



Probleme der Hilfsmittelversorgung im Übergang aus dem Krankenhaus in die häusliche Pflegesituation

Evaluationsbericht

Projektleitung:

Prof. Dr. Katharina Gröning

AutorInnen:

Lena Blumenkamp, Ruth von Kamen,
Carina Lagedroste, Stephan Seifen



Modellprojekt der Universität Bielefeld
gefördert von der AOK Rheinland/Hamburg & der AOK NORDWEST

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	s	04
2.	Problematisierung	s	05
3.	Ergebnisse der Studie	s	06
4.	Fazit und Ausblick	s	15

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Ergebnisse aus dem „Ankreuzbereich“ der Qualitätscheck-Nachweise	s	06
Abb. 2:	Interpretierte und ausgezählte Ergebnisse aus den handschriftlichen Protokollen der Qualitätscheck-Nachweise	s	07
Abb. 3:	Durchschnittliche Problemwahrnehmung für einzelne Phasen der Hilfsmittelversorgung	s	08
Abb. 4:	Korrelationsmatrix der Problemwahrnehmung für einzelne Phasen der Hilfsmittelversorgung	s	09
Abb. 5:	Interventionen der PflegetrainerInnen	s	10

1. Einleitung

Wie verbreitet sind eigentlich die Probleme durch mangelhafte Nutzung und Ausstattung mit Pflegehilfsmitteln, woraus erwachsen diese und welche Lösungen können eine Rolle spielen? Dies waren die Leitfragestellungen einer explorativen Kurzstudie im Rahmen der Projektevaluation des Modellprojekts „Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG“ der Universität Bielefeld.

Eine erkenntnisleitende These vermutete in diesem Zusammenhang „die systematische Prekarisierung der häuslichen Pflegesituation im Hinblick auf die Hilfsmittelbeschaffung durch die bürokratisch überzogene Handlungsorientierung der hier beteiligten Akteure¹, in der die Vorschriften über die Bedürfnisse der Menschen im Pflegekontext gestellt werden“. Eine weitere These bezog die besondere Krisenhaftigkeit der Übergangsphase vom Krankenhaus in die häusliche Pflegesituation und die damit einhergehenden Erfordernisse nach Stabilisierung und Sicherheit mit ein.

Um sich den Forschungsfragen anzunähern und unter dem Gesichtspunkt „Mangelsituationen durch Pflegehilfsmittel“ zu bearbeiten, kam eine Triangulation unterschiedlicher Forschungsmethoden zum Einsatz. Konkret wurden neben der Auswertung einer repräsentativ gestalteten Stichprobe der – bei der Universität – eingereichten Dokumentationen für die Qualitätschecks, sowie der qualitativen Auswertung von Transkripten aus Gruppendiskussionen nach der dokumentarischen Methode auch die Daten aus einer Online-Befragung von PflegetrainerInnen im Projekt herangezogen. Die Ergebnisse erheben Anspruch auf Repräsentativität für den Beobachtungsbereich des Modellprojekts², jedoch nicht darüber hinaus.

¹ Gemeint sind in diesem Zusammenhang die Akteure im Krankenhaus, die mit der Hilfsmittelbeschaffung im Rahmen des Überleitungsmanagements betraut sind, wie Sozialdienst, Case-Management, Entlassungsmanagement, dann die Ärzte, die Sachbearbeiter der Kranken- und Pflegekassen, die Sanitätshäuser und Lieferanten sowie die beratenden, demonstrierenden und schulenden Akteure wie etwa Vertreter aus Sanitätshäusern, Pflegeberatungen und ambulante Dienste.

² Insgesamt 312 Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Hamburg, 38.657 erreichte Angehörige (Stand: Ende 2013).

2. Problematisierung

Die Verordnung von (Pflege-)Hilfsmitteln³ im Überleitungsmanagement der Krankenhäuser weist wiederholt Schwachstellen auf, die die Pflege- und Sorgearbeiten von pflegenden Angehörigen nicht nur erschweren, sondern sogar zu Mängel- bzw. Risikolagen in der Pflege führen können. Aus diesem Grunde zählen seit 2011 zu den aufsuchenden Pflegetrainings auch die Qualitätschecks der verordneten Pflegehilfsmittel.

Die Pflege zu Hause ist nach der Entlassung aus dem Krankenhaus für alle Beteiligten oft mit schwierigen und teils auch krisenhaften Anforderungen verbunden. Hier ist die Funktion der Qualitätssicherung im Kontext der aufsuchenden Pflegetrainings im Sinne einer sichergestellten Pflege unverzichtbar. Die Qualitätssicherung erfolgt in zwei Dimensionen:

- Die Berücksichtigung der jeweils konkreten häuslichen Lebenswelt sowie der spezifischen Umstände des Pflegeprozesses durch die PflegetrainerInnen ermöglichen den pflegenden Angehörigen eine bessere Bewältigung der Anforderungen der Pflegesituation im Kontext der Hilfsmittelbeschaffung und Nutzung.
- Eine weitere Dimension nimmt Bezug auf die Rolle der PflegetrainerInnen. In der hoch sensiblen Überleitungsphase fungieren sie nicht nur als „haltende“ bzw. „überleitende Nahtstelle“ zwischen Entlassungsmanagement, verordnenden Ärzten, Pflege- und Krankenkassen sowie Sanitätshäusern, sondern sie nehmen den Angehörigen gegenüber eine advokatorische Haltung ein.

³ „Gemäß den rechtlichen Bestimmungen (vgl. § 33 Abs. 1 SGB V) steht den gesetzlich Versicherten zum Ausgleich einer Behinderung bzw. zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung oder zur Krankenbehandlung eine Vielfalt an medizinisch bzw. therapeutisch wirkenden Hilfsmitteln zu. Ferner gibt es verschiedene Pflegehilfsmittel, die der Erleichterung der Pflege oder der Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen dienen oder diesem eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen (vgl. § 40 Abs. 1 SGB XI). (Vgl. Gemeinsames Rundschreiben der Spitzenverbände der Krankenkassen 2007 zur Versorgung mit Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln S. 4, URL:http://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/hilfsmittel/rundschreiben/himi_rundschreiben_spiverb_versorghimipflegehimi_18_12_2007.pdf)

Hilfsmittelverzeichnis der GKV-Spitzenverbände unterteilt Hilfsmittel in den Produktgruppen 01 bis 33, Pflegehilfsmittel in den Produktgruppen 50 bis 54, Die beiden Begriffe werden im Text synonym benutzt. URL: https://hilfsmittel.gkv-spitzenverband.de/hmvAnzeigen_input.action

Bestandteil des Qualitätschecks ist die Begutachtung der Wohnraumsituation und die Prüfung der benötigten Hilfsmittel, deren Vorhandensein, Vollständigkeit und Funktionsfähigkeit. Dazu gehört ebenso die Prüfung, ob die Angehörigen in den Umgang mit den jeweiligen Hilfsmitteln eingewiesen wurden.

3. Ergebnisse der Studie

Zur Analyse der Qualitätschecks wurde eine Stichprobe der Nachweise im Rahmen der Mittelanforderung gezogen. Ausgewertet wurden 474 Nachweise von 3.307 durchgeführten Qualitätschecks (Ausschöpfungsquote 14,33 %). Diese Auswahl wurde erstens durch eine nach Größe der Regionen gewichtete Quote von Krankenhäusern und zweitens anhand der Mittelwerte der erreichten Angehörigen bei den Pflegetrainings in der Häuslichkeit vorstrukturiert und dann in 5er-Schritten zufällig ausgewählt.⁴

Die bisherigen Auswertungen zeigen ein komplexes und vielschichtiges Bild.

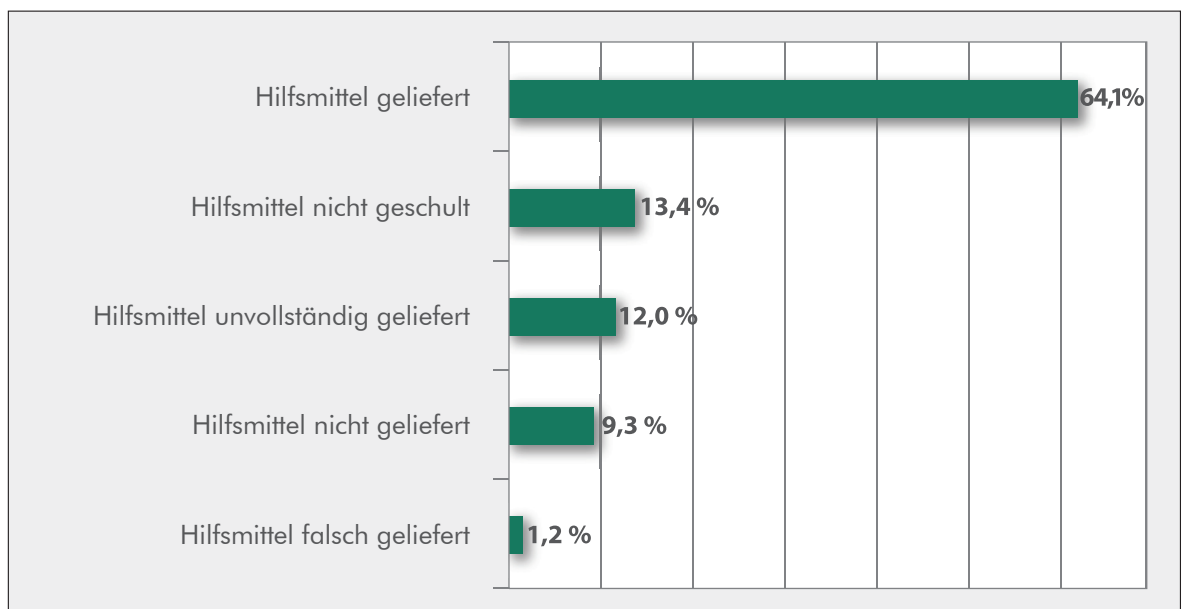


Abb. 1: Ergebnisse aus dem „Ankreuzbereich“ der Qualitätscheck-Nachweise
N (Fälle) = 474; n (Nennungen) = 432; Fehlend=98

⁴ Insgesamt wurden 89 verschiedene Krankenhäuser aus zehn Regionen in der strukturierten Zufallsstichprobe berücksichtigt. Die Regionen waren im Einzelnen: Aachen, Hamburg, Mittelrhein, Münsterland, Niederrhein, Ostwestfalen-Lippe, Ruhr Rheinland, Ruhr Westfalen, Schleswig-Holstein und Südwestfalen.

Augenscheinlich bestehen in rund einem Drittel der beobachteten Pflegesituationen Probleme mit der Hilfsmittelversorgung. Die abgefragten Kategorien sind jedoch für eine differenzierte Betrachtung unzureichend. Daher wurden ergänzend auch die Protokolle der Nachweise ausgewertet, in denen die PflegetrainerInnen ihre Eindrücke handschriftlich dokumentieren.

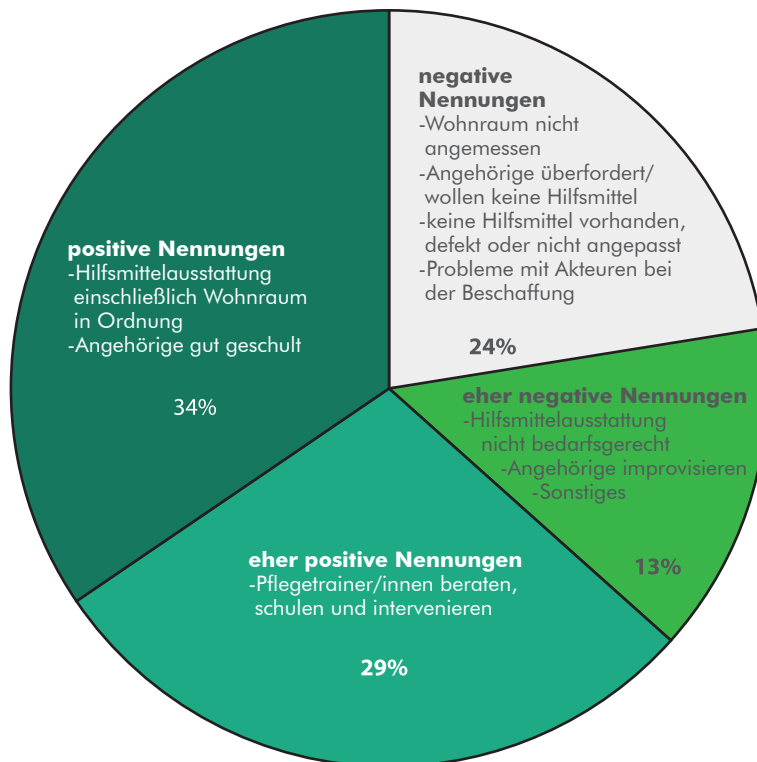


Abb. 2: Interpretierte und ausgezählte Ergebnisse aus den handschriftlichen Protokollen der Qualitätscheck-Nachweise
 n = 1.334 (Mehrfachnennungen); 884 positive bzw. eher positive Nennungen und 490 negative bzw. eher negative Nennungen

Aus der differenzierten Darstellung – zieht man nur die durchweg positiven Äußerungen in Betracht – ergibt sich das alarmierende Bild, dass ohne Interventionen durch Fachkräfte, die den Angehörigen advokatorisch zur Seite stehen, nur ein Drittel der Prozesse als rundum gelungen betrachtet werden kann. Ein tragfähiges Pflege- und Sorgenetzwerk durch die pflegenden Angehörigen ist – so zeigen uns die Transkripte der Gruppendiskussionen – ebenfalls stark ausschlaggebend, ob Mangelsituationen in der Häuslichkeit überhaupt entstehen können. Sind Netzwerk und damit zusammenhängende Verantwortungsbereiche ungeklärt, kann schließlich eine nicht-sicher-gestellte Pflegesituation die Folge sein.

Um Quellen von Problemlagen zu identifizieren und geeignete Interventionsstrategien zu entwickeln, wurden die Ergebnisse einer vergleichenden tiefergehenden Auswertung hinsichtlich der Problemwahrnehmung für einzelne Phasen bei der Hilfsmittelversorgung unterzogen. Betrachtet wurden Beantragung, Bewilligung, Beschaffung und Nutzung von Pflegehilfsmitteln. Als überdurchschnittlich problematisch schätzten die befragten PflegetrainerInnen die Phasen der Bewilligung und Nutzung ein.

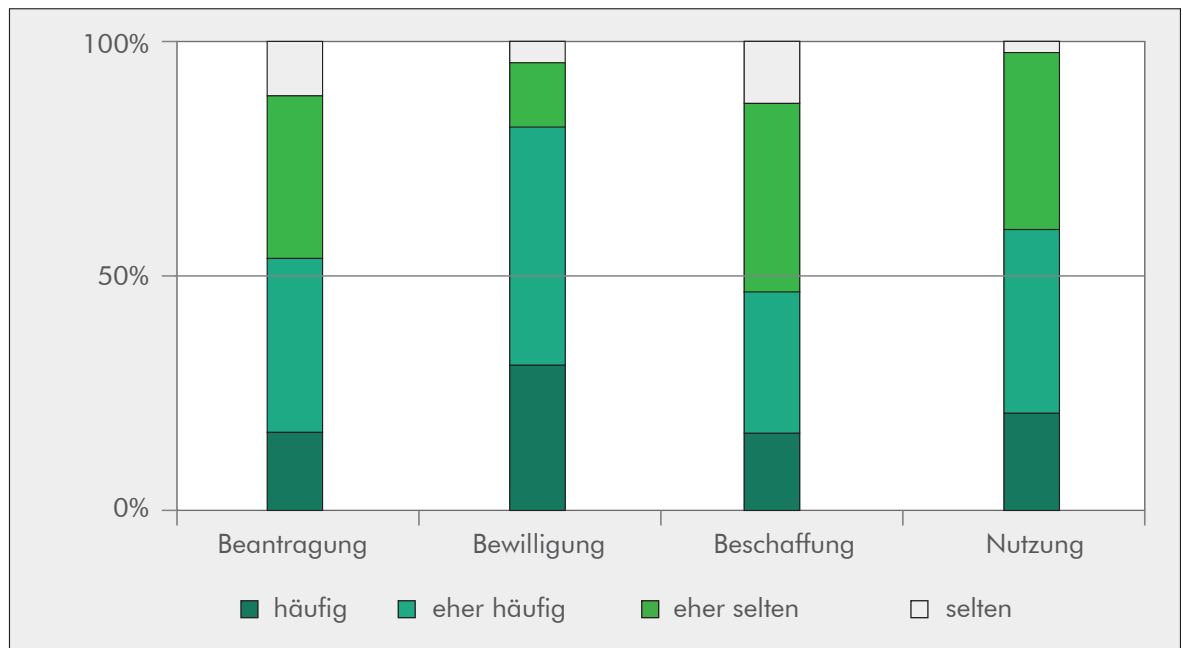


Abb. 3: Durchschnittliche Problemwahrnehmung für einzelne Phasen der Hilfsmittelversorgung
n = 115-122, differierend nach Frage

Durch signifikante Korrelationen nachgewiesen besteht zudem eine – erwartbar – starke Verknüpfung der Phasen untereinander. So begünstigt eine genau und gut formulierte Beantragung die Bewilligung, die Bewilligung führt schließlich zur Beschaffung der beantragten Hilfsmittel und eine professionelle Beschaffung beinhaltet auch Schulung und Demonstration der Hilfsmittel, was wiederum weniger Probleme bei der Nutzung ausmacht.

Im Rahmen der Studie ließen sich besonders starke Verknüpfungen zwischen Bewilligung und Beschaffung von Hilfsmitteln, eine etwas geringere im Zusammenhang mit der Beantragung sowie eher schwache Korrelationen bei der Nutzung mit den jeweils anderen Phasen errechnen.

Spearman-Rho				
	Beantragung	Bewilligung	Beschaffung	Nutzung
Beantragung	1	,293**	,374**	,282**
Bewilligung	,293**	1	,534**	0,061
Beschaffung	,374**	,534**	1	,230**
Nutzung	,282**	0,061	,230**	1
Pearson				
	Beantragung	Bewilligung	Beschaffung	Nutzung
Beantragung	1	,394**	,436**	,349**
Bewilligung	,394**	1	,628**	,225*
Beschaffung	,436**	,628**	1	,315**
Nutzung	,349**	,225*	,315**	1

Abb. 4: Korrelationsmatrix der Problemwahrnehmung für einzelne Phasen der Hilfsmittelversorgung

** Niveau von 0,01 (2-seitig) hochsignifikant.

* Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Diese Ergebnisse veranlassten uns tiefergehende Untersuchungen durchzuführen, um die Frage zu klären, was die unterschiedlichen Verknüpfungen beeinflusst. Im Rahmen einer Hauptkomponentenanalyse stach ein Faktor heraus, der annähernd 55 % der Gesamtvarianz aufklärt. Insbesondere die Kommunalitäten des extrahierten Faktors zeigen für die Phasen der Bewilligung (0,696), Beschaffung (0,623) und Beantragung (0,539) eine hohe Erklärungskraft, für die Nutzungsphase (0,339) hingegen eine deutliche geringere.

Nimmt man die beteiligten Akteure der neuralgischen Phasen in den Blick, wird klar, dass die Angehörigen wahrscheinlich die ausschlaggebenden Akteure sind – sehr deutlich bei der Nutzung und teilweise bei der Bewilligung, hier insbesondere aufgrund fehlerhafter Beantragung, während sich die übrigen „institutionellen“ Akteure im Prozess gegenseitig beeinflussen.

Folglich sind Angehörige und ihre Lebenswelt im Prozess der Hilfsmittelversorgung ein Stück weit außen vor. Alle Einzelergebnisse aus der Online-Befragung und den Transkripten weisen darauf hin, dass viele Probleme aus der Schnittstelle zwischen

Angehörigen und Institutionen resultieren. Einerseits sind Angehörige schlecht informiert und mit der Komplexität der Hilfsmittelversorgung überfordert, andererseits werden die Besonderheiten und Herausforderungen der häuslichen Pflegesituation im Vorfeld durch die professionellen Akteure nur mangelhaft erfasst.

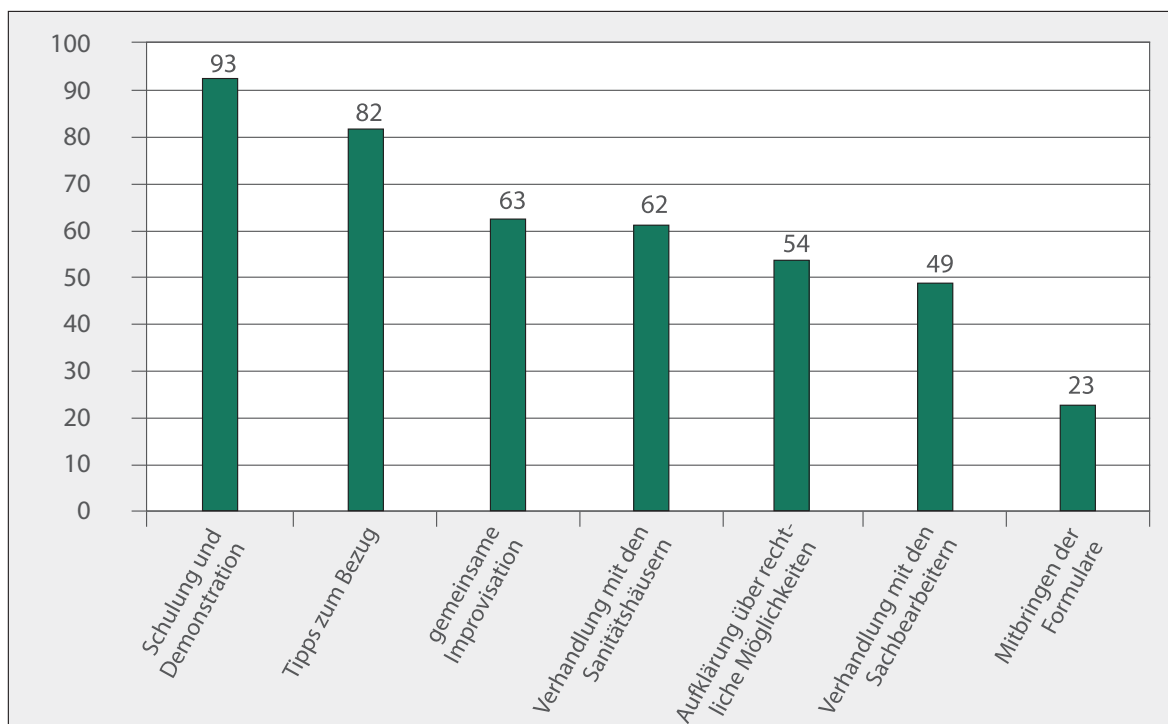


Abb. 5: Interventionen der PflegetrainerInnen absolute Nennungen, n = 426

Dies unterstreichen auch die abgefragten Interventionen der PflegetrainerInnen im Kontext der häuslichen Pflegesituation. Probleme können insbesondere im Bereich einfacher Informationsweitergaben identifiziert werden. Diese Informationstransfers zielen einerseits in Richtung der pflegenden Angehörigen und andererseits in Richtung der professionellen Akteure aus den Sanitätsdiensten und Pflegekassen – auch in Richtung der Hausärzte, wie aus den qualitativen Auswertungen ergänzt werden konnte. Nennenswert war zudem die gemeinsame Improvisation mit den Angehörigen, um im Rahmen der Entlassung Zeit zu erkaufen, bis die Hilfsmittelausstattung vollständig ist. Konkrete materielle Hilfeleistungen wie das Mitbringen von Antragsformularen oder Hilfsmitteln aus dem Bestand der PflegetrainerInnen spielten jedoch eine deutlich untergeordnete Rolle.

Anhand einer ersten ausgewerteten Sequenz aus den Transkripten der Gruppendiskussionen mit PflegetrainerInnen des Modellprojektes lässt sich hervorheben, dass erst die Summe verschiedener ungünstiger Faktoren eine nicht sichergestellte Pflegesituation forciert.

Hf: „[...] Ich habe die zum Pflege training angemeldet, Entlassung, war Termin vereinbart, ähm, die Töchter wohnen etwas weiter weg und die beiden Töchter waren auch, untereinander ver-, äh, verstritten. Und habe die angerufen, aber kam so keine Hilfe, gar nichts. Also habe ich mich auf die Frau konzentriert, war so kognitiv, kognitiv war da alles ok, hatte halt so schwerwiegende (), auch Sauerstoffgerät zu Hause an gewesen und Gerät war auch da, so und dann haben wir uns um ein Pflegebett gekümmert, sonst hätte sie auf der Couch geschlafen. zu ihr nach Hause, dann dauert das alles, Pflegebett war nich' da. So, das Sauerstoffgerät stand zu Hause, aber es gab keine Einweisung, dann war das so ein neumodisches Teil, selbst ich kam mit diesem Gerät nich' zurecht. habe da versucht, äh, in Gang zu, äh, zu bekommen. die Frau alleine hätte mit dem Gerät, ganz fremd, dann war das da so, das Gerät war so schwer, ein Riesen Klotz, so. Sie war am Rollator und hat sich gar nich' weiter bewegen können mit dem Gerät, also hätte sie eigentlich `nen Verlängerungsschlauch gebraucht, um zum WC zu kommen. Ging nich', der Schlauch war vielleicht zwei Meter. ohne Sauerstoff kam sie gar nich' zu recht, selbst ein paar Minuten nicht. Sie hätte keinen WC-Gang machen können.

Pflegebett war nich' da, so, keine Hilfsmittel zu Hause, nichts. Und da wir dann bei der zu Hause, dann kam irgendeine Nachbarin, sagte „Was ist denn hier los? Katastrophale Zustände!“ Ähm, Tabletten waren nich' da, Hausarzt angerufen, der kam dann auf die Schnelle, kann einem dann ja auch nich' helfen, ähm. So, die Frau ahnte da schon. Essen, so, ja. „Wer kümmert sich dann, dass Sie was im Kühlschrank haben?“ Ne, ähm, ja, „Eigentlich, ich könnte ja mal die Nachbarin los schicken.“ Aber die kam nach Hause, es war nichts da, ne. Kühlschrank auch leer, also sie hätte auch nich' gewusst, was isst sie an diesem Abend überhaupt. und dann habe ich dann gesagt „Oh jetzt ist Feierabend hier“, habe dann selbst dort angerufen, Hausarzt, die Tochter, die, ähm, da kam nichts, ja, dass sie mal in drei Tagen kommen könnte. Habe ich gesagt „So, jetzt reicht's.“ habe dann, ähm, Transport geholt und habe die Frau direkt wieder ins Krankenhaus geschickt, habe ich, hätte ich nach Hause fahren können und wäre zu Hause, wäre ich da gesessen, jetzt sitzt die Frau da, hat nichts zu essen, schläft auf der Couch, kann nich' zum Klo, Geräte, keiner weiß, wie's funktioniert, kriegt keine Einweisung.“

(Entnommen aus Sequenz 4_Gruppendiskussion 11_Z.2419-2450)

Thematisch geht es in diesem Abschnitt um die Wiedereinweisung einer Patientin ins Krankenhaus, begründet auf der nicht sichergestellten Pflege im häuslichen Bereich nach der Krankenhausentlassung. Obwohl rechtzeitig beantragt, war das Pflegebett noch nicht geliefert, ohne Pflegebett jedoch müsste die Pflegebedürftige auf der Couch schlafen (vgl. Z.2424). Das lebensnotwendige Sauerstoffgerät war zwar vorhanden, aber aufgrund des Gewichts, des viel zu kurzen Schlauchs und der Größe für die Pflegebedürftige mit Rollator weder handhabbar noch an die häuslichen Begebenheiten angepasst. Laut der Pflegetrainerin hätte die Pflegebedürftige so den Weg zur Toilette alleine gar nicht schaffen können (vgl. Z.2449). Eine Einweisung für das lebensnotwendige Sauerstoffgerät fehlte gänzlich. Zudem schien das Sauerstoffgerät bedienerunfreundlich zu sein. Selbst die Pflegetrainerin konnte das Gerät nicht richtig bedienen, da es ihrer Aussage zufolge zu „neumodisch“ war.

Zu bedenken ist, dass Lieferschwierigkeiten und Hilfsmittelengpässe unmittelbar Auswirkungen auf die Qualität der häuslichen Pflegesituation haben. Entscheidend für eine häusliche Pflegesituation ist neben der Versorgung auch der richtige Umgang mit Hilfsmitteln. In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass nicht nur Schulungen in Handhabung und Nutzung von (Pflege-)Hilfsmitteln für Angehörige und Pflegebedürftige wichtig sind, sondern auch regelmäßige Schulungen für Personen, die im Bereich Pflege tätig sind. In der Online-Befragung und bei der Auswertung der Qualitätschecks im Kontext der Hilfsmittelproblematik kommt der Aspekt der Qualität von Schulungen ebenfalls zum Tragen.

Daneben fußt die zu Grunde liegende Mängellage auf einem nicht-tragfähigen Pflege-/Sorgenetzwerk. Zwar hat die pflegebedürftige Patientin zwei Töchter, aber diese sind untereinander zerstritten, wohnen nicht in der Nähe und geben an, keine Zeit zu haben. Nachbarn vor Ort wurden – obwohl Hilfsbereitschaft signalisiert wurde – in den Prozess zur Sicherstellung des häuslichen Pflegearrangements nicht involviert, so dass weder Lebensmittel, noch Medikamente und erst recht keine praktische Hilfe zum Zeitpunkt der Entlassung zur Verfügung standen. Dabei hat die Versorgung mit Medikamenten, Pflege- sowie Lebensmitteln unmittelbare Auswirkungen auf die Sicherstellung der häuslichen Versorgungssituation.

Rücküberweisungen ins Krankenhaus basierend auf unvorbereiteten Pflegesettings im häuslichen Bereich könnten durch verbesserte Überleitungsprozesse vom Krankenhaus in die Häuslichkeit und der vorhergehenden Sicherstellung der Pflegesituation z. B. durch die Organisation eines Pflegenetzwerkes verhindert werden.

Neben der Unwissenheit im Umgang mit Hilfsmitteln, oder dem Fehlen von notwendigen Hilfsmitteln nimmt auch die Vorenthaltung von Informationen bzw. die fehlende Aufklärung über zustehende Hilfe- und Sachleistungen durch die zuständigen Stellen, eine bedeutende Rolle in der Herstellung von Mängellagen ein.

M: „Die waren über gar nichts informiert. Also die wussten nicht, dass es Geld gibt, um die Pflegeartikel zu kaufen, die kauften sich die so. Die wussten nicht, dass es eine Behandlungspflege gibt, über die man bestimmte Dinge abrechnen kann. Die haben von den Pflegehandlungen an sich, die ich denen beim nächsten Besuch zeige, sehr wenig Ahnung. Wir haben über verschiedene Sachen, über Heraussetzen, Mobilisieren, alle diese Dinge gesprochen, und da waren halt auch ganz, ganz wenige Kenntnisse nur. Also man merkt wirklich, dass die von den Krankenkassen meistens ganz, ganz schlecht informiert werden und wirklich dann mit solchen Ohren da sitzen und zum ersten Mal Informationen bekommen, wie sie irgendwie Unterstützung und Hilfe bekommen. Und die sind unheimlich dankbar, muss man wirklich sagen. (5:29)“

(Entnommen aus Sequenz 1_Gruppendiskussion 6_Z.38-52)

Angehörige von Pflegebedürftigen unwissend über zustehende Leistungen sachlicher wie fachlicher Art, Kostenübernahmen und andere entlastende Maßnahmen zu lassen bedeutet in der Konsequenz, die Angehörigen stärkeren Belastungen auszusetzen und dem Pflegebedürftigen entscheidende Hilfen vielleicht auch notwendige Unterstützung vorzuenthalten. In der Folge kann dieses zu vermehrten Pflegefehlern führen und schlussendlich in gefährliche Pflege münden. Nicht nur das Fehlen von akuter oder präventiver Hilfe (im vorliegenden Fall: Kinästhetik) basierend auf mangelhaftem Wissenstransfer ist bedenklich, auch die dadurch bedingt aktive Herstellung von Mängellagen ist zu kritisieren. Parallel hierzu verdeutlicht diese Szene die Rolle der PflegetrainerInnen im Rahmen der Sicherstellung häuslicher Pflege. Ohne die Hilfe, Unterstützung, Wissensvermittlung und Beratung der PflegetrainerInnen kämen viele Familien gar nicht zurecht und würden ihnen rechtlich zustehende Pflegeartikel aus Unwissenheit selbst bezahlen.

Wie bereits oben beschrieben zeichnet sich eine weitere Problematik im Rahmen bürokratischer Prozesse ab.

M: „[...] Oder eine andere Familie, die hatten einen Müllsack und eine Wolldecke unter den Po gelegt, weil die seit zwei Monaten darauf warten, da habe ich gesagt; ‚Rufen Sie um Gottes Willen sofort wieder an, die haben sie vergessen‘, warteten die darauf, von der Krankenkasse die Genehmigung zu bekommen, dass sie sich diese Mehrfachunterlagen kaufen konnten. So lange hatten die einen Müllsack drauf und eine Decke. Man kann sich vorstellen, wie diese Decke roch, denn die hatten natürlich nicht genug Decken, um die täglich zweimal zu waschen. [...]“
(Entnommen aus Sequenz 1_Gruppendiskussion 6_Z.94-100)

Diese Sequenz öffnet den Blick auf die institutionelle Herstellung von Mängellagen, die auf bürokratische Prozesse gründen und durch Unwissenheit der Angehörigen maskiert sind. Vor allem wenn es um die Beantragung von Hilfsmitteln bei den Kassen geht, verhindern die Antragshürden und die starren bürokratischen Verfahrensprozeduren eine schnelle Hilfe und Unterstützungsleistung. Lange Bearbeitungszeiträume erschweren den häuslichen Pflegeprozess. Da benötigte Hilfsmittel nicht zur Verfügung stehen, kann es – wie in dem angeführten Beispiel – in der Folge zu hygienisch bedenklichen Pflegeformen kommen. Um den Anforderungen und Bedarfen von Pflegebedürftigen gerecht zu werden, sollten bürokratische Prozesse an die Lebensweltumstände der Patienten angepasst und die Notwendigkeit zügiger Abhilfe berücksichtigt werden.

Insgesamt werden Kontakt und Auseinandersetzung mit den Kassen als aufreibend und schwierig, im Falle von Ablehnungen notwendiger Hilfsmittel gar als deprimierend beschrieben. Eine Pflegetrainerin berichtet von fehlendem Verständnis der Kassen für die Notwendigkeit verschiedener Hilfsmittel, obwohl die Hilfsmittel unterschiedliche Funktionen haben und sich aus pflegfachlicher Sicht sinnvoll ergänzen.

In diesem Rahmen wird deutlich, dass die PflegetrainerInnen über die Vermittlung pflegfachlicher Kompetenzen und geeigneter Bewältigungsstrategien durch Bildung, Beratung, Stärkung und Motivation hinaus auch als Lotsen und Fürsprecher der Angehörigen gegenüber den institutionellen Akteuren fungieren, indem sie über zustehende Hilfe- und Sachleistungen und deren Bezug informieren und andererseits relevante Informationen aus der häuslichen Pflegesituation an die richtigen institutionellen Schnittstellen vermitteln.

4. Fazit und Ausblick

Festzuhalten bleibt, dass die Ursachen und Gründe für die Herstellung von Mängel-lagen vielfältig sind. Im Zuge der Kurzstudie wurde deutlich, dass eine unzureichen-de Hilfsmittelversorgung und Schulung in vielen Fällen Mangelsituationen auslösen können. Faktoren, die Prozesse nicht-gelungener Hilfsmittelversorgung zu Mangelsi-tuationen verschärfen sind nicht-tragfähige Pflege- und Sorgenetzwerke sowie Wis-sensdefizite. Diese reichen von Unwissenheit der Angehörigen über zustehende Hil-fen sachlicher wie fachlicher Art und fehlende institutionelle Aufklärung, über als Bürokratie empfundene Schwierigkeiten bei Beantragung und Bewilligung bis hin zur mangelhaften Einweisung in den Gebrauch der Hilfsmittel.

Bedingt durch diese Hindernisse, kommt es nicht nur zu einer erhöhten Belastung der Angehörigen, sondern die Qualität der häuslichen Pflege und die Lebensqualität der Pflegebedürftigen werden auch maßgeblich eingeschränkt. In der Folge können nicht sichergestellte und sogar gefährliche Pflegesituationen entstehen.

Die vorliegenden Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine sichere Versorgung mit Hilfsmitteln nur über gründliche fallspezifische und lebensweltorientierte Beratung im Vorfeld, sowie durch eine „Endabnahme“ der Hilfsmittelversorgung und -Nutzung in der unmittelbaren Lebenswelt der pflegenden Familien sichergestellt werden kann. Die Nutzung der Hilfsmittel in der Pflegesituation zu Hause sollte – so unsere Empfeh-lung – durch PflegeexpertInnen wie die PflegetrainerInnen im Modellprojekt, die um-fassend in die Überleitungsprozesse involviert sind und somit eine Brückenfunktion haben, überprüft werden um im Bedarfsfall zu beraten oder zu intervenieren. Diese ExpertInnen müssen von Seiten der Institution mit einer eigenen Rolle und Expertise ausgestattet sein. Dies ermöglicht ihnen, eigenständig und kritisch Mängel aufzude-cken, zurückzumelden und zu beseitigen.

Einfache Informationstransfers in der Schnittstelle Gesundheitssystem und Lebenswelt reichen oftmals aus, um Problemquellen zum Versiegen zu bringen. Auch in diesem Zusammenhang wird der Stellenwert der PflegetrainerInnen im Rahmen von Aufklä-rung, Motivation und Unterstützung deutlich. Dies unterstreicht noch einmal die Rele-vanz einer professionellen, empathischen und advokatorischen Fürsorgefunktion so-wie die Notwendigkeit eines Instrumentes wie den Qualitätscheck in der Häuslichkeit.

Der Fokus zur Weiterentwicklung der Beratungs- und Überleitungsprozesse im Kontext der Hilfsmittelversorgung sollte auf der Schnittstelle von Institution und Lebenswelt liegen. Aus dieser Erkenntnis erwächst auch der dringende Appell, dass Krankenhausorganisationen im Entlassungsmanagement aufsuchende Qualitätschecks etablieren um nachstationäre Versorgung auf hohem Niveau sicherzustellen.

