

ergopraxis

Die neue Fachzeitschrift für Ergotherapie

Artikel
aus ergopraxis 2/09

SCHLAGANFALL

Hilfsmittel- versorgung

ergopraxis ist eine unabhängige Zeitschrift und erscheint im Georg Thieme Verlag.

Adresse

Georg Thieme Verlag KG, Redaktion ergopraxis,
Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart,
Tel.: 07 11/89 31-0, Fax: 07 11/89 31-874,
E-Mail: ergopraxis@thieme.de, www.thieme.de/ergoonline

Fragen zum Abonnement

Georg Thieme Verlag KG, KundenServiceCenter Zeitschriften,
Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart,
Tel.: 07 11/89 31-321, Fax: 07 11/89 31-901,
E-Mail: aboservice@thieme.de

www.thieme.de/ergoonline



Sich der Herausforderung stellen

HILFSMITTELVERSORGUNG NACH SCHLAGANFALL Die Hilfsmittelversorgung von Menschen nach Schlaganfall in Deutschland ist nicht optimal: Ärzte verordnen benötigte Hilfsmittel zu selten, zudem gibt es für Hilfsmittel viele Hürden, bis diese endlich den Patienten erreichen. Ergotherapeuten können neue Modelle im Gesundheitssystem nutzen, um die Versorgung ihrer Patienten zu optimieren.

Seit einem Schlaganfall lebt Ingeborg Lindemann* in einem Pflegeheim und ist durch die Hemiplegie infolge des Insults auf einen Rollstuhl angewiesen. Zusätzlich schränkt die begrenzte Armfunktion deutlich ihre Alltagsaktivitäten ein. Darüber hinaus machen ihr Schmerzen in Schulter, Rücken und Knien sehr zu schaffen. Die behandelnde Ärztin hat eine Rollstuhlversorgung eingeleitet, weitere Heilmitteltherapien schienen ihr trotz der funktionellen Einschränkungen der Patientin nicht notwendig. Erst auf Initiative der behandelnden Physio- und Ergotherapeuten zog die Ärztin eine weitere Hilfsmittelversorgung in Erwägung, die der Patientin zu deutlich mehr Selbstständigkeit hätte verhelfen können. Letztlich scheiterte die Initiative: Das Sanitätshaus war nicht bereit, ein nicht vorräufiges Hilfsmittel zu bestellen und dieses bei der Patientin zunächst probeweise einzusetzen. Außerdem war die Ärztin nicht von der Ordnungsnotwendigkeit zu überzeugen. Ob die Krankenkasse einer weiteren Versorgung zugestimmt hätte, kann man nicht mit Sicherheit sagen.

Hilfsmittelbedarf besteht, es fehlen Verordnungen > Dieser Fall ist so oder so ähnlich sicherlich keine Seltenheit, denn viel zu oft scheitert eine adäquate Hilfsmittelversorgung von Patienten nach einem Schlaganfall an den Strukturen des deutschen Gesundheitssystems. So stellte man etwa in einer Düsseldorfer Schlaganfallstudie die Unterversorgung mit Rollstühlen fest. Die Forscher zeigten weiterhin, dass Schnittstellenprobleme zwischen Akteuren im ambulanten und stationären Sektor deutliche Versorgungsmängel zur Folge hatten [1]. Dabei ist der

Hilfsmittelbereich aus wissenschaftlicher Sicht und im Rahmen der Sozialgesetzgebung ein wichtiger Bestandteil der Versorgung nach einem Schlaganfall. Studienergebnisse aus Deutschland beziffern den Anteil der Menschen, die ein Jahr nach ihrem Schlaganfall mäßig bis schwer behindert sind, mit 50 Prozent [2]. Etwa ein Viertel derjenigen, die einen Schlaganfall überleben, sind auch drei Jahre nach dem Insult noch in ihrem Alltag funktionell eingeschränkt [3]. Solche Folgen eines Schlaganfalls zu mindern oder diese auszugleichen, ist Ziel von rehabilitativen Maßnahmen, die unter anderem auf dem Prinzip der Benutzung von Hilfsmitteln beruhen [4]. Die Versorgung mit Hilfsmitteln erfüllt dabei die gesetzlichen Vorgaben nach § 33 Absatz 1 im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V): „Die Versicherten haben Anspruch auf die Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 ausgeschlossen sind.“

Obwohl Hilfsmittel nachweislich die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) verbessern [5], verordnen Ärzte in Deutschland im Vergleich zu den USA erheblich weniger dieser Hilfen [6]. Die zögerliche Ordnungspraxis könnte unter anderem daran liegen, dass der Versorgungsweg von der Verordnung bis hin zur Anleitung des Hilfsmittels über mehrere Stationen geht und somit auch „interdisziplinäre Hürden“ zu überwinden sind.

Ergotherapie darf als einziges Heilmittel Hilfsmittel verwenden >

Der gesetzlich vorgegebene Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ gilt auch für die ambulante Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und soll dafür sorgen, dass man alle rehabilitativen Möglichkeiten nutzt, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern. Heilmittel wie Ergotherapie gehören auch dazu und sollten als ambulante Maßnahme nach einem Schlaganfall nicht fehlen (Abb. 1). Wissenschaftliche Ergebnisse zeigen seit Jahren, dass die Ergotherapie für Patienten nach einem Schlaganfall von deutlichem Nutzen ist, da sie Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung unterstützt und somit die eigenständige Lebensführung verbessert [7, 8, 9]. Wohl auch deswegen ist nach den Heilmittelrichtlinien die Ergotherapie bei der Indikation „Apoplex“ oder „Zustand nach Hypoxie“ unter dem Indikationsschlüssel „EN2“ verordnungsfähig. Dabei ist die Ergotherapie der einzige Hilfsmittelbereich, der nach Vorgabe der Richtlinien Hilfsmittel verwenden kann. Denn die sensomotorisch-perzeptive Behandlung umfasst unter anderem auch die „Einbeziehung technischer Hilfen“ [10].

Deutliche Mängel in der Hilfsmittelversorgung >

Doch Ergotherapeuten können in ihrem Therapieprozess nur dann Hilfsmittel einbeziehen, wenn von ärztlicher Seite die Notwendigkeit der entsprechenden Verordnung erkannt wird. Doch hier mangelt es leider zu häufig auch wegen einer zunehmenden Budgetierung des Hilfsmittelbereichs mit möglichen Regressforderungen den Ärzten gegenüber an einer Umsetzung. Die Gmün-

* Namen von der Redaktion geändert



Abb. 1 Ergotherapeuten bieten ihren Patienten ausreichend Möglichkeit, den Umgang mit einem Hilfsmittel zu erlernen.

der Ersatzkasse stellte im Rahmen einer Studie fest, dass nur jeder siebte Versicherte, der nach dem Schlaganfall keine Rehabilitation nach SGB IX in Anspruch nahm, physiotherapeutisch versorgt wurde [11]. Für die Ergotherapie liegt dieser Anteil nach unveröffentlichten Angaben noch deutlich darunter. Auch Katrin Renken*, Ergotherapeutin mit eigener Praxis in Niedersachsen, klagt über eine rückläufige Verordnungsbereitschaft der Ärzte und über Mängel bei der Hilfsmittelversorgung, die durch die Krankenkassen verursacht werden. Zu diesen Mängeln gehöre eine lange Bearbeitungszeit, Ablehnung trotz augenscheinlicher Notwendigkeit oder die Versorgung mit minderwertigen Billigprodukten. „Solche und ähnliche Missstände führen schon mal dazu, dass Versicherte, die noch am Rollator laufen könnten, zu bettlägerigen Patienten werden“, meint Renken.

Kassen bestimmen, welches Hilfsmittel Patienten erhalten > Die Versorgungsqualität im Bereich der Hilfsmittel könnte sich in Zukunft verschlechtern: Mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV WSG) können seit 1. April 2007 Kassen die Versorgung ausschreiben. Wegen rechtlicher Unklarheiten ist dies bislang nur zögerlich umgesetzt worden, was sich aber nach Korrekturen durch das Gesundheitsministerium bald wohl ändern wird. Damit entfällt für viele Versi-

cherte das bisherige System, dass man sich von jedem zugelassenen Hilfsmittelerbringer versorgen lassen kann. Versorgungsberechtigt sind dann nur noch die Ausschreibungsgewinner, die über einen entsprechenden Vertrag mit der Kasse verfügen. Man sollte im Einzelfall bei der Kasse erfragen, wer ein ärztlich verordnetes Hilfsmittel oder ein Pflegehilfsmittel liefern darf, denn es handelt sich oft nicht mehr um das Sanitätshaus vor Ort.

Interdisziplinäre Einrichtungen haben bessere Möglichkeiten > Dass die Hilfsmittelversorgung von Patienten nach Schlaganfall mithilfe der Ergotherapie funktionieren kann, zeigt sich besonders in Rehabilitationseinrichtungen. Gerda Peters arbeitet als stellvertretende Leitung der Ergotherapie in einer solchen Institution in Niedersachsen. Sie bekräftigt: „Eine enge Kooperation zwischen Ärzten, Pflegekräften, Ergo- und Physiotherapeuten, Sanitätshäusern und Kassen in Absprache mit den Patienten und Angehörigen ist der Schlüssel zu einer guten Versorgung.“ In interdisziplinär arbeitenden Einrichtungen wie bei Gerda Peters erkennen Ergotherapeuten schneller, wenn ein Hilfsmittel notwendig ist, und können das auf dem „kurzen Dienstweg“ mit den behandelnden Ärzten besprechen. Ein Orthopädietechniker ist in der Regel häufiger vor Ort, nimmt Anpassungen vor und klärt auftretende Fragen.

Leider sind die finanziellen und strukturellen Voraussetzungen für die Gesundheitsversorgung im ambulanten Sektor deutlich schwieriger und stellen daher größere Hürden für mehr Kooperation und mehr Qualität dar. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-Gesundheit) beschreibt die gleichen Schwierigkeiten in der medizinisch-therapeutischen Versorgung, besonders angesichts der zunehmend komplexeren Krankheitsbilder in höheren Altersgruppen. Im Gutachten „Kooperation und Verantwortung“ aus dem Jahr 2007 heißt es: „Das zentrale Problem besteht in einer unzureichend sektorübergreifenden Versorgung und dem Mangel an interdisziplinären und flexiblen Versorgungsstrukturen [12].“ Zu solchen flexiblen Strukturen gehören Disease-Management-Programme sowie Integrierte Versorgungsverträge mit Case Management (☞ ergopraxis 1/09, S. 8, „Managed Care“).

Keine Disease-Management-Programme für Versorgung nach Schlaganfall > Seit 2002 gibt es in Deutschland Disease-Management-Programme. Sie sollen eine verbesserte Versorgung von chronisch Kranken sichern. Dabei koordiniert man die Behandlungsprozesse auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse in einem festgelegten Rahmen über die Grenzen einzelner Leistungserbringer hinweg. Zurzeit existieren etwa 18.000 solcher Programme zu Indikationen wie Diabetes mellitus, Brustkrebs, Koronare Herzkrankheit, Asthma und chronisch obstruktive Lungenerkrankung mit etwa 1,5 Millionen eingeschriebenen Patienten [13]. Auch für das Krankheitsbild Schlaganfall könnten Disease-Management-Programme die Versorgungsqualität verbessern. Der zuständige gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sieht hier aber zurzeit leider keinen Handlungsbedarf.

Chancen liegen in Integrierten Versorgungsverträgen > Einen weiteren Weg für alternative Versorgungsstrukturen stellt die Integrierte Versorgung (IV) dar, die aus einer sektorenübergreifenden und/oder interdisziplinären Versorgung auf der Basis von Verträgen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern besteht. Im Jahr 2005 existierten bereits 643 Verträge mit etwa 2,1 Millionen Patienten [14]. Beispielsweise basiert das Projekt „PatientenNetz – Augsburgs Begleitstelle Schlaganfall“ auf einem Integrierten Versorgungsvertrag. Das Projekt hat zum Ziel, im Sinne eines Case Managements Menschen nach einem Schlaganfall bestmöglich zu beraten und begleiten (☞ Kasten „Nachgefragt“, S. 10). Nach dem Krankenhausaufenthalt unterstützen die Case Managerinnen in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und anderen medizinischen Leistungserbringern die geregelte Nachsorge und die Sekundärprävention [15]. Auch Ergotherapeuten mit entsprechenden Erfahrungen im Gesundheitssystem sind als Case Manager geeignet. Außerdem ermöglicht ein solches Management einen zeitnahen und bedarfsgerechten Einsatz der Ergotherapie, weil den Verordnungsvorbehalten der Ärzte eine objektive Bedarfsbeurteilung durch das Management gegenübersteht. Auch wenn die Zukunft der Integrierten Versorgung in Zeiten des Gesundheitsfonds noch ungewiss ist, wäre es wünschenswert, dass sich verschie-

dene Heilmittelerbringer zusammenschließen, um so effektive und effiziente Behandlungsstrukturen zu planen, die auch für die Kostenträger „reizvoll“ sind.

Wege für bessere Schlaganfallversorgung müssen noch geebnet werden >

Sowohl Disease-Management-Programme als auch Integrierte Versorgungsverträge bieten Möglichkeiten, durch mehr Kooperation und Verantwortlichkeit der Leistungserbringer die Versorgungsqualität zu verbessern. Für das Krankheitsbild Schlaganfall allerdings steht zurzeit nur der Weg für Integrierte Versorgungsverträge offen. Ergotherapeuten könnten ein wichtiger Bestandteil eines Reha-Team aus Ärzten, Therapeuten, Orthopädietechnikern sowie Pflegekräften sein, die in enger Absprache untereinander Patienten nach einem Schlaganfall zeitnah und bedarfsgerecht unter anderem mit Hilfsmitteln versorgen. Hier ist auch die Kreativität und die Initiative der Heilmittelerbringer gefragt. Einfallsreichtum hat sich beispielsweise auch im Projekt „Gesundes Kinzigtal“ bewährt, einer Kooperation zwischen einem Ärztenetzwerk, einer Beratungsgesellschaft sowie Krankenkassen zur Gesundheitsversorgung der Versicherten [16]. Doch solche Beispiele, die auf eine enge Kooperation der Leistungserbringer untereinander setzen, sind zurzeit selten und gelten damit als „Leuchtturmprojekte“ [17]. Für Patienten wie Frau Lindemann wäre es hilfreich und wünschenswert, dass medizinische und therapeutische Fachkräfte frühzeitig miteinander kommunizieren und sich für eine angemessene Hilfsmittelversorgung verantwortlich zeigen würden. Aber dafür müssen leider erst die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Claudia Kemper

➤ **Das Literaturverzeichnis finden Sie unter www.thieme.de/ergoonline > „ergopraxis“ > „Artikel“ > „Politik“.**



Claudia Kemper ist Gesundheitswissenschaftlerin. Sie arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen.



NACHGEFRAGT

Begleitstelle Schlaganfall Augsburg

Britta Schramm, Pflegewirtin und Case Managerin betreut das „PatientenNetz – Begleitstelle Schlaganfall Augsburg“. Projektträger ist das beta Institut gemeinsam mit dem Schlaganfallzentrum der Neurologischen Klinik des Klinikums Augsburg.

Wie viele Menschen nach Schlaganfall begleiten Sie?

Jährlich erhalten etwa 150 Patienten des Schlaganfallzentrums des Klinikums Augsburg eine umfassende Case-Management-Begleitung.

Welches Ziel verfolgt Ihr Projekt?

Als integriertes Versorgungsprojekt möchten wir die Patienten auf einem individuell entwickelten Patientenzug durch die sektorenübergreifende Versorgungslandschaft lotsen. Dabei sind wir sehr gut mit Netzwerkpartnern verbunden, etwa mit Hausärzten oder Physiotherapeuten.

Was beinhaltet Ihre Arbeit?

Wir arbeiten nach der Methode „Case Management“, also in festen Phasen: Jede Case Managerin klärt zunächst mit einem Patienten ab, ob das Case Management für ihn geeignet ist. Möglicherweise ist er gut ins familiäre Umfeld eingebunden und benötigt uns nicht.

Falls sich unser Projekt für jemanden eignet, der auch daran teilnehmen möchte, machen wir eine ausführliche Anamnese. Dazu haben wir ein Assessment entwickelt, um viel über den Menschen zu erfahren. Von körperlichen Belastungen, über psychosoziale Bereiche bis hin zur Spiritualität. Zeigt sich bei ihm eine hohe Belastung, erstellen wir mit ihm und seinen Angehörigen einen Hilfeplan und klären ab, wo seine Ziele liegen.

Wie unterstützen Sie die Menschen dabei?

Durch die Vernetzung haben wir einen großen Pool an Wissen und Erfahrung, womit wir die Patienten über ein Jahr individuell begleiten. In diesem Zeitraum nehmen wir nach Bedarf, mindestens aber alle sechs Wochen, Kontakt zu ihm auf und besprechen seine Situation. Das kann telefonisch oder per Hausbesuch geschehen. In bestimmten Abschnitten rufen wir Frau Müller, Herrn Meier oder Herrn Huber an und erkundigen uns: „Wie geht es Ihnen?“, „Haben Sie den Rollator bekommen?“, „Wie sieht es mit dem Wohnungsumbau aus?“, „Klappt es mit den neuen Medikamenten?“... Dabei müssen wir auf kleinste Anzeichen achten. Wenn jemand etwa über Schwindel oder Sehstörungen

klagt, sind das Alarmglocken, die bei uns läuten. Dann versuchen wir ihn dazu zu bewegen, seinen Arzt aufzusuchen.

Wir bieten auch „Nachsorgesprechstunden“ an: Eine Neurologin im Team untersucht den Patienten und schreibt einen Brief mit Informationen und Empfehlungen an den Hausarzt. Auch die Case Managerin schreibt in diesen Brief Informationen, zum Beispiel, dass sie die Verordnung von Ergotherapie als wichtig erachtet.

Wie genau ist die Ergotherapie in das Augsburger Projekt eingebunden?

Es gibt keine Heilmittelerbringer im Team. Unsere Aufgabe ist hier eine optimale Vermittlung und Vernetzung. Wenn jemand in Wohnortnähe eine Ergotherapeutin sucht, geben wir ihm eine Adressliste. Die Case Managerin muss den Patienten oft aufklären, was Ergotherapie leisten kann. Mittlerweile ist zwar die Physiotherapie gut in den Köpfen der Betroffenen drin, aber die Ergotherapie ist noch zu fremd. Dabei ist gerade bei der Nachsorge nach Schlaganfall wichtig, dass die Patienten Hausbesuche erhalten. Oft sind sie nicht mehr so mobil und an ihr Haus gebunden. Da wir keine Rezepte ausstellen, weder über Heil- noch Hilfsmittel, haben wir darüber keine Verfügungsgewalt. Wir sind eher beratend und unterstützend tätig.

Wie unterstützen Sie im Bereich Hilfsmittelversorgung?

Hilfsmittel sind für die Patienten und auch für uns ein wichtiges Thema: Bereits in der Akutklinik oder in der Rehaklinik erfahren die Patienten, auf welche Hilfsmittel sie Anspruch haben. Von der Rehaklinik erhalten wir entsprechende Informationen, ob die Hilfsmittelversorgung bereits in die Wege geleitet wurde. Zum Beispiel: „Badelifter ist beantragt“ – das läuft insgesamt sehr gut. Wir schalten uns ein, wenn Probleme auftreten. Das trifft auch auf Hilfsmittel zu. Gibt es an einer Stelle Schwierigkeiten, fragen wir nach.

Das Gespräch führte Maria Czyganowski

➤ Weitere Infos zum Projekt und zum Case Management finden Sie unter: www.beta-institut.de > „PatientenNetz Schlaganfall“