.

Insgesamt zeichnet sich also ein heterogenes Bild für die Bereiche der Versorgungsqualität ab, welche durch die Kundenbefragung sowie die Interviews mit den Vertragspartnern untersucht wurden. Die Versicherten sind in großen Teilen mit den Liegehilfen sowie dem Service zufrieden, jedoch lässt sich ein fachlicher Nachsteuerungsbedarf in den Feldern Beratung und Einweisung identifizieren.

Anhand dieser Ausführungen wird erkennbar, dass ein korrektes fachliches Vorgehen durch die Sanitätshäuser und die Zufriedenheit der Versicherten mit dem Dienstleistungsprozess nicht unbedingt voneinander abhängen, da die Kunden einer Dienstleistung möglicherweise deren Fachlichkeit nicht beurteilen können oder für die Kunden Freundlichkeit wichtiger sein kann als ein korrektes fachliches Vorgehen.

6 Ausblick

Im Folgenden sollen weiterführende Überlegungen zu den Forschungsthemen dieser Untersuchung angestellt und für die beiden Forschungsfragen unterschiedliche potentielle Handlungsoptionen identifiziert und diskutiert werden. Zuletzt wird nochmals die Frage aufgegriffen, wie gut Ausschreibungen für die Versorgung Anti-Dekubitus-Liegehilfen geeignet sind.

Handlungsoptionen zum Thema „Qualität der Produktpassung“

Die „Qualität der Produktpassung“ umfasst den Prozess der Produktauswahl und die Güte dieser Auswahl. Es gilt festzustellen, ob die spezifische Liegehilfe für den Patienten die Richtige ist. Hierfür werden Indikatoren benötigt, die eine eindeutige Zuordnung zulassen.

Für die Produktpassung im Versorgungsprozess mit Anti-Dekubitus-Liegehilfen konnten keine validen Indikatoren für die Zuordnung identifiziert werden. Somit ist keine Standardisierung des Prozesses der Produktauswahl möglich. Die Auswahl der jeweiligen Liegehilfen ist zu einem großen Ausmaß von dem Erfahrungswissen der Pflegefachkräfte abhängig. Aufgrund des Fehlens eindeutiger Indikatoren für die Produktauswahl fordern Pflegewissenschaftler/innen eine individuelle Versorgung im Sinne des Expertenstandards (vgl. Lahmann/Bienstein 2009, S. 510). Allerdings sind die Indikatoren für eine individuelle Versorgung im Expertenstandard nur sehr allgemein formuliert. Dies erfordert eine auf Erfahrung basierende Operationalisierung dieser Indikatoren durch die Pflegefachkräfte, wie sie heute in der Praxis schon geschieht.

Entsprechend den Gemeinsamen Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes und den Spitzenorganisationen der Leistungserbringer (s. Seite 7) sind die Liegehilfen selbst standardisiert. Allerdings hat der Auswahlprozess für die Liegehilfen als Dienstleistung eine zentrale Bedeutung für die bedarfsgerechte und individuelle Versorgung mit dem richtigen Produkt.

Die Interviews mit den Expert/innen zeigten, dass es eine Vielzahl von erfahrungsbasierten Vorstellungen dazu gibt, wann welche Liegehilfe eingesetzt werden sollte und wann nicht. Zum Teil sind die Vorstellungen zu den Kontraindikationen sogar gegenläufig. Bei den Pflegekräften der Leistungserbringer ist das Bild ähnlich heterogen, wie die unterschiedlichen Assessmentinstrumente der Sanitätshäuser, die für die AOK Hessen die Versorgung durchführen, zeigen. Die Produktauswahl basiert auf „Erfahrungen, die nicht systematisch darstellbar sind“³⁰.

Soll eine Standardisierbarkeit des komplexen Auswahlprozesses im Rahmen von Ausschreibungen erreicht werden, dann müsste der Auswahlprozess für die Produktpassung auf wissenschaftlicher Evidenz beruhen und damit transparent und nachvollziehbar gestalten

³⁰ Aussage einer erfahrenen Pflegefachkraft, die die Auswahl von Liegehilfen in einem der Sanitätshäuser, vornimmt.

werden. Dies würde bedeuten, dass in umfangreiche Forschung zu möglichen Indikatoren für die Produktpassung investiert werden müsste. Es stellt sich die Frage, wer Interesse an einer solchen Forschung hat, wer also diese finanzieren würde oder sollte, um das Handeln der Versorger evidenzbasiert zu gestalten, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Prävalenzzahlen für Dekubitus in Deutschland rückläufig (vgl. Lahmann/Kottner 2012, S. 47) und die Versicherten, zumindest im Sample dieser Untersuchung, weitgehend mit ihrer Versorgung zufrieden sind.

Die zweite Handlungsoption besteht darin, die aktuelle Situation beizubehalten. Dies bedeutet, dass die Auswahlprozesse nach wie vor stark von dem Erfahrungswissen einzelner Personen abhängig und damit intransparent sowie uneinheitlich bleiben. Unabhängig davon, ob es sich um Ausschreibungen oder um Verhandlungsverträge handelt, hieße dies, dass die Qualität der von den Sanitätshäusern durchgeführten Auswahlprozesse von den Krankenkassen weiterhin nur erschwert zu kontrollieren ist.

Eine Veränderung der Auswahlprozesse als Folge der Ausschreibung im Sinne einer Vereinheitlichung und Vereinfachung und ein damit einhergehender Qualitätsverlust in der Versorgung konnte ohne Vergleichsdaten aus dem Versorgungsgeschehen vor der Ausschreibung und aufgrund fehlender Indikatoren für die Produktauswahl nicht eruiert werden. Es konnte in der Untersuchung aber keine mangelnde Qualität im Sinne von Unzufriedenheit der Versicherten mit den Produkten festgestellt werden.

Die Untersuchung zeigt, dass mit sechs Produkten (Schaumstoffmatratzen und Wechsel-drucksysteme) ca. 80 Prozent der Versorgungsfälle versorgt wurden. Die restlichen 20 Prozent der Versicherten erhielten unterschiedliche andere Liegehilfen. Dies legt nahe, dass die Leistungserbringer nach der Zuschlagerteilung tatsächlich die Möglichkeit nutzen, um Liegehilfen, die eine große Bandbreite an Einsatzmöglichkeiten abdecken, in größeren Stückzahlen zu günstigen Konditionen einzukaufen.

Handlungsoptionen zum Thema „Qualität der Dienstleistungen“

Die Qualität der Dienstleistungen umfasst nicht nur den Produktauswahlprozess, sondern auch weitere begleitende Dienstleistungen wie Beratungen, Produkteinweisung und Erreichbarkeit bei Problemen.

In dieser Untersuchung wurde anhand der Kundenbefragung folgendes festgestellt:

- die Auswahlgespräche der Sanitätshäuser erfolgen oftmals telefonisch,
- die Einweisung in die Produkte durch die ausliefernden Personen ist oft lückenhaft,
- die telefonische Erreichbarkeit und der Service sind gut,
- die Kunden sind mit dem Service und den Produkten insgesamt zufrieden.

Auf Grund der hohen Kundenzufriedenheit ist das Ergebnis grundsätzlich positiv zu bewerten. Es zeigen sich aber auch Handlungsbedarfe. So sollten laut Vertragsanforderungen der AOK Hessen die Auswahlgespräche eigentlich immer face-to-face durch eine Pflegefachkraft

erfolgen, um eine individuelle Produktauswahl unter Berücksichtigung der häuslichen Situation zu gewährleisten. Auch sollte stets eine ausführliche Einweisung in den Gebrauch der Produkte durchgeführt werden, da bei einer fehlenden oder mangelhaften Einweisung die Nutzung der Produkte möglicherweise nicht so erfolgen kann oder erfolgt, wie sie fachlich vorgesehen ist.

Die Untersuchung zeigt also Verbesserungsbedarfe in den interaktionsintensiven Bereichen des Versorgungsprozesses. Ob bei einer Ausschreibung mit dem alleinigen Zuschlagskriterium Preis die personenintensiven Anteile des Versorgungsprozesses verschlankt werden, oder ob die Versorgungssituation schon vorher in dieser Weise gestaltet war, kann aufgrund eines fehlenden Vorher-Nachher-Vergleichs nicht beantwortet werden.

Für eine Verbesserung in Bezug auf die Dienstleistungsanteile am Versorgungsprozess im Rahmen von Ausschreibungen bieten sich drei Handlungsoptionen an:

1. Die ausschreibenden Krankenkassen können den Versorgungsprozess der Ausschreibungsgewinner vermehrt kontrollieren und Verstöße sanktionieren. Dies erfordert eine fortlaufende Evaluation und Kontrolle der Leistungen der Vertragspartner.
2. Die Krankenkassen können Modifikationen an der bisherigen Gestaltung von Ausschreibungen vornehmen. So könnte bspw. geprüft werden, ob weitere Zuschlagskriterien, die für die Qualität der zu erbringenden Dienstleistung wichtig sind, im Zusammenhang mit Ausschreibungen Berücksichtigung finden könnten. Dies könnte beispielsweise ein elaboriertes Konzept für die strukturelle und personelle Gestaltung des Versorgungsprozesses sein. Zentral wäre hierbei, dass die notwendigen Dienstleistungsanteile überzeugend abgebildet werden.
3. Die Sanitätshäuser können die Kosten für die zu erbringende Dienstleistung für diesen Versorgungsprozess entsprechend der vertraglich erwarteten Leistungen in ihren Angebotskalkulationen ggf. besser abbilden.

Option eins (mehr Kontrolle durch die Krankenkassen) sollte die Sanitätshäuser dazu motivieren, die vertraglich vereinbarten Dienstleistungen in der Versorgung der Versicherten auf jeden Fall voll umzusetzen. Dies könnte auf lange Sicht auch dazu führen, dass die zu erbringenden Dienstleistungen ggf. stärker in den Angebotskalkulationen der Sanitätshäuser Berücksichtigung finden.

Mit Option zwei (erweiterte Zuschlagskriterien) wäre es möglich, nicht nur dem Sanitätshaus mit dem günstigsten Angebot, sondern auch dem mit dem besten Versorgungskonzept den Zuschlag zu geben. Hierdurch würde die Bedeutung der Dienstleistungen im Versorgungsprozess deutlich gestärkt. Dies hätte vermutlich auch Auswirkungen auf das Kalkulationsverhalten der Sanitätshäuser im Ausschreibungsprozess. Allerdings ist die Operationalisierung solcher erweiterter Zuschlagskriterien und der entsprechenden Bewertungskriterien für das Auswahlverfahren im Rahmen einer Ausschreibung sehr anspruchsvoll und juristisch schwierig umsetzbar.

Die dritte Option schließlich setzt bei den Sanitätshäusern selbst an. Wird als Hypothese davon ausgegangen, dass Angebotskalkulationen so knapp gehalten werden, dass anschließend in der Ausführung an den notwendigen Dienstleistungen „gespart“ werden muss, so dient dies weder den Leistungserbringern noch den Versicherten und Krankenkassen, die für die Qualität verantwortlich zeichnen. Eine kostengerechte Kalkulation der Leistungserbringer und kein Unterbieten um jeden Preis wäre deshalb ein wünschenswertes Angebotsverhalten. Es ist aber eher unwahrscheinlich, dass die Sanitätshäuser im freien Wettbewerb bei gleichbleibenden Rahmenbedingungen von sich aus eine Veränderung in den Angebotskalkulationen vornehmen, da sie hierdurch Wettbewerbsnachteile befürchten müssten.

Sicherlich würden sich alle drei Handlungsoptionen zur Verbesserung von Beratung und Information bei der Versorgung der Versicherten mit Anti-Dekubitus-Hilfsmitteln auf den Preis der Versorgung auswirken. Gleichzeitig könnte aber so die Qualität im Bereich Dienstleistung weiter optimiert werden.

Sind Ausschreibungen für die Versorgung mit Anti-Dekubitus-Liegehilfen geeignet?

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen wichtige Ansatzpunkte für Verbesserungen in diesem Versorgungsfeld, lassen aber als Momentaufnahmen letztlich keine Bestimmung von Veränderungen der Versorgungsqualität, ob zum Besseren oder zum Schlechteren, zu. Die Frage, ob Ausschreibungen positive oder negative Veränderungen der Versorgungsqualität bewirken, kann also nicht beantwortet werden.

Um dies untersuchen zu können, müsste die Qualität der Produktpassung und der Dienstleistungen zu verschiedenen Zeitpunkten erfasst werden. Eine Vergleichbarkeit zu verschiedenen Erhebungszeitpunkten setzt eine Definition für die Qualität von Produktpassung und Dienstleistungen und entsprechende Erhebungsinstrumente voraus, die in mehreren Wellen – idealerweise regelmäßig als Monitoring - zur Anwendung gebracht werden müssten. Nur dann kann auch eine Veränderung der Qualität der Produktpassung z.B. durch den Wechsel des zuständigen Sanitätshauses oder durch eine Veränderung im Versorgungssystem untersucht werden. Dies wäre für die Kostenträger wie auch für die Versicherten ein wichtiger Baustein zur nachhaltigen Sicherung der Qualität.

In der Einleitung wurden die Kriterien der Gemeinsamen Empfehlung des GKV-Spitzenverbandes und der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer, welche die Zweckmäßigkeit von Ausschreibungen im Sinne von § 127 Abs. 1 begrenzen, aufgelistet.³¹ Diese können nun noch einmal herangezogen werden, um zu diskutieren, ob angesichts der Erkenntnisse der Untersuchung einzelne Kriterien möglicherweise kritisch zu beurteilen sind.

³¹ Vgl. Gemeinsame Empfehlungen gemäß §127 Abs. 1a SGB V, online verfügbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/hilfsmittel/himi_empfehlungen_verlautbarungen/HiMi_Empfehlungen_127_Ausschreibungen.pdf, Abruf am 27.01.2014.

Ausschreibungen sind demnach nicht empfehlenswert, wenn

1. die Kosten-Nutzen-Relation negativ (ungünstig) ausfällt,
=> Angesichts der hohen Kundenzufriedenheit und der Kosteneinsparung im Fall der AOK Hessen trifft dieses Kriterium nicht zu.
2. lediglich ein enger Bieterkreis besteht,
=> Angesichts der großen Zahl an Sanitätshäusern in Hessen und damit potenziellen Bietern im Wettbewerb trifft dieses Argument nicht zu.
3. es sich um nicht standardisierte Leistungen handelt,
=> Die Liegehilfen selbst sind standardisiert. Die im Versorgungsprozess notwendigen Dienstleistungen und insbesondere die wichtige individuelle Produktauswahl durch die Fachkräfte sind allerdings nicht standardisiert. Die Untersuchung zeigt, dass bislang keine eindeutigen Indikatoren für eine Standardisierung der Produktauswahl vorliegen und damit eine wissenschaftlich fundierte Standardisierung nicht möglich ist.
4. die Versorgung einen hohen Anteil an zu erbringender Dienstleistung beinhaltet,
=> Der Versorgungsprozess mit Anti-Dekubitus-Liegehilfen enthält hohe Anteile an wichtigen Dienstleistungen durch Fachkräfte, die für die Qualität der Versorgung eine große Bedeutung haben.
5. ein Gesundheitsrisiko für die Versicherten besteht,
=> In der Regel ist Dekubitus kein lebensbedrohliches Risiko. Ob Ausschreibungen dazu führen, dass die Versorgung zu Gesundheitsrisiken führt, kann ohne systematische Vergleichsdaten nicht beurteilt werden.
6. es zu Störungen im Versorgungsverlauf kommt.
=> Die Versorgung mit Anti-Dekubitus-Liegehilfen ist in der Regel nicht Teil eines komplexen, produktübergreifenden Versorgungsgeschehens, das intensive Abstimmungsprozesse mit anderen Leistungserbringern erfordert.

Die Untersuchung zeigt, dass die Kriterien 3 und 4 möglicherweise problematisch für eine Ausschreibung sein können.

Es kristallisiert sich die Frage heraus, in wie weit die Leistung „Versorgung mit Anti-Dekubitus-Liegehilfen“ als gesamte Versorgungsleistung standardisierbar ist. Denn nur dann wäre sichergestellt, dass auch unter Wettbewerbsbedingungen im Fall von Ausschreibungen die Leistungsanbieter eine vergleichbare, den Standards entsprechende Qualität anbieten. Und nur dann kann auch eine wirksame Kontrolle durch die Auftraggeber, die Krankenkasse, stattfinden. Die AOK Hessen hat dies getan, indem sie in den Verträgen mit den Ausschreibungsgewinnern detailliert einzelne Dienstleistungsteile auflistet. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass hierdurch ein hoher Standard der Versorgung erreicht werden konnte, aber auch noch Handlungsfelder zum Nachsteuern offen bleiben.

Die Untersuchung deutet auf eine wichtige Schwachstelle von Ausschreibungen bei der Versorgung mit Hilfsmittel hin, die zentrale interaktionsintensive Anteile am Versorgungsprozess aufweisen. Hier sollten Korrektive eingebaut werden, die stärker dafür sorgen, dass auch im Fall von Ausschreibungen nicht nur das materielle Hilfsmittel den Qualitätsstandards genügt, sondern auch die flankierenden Dienstleistungen entsprechend den Anforderungen erbracht werden (können).

Literaturverzeichnis

Bogner, Alexander / Menz, Wolfgang (2002): Das theoriegenerierende Experteninterview – Erkenntnisinteresse, Wissensform, Interaktion. IN: Bogner, Alexander/ Littig, Beate / Menz, Wolfgang (Hrsg.): Das Experteninterview- Theorie, Methode, Anwendung. Opladen: Leske & Budrich, S. 33-70.

Böckelmann, Christine (2003): Qualitätsmanagement/Konzepte und ihre Anwendung in psychosozialen Beratungsstellen. Heidelberg, Kröning: Asanger Verlag.

Bruhn, Manfred (2008): Qualitätsmanagement für Dienstleistungen/Grundlagen, Konzepte, Methoden. Heidelberg: Springer.

Chou, Roger / Dana, Tracy / Bougatsos, Christina / Blazina, Ian / Starmer, Amy J. / Reitel, Katie / Buckley, David I. (2013): Pressure Ulcer Risk Assessment and Prevention. A systematic Comparative Effectiveness Review. IN: Annals of Internal Medicine, 159. Jg. (1), S. 28-38.

Colin, D. / Rochet, J.-M. / Ribinik, P. / Barrois, B. / Passadori, Y. / Michel, J.-M. (2012): What is the best support surface in prevention and treatment, as of 2012, for a patient at risk / or suffering from pressure ulcer sore? Developing French guidelines for clinical practice. IN: Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 55. Jg. (7), S. 466-481.

Corsten, Hans (2001): Dienstleistungsmanagement. München, Wien: R. Oldenburg Verlag (4. bearb. u. erw. Aufl.).

Demarré, L. / Beeckman, D. / Vanderwee, K. / Defloor, T. / Grypdonck, M / Verhaege, S. (2012): Multi-stage versus single-stage inflation and deflation cycle for alternating low pressure air mattresses to prevent pressure ulcers in hospitalized patients: A randomized-controlled clinical trial. IN: International Journal of Nursing Studies, 49.Jg. (4), S. 416-426.

Deutsche Dekubitus Liga e.V. (ddl) (2011): Ambulante Versorgung von Patienten mit Dekubitus. Leitfaden der Deutschen Dekubitus Liga e.V. (1. Aktualisierung). Online verfügbar unter: http://www.deutsche-dekubitusliga.de/fileadmin/user_upload/ddl/Leitfaden_Dekubitus-DDL_e_V.pdf, Abruf am 18.07.2013.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2010): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege - 1. Aktualisierung. Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege, Osnabrück.

Dietzfelbinger, Maria (1998): Überlegungen zur Strukturqualität. IN: Dietzfelbinger, Maria / Haid-Loh, Achim (Hrsg.): Qualitätsentwicklung – Eine Option für Güte. Berlin: EZI-Eigenverlag, S. 146-149.

Donabedian, Avedis (1980): The definition of quality and approaches to its assessment, Vol. 1. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.

Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DAHTA@DIMDI) (Hrsg.) (2005): Dekubitusprophylaxe und –therapie. Reihe: Informationssystem Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland, Köln. Online verfügbar unter: http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta128_bericht_de.pdf, Abruf am 17.10.2013.

European Pressure Ulcer Advisory Panel / National Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP / NPUAP) (2009): Internationale Leitlinie Dekubitus-Prävention. Eine Kurzanleitung. National Pressure Ulcer Advisory Panel: Washington DC. Online verfügbar unter: http://www.epuap.org/guidelines/QRG_Prevention_in_German.pdf, Abruf am 04.07.2013.

Flick, Uwe (2010): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Reinbek: Rowohlt (3. Aufl. d. vollständ. überarb. u. erw. Neuauflage).

Haid-Loh, Achim (1998): Prozessqualität in Beratungsstellen. IN: Dietzfelbinger, Maria / Haid-Loh, Achim (Hrsg.): Qualitätsentwicklung – Eine Option für Güte. Berlin: EZI-Eigenverlag, S. 150-159.

Kolb, Patrick / Schanz, Michael (2012): Strukturelle Defizite in der Dekubitusversorgung und rechtliche Konsequenzen. IN: Rechtsdepesche für das Gesundheitswesen, 9. Jg., Sonderausgabe „Modernes Wundmanagement – Versorgungsrealitäten und Versorgungsvisionen“, S. 46-51.

Lahmann, Nils / Bienstein, Christel (2009): Ausschreibung von Antidekubitussystemen. Hilfsmittel bei Dekubitus müssen individuell ausgewählt werden. IN: Die Schwester Der Pfleger, 49. Jg. (5), S. 506-510.

Lahmann, Nils / Kottner, Jan (2012): Vorkommen und Häufigkeit. IN: Schröder, Gerhard / Kottner, Jan (Hrsg.) (2012): Dekubitus und Dekubitusprophylaxe. Bern: Huber, S. 43-52.

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. Weinheim, Basel: Beltz (5. überarb. u. neu ausgestattete Aufl.).

McInnes, Elizabeth (2004): The use of pressure-relieving devices (beds, mattresses and overlays) for the prevention of pressure ulcers in primary and secondary care. IN: Journal of Tissue Viability, 14. Jg. (1), S. 5-23.

McInnes, Elizabeth / Jammali-Blasi, Asmara / Bell-Syer, Sally / Dumville, Jo / Cullum, Nicky (2012): Preventing pressure ulcers – Are pressure-redistributing support surfaces effective? A Cochrane review and meta-analysis. IN: International Journal of Nursing Studies, 49. Jg. (3), S. 345-359.

McInnes, Elizabeth / Jammali-Blasi, Asmara / Bell-Syer, Sally / Dumville, Jo / Cullum, Nicky (2011): Support surfaces for pressure ulcer prevention. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 4, Art. No.: CD001735.

Nicosia, Gisella / Gliatta, Angela E. / Woodbury, M. Gail / Houghton, Pamela E. (2007): The effect of pressure-relieving surfaces on the prevention of heel ulcers in a variety of settings: a meta-analysis. IN: International Wound Journal, 4. Jg. (3), S. 197-207.

Nixon, Jane / Cranny, Gilian / Iglesias, Cynthia / Nelson, E. Andrea / Hawkins, Kim / Phillips, Angela / Torgerson, David / Mason, Su / Cullum, Nicky (2006): Randomised, controlled trial of alternating pressure mattresses compared with alternating pressure overlays for the prevention of pressure ulcers: PRESSURE (pressure relieving support surfaces) trial. IN: British Medical Journal, 332. Jg. (7555), S. 1413-1415.

Reddy, Madhuri / Gill, Sudeep S. / Rochon, Paula A. (2006): Preventing Pressure Ulcers: A systematic Review. IN: Journal of the American Medical Association, 296. Jg. (8), S. 974-984.

Royal College of Nursing (RCN) (2005): The management of pressure ulcers in primary and secondary care. A Clinical Practice Guideline. Online verfügbar unter: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10972/29885/29885.pdf>, Abruf am 14.11.2013.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Online verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/17/103/1710323.pdf>, Abruf am 23.01.2014.

Schmitt, Nikolaus (2013): Vergabeverfahren im Arznei- und Hilfsmittelbereich. Wettbewerbsvorteile durch selektive Vertragsarbeit. IN: Repschläger, Uwe / Schulte, Claudia / Osterkamp, Nicole (Hrsg.): Barmer GEK Gesundheitswesen aktuell 2013. Beiträge und Analysen. Barmer GEK, S. 154-183. Online verfügbar unter: <http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Rundum-gutversichert/Infothek/Wissenschaft-Forschung/Publikationen/Gesundheitswesen-aktuell-2013/Gesundheitswesen-aktuell-2013-Schmitt-Vergabeverfahren,property=Data.pdf>, Abruf am 23.01.2014.

Smith, M.E. Beth / Totten, Anette / Hickam, David H. / Fu, Rongwei / Wasson, Ngoc / Rahman, Basmah / Motu'apuaka, Makalapua / Saha, Somnath (2013): Pressure Ulcer Treatment Strategies. A systematic Comparative Effectiveness Review. IN: Annals of Internal Medicine, 159. Jg. (1), S. 39-50.

Vanderwee, Katrien / Grypdonck, Maria / Defloor, Tom (2008): Alternating pressure air mattresses as prevention for pressure ulcers: A literature review. IN: International Journal of Nursing Studies, 45. Jg. (5), S. 784-801.

Wendt, Wolf Rainer (2008): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen/Eine Einführung. Freiburg: Lambertus (4. Aufl.).

Glossar

Air-fluidized-Betten: Hier schwebt quasi der Patient, getrennt von einem Laken, auf Mikrogaskugeln, die durch einen Luftstrom verwirbelt werden.

Bundesverband für Medizintechnologie (BVmed): Dies ist der Wirtschaftsverband der Medizintechnologiebranche.

Deutsche Dekubitus Liga e.V. (ddl): Dies ist ein eingetragener Verein und setzt sich für die diesbezüglichen „...nationale Belange und Möglichkeiten“ ein. Ihr Ziel ist, „...die prophylaktische und therapeutische Versorgung von Patienten mit oder mit drohendem Dekubitus in Deutschland zu verbessern“ (ddl 2011, S. 3).

Dynamische Liegehilfen: Von den dynamischen Liegehilfen geht eine Bewegung aus, dies ist bspw. bei den Wechseldrucksystemen der Fall.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittelrichtlinie/HilfsM-RL): Die Hilfsmittelrichtlinie regelt die Verordnung von Hilfsmitteln durch die Vertragsärzte.

Low-air-loss-Systeme: Hier existiert eine Mikroperforation an der Oberfläche der Liegehilfe, durch die Luft austritt, welche Feuchtigkeit bindet.

Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV): Sie hat Gültigkeit für das Errichten, Betreiben, Anwenden und die Instandhaltung von Medizinprodukten und leitet sich aus dem Medizinproduktegesetz ab (MPG).

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS): Dies ist das beratende Organ des GKV-Spitzenverbandes. Weiter übernimmt er übergeordnete Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK).

Spezielle Schaumstoffmatratzen zur Weichlagerung: Diese Produkte weisen im Gegensatz zu einer normalen Matratze besondere druckentlastende Eigenschaften auf. Sie zählen zu den statischen Liegehilfen.

Statische Liegehilfen: Dabei handelt es sich um Liegehilfen, bei denen das Wirkprinzip der Weichlagerung zum Tragen kommt. Diese Liegehilfen können aus speziellem Schaumstoff gefertigt sein, aber es kann sich auch um luftgefüllte Produkte handeln.

Wechseldrucksysteme: Zählen zu den dynamischen Liegehilfen. Hier belüften und entleeren sich die Zellen der Auflagen oder Matratzen in definierten Zeiträumen mit Luft. Dadurch entsteht eine intermittierende Druckentlastung.

Anhang

Leitfaden für die Experteninterviews

Indikatoren für die Produktauswahl:

1. Welche Kriterien sind aus Ihrer Sicht bei der Auswahl einer geeigneten Anti-Dekubitus-Liegehilfe für einen Patienten von Bedeutung?
2. Welche Indikatoren sprechen aus Ihrer Sicht eindeutig für die Nutzung einer Weichlagerungsmatratze? Welche Kontraindikatoren sprechen Ihres Erachtens klar gegen deren Einsatz?
3. Welche Indikatoren sprechen aus Ihrer Sicht eindeutig für die Nutzung eines Wechseldrucksystems? Welche Kontraindikatoren sprechen Ihres Erachtens klar gegen dessen Einsatz?
4. Zusammenfassend gefragt: Gibt es Matratzentypen, die für bestimmte Dekubitus-Risikogruppen geeigneter sind als andere?
5. Wie kommen Sie zu den jeweiligen Einschätzungen (Erfahrungen, Studien usw.)?

Leitfaden für die Interviews mit den Vertragspartnern der AOK

Einschätzungsgespräch

1. Nach Eingang des Hilfsmittelrezeptes, wie gestaltet sich für Sie der Ablauf der Versorgung mit einer Anti-Dekubitus-Liegehilfe?
 - a. Wie viel Zeit ab Rezepteingang vergeht i. d. R. bis zum Einschätzungsgespräch mit dem Versicherten?
 - b. Wie findet das Einschätzungsgespräch statt?
 - Telefonisch, vor Ort?
 - c. Wie läuft so ein Einschätzungsgespräch i. d. R. ab und wie lange dauert es für gewöhnlich?
 - d. Wie gehen Sie konkret vor um einzuschätzen, welche Matratze zum jeweiligen Versicherten (und seiner Situation) passt?
 - e. Zwischen wie vielen unterschiedlichen Liegehilfen können Sie eine Auswahl treffen?
 - f. Ist diese Menge Ihrer Erfahrung nach ausreichend für eine passgenaue Versorgung der Versicherten?
 - g. GKV-Matratzen sollen angemessen und wirtschaftlich sein. Gibt es Versicherte, die bereit sind, eine Zuzahlung für Matratzen zu leisten, die über diesem Standard liegen? Wenn ja, wie oft kommt das vor?
 - h. Welche Gründe haben die Versicherten, sich für eine Matratze mit Zuzahlung zu entscheiden?
 - i. Sind die durch Sie ermittelten Hilfsmittel umgehend bei dem entsprechenden Versicherten einsetzbar / lieferbar? (Wenn nein, wie ist dann das Vorgehen?)

Anlieferung der Matratzen

2. Im Rahmen Ihrer fachlichen Einschätzung ermitteln Sie ein bestimmtes Hilfsmittel. Wie erhält der Versicherte dann dieses Hilfsmittel?
3. Nachdem der Versicherte das entsprechende Hilfsmittel erhalten hat, wie gehen Sie/die betreffende Person hinsichtlich einer Einweisung in das Produkt vor?
4. Ist von Ihrer Seite, nachdem die Versicherten ein paar Wochen Erfahrungen mit dem Hilfsmittel machen konnten, eine Kontaktaufnahme vorgesehen um zu erfahren, ob die Versicherten mit der Matratze zurechtkommen bzw. zufrieden sind?

Technischer Service:

5. Wie erfolgt die Aufbereitung „gebrauchter“ Liegehilfen für den Wiedereinsatz?
6. Wie erfolgt die Wartung der Wechseldrucksysteme?

Erreichbarkeit und Beschwerdemanagement

7. Wie und wann können die Versicherten Sie erreichen, wenn sie Probleme mit einer Matratze haben oder ein Defekt/Funktionsausfall auftritt?

8. Wie ist das Vorgehen, wenn ein Versicherter mit einer Matratze nicht zufrieden ist?
9. Wie ist das Vorgehen, wenn ein Versicherter einen Defekt/Funktionsausfall meldet?
10. Wie ist das Vorgehen, wenn die Reparatur der Matratze eines Versicherten nicht vor Ort beim Versicherten erfolgen kann?

Umversorgung bei neuen Gebietslosen

11. Wie gehen Sie üblicherweise vor, wenn Sie durch die Zuteilung neuer Gebietslose mit der Versorgung neuer Versicherter beauftragt sind?

12. Übergreifende Einschätzung der Versorgungsqualität?

Soziodemographie

Fragebogen Kundenbefragung

Allgemeine Fragen

1. Wer ist befragt worden?

Pflegebedürftiger selbst

Professionell Pflegende

Nicht professionell Pflegende (Angehörige, Nachbarn, Freunde)

2. Welches Sanitätshaus ist aktuell für Sie zuständig?

A

B

C

3. Welche Matratze ist aktuell im Einsatz?

Weichlagerungsmatratze

Wechseldrucksystem

Name des Produktes _____

4. Wie lange erfolgt bereits die Nutzung der aktuellen Matratze? _____ Monate

5. Wie lange wird überhaupt schon eine Anti-Dekubitus-Matratze genutzt?

_____ Monate

6. Bestand zum Zeitpunkt der ersten Rezeptierung ein Dekubitus?

Ja

Nein

7. Die aktuelle Matratze:

wurde neu von ihrem Arzt rezeptiert

haben Sie aufgrund des Wechsels des Sanitätshauses erhalten

wurde Ihnen vom neuen Sanitätshaus geliefert, Sie nutzte aber Ihre alte Matratze weiter

Wenn dies zutrifft, warum nutzten Sie lieber Ihre alte Matratze weiter?

stammt noch von einem anderen Sanitätshaus

Teil A: neu rezeptierte Matratzen

8. Nachdem das Rezept für die Matratze ausgestellt wurde, an welchem Ort haben Sie anschließend das Rezept abgegeben?

- Abgabe vor Ort bei dem zuständigen Sanitätshaus
- per Post an zuständiges Sanitätshaus geschickt
- per Fax/E-Mail an zuständiges Sanitätshaus geschickt
- Abgabe direkt bei einem anderen Sanitätshaus
- Abgabe vor Ort bei der AOK
- per Post zur AOK geschickt
- per Fax/E-Mail an AOK geschickt
- anderer Ort, und zwar: _____

9. Wie lange dauerte es vom Zeitpunkt der Abgabe des Rezeptes bis das Sanitätshaus sich bei Ihnen wegen der Versorgung mit einer Matratze gemeldet hat?

- bis zu einem Tag
- 2 – 4 Tage
- 5 – 7 Tage
- 8 – 14 Tage
- länger als 14 Tage

10. Wie lange hat es von diesem ersten Kontakt mit dem Sanitätshaus bis zum Zeitpunkt der Matratzenlieferung bei Ihnen zu Hause gedauert?

- bis zu einem Tag
- 2 – 4 Tage
- länger als 4 Tage

Teil B: Umversorgung im Zuge eines Wechsels des Sanitätshauses

11. Wurden Sie mit einer Matratze versorgt, die der vorherigen Matratze ähnelt?

Ja

Nein

12. Falls Nein, welcher Art war der Wechsel?

Wechsel von Weichlagerungsmatratze zu Wechseldrucksystem

Wechsel von Wechseldrucksystem zu Weichlagerungsmatratze

weiß nicht

13. Warum erfolgte ein Wechsel der Matratze?

Teil A/B: Versorgungsprozess

14. Wie erfolgte das erste Gespräch zur Auswahl (Neuversorgung/Weiterversorgung) einer Matratze mit der/dem Mitarbeiter/in des neuen Sanitätshauses?

telefonisch

durch einen Haus- bzw. Krankenbesuch

gar nicht

15. Fand eine Erhebung Ihres damaligen Gesundheitszustandes statt?

Ja

Nein

16. Wurden Sie bezüglich der Organisation ihrer Pflege befragt?

Ja

Nein

17. Wurden Sie bezüglich der Matratzen beraten?

Ja

Nein

18. Wurden Sie dabei über Wirkungen und Nebenwirkungen unterschiedlicher Matratzen informiert?

Ja Nein

19. Nur bei Wechseldrucksystemen: Wurden Sie über die Funktionsweise, deren Auswirkungen auf den Nutzer und die entstehenden Geräusche vorab informiert?

Ja Nein

20. Wurden Sie im Rahmen dieses Gespräches nach Ihren diesbezüglichen Wünschen/Präferenzen gefragt?

Ja Nein

21. Konnten Sie zwischen mehreren Matratzen wählen?

Ja Nein

22. Falls ja, welche Auswahlmöglichkeiten hatten Sie?

23. War die Matratze sauber, als sie geliefert wurde?

Ja Nein

24. Wenn nein, welcher Art war die Verschmutzung?

25. Waren Risse auf der Matratze zu erkennen?

Ja Nein

26. War der Schutzbezug der Matratze bei Lieferung intakt?

Ja Nein

27. Hat für die Matratze eine Einweisung durch eine/n Mitarbeiter/in des Sanitätshauses stattgefunden?

Ja Nein

28. Falls ja, welche der folgenden Themen wurden bei der Einweisung vom/von der Mitarbeiter/in des Sanitätshauses angesprochen? (Mehrfachnennungen möglich)

- Hinweise zum Umgang mit dem Produkt, bspw. wie rum ins Bett einlegen
- bei Wechseldruckmatratzen: Betriebseinstellungen, Alarmfunktion, Anzeichen für Fehlfunktionen
- pflegerelevante Hinweise
- Sonstiges:

29. War die vorgenommene Einweisung für Sie verständlich?

Ja Nein

30. Haben Sie eine schriftliche Gebrauchsanweisung für das Produkt durch die/den Mitarbeiter/in des Sanitätshauses erhalten?

Ja Nein

31. Konnten Sie die Matratze nach dem Aufbau unverzüglich nutzen?

Ja Nein

32. Falls nein, aus welchem Grund war eine Nutzung nicht möglich?

33. Haben Sie für Ihre Matratze eine private Aufzahlung geleistet?

Ja Nein

34. Falls ja, wie viel haben Sie zugezahlt?

- bis 50€
- 51 - 100€
- 101 - 200€
- 201 - 500€
- über 500€

35. Aus welchem Grund erfolgte die Zuzahlung?

36. Wie zufrieden sind Sie mit dem Liegekomfort Ihrer Matratze?

- nicht zufrieden
- eher nicht zufrieden
- eher zufrieden
- zufrieden
- kann ich nicht beurteilen (bei Fremdeinschätzung durch z. B. Angehörige, Betreuer)

37. Gibt es etwas, was Sie an Ihrer Matratze stört?

Ja Nein

38. Falls ja: Was stört Sie?

- störende Geräusche
- zu weich
- zu hart
- Bewegungen, die von der Matratze ausgehen
- sonstiges:

39. Bestand bzw. besteht aus Ihrer Sicht die Notwendigkeit für einen Wechsel der Matratze?

Ja Nein

40. Falls ja, aus welchem Grund?

41. Haben Sie bereits diesbezüglich Kontakt mit dem Sanitätshaus oder der AOK aufgenommen?

Ja Nein

42. Was ist aufgrund dessen passiert?

- es fand eine Umversorgung statt
 es fand keine Umversorgung statt

43. Falls keine Umversorgung stattgefunden hat, aus welchem Grund:

Teil C: Erreichbarkeit, Notfallmanagement und technischer Service

44. Haben Sie schon einmal versucht, das Sanitätshaus telefonisch zu erreichen?

- Ja Nein

45. Falls ja, zu welcher Uhrzeit? (Mehrfachnennungen möglich)

- tagsüber (9 bis 17 Uhr) nachts (ab 17 bis 9 Uhr)

46. Konnten Sie gleich eine/n Mitarbeiter/in telefonisch erreichen?

- Ja Nein

47. Falls nein, wie oft haben Sie versucht das Sanitätshaus zu erreichen, bis Sie eine/n Mitarbeiter/in sprechen konnten?

- 1 – 3 Mal
 4 – 10 Mal
 über 10 Mal

48. Warum haben Sie keine/n Mitarbeiter/in des Sanitätshauses erreicht (Mehrfachantworten möglich)?

- das Telefon war ständig besetzt
 es ging nur ein Anrufbeantworter dran
 das Telefon klingelte ins „Leere“
 die Person am Telefon konnte war nicht kompetent
 sonstiges: _____

49. Hatten Sie schon einmal einen Funktionsausfall oder Defekt bei Ihrer Matratze?

Ja Nein

50. Falls ja, um was für eine Art Funktionsausfall oder Defekt handelte es sich dabei?

51. War es notwendig, dass ein/e Mitarbeiter/in Sie für die Behebung des Funktionsausfalls / Defektes aufsuchen musste?

Ja Nein

52. Falls ja, innerhalb welchen Zeitraums geschah dies? _____

53. Entstand durch den Funktionsausfall / Defekt die Notwendigkeit, dass die Matratze außerhalb des Hauses repariert werden musste?

Ja Nein

54. Falls ja, haben Sie in dieser Zeit eine Ersatzmatratze erhalten?

Ja Nein

55. Falls ja, handelte es sich dabei aus Ihrer Sicht um die gleiche Art von Matratze, d.h. wurde bspw. ein Wechseldrucksystem durch ein Wechseldrucksystem ersetzt?

Ja Nein

56. Nur im Falle der Nutzung eines Wechseldrucksystems und nur wenn Nutzungsdauer länger als 24 Monate: War einmal ein/e Mitarbeiter/in zur Überprüfung oder Wartung des Produktes bei Ihnen im Haus?

Ja Nein

57. Und abschließend: Welche Schulnote würden Sie dem Service des Sanitätshauses alles in allem geben?

1 2 3
 4 5 6

Zuletzt erschienen:

IWAK Forschungsberichte



- Nr. 8 Qualität der Versorgung mit Anti-Dekubitus-Liegehilfen am Beispiel der Hilfsmittelversorgung durch die AOK Hessen**
Anke Metzenrath, Kerstin Hagmann, Angela Joost (2014)
- Nr. 7 Regionale Wettbewerbsfähigkeit der Metropolregionen FrankfurtRheinMain und Stuttgart im Vergleich**
Christian Baden, Horst Entorf, Vera Neisen, Alfons Schmid, Philip Sieger (2013)
- Nr. 6 Ressourcen und Potenziale in Hessens Betrieben**
Oliver Nüchter, Christa Larsen (2013)
- Nr. 5 Aus- und Weiterbildungsbedarfe und -praxis in hessischen Migrantenunternehmen**
Vera Neisen, Christa Larsen (2013)
- Nr. 4 Wissenschaftliche Begleitung der Implementierung der Pflegestützpunkte in Hessen**
Angela Joost, Anke Metzenrath (2012)
- Nr. 3 Wirtschaft und ökonomische Bildung**
Alfons Schmid, Nils Beckmann, Miriam Wiesen (2012)
- Nr. 2 Funktionalität von Subventions- und Förderinstrumenten zur Versorgungssicherung von Personen in Privathaushalten**
Christa Larsen, Sigrid Rand (2012)
- Nr. 1 Berufliche Weiterbildung von Teilzeitkräften**
Oliver Nüchter, Alfons Schmid (2011)

IWAK Reporte



IWAK-Betriebsbefragung im Herbst 2013
Standortfaktoren und Wettbewerbsfähigkeit der Region Rhein-Main aus betrieblicher Sicht.

Oliver Nüchter, Alfons Schmid (2014)

IWAK-Betriebsbefragung im Herbst 2013
Beschäftigungsprognose 2014/2015 für die Region Rhein-Main

Oliver Nüchter, Alfons Schmid (2014)

IAB-Betriebspanel Report Hessen 2012
Arbeitszeitregelungen und Angebote zum Gesundheitsschutz: Betriebliche Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit

Oliver Nüchter, Christa Larsen (2013)

IAB-Betriebspanel Report Hessen 2012
Frauenbeschäftigung und Chancengleichheit in Hessen

Oliver Nüchter, Christa Larsen (2013)

Weitere **IWAK Veröffentlichungen** unter www.iwak-frankfurt.de.

**Das Projekt wurde gefördert aus Mitteln der AOK – Die
Gesundheitskasse in Hessen**



AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

Kölner Str. 8

65760 Eschborn

Ansprechpartner: Marco Lang

Tel: +49 (6196) 406- 9550

Fax: +49 (6152) 8549984275

www.aok.de/hessen

info@he.aok.de



IWAK

Institut für Wirtschaft, Arbeit und Kultur

Zentrum der Goethe-Universität Frankfurt am Main

Senckenberganlage 31
60325 Frankfurt am Main
Germany

Tel.: +49 (0)69 798 23855

Fax: +49 (0)69 798 28233

www.iwak-frankfurt.de

iwak@em.uni-frankfurt.de