

Die Unternehmen der
Medizintechnologie :
www.bvmed.de

Dipl. Ing. Norbert Kamps

Dekubitusversorgung auf Basis der Produktgruppe 11 (Hilfsmittel bei Dekubitus) des Hilfsmittelver- zeichnisses



MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

⋮⋮⋮⋮ **BVMed**
Gesundheit gestalten

© Copyright by
BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e. V.
April 2009

Vervielfältigungen, auch auszugsweise, sind nur mit ausdrücklicher Genehmigung des BVMed gestattet.

Schutzgebühr: 2,50 € (zzgl. Versandkosten)

MedInform c/o BVMed,
Reinhardtstr. 29 b, 10117 Berlin,
Tel.: +49 (0)30 246 255-0
Fax: +49 (0)30 280 416 53
E-Mail: info@bvmed.de

Dekubitusversorgung auf Basis der Produktgruppe 11 (Hilfsmittel bei Dekubitus) des Hilfsmittelverzeichnisses

Vorwort

Ein Dekubitus stellt immer eine schwere gesundheitliche Beeinträchtigung dar. Sie beeinträchtigt den betroffenen Menschen nicht nur physisch sondern auch psychisch.

Nicht immer ist das Auftreten eines Dekubitus vermeidbar, allerdings erleiden jährlich immer noch zu viele Menschen einen Dekubitus in Krankenhäusern, Alten- oder Pflegeheimen oder der eigenen Häuslichkeit. Je nach Einrichtungsart und Fachbereich schwankt der Anteil von betroffenen Personen zwischen 10 und 25 %.¹ Damit verbunden sind häufig Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, Reduzierung des sozialen Kontaktes sowie eine Krankenhauseinweisung oder längerer Klinikaufenthalt. Am häufigsten ist ein Dekubitus am Gesäß lokalisiert, gefolgt von den Fersen.

Menschen, die einen Dekubitus erleiden, sind durch diesen in ihrer Aktivität und ihrer Lebensqualität deutlich beeinträchtigt. Oftmals ist nicht nur eine Stelle des Körpers betroffen. Dies führt dazu, dass jede Bewegung schmerzt, gewohnte Liege- und Schlafpositionen oder auch das Sitzen in einem Sessel oder auf Stühlen deutlich eingeschränkt sind, da es vermieden werden muss, auf den bestehenden Dekubitus Druck auszuüben. Sie sind gezwungen, regelmäßige Positionsveränderungen durchzuführen oder durchführen zu lassen. Durch diese Erfordernisse nimmt ihr sozialer Kontakt häufig ab.

Die pro Betroffenen durch den Dekubitus auftretenden Kosten werden je nach Schwere der Erkrankung auf 4.550 - 19.500 Euro geschätzt.² In den Niederlanden werden geschätzte 1 % der Gesamtkosten der Gesundheitsversorgung zur Behandlung von Dekubitus ausgegeben. Auf Deutschland übertragen entspräche dies einem Volumen von ca. 2,45 Milliarden Euro für das Jahr 2006.³ Um dies zu vermeiden kann ein wirksamer, angemessener und patientenakzeptierter Hilfsmiteleinsatz einen zentralen Beitrag leisten.

Das Sachverständigengutachten 2007 weist nochmals darauf hin, dass alle Maßnahmen, die eingeleitet werden, wirksam, angemessen und patientenakzeptabel sein müssen. Dieses setzt voraus, dass ein klares individuell abgestimmtes Ziel vereinbart wurde (z. B. Zunahme von Bewegungsmöglichkeiten oder Reduktion von Schmerzen).

Zu einem Dekubitusmanagement gehört wesentlich mehr, als nur der fach- und sachgerechte Hilfsmiteleinsatz. Eine gezielte Einschätzung des Risikos, eine effektive Gestaltung bewegungsfördernder Lagerung, ein gezieltes Wundmanagement, eine passgenaue Ernährung sowie die Aufklärung des Betroffenen und seiner Angehörigen bilden die Grundlagen ebenso wie die regelmäßige Überprüfung des gesamten Managements.

Ein besonderes Augenmerk muss dem Wissensstand und der daraus folgenden Handlungskompetenz der beruflich Pflegenden wie auch pflegender Angehöriger gelten. So kann es aufgrund von äußeren Umständen notwendig sein, eine bestimmte Prophylaxe zu wählen, die in einem anderen Umfeld nicht möglich oder nötig wäre.

¹ Lahmann NA, Halfens RJ, Dassen T. Prevalence of pressure ulcers in Germany. J Clin Nurs 2005; **14**(2):165-72.

² Bennett G, Dealey C, Posnett J. The cost of pressure ulcers in the UK. Age Ageing 2004; **33**(3):230-5.

³ www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/odata/10/html/1000200052006.html.

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege hat national ein Anforderungsprofil an die Prophylaxe⁴, wie auch an die Versorgung chronischer Wunden⁵ festgelegt. Dieses Niveau einzuhalten, muss das Ziel jeder pflegerischen und hilfsmittelgestützten Versorgung sein – und zwar unabhängig davon, ob die Patienten von einem Dekubitus bedroht oder bereits betroffen sind.

Prof. Christel Bienstein

Leiterin des Instituts für Pflegewissenschaft
Private Universität Witten/Herdecke

⁴ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, 2002, Osnabrück.

⁵ Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, 2008, Osnabrück.

Inhalt

	Seite
1. Einführung	7
2. Rechtsgrundlagen zur Versorgung mit Antidekubitushilfsmitteln im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	8
3. Verordnung von Hilfsmitteln gegen Dekubitus auf Basis der Produktgruppe 11	9
4. Auswahl von Produkten aus dem Hilfsmittelverzeichnis	11
5. Anwendung der Erhebungsbögen zur Hilfsmittelauswahl	13
Literatur	16
Anhang 1: Druckentlastung	17
Anhang 2: Mikroklima	17

1. Einführung

Druckgeschwüre (Dekubitus) sind Veränderungen der Haut und/oder der darunter liegenden Gewebeschichten, die durch anhaltende Druckeinwirkung entstehen. Vor allem immobile, chronisch Kranke sowie oftmals ältere Menschen erkranken daran. Dekubitus tritt in allen Einrichtungen des Gesundheitswesens wie z. B. Pflegeheimen und Krankenhäusern aber auch im ambulanten häuslichen Bereich auf. Dekubitus ist eine eigenständige Erkrankung mit oftmals weitreichenden Folgen, die bis zum Tode führen können.

Ein Dekubitus entwickelt sich, wenn über einen Zeitraum – dieser kann von wenigen Minuten bis zu mehreren Stunden dauern – Druck auf die Haut und das darunter liegende Gewebe ausgeübt wird und so der Blutfluss in den Kapillaren zum Erliegen kommt. Ein reduzierter bzw. unterbrochener Stoffwechsel in den betroffenen Gewebepartien – die so genannte "Ischämie" – bis hin zum Zelltod (Nekrose) ist die Folge. Der Dekubitus ist demnach eine Begleiterkrankung einer Vielzahl von unterschiedlichen Mobilitätseinschränkenden Erkrankungen (z. B. Querschnittslähmung, Schlaganfall). Mangelkrankungen oder toxische Schädigungen der Haut können ebenfalls ursächlich sein und auch vorübergehende Immobilität, z. B. nach einer Operation, geht mit einer erhöhten Dekubitusgefahr einher. Ein einmal entstandener Dekubitus kann über die lokale Infektion hinaus rasch zu systemischen Infektionen wie Knochenabszessen, Lungenentzündungen oder Sepsis führen. Verzögerte Wundheilung, Schmerzen und psychische Belastung unterstützen den Teufelskreis der Immobilisierung, so dass die Rehabilitation weiter verzögert wird.

Dekubitus ist weder regelmäßige Folge einer Erkrankung noch unabwendbar. Durch rechtzeitige Reaktion auf spezifische Risiken kann die Kette von sich gegenseitig verstärkenden Risikofaktoren durchbrochen werden. Die Herausforderung beim Dekubitus besteht darin, ihn zu vermeiden und wenn doch eingetreten, ihn effektiv und nachhaltig zu bessern und zu heilen. Denn trotz medizinischer Erkenntnisse und vieler statistischer Daten über die Ursachen und Zusammenhänge bei der Entstehung eines Dekubitus und auch trotz technologischer Weiterentwicklung von Hilfsmitteln und zunehmender Professionalisierung der Pflege, ist die Situation in der Versorgungspraxis oftmals immer noch mangelhaft. Dies liegt sicherlich auch daran, dass der Grund für die Entstehung eines Dekubitus beinahe regelhaft auf den einwirkenden Druck bzw. die entstandene Wunde reduziert und die eigentliche Ursache, die körperliche Fähigkeitsstörung des Patienten nicht in ausreichendem Maße (z. B. pauschalierte Versorgung nach Dekubitusgraden und nicht individuell ursachenbezogen) betrachtet wird. Für die korrekte Auswahl der medizinischen bzw. pflegerischen Versorgung und der Hilfsmittelversorgung sind aber gerade die beim Patienten immer individuell ausgeprägten Fähigkeitsstörungen für den Erfolg der Behandlung entscheidend. Eine Reduzierung der Versorgung auf pauschal ausgewählte Maßnahmen (Pflege) und Materialien (Hilfsmittel) trägt dem komplexen Entstehungsmechanismus eines Dekubitus keine Rechnung. Solche Maßnahmen schaden dann oftmals mehr, als dass sie helfen und verbrauchen zudem unnötig personelle und finanzielle Ressourcen.

Hilfsmittel gegen Dekubitus der Produktgruppe 11 des Hilfsmittelverzeichnisses können bei Beachtung der im Folgenden dargelegten Handlungsstrategien die Prophylaxe und Therapie unterstützen. Sie können aber auch bei nicht sachgerechtem Einsatz nachteilige Folgen als Nebeneffekt ihrer Wirkeigenschaften (z. B. Verlust des Körperschemas) haben, dies ist zwingend bei der Auswahl der Produkte zu berücksichtigen. Die Versorgung mit Hilfsmitteln gegen Dekubitus stellt somit hohe Anforderungen an die Fähigkeiten und Kenntnisse von Medizinern und Pflegefachkräften, aber auch Leistungserbringer (Hilfsmittellieferanten) sind hier besonders gefordert. Für Kostenträger und deren Gutachterdienste stellt eine adäquate individuelle Dekubitusversorgung ebenfalls eine große Herausforderung dar.

2. Rechtsgrundlagen zur Versorgung mit Antidekubitushilfsmitteln im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Gemäß § 33 SGB V steht den gesetzlich Krankenversicherten eine Vielfalt an medizinisch wirkenden und behinderungsausgleichenden oder behinderungsvorbeugenden Hilfsmitteln zu. Die Versicherten haben Anspruch auf die Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind,

- > um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern,
- > einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder
- > eine Behinderung auszugleichen.

Die Hilfsmittel müssen im jeweils individuell zu prüfenden Einzelfall, d. h. nach den individuellen (körperlichen und geistigen) Verhältnissen des Versicherten, erforderlich sein, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen. Deutlich wird dies durch die für alle am Hilfsmittelversorgungsprozess beteiligten Personen verbindliche Hilfsmittelrichtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V. So führt diese⁶ in § 6 Abs. 3 auf, dass die Notwendigkeit für die Verordnung von Hilfsmitteln – also die konkrete Indikation – sich nicht allein aus der Diagnose ergibt. Vielmehr sind unter Gesamtbetrachtung der funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), der noch verbliebenen Aktivitäten und einer störungsbildabhängigen Diagnostik,

- > der Bedarf,
- > die Fähigkeit zur Nutzung,
- > die Prognose und
- > das Ziel

einer Hilfsmittelversorgung auf der Grundlage realistischer, für den Versicherten alltagsrelevanter Anforderungen zu ermitteln. Dabei sind die individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt als Voraussetzung für das angestrebte Behandlungsziel zu berücksichtigen. Alleine hieraus wird deutlich, dass eine Hilfsmittelversorgung niemals allein auf Basis einer einzelnen Diagnose (z. B. Dekubitus eines bestimmten Grades) ohne Berücksichtigung aller Kontextfaktoren beruhen kann.

Wie § 33 SGB V und die Hilfsmittelrichtlinie führt auch die Rechtsprechung aus, dass eine Hilfsmittelversorgung immer individuell auf den Einzelfall abgestimmt sein muss und immer dann erforderlich ist, wenn es gilt, eine Krankenbehandlung zu sichern – z. B. Therapie eines bestehenden Dekubitus – oder eine Behinderung auszugleichen – z. B. das Unvermögen selbständig einen Lagewechsel im Bett zu vollziehen – oder einer drohenden Behinderung – z. B. das chronische Dekubitalulkus – vorzubeugen. Insbesondere letztere Alternative der Versorgung führt immer wieder zu Diskussionen mit Kostenträgern, da hier die Abgrenzung zur Leistungspflicht der GKV sich in der täglichen Praxis besonders schwierig gestaltet. Wegweisend ist hier ein Urteil des Bundessozialgerichts vom 24. September 2002 (Aktenzeichen: B 3 KR 15/02 R). Aus diesem Urteil geht hervor, dass beim Einsatz eines Antidekubitushilfsmittels im Rahmen eines ärztlichen Behandlungskonzepts zur Behandlung von oder zur Nachsorge nach akuten Dekubitalgeschwüren der Aspekt der Behandlungspflege im Vordergrund steht und damit die Leistungspflicht der Krankenkasse begründet. Diese Leistungspflicht entsteht aber nicht erst dann, so das Bundessozialgericht, wenn es um die Behandlung eines akuten Druckgeschwürs geht, sondern stets, wenn nach ärztlicher Einschätzung die Entstehung eines Dekubitus ohne den Einsatz eines speziellen Dekubitushilfsmittels unmittelbar droht (Vorbeugung einer Behinderung/Krankheit). Für die erforderliche Prognose ständen, so das Gericht weiter, standardisierte Parameter in Form von Skalen etc. zur Verfügung, die eine verlässliche Beurteilung der Frage zulassen, in welchen Fällen der Einsatz eines speziellen Hilfsmittels zur Vermeidung eines krankhaften Zustandes bzw. Behandlung desselben erforderlich ist. Aus der im Urteil verwendeten Formulierung „speziellen Hilfsmittels“ ist zu folgern, dass nur bestimmte, eben individuelle nach den jeweiligen erforderlichen Umständen auszuwählende Produkte,

⁶ Hilfsmittel-Richtlinie in der Fassung vom 16.10.2008 unter www.g-ba.de/downloads/62-492-309/RL-Hilfsmittel-Neufassung-2008-10-16.pdf.

zum Einsatz kommen sollen. Die Auswahl der Hilfsmittel muss daher immer alle Kontextfaktoren berücksichtigen und auf Basis nachvollziehbarer Entscheidungen erfolgen.

Gemäß § 139 SGB V erstellt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) ein Hilfsmittelverzeichnis, das von der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung erfasste Hilfsmittel enthält. Das Verzeichnis ist systematisch strukturiert und thematisch in Produktgruppen, Produktuntergruppen, Produktarten und Einzelproduktbeschreibungen unterteilt. Aussagen zu Antidekubitushilfsmitteln finden sich innerhalb der Produktgruppe (PG) 11 – Hilfsmittel gegen Dekubitus. Auch wenn das Hilfsmittelverzeichnis Definitionen und Aussagen zu Leistungsrecht, medizinische Indikationen, Produkthanforderungen und -informationen sowie allgemeine Hinweise zur Verordnung von Produkten zur Prophylaxe und Therapie von Dekubitus enthält, so ist es dennoch nicht abschließend und stellt keine Positivliste, sondern vielmehr eine Handlungsempfehlung für alle Beteiligten im Versorgungsprozess dar. So z. B. auch bestätigt durch die Hilfsmittelrichtlinien: "Das Hilfsmittelverzeichnis dient hierbei als Orientierungs- und Auslegungshilfe und bietet einen für Vergleichszwecke geeigneten Überblick." (Siehe auch § 6 Abs. 5 der Hilfsmittelrichtlinien.)

Die Produktgruppe 11 des Hilfsmittelverzeichnisses enthält Beschreibungen und Ausführungen rund um die hilfsmittelgestützte Versorgung von drohenden oder bestehenden Dekubitalulzera. Erstmals im Jahre 1992 auf Basis der damaligen Erkenntnisse veröffentlicht, wurde die Produktgruppe im Dezember 2005 grundlegend überarbeitet und die alte Fassung komplett abgelöst. Vorausgegangen waren zahlreiche Gespräche und Diskussionen mit Fachorganisationen und Experten aus den medizinischen, pflegerischen und technischen Bereichen um den aktuellen Stand der medizinischen und pflegerischen Erkenntnisse abzubilden.

Die Umsetzung erforderte aufgrund der überholten Aussagen der alten Produktgruppe eine massive Umstellung der Struktur der Produktgruppe und somit die Erstellung einer neuen Gliederung. Diese unterscheidet nun zunächst nach Liege-, Sitz- und Positionierungshilfen und weiter in den Untergruppen bzw. Produktarten nach dem technischen Aufbau der jeweiligen Hilfsmittelarten. So ergibt sich eine gegenüber der alten Version wesentlich differenziertere Darstellung mit über 90 Produktarten. Innerhalb dieser Produktarten wird auch nach Hilfsmitteln zur Regelversorgung und zur Sonderversorgung, z. B. bei adipösen Patienten oder Kindern, gegliedert. Obwohl die Einteilung nach technischen Gesichtspunkten erfolgt, können je Produktart bestimmte Funktionseigenschaften festgelegt werden. Diese bestimmen dann auch den in den Produktartbeschreibungen festgelegten Indikationsbereich. Für die überwiegende Anzahl von Produkten existieren aber weitergehende, zum Teil sehr individuelle Angaben zum Einsatz-/Indikationsbereich, welche in den Arten nicht berücksichtigt werden können. In der Folge sind nicht alle Produkte einer Art gleichwertig und gleichartig. Bei den Merkmalsbeschreibungen der Einzelproduktliste werden weitere, spezifische Hinweise zu den vom Hersteller ausgelobten Produkteigenschaften und Indikationsbereichen gegeben; diese Daten sind zwingend bei der individuellen Auswahl von Produkten zu beachten, siehe hierzu auch die Definition der Produktgruppe.

3. Verordnung von Hilfsmitteln gegen Dekubitus auf Basis der Produktgruppe 11

Wie bereits dargelegt, hat bei einer Verordnung von Hilfsmitteln generell durch den Vertragsarzt eine Prüfung der kompletten Versorgungssituation unter Berücksichtigung aller individuellen, für die Versorgung relevanten Umstände vorzugehen und die Versorgung muss nach individuellen Kriterien erfolgen. Dem behandelnden Arzt obliegt bei der Verordnung von Antidekubitushilfsmitteln eine besondere Verantwortung. Er muss nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb des durch das Gesetz und die Richtlinie bestimmten Rahmens, eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung mit Hilfsmitteln dem Patienten zukommen lassen. Seine Verantwortung endet aber nicht mit der Ausstellung der Verordnung. Ergibt sich z. B. bei der Anpassung/Abgabe des Hilfsmittels, dass mit dem verordneten Hilfsmittel voraussichtlich das Versorgungsziel nicht erreicht werden kann oder dass der Patient in vorab nicht einschätzbarer Weise auf das Hilfsmittel reagiert, hat der Lieferant darüber unverzüglich den Vertragsarzt, der die Verordnung ausgestellt hat zu informieren. Der Vertragsarzt

prüft dann, ob eine Änderung oder Ergänzung der Hilfsmittelverordnung notwendig ist. Er soll auch prüfen, ob das abgegebene Hilfsmittel seiner Verordnung entspricht und den vorgesehenen Zweck erfüllt.

Da die vielfältigen Möglichkeiten der Versorgung und die Berücksichtigung aller individuellen Umstände die Auswahl, den Vergleich und die Beurteilung der Produkte erschwert, wurden von den Spitzenverbänden der Krankenkassen in Zusammenarbeit mit dem MDS⁷ und dem BVMed drei spezielle Erhebungsbögen für Sitz- und Liegehilfen entwickelt und als Anlage zur Produktgruppe 11 des Hilfsmittelverzeichnisses veröffentlicht und die Anwendung durch die Spitzenverbände der GKV innerhalb der Definition der Produktgruppe empfohlen.

Mit Hilfe der Bögen ist es möglich, das individuelle Risiko für potentiell gefährdete Menschen bzw. bei einem bereits bestehenden Dekubitus, die für die Erkrankung zugrunde liegenden körperlichen Defizite zu ermitteln. Gleichzeitig wird mit den Bögen eine Entscheidungshilfe zur risikobezogenen Auswahl von Antidekubitushilfsmitteln angeboten, um so gezielt das für den jeweiligen Patienten erforderliche Hilfsmittel zu finden. Dabei lassen die Bögen aber ausreichend Entscheidungsfreiheit, um auf individuelle Umstände reagieren zu können. Es wird also nicht nach dem Schema eines "Kochrezeptes" eine Produktart oder gar ein Produkt einem speziellen Risiko bzw. Dekubitusgrad zugeordnet – welches auch gar nicht möglich wäre – sondern lediglich eine Entscheidungshilfe zur gezielten, patientenbezogenen Auswahl bestimmter Produkteigenschaften empfohlen. Die Bögen dienen aber nicht nur der Erstausswahl und -versorgung, sondern helfen auch, die Effektivität der genutzten Hilfsmittel und der pflegerischen Maßnahmen im individuellen Einzelfall zu hinterfragen, um so frühzeitig auf geänderte Risiken reagieren zu können. Nicht zuletzt kann der Bogen aber auch dazu genutzt werden, bei strittigen oder kostspieligen Hilfsmittelversorgungen die durch den Gesetzgeber geforderte zweckmäßige, ausreichende und wirtschaftliche Versorgung umzusetzen.

Für die Versorgung mit Hilfsmitteln gilt, dass die Notwendigkeit exakt zu ermitteln ist, insbesondere dann, wenn es sich um dauerhafte, technisch aufwendige, ggfs. auch problematische und kostenintensive Hilfsmittelversorgungen handelt. Die Formulierung in § 6 Absatz 3 der Hilfsmittelrichtlinien besagt, dass die Betrachtung störungsbildabhängig durchzuführen ist und konkretisiert, dass hier keine Überdiagnostik betrieben werden soll, sondern dass der Arzt auswählt, was er an Befunden zu berücksichtigen hat. Erhebungsbögen können hier eine wichtige Steuerungsfunktion übernehmen. Da auch die Versicherten bei der Ermittlung der Notwendigkeit einer Verordnung einzubinden sind, vgl. auch § 33 SGB I, zugleich aber nicht medizinisch begründbare, ggfs. auch emotional geprägte Wünsche nicht durch die GKV berücksichtigt werden können, führen die Erhebungsbögen die erforderlichen Entscheidungen auf Basis der aktuellen medizinischen und pflegerischen Erkenntnisse auf.

Ein Kernelement der Erhebungsbögen bildet die darin integrierte Braden-Skala, so dass der Bogen auch als Teil der erforderlichen Pflegedokumentation genutzt werden kann. Die Bögen dienen aber nicht nur der Erstausswahl und -versorgung, sondern helfen auch, die Effektivität der genutzten Hilfsmittel und der pflegerischen Maßnahmen im individuellen Einzelfall zu hinterfragen, um so frühzeitig auf geänderte Risiken reagieren zu können. Nicht zuletzt kann der Bogen aber auch dazu genutzt werden, bei strittigen oder kostspieligen Hilfsmittelversorgungen die durch den Gesetzgeber geforderte zweckmäßige, ausreichende und wirtschaftliche Versorgung umzusetzen. Ausdrücklich vorgesehen sind die Bögen zur Nutzung durch den Verordner und die Versorger. Aber auch die Kostenträger und die ggfs. gemäß § 275 SGB V zur Prüfung oder Evaluierung der Versorgung eingeschalteten Gutachterdienste (MDK)⁸ können die Bögen zur Leistungsentscheidung (Kostenträger) bzw. Versorgungsempfehlung (MDK) einsetzen.

Zwar sind die Bögen nicht verbindlich und die Nutzung kann nicht die Verwendung der vereinbarten Vordruckmuster (Rezeptformulare) ersetzen (siehe hierzu § 7 Abs.1 der Hilfsmittelrichtlinie). Da aber in der Verordnung das Hilfsmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen ist, und alle für die individuelle Versorgung oder Therapie erforderlichen Einzelangaben zu machen sind, kann die Nutzung des Erhe-

⁷ Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.

⁸ Medizinischer Dienst der Krankenversicherung.

bungsbogens hier den Arbeitsablauf der Verordner doch deutlich erleichtern. Denn gemäß § 7 Abs. 2 der Hilfsmittelrichtlinie soll der Vertragsarzt unter Nennung der Diagnose und des Datums insbesondere

- > die Bezeichnung des Hilfsmittels nach Maßgabe des Hilfsmittelverzeichnisses (soweit dort aufgeführt),
- > die Anzahl und
- > ggfs. weitere Hinweise (z. B. über Zweckbestimmung, Art der Herstellung, Material, Abmessungen)

angeben. In der gleichen Rechtsnorm wird sogar explizit darauf hingewiesen, dass ggfs. die notwendigen Angaben der Verordnung gesondert beizufügen sind. Der Verordner soll danach auch vorrangig die jeweilige Produktart entsprechend dem Hilfsmittelverzeichnis benennen, bzw. die siebenstellige Positionsnummer angeben. Das konkrete Einzelprodukt, im Hilfsmittelverzeichnis bezeichnet durch die zehnstellige Positionsnummer, wird dann vom Leistungserbringer nach Maßgabe der mit den Krankenkassen abgeschlossenen Verträge zur wirtschaftlichen Versorgung mit dem Versicherten ausgewählt. Hält es aber der verordnende Arzt aus medizinischen Gründen für erforderlich, ein spezielles Hilfsmittel einzusetzen, welches bei der individuellen Dekubitusversorgung recht häufig der Fall sein wird, so bleibt es ihm freigestellt, in diesen Fällen eine spezifische Einzelproduktverordnung durchzuführen, eine entsprechende Begründung ist dann aber erforderlich. Hierzu kann wieder der Erhebungsbogen genutzt werden.

Nachdem mit den Erhebungsbögen die spezifischen, dekubitusrelevanten Fähigkeitsstörungen eines Patienten erhoben wurden, kann mit Hilfe des Hilfsmittelverzeichnisses ein spezielles Produkt ausgewählt werden, das durch seine Funktionseigenschaften die Fähigkeitsstörungen des Patienten aufgreift und ihn entsprechend unterstützt.

4. Auswahl von Produkten aus dem Hilfsmittelverzeichnis

Die Produktgruppe 11 des Hilfsmittelverzeichnisses führt in der Definition aus, dass die Hilfsmittel gegen Dekubitus bei bettlägerigen oder ständig sitzenden Menschen der Vorbeugung (Prophylaxe) dienen und die Behandlung von Dekubitalulzera unterstützen bzw. begünstigen und am Markt in unterschiedlichsten Ausführungen und Qualitäten angeboten werden. Um eine ausreichende und wirtschaftliche Versorgung gewährleisten zu können, müssen die Produkte – so die Spitzenverbände der GKV – gemäß den jeweiligen Anforderungen individuell ausgewählt werden.

Dekubitalulzera sind i. d. R. eine indirekte Folge von Krankheiten und Behinderungen, die den Betroffenen teilweise oder vollständig in seiner Bewegungsfähigkeit einschränken. Infolgedessen sind insbesondere Patienten, die krankheits- oder behinderungsbedingt ständig sitzen oder liegen, dekubitusgefährdet. Die Dekubitusentstehung ist aber kein monokausales Geschehen und kann nicht z. B. nur auf äußere Druckeinwirkung zurückgeführt werden. Vielmehr ist ein Zusammenwirken mehrerer ungünstig wirkender Faktoren (so genannte Risikofaktoren) Auslöser für die Entstehung eines Dekubitalulkus. Immer sind aber Druckkräfte und häufig auch Scherkräfte und Reibung beteiligt. Folgende beispielhaft aufgeführte Risikofaktoren begünstigen zwar die Entwicklung, führen aber nicht zwangsläufig zu einem Dekubitus:

- > Immobilität und Bewegungsmangel (hieraus resultierend lange Druckeinwirkung auf die gefährdeten Körperstellen)
- > Inkontinenz (insbesondere unversorgte oder schlecht versorgte)
- > Bewusstseins- und Sensibilitätsstörungen, neurologische Störungen
- > schlechter Allgemeinzustand durch z. B. Exsikkose, Anämie, Kachexie, Diabetes, Hypertonie, hohes Lebensalter
- > Scherkräfte und Reibung
- > bereits bestehende Hautdefekte durch z. B. Ekzeme, Allergien
- > starkes Schwitzen (damit ggfs. ein ungünstiges Mikroklima und in der Folge eine Hautmazeration)

Dekubitalulzera bilden sich vorwiegend bei permanent sitzenden oder liegenden, immobilen Patienten. Insbesondere behinderte, ältere Menschen sind aufgrund altersbedingter reduzierter Beweglichkeit, Sensibilitätsverlusten und Hautveränderungen besonders gefährdet. Die notwendige Prophylaxe und ggfs. auch die bei einem bestehenden Dekubitus therapieunterstützenden Maßnahmen müssen daher alle diese Aspekte aufgreifen und immer mindestens folgende Schritte umfassen:

1. Risikoeinschätzung zur validen Erkennung des Handlungsbedarfs (= Eliminierung der Risiken soweit möglich)
2. Kontinuierliche Hautbeobachtung und individuelle vom Hautzustand abhängige -pflege (hierzu gehört auch ggfs. die adäquate Inkontinenzversorgung und -pflege)
3. Bewegungsförderung, Erstellen eines individuellen Bewegungsplanes (auch als Lagerungsplan bezeichnet)
4. Lagerung und Umlagerung, ggfs. auch mit Unterstützung von Hilfsmitteln (z. B. Positionierungshilfen der Produktuntergruppe 11.11.05)
5. Individuelle Hilfsmittelauswahl zur dekubitusgerechten Lagerung/Positionierung bei liegenden und/oder sitzenden Patienten
6. Beurteilung und ggfs. Anpassung der Ernährungssituation und Flüssigkeitsversorgung
7. Erstellung einer nachvollziehbaren Dokumentation zur Qualitätssicherung

Zu beachten ist dabei, dass auch bei der Nutzung von Antidekubitushilfsmitteln Pflege- und Prophylaxemaßnahmen, wie eine manuelle Lagerung, weiterhin zwingend durchgeführt werden müssen.

Aus der Risikoeinschätzung und der damit verbundenen Erhebung der Fähigkeitsstörungen eines Patienten können alle weiteren Maßnahmen und auch die Auswahl der erforderlichen Hilfsmittel abgeleitet werden. Bei der Hilfsmittelauswahl werden die Fähigkeitsstörungen den Funktionseigenschaften der Produkte gegenübergestellt und so versucht, jedes vorliegende Defizit aufzugreifen und weitestgehend auszugleichen.

Da die Funktionseigenschaften der Produkte wesentlich durch die technischen Eigenschaften vorgegeben werden, sind im Hilfsmittelverzeichnis die diversen Arten von Antidekubitushilfsmitteln nach technischen Eigenschaften und nach den Wirkprinzipien unterteilt, eine Unterteilung nach Indikationsbereichen erfolgt zunächst nur in groben Zügen. Erst in der Produktübersicht werden jeweils die spezifischen Funktionseigenschaften und damit auch die vorgesehenen Einsatzbereiche (Indikationen) des einzelnen Produktes aufgelistet, die Produktarten enthalten also nicht, wie sonst i. d. R. im Hilfsmittelverzeichnis üblich, beliebig gegeneinander austauschbare Produkte. Die aufgeführten Hilfsmittel sind zwar gleichartig in Bezug auf das Wirkprinzip (z. B. Weichlagerung oder intermittierende Entlastung) nicht jedoch in Bezug auf die jeweiligen Funktionseigenschaften. In den Produktbeschreibungen finden sich auch Ergebnisse vereinheitlichter Laborprüfungen für die Druckentlastung (siehe **Anhang 1**), für entstehende Scherkräfte oder das Mikroklima (siehe **Anhang 2**). Dabei werden neben den Absolutwerten der Messung auch so genannte "Klassifizierungen" angegeben. Sowohl die Absolutwerte als auch die Klassifizierungen beziehen sich dabei immer auf ein in den Prüfverfahren beschriebenes Referenzprodukt, wobei es sich aber nicht um Grenzwerte handelt und ein Vergleich nur zum Referenzprodukt nicht aber zwischen z. B. verschiedenen Produktarten möglich ist. Es kann daher vorkommen, dass ein gelistetes Produkt z. B. in der Druckentlastung schlechter abschneidet als das Referenzkissen, dafür aber in anderen Bereichen (z. B. Mikroklima) deutlich bessere Eigenschaften als das Referenzprodukt zeigt. Die ermittelten Werte sind damit geeignet zur Charakterisierung von Produkteigenschaften für die Auswahl eines Produktes im individuellen Einzelfall, müssen aber immer im Zusammenhang mit allen anderen technischen und klinischen Daten gesehen werden. Eine isolierte, nicht kontextbezogene Betrachtung der Klassifizierungen wird dem multikausalen Geschehen der Dekubitusentstehung nicht gerecht. Somit kann die Auswahl von Dekubitusprodukten nicht auf simple technische Vergleichsdaten (z. B. Klasse H in der Druckentlastung) reduziert werden. Vielmehr ist das Zusammenspiel aller technischen und Funktionseigenschaften für die Auswahl entscheidend, so dass Ranglisten oder qualitative Reihenfolgen der Produkte weder innerhalb einer Produktart noch zwischen verschiedenen Produktarten möglich sind. Die Klassifizierungen sind auch nicht Ausdruck einer besonderen Qualität oder für den medizinischen Nutzen eines Produktes, dies gilt gleichermaßen für den therapeutischen als auch für den prophylaktischen Einsatz der Hilfsmittel (siehe hierzu auch die Definition der Produktgruppe 11), sondern ein reines Sortierkriterium um gleichartige Produkte zu identifizieren.

Bei der Auswahl der Produkte darf auch nicht ohne Weiteres pauschaliert oder nur auf einzelne Parameter geschaut werden. So kann z. B. der oftmals als einziges Auswahlkriterium herangezogene Auflage- druck (senkrecht zwischen Körperoberfläche und Hilfsmittel wirksame Kraft pro Fläche, im Verzeichnis durch die "Druckentlastung" repräsentiert) ein wichtiger Parameter bei der Auswahl sein, auch wenn er nicht zuverlässig die klinische Wirksamkeit der Produkte vorhersagen kann. Jedoch sind auch weitere klinische Faktoren und Eigenschaften wie z. B. Oberflächenbeschaffenheit zur Reibungs- und Scher- kraftminimierung, Unterstützung der Patienten bei Eigenbewegungen, Mikroklima zur Unterstützung der Hautpflege (Verhinderung von Mazeration), Handhabbarkeit im jeweiligen Umfeld, Sicherheit, Lie- ge-/Sitzkomfort, Nutzbarkeit in Pflegebetten mit Oberkörperhochlagerung, Geräusentwicklung bei aktiven Systemen, limitierende Faktoren wie Kontrakturen oder Schmerzen, körperliche Verfassung (z. B. Gewicht, Körperbau und Restfähigkeiten des Patienten) zu berücksichtigen.

Hieraus wird auch deutlich, dass eine Unterscheidung der Produkte auch nicht nach Prophylaxe- oder Therapieeignung erfolgen kann. So wird z. B. eine Lagerungsunterstützung durch das Hilfsmittel unab- hängig davon durchgeführt, ob ein Dekubitus vorliegt oder eben "nur" ein Risiko besteht.

Noch viel weniger kann die Produktauswahl anhand des Dekubitusgrades vollzogen werden. Die EPUAP⁹ hat eine Graduierung von Dekubitalwunden (Grad I bis Grad IV) europaweit einheitlich eingeführt und damit die Möglichkeit eines Assessments geschaffen. Die Stadieneinteilung ermöglicht eine klinische Schweregradgewichtung von Druckulzera und ist unter www.epuap.org/grading.html mit bildlicher Darstellung abrufbar. Ausdrücklich hebt die EPUAP aber hervor, dass die Graduierung nicht dazu geeig- net ist Hilfsmittelversorgungen zu spezifizieren und keine Evidenz dafür vorliegt, dass bestimmte Ver- sorgungen in Abhängigkeit vom Dekubitusgrad – sei es nach EPUAP oder Seiler oder Shea oder nach anderen Einteilungen – gemacht werden können. Die in Deutschland stark ausgeprägte Praxis der Zu- ordnung von Dekubitusgraden zu bestimmten Hilfsmitteln wird durch die EPUAP und anderen Fachge- sellschaften strikt abgelehnt und als nicht zielführend und falsch bezeichnet, findet sich daher auch nicht im Hilfsmittelverzeichnis und war neben der erforderlichen Aufhebung der Trennung von Propy- laxe und Therapie ein Hauptbeweggrund zur Fortschreibung der Produktgruppe. Wie bereits dargelegt, dient die Hilfsmittelrichtlinie insbesondere in Verbindung mit dem Hilfsmittelverzeichnis der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versor- gung der Versicherten mit Hilfsmitteln, so dass dringend empfohlen werden muss, die Art der Versor- gung nicht mehr von Dekubitusgraden abhängig zu machen.

5. Anwendung der Erhebungsbögen zur Hilfsmittelauswahl

Die von den Spitzenverbänden der GKV und dem MDS zur Verfügung gestellten Erhebungsbögen¹⁰ zur Produktgruppe 11 liegen in drei Varianten vor. Im Einzelnen handelt es sich dabei um die

- > Erhebungsbögen zur Versorgung mit Liegehilfen bei Kindern bis zur Vollendung des fünften Lebens- jahres,
- > Erhebungsbögen zur Versorgung mit Liegehilfen bei Jugendlichen und Erwachsenen und die
- > Ergänzungsbögen zur Versorgung mit Sitzhilfen.

Diese Erhebungsbögen finden Sie auch unter: www.bvmed.de/themen/Dekubitus/.

Allen Bögen gemeinsam ist, dass zunächst allgemeine Daten zum Patienten erhoben werden. Sodann ist festzustellen, ob der Patient bereits Dekubitalulzera hat und wo diese lokalisiert sind. Auch bereits ab- geheilte Dekubitalulzera der Stadien EPUAP III und IV werden erfragt. Sofern abgeheilte Ulzera der Sta- dien III und IV bzw. akute Ulzera der Stadien I bis IV vorliegen und der Patient darauf gelagert werden

⁹ EPUAP – European Pressure Ulcer Advisory Panel. Seit 1996 bestehender internationaler Zusammenschluss von Wissenschaft- lern, Pflegekräften und Ärzten mit dem Ziel, die Dekubitusforschung voranzutreiben und Betroffene (Patienten, Angehörige), Kostenträger, Ärzte und Pflegepersonen aufzuklären und zu beraten.

¹⁰ Siehe www.mds-ev.de/Welches_Produkt.htm.

muss, so ist dies gesondert zu begründen. Hieraus können dann erste Hinweise auf die erforderliche Hilfsmittelversorgung und die Produkteigenschaften abgeleitet werden.

Im nächsten Schritt sind die Risiken und Fähigkeitsstörungen des Patienten auf Basis der Braden-Skala bzw. für Kinder bis zum vollendeten fünften Lebensjahr auf Basis der speziell adaptierten Braden-Q-Skala zu erheben. Die erforderlichen individuellen Hilfsmiteleigenschaften werden hierdurch weiter spezifiziert. Eine Risikoskala wie die Braden- oder Norton-Skala dient als Evaluationsinstrumentarium im Rahmen des Pflege-Assessments zur Standardisierung der Beurteilung der Risikofaktoren zur Dekubitusentwicklung. Neben der systematisierten Einschätzung und Dokumentation ist das Ziel eine erhöhte Sensibilisierung des Untersuchers gegenüber dem Risiko, einen Dekubitus zu entwickeln. Das Auswertungsergebnis eignet sich jedoch nicht als alleiniger Maßstab für die Auswahl eines Antidekubitus-hilfsmittels, gibt aber wertvolle Hinweise auf die Funktionsdefizite des Patienten und damit auf die erforderlichen Eigenschaften des auszuwählenden Artikels. Durch verschiedene Skalen aber auch abhängig vom Untersucher können unterschiedliche Einschätzungen des individuellen Patientenrisikos resultieren. Im Hilfsmittelverzeichnis wird daher wie auch in den Erhebungsbögen immer auf die Braden-Skala Bezug genommen.

Da die Braden-Skala nicht alle für die Einschätzung der Hilfsmittelversorgung erforderlichen Risiken berücksichtigt, werden zusätzlich noch spezielle Risiken erhoben. Auch hieraus ergeben sich ggfs. weitere Hinweise zur Hilfsmittelauswahl. Der ermittelte Punktwert der Braden-Skala wird dann im nächsten Schritt den aufgeführten Risikostufen zugeordnet. Zu beachten ist dabei, dass ggfs. die Risikostufe um eine Stufe anzuheben ist, wenn eine der vorgenannten speziellen Risikofragen mit "Ja" beantwortet wurde. Sofern sich nach der kompletten Risikoerhebung mindestens ein spezielles Risiko ergibt, so kann davon ausgegangen werden, dass Prophylaxemaßnahmen zwingend erforderlich sind und diese in die Leistungspflicht der GKV fallen, da ein spezielles, auf Krankheitsursachen zurückzuführendes Dekubitusrisiko vorliegt. Sofern sich "nur" ein allgemeines Risiko, z. B. wegen hohen Alters ergibt, so ist im Einzelfall zu prüfen, ob die durch die Rechtsprechung (siehe **Kapitel 2**) vorgegebenen Mindestanforderungen erfüllt sind. Spezielle Fragestellungen zur erforderlichen Liegehilfenversorgung schließen sich dann für die Liegehilfe in tabellarische Form, für Sitzhilfen in Einzelfragen an. Alle Informationen zusammengekommen ergeben dann ein detailliertes Bild über die Fähigkeitsstörungen des Patienten und lassen dann im Zusammenspiel mit den im Hilfsmittelverzeichnis in der neuen Produktgruppe 11 aufgeführten Produktbeschreibungen eine gezielte Auswahl der möglichen Hilfsmittel zu. Dieses Zusammenspiel von Erhebungsbogen und Hilfsmittelverzeichnis kann aber nicht als eine Art "Kochrezept" verstanden werden, das eine strikte und immer gleiche Zuordnung von Dekubitus-hilfsmitteln zu bestimmten Krankheitsbildern oder Dekubitusgraden erlaubt. Dies ist nicht möglich. Eine abschließende Empfehlung ist auf Basis des Hilfsmittelverzeichnisses entweder als Angabe der Produktart, als Einzelprodukt mit zehnstelliger Hilfsmittelpositionsnummer oder auch eine Versorgungsempfehlung von nicht in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommenen Produkten möglich.

Es kann auch vorkommen, dass Mehrfachversorgungen notwendig sind. So soll der liegende Patient nicht nur mit einem Liegesystem ausgestattet werden, sondern aufgrund der anzustrebenden weitgehenden Mobilisation auch ein Sitzkissen für Rollstuhl, Sessel etc. erhalten. Bei besonderer Gefährdung von Extremitäten oder bei der Notwendigkeit der speziellen Lagerung sind regelmäßig auch spezielle Positionierungshilfen ergänzend zur Sitzkissen- bzw. Liegehilfenversorgung indiziert. Dies wäre dann gesondert auf dem Erhebungsbogen zu erläutern.

Da die Einzelartikel Kissen, Auflage oder Matratze immer eine die Wirkung des Produktes beeinflussende Funktionseinheit mit den jeweiligen Bezügen darstellen, bleibt zu beachten, dass die Kombination von verschiedenen Lagerungsmaterialien und Pflegestrategien ihre Einzelwirkungen aufheben oder zumindest beeinträchtigen können (z. B. die Bettschutzauflage auf der Schaumstoffmatratze, ein straff gespanntes Betttuch über einem Wecheldrucksystem usw.). Diese Anwendungsrisiken gilt es durch Erfahrung und mit Hilfe der Erhebungsbögen bei der Auswahl der Lagerungshilfen zu eliminieren. In jedem Falle bleibt allerdings vor Benennung des Einzelproduktes gemäß medizinproduktrechtlicher Vorschriften (Medizinproduktegesetz, Medizinprodukte-Betreiberverordnung) die herstellereits getroffene Festlegung zu speziellen Produktbesonderheiten, (wie z. B. Zweckbestimmung, Indikationsbereiche, Kontraindikationen, Belastbarkeit etc.) zu beachten. Diese Angaben finden sich daher ebenfalls im Hilfsmittelverzeichnis bei den Einzelproduktbeschreibungen der Produktgruppe 11.

Dem Kostenträger oder ggfs. dem gemäß § 275 SGB V beauftragten MDK ist mit Hilfe der Erhebungsbögen eine umfangreiche Prüfungsmöglichkeit bei hoher Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Argumentation und Entscheidungsgründe gegeben. Erhebungsbögen fördern damit für alle Seiten die gerade im Bereich des Dekubitus oftmals mit der Pflegefehlerdiskussion verbundene notwendige Rechtssicherheit für die am Versorgungsprozess beteiligten Parteien.

Die Anwendung der Erhebungsbögen erfordert aber ein spezielles interdisziplinäres medizinisches und pflegerisches Wissen über Dekubitus und die möglichen Prophylaxe- und Therapiemaßnahmen sowie die verwendeten Materialien und Wirkprinzipien der Hilfsmittel. Der Erhebungsbogen sollte daher möglichst nicht nur im Team von Verordner (Arzt) und Pflegefachkraft sondern auch in Zusammenarbeit mit dem Hilfsmittellieferanten genutzt werden. Es kann nicht oft genug erwähnt werden, dass Antidekubitushilfsmittel nicht eine manuelle Lagerung und Prophylaxe ersetzen. Auch eine kontinuierliche Hautbeobachtung und strikte Umsetzung der Lagerungspläne durch die Pflege ist geboten. Da aber das Hilfsmittel Pflegemaßnahmen sowohl unterstützen als auch erschweren kann, ist bei der Auswahl der Hilfsmittel und bei der Erhebung der Patientendaten die Pflege mit einzubeziehen. Die Erhebung und Auswahl der erforderlichen Produkte sollte daher immer gemeinsam durch Arzt und Pflegekraft erfolgen. Die Pflegekraft wird auch regelmäßig und selbständig die körperliche Verfassung (z. B. Hautzustand, Mobilität) des Patienten beurteilen und dokumentieren. Auch hier können die Erhebungsbögen genutzt werden, ist doch z. B. die Braden-Skala integriert. Examinierte Pflegekräfte mit speziellen Weiterbildungen in der Hilfsmittel- und/oder Dekubitusversorgung aber auch Ärzte können die Erhebungsbögen zielgerichtet zur Beratung, Auswahl und Dokumentation der laufenden Versorgung nutzen. Eine alleinige Anwendung durch z. B. Techniker oder Vertriebsmitarbeiter der Leistungserbringer ist abzulehnen. Die Verpflichtung der Anwendung der Erhebungsbögen durch ausgebildete Personen und eine Berücksichtigung des erforderlichen Zeitaufwandes für die Erhebung sollten sich daher in den Verträgen mit den Kostenträgern niederschlagen.

Literatur

Cherry, G.W.; Offener Brief – Pressure Ulcer Grading, EPUAP – European Pressure Ulcer Advisory Panel, 13.10.2008

DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege; Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege; 2. Auflage, Fachhochschule Osnabrück, Februar 2004

Eberhardt et al.; Informationssystem Health Technology Assessment (HTA) – Dekubitusprophylaxe und Therapie; DAHTA@DIMDI; 2005
http://gripsdb.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta128_bericht_de.pdf

Gerlach Werner; Therapien und Technische Hilfen, Loseblattsammlung für Ärzte und Krankenkassen, Walhalla-Verlag, Oktober 2008
<http://www.walhalla.de/produkte/20/204301/view>

Hilfsmittelverzeichnis der Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Produktgruppe 11 – Hilfsmittel gegen Dekubitus, Stand Februar 2009
https://www.gkv-spitzenverband.de/Aktuelles_Hilfsmittelverzeichnis.gkvnet

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen; Welches Produkt ist das Richtige? Erhebungsbögen, Stand November 2008
http://www.mds-ev.de/Welches_Produkt.htm

Stumpe et.al.; Arbeitshilfe – Begutachtung der Versorgung mit Hilfsmitteln zur Dekubitusprophylaxe und Dekubitustherapie, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Stand September 2008

Anhang 1: Druckentlastung

Die Druckentlastung beschreibt die relative Entlastung auf einem Dekubitushilfsmittel im Vergleich zu einer definierten Krankenhausstandardmatratze. Die im Hilfsmittelverzeichnis angegebenen Werte werden nach einem definierten Labor-Messverfahren angegeben. Werte unterschiedlicher Messverfahren sind nicht miteinander vergleichbar. Bei den im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführten Werten und Klassifikationen für die Druckentlastung handelt es sich nicht um Aussagen zur Qualität des Produktes. Zum Beispiel kann ein Produkt mit einer hohen Druckentlastung für andere Indikationen als ein Produkt mit geringer Druckentlastung geeignet sein. Die Testwerte dürfen nicht alleine zur Auswahl eines Hilfsmittels für einen bestimmten Patienten oder für eine Rangliste von Produkten herangezogen werden. Die Laborwerte sind immer im Einzelfall mit weiteren klinischen Faktoren im Kontext zu betrachten. In folgender Tabelle finden sich die einzelnen Werte und die in der Einzelproduktübersicht des Hilfsmittelverzeichnisses aufgeführten Abkürzungen:

Wert	Bewertung	Abkürzung (Klassifikation)
$\geq 20,1$	Hohe Druckentlastung	H
$\leq 20\%$ bis $\geq 10,1\%$	Durchschnittliche Druckentlastung	D
$\leq 10\%$ bis $\geq 0,1\%$	Geringe Druckentlastung	G
$\leq 0\%$	Keine Druckentlastung	K

Anhang 2: Mikroklima

Das Mikroklima bezeichnet die relative Feuchte und Temperatur zwischen zwei Kontaktflächen (z. B. zwischen Haut und Hilfsmittel). Die im Hilfsmittelverzeichnis angegebenen Werte werden nach einem definierten Labor-Messverfahren angegeben. Werte unterschiedlicher Messverfahren sind nicht miteinander vergleichbar. Bei den im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführten Werten und Klassifikationen für das Mikroklima handelt es sich nicht um Aussagen zur Qualität des Produktes. Zum Beispiel kann ein Produkt mit einem hohen Feuchtigkeitstransport für andere Indikationen als ein Produkt mit geringem Feuchtigkeitstransport geeignet sein. Die Testwerte dürfen nicht alleine zur Auswahl eines Hilfsmittels für einen bestimmten Patienten oder für eine Rangliste von Produkten herangezogen werden. Die Laborwerte sind immer im Einzelfall mit weiteren klinischen Faktoren im Kontext zu betrachten. In folgender Tabelle finden sich die einzelnen Werte und die in der Einzelproduktübersicht des Hilfsmittelverzeichnisses aufgeführten Abkürzungen (rF = relative Feuchte):

Wert	Bewertung	Abkürzung (Klassifikation)
$\leq 59,9\%$ rF	Hoher Feuchtigkeitstransport	H
$\geq 60\%$ rF bis $\leq 69,9\%$ rF	Durchschnittlicher Feuchtigkeitstransport	D
$\geq 70\%$ rF bis $\leq 79,9\%$ rF	Geringer Feuchtigkeitstransport	G
$\geq 80\%$ rF	Kein Feuchtigkeitstransport	K

Autor

Dipl. Ing. Norbert Kamps
Referent für Hilfsmittelversorgung
Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), Essen
Fachgebiet Hilfsmittel
n.kamps@mds-ev.de
www.mds-ev.de

BVMed – Bundesverband
Medizintechnologie e. V.
Reinhardtstr. 29 b, 10117 Berlin
Tel.: +49 (0)30 246 255-0
Fax: +49 (0)30 246 255-99
www.bvmed.de