

EMPFEHLUNGEN

zur Verbesserung des teilhabeorientierten Versorgungsprozesses für Menschen mit Beinamputationen unter besonderer Berücksichtigung der Prothesenversorgung

Jährlich finden in Deutschland etwa 60.000 Beinamputationen statt. Eine Amputation ist für den betroffenen Menschen ein äußerst belastender Eingriff, der das künftige Leben in allen Bereichen grundlegend verändert. Versorgungsmängel führen besonders häufig zu Pflegebedarf und Teilhabeverlust.

Mit ihren Empfehlungen möchte die DVfR die Optimierung der medizinischen und rehabilitativen Behandlung von Menschen mit Amputation unter besonderer Berücksichtigung der Prothesenversorgung anregen, weil dadurch eine bessere Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglicht werden kann. Von herausragender Bedeutung sind dabei die teilhabeorientierte Hilfsmittelversorgung als essentieller Teil der ambulanten und stationären Behandlung sowie die koordinierte Zusammenarbeit aller Akteure auf der Grundlage der relevanten Sozialgesetzbücher V (Gesundheitsversorgung) und IX (Rehabilitation und Teilhabe) und ggf. weiterer Sozialgesetzbücher.

Diese Empfehlungen richten sich an die für Versorgungsprozesse und -strukturen Verantwortlichen im Gesundheitswesen und in der Rehabilitation.

Vorbemerkung

Es gibt auch amputierte Menschen, für die eine Prothesenversorgung auch unter optimalen Bedingungen nicht in Betracht kommt. Diese bleiben in den in den nachfolgenden Ausführungen weitgehend unberücksichtigt, wenngleich die Prinzipien der Rehabilitation auch für sie gelten. Auch sie haben einen Anspruch auf optimale Hilfsmittelausstattung und individuelle Förderung der Mobilität und der Selbständigkeit im Alltag sowie auf alle Aspekte der Teilhabe, auch wenn sie dazu andere Strategien benötigen als Menschen, die mit einer Prothese zum Laufen kommen können. Ihre besonderen Belange werden u. a. in einem späteren Positionspapier zur Rollstuhlversorgung sowie im Rahmen anderer Themen, z. B. der geriatrischen Rehabilitation, bearbeitet.

Ziel der medizinischen Behandlung und Rehabilitation ist es, die Mobilität, Selbständigkeit und Teilhabe beinamputierter Menschen am Leben in der Gesellschaft wieder zu erreichen und zu sichern. Die Komplexität des medizinischen, rehabilitativen und sozialen Versorgungsprozesses sowie der zu erwartenden Teilhabebeeinträchtigungen macht das koordinierte Zusammenwirken von Ärzten, Orthopädietechnikern und Schuhtechnikern sowie von weiteren Fachkräften des Sanitätsfachhandels, Physio-, Sport- und

Ergotherapeuten, Pflegekräften, Sozialarbeitern, Psychologen, Gutachtern und Sozialleistungsträgern mit den Betroffenen und ihren Angehörigen erforderlich. Es ist daher eine besondere Herausforderung an das gegliederte Sozialleistungssystem in Deutschland, verlässliche Formen der bereichs- und sektorenübergreifenden Kooperation zwischen medizinischer Versorgung, Pflege und den verschiedenen Leistungen zur Teilhabe zu entwickeln, die eine qualitätsgesicherte Versorgung und Rehabilitation ermöglichen. Für die Hilfsmittelversorgung im Rahmen der Krankenbehandlung und der Rehabilitation sind überwiegend die gesetzliche Krankenversicherung und die gesetzliche Unfallversicherung zuständige Leistungsträger.

Defizite bestehen im Detail sowohl in der medizinischen als auch in der therapeutischen Versorgung und technischen Betreuung, und zwar im stationären und ambulanten Bereich. Die fachmedizinische Behandlung und Stumpfnachsorge beinamputierter Menschen sowie die Hilfsmittelversorgung mit Anwendungstraining (einschl. Gangschulung) ist nicht überall gewährleistet. Es mangelt an fachspezifischem Know-how in der chirurgischen und konservativen Behandlung sowie an Kenntnissen über Möglichkeiten der Hilfsmittelversorgung, einschl. Verordnungs-, Kontroll- und Abnahmekriterien. Im therapeutischen Bereich fehlen auf diese Problematik geschulte Therapeuten, um flächendeckend eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten. Auch das erzielte Ergebnis der technischen Hilfsmittelversorgung ist häufig nicht bedarfsgerecht. Infolgedessen werden Hilfsmittel nicht, zu wenig oder falsch genutzt. Die betroffenen Menschen sind dann in Mobilität und Selbstversorgung stark beeinträchtigt und infolge dessen in höherem Maße von Pflegeleistungen abhängig. Ihre Teilhabe ist erheblich eingeschränkt. Die Folgen inadäquater Versorgung können später kaum kompensiert werden. Dies führt zu hohen Kosten für weitere medizinische Maßnahmen und Unterstützungsleistungen.

Die häufigsten Ursachen von Amputationen sind arterielle Verschlusskrankheit und Diabetes mellitus (ca. 80—85 %). Zudem haben viele Betroffene ein hohes Lebensalter und leiden unter Multimorbidität, was an den Leistungs- und Rehabilitationsprozess besondere Anforderungen stellt. Die Betroffenen und ihre Familien benötigen Unterstützung bei der Überwindung der vielen Schnittstellen im sektoralen Versorgungssystem. Diese bereitzustellen ist Aufgabe der Sozialleistungsträger und der Leistungserbringer.

Im internationalen Vergleich weist Deutschland relativ hohe Fallzahlen von Beinamputationen auf. Besonders die Häufigkeit hoher Amputationen (ab Knie), die einen sehr schweren Eingriff darstellen, sollte Anlass für zügige Veränderungen geben. Die Zahl der Amputationen kann durch optimierte Therapieprozesse für Gefäßverschlusskrankheiten und Schwerstunfälle sowie durch Spezialisierung der Ärzte und Kliniken gesenkt werden. Ressourcen und Kosten können dadurch in allen Versorgungsbereichen eingespart werden. Davon profitieren Versicherte, die am Versorgungsprozess beteiligten Partner sowie das deutsche Sozialsystem insgesamt. Angesichts der demographiebedingten Herausforderungen ist die Optimierung der Versorgung von Menschen nach Amputation eine von allen Verantwortlichen und Beteiligten anzugehende Aufgabe.

Die Empfehlungen der DVfR gliedern sich in Teil A und Teil B:

A – Empfehlungen zur Verbesserung des Versorgungsprozesses für Menschen mit Beinamputationen: Sie richten sich an Sozialleistungsträger, Leistungserbringer und Fachgesellschaften und sollten zügig in die Versorgungspraxis sowie in Leitlinien übertragen werden.

B – Forderungen zur Veränderung des Versorgungssystems richten sich an die Strukturverantwortlichen (Sozialleistungsträger (z. B. GKV-Spitzenverband), Gemeinsamer Bundesausschuss, Kassenärztliche Vereinigungen) sowie an politische Entscheider.

A Empfehlungen zur Verbesserung des Versorgungsprozesses

1. Schwachstellen ermitteln, Versorgungsqualität verbessern

Häufig wird über Brüche in der Behandlungs- und Versorgungskette von Menschen mit Beinamputation berichtet. Dabei handelt es sich nicht um Einzelfälle, sondern um Auswirkungen systematischer Schwachstellen im Versorgungsprozess (siehe nachfolgende Erläuterungen). Es fehlt ein bundesweites Register zur Erfassung der Amputationszahlen, -höhen und -ursachen zur Erfassung der sozialen und epidemiologischen Daten und deren Analyse. Darüber hinaus ist die Bewertung der Ergebnisqualität in Bezug auf Teilhabeziele und Ressourceneinsatz für die Optimierung der Versorgung bei Beinamputation grundlegend. Die Sozialleistungsträger müssen ihre Aufgabe wahrnehmen, die Qualität der Versorgung anhand von Daten aufzuklären. Auf der Basis gesicherter Daten sind Maßnahmen mit allen Beteiligten zügig zu vereinbaren und in Leitlinien zu übertragen.

Die Qualifizierung der Ärzte in den Bereichen orthopädische Chirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie und technische Orthopädie/Prothetik muss verbessert werden. Zudem ist die Spezialisierung der Ärzte und Kliniken ein erfolgversprechender Weg, um Kenntnisse und Erfahrungen für die Behandlung und prothetische Versorgung der von Amputation betroffenen Menschen nutzbar zu machen. Die Ausbildung, Fort- und Weiterbildung der Therapeuten ist zu intensivieren, speziell für ambulant tätige Therapeuten. Im Bereich der technischen Hilfsmittelversorgung sind Verbesserungen in der Ergebnisqualität flächendeckend erforderlich, und dies sollte durch entsprechende Ausbildungsinhalte für alle Berufsgruppen unterstützt werden.

Zur Qualitätssicherung trägt bei, wenn sich der verordnende Arzt am Ende des Versorgungsprozesses von der bedarfs- und ordnungsgerechten Hilfsmittelversorgung überzeugt und dies ggf. schriftlich bestätigt.

2. Sachgerechte Indikationsstellung vor der Amputation

Erst nachdem alle Möglichkeiten der Behandlungen zum Erhalt der Extremitäten wie implantative Operation, gefäßmedizinische Therapie sowie die medizinische Rehabilitation ausgeschöpft sind, darf eine Amputation in Betracht kommen.

Die Entscheidung über eine Amputation sowie über deren Art und Weise soll in jedem Fall im Rahmen eines patientenbezogenen ärztlichen Konsils getroffen werden, an dem die

behandelnden Ärzte, ggf. ein Gefäßspezialist sowie bedarfsweise andere Disziplinen zu beteiligen sind. Sinnvoll ist ebenfalls eine frühzeitige Beteiligung des Orthopädietechnikers an der Amputationsplanung.

3. Aufklärung des Betroffenen vor der Amputation

Bereits vor der Amputation ist die psychologische Betreuung des Patienten und seiner Angehörigen sicherzustellen, um sie auf die physischen, psychischen und sozialen Veränderungen und Teilhabeprobleme vorzubereiten. Dazu gehört selbstverständlich auch die realistische Aufklärung über medizinische und rehabilitative Maßnahmen, Mobilitätsprognose, Hilfsmittelversorgung sowie über soziale Hilfen, beispielsweise über Möglichkeiten der Wohnraumanpassung, Mobilitätshilfen (auch in Bezug auf die Teilhabe am Arbeitsleben) oder Pflege. Die Zusammenarbeit mit einer Selbsthilfegruppe für amputierte Menschen sollte gesucht werden.

4. Qualitätsgerecht amputieren, Hilfeplan erstellen

Die operative Qualität der Amputation selbst hat entscheidenden Einfluss auf die weitere medizinisch-rehabilitative Versorgung und die künftigen Teilhabechancen des Patienten. Die Amputation sollte – wenn möglich und planbar – in spezialisierten Kliniken (unter Mitwirkung von Gefäßspezialisten, plastischen Chirurgen und erfahrenen Amputationschirurgen) durchgeführt werden. Der Operateur muss über hinreichende Kenntnisse hinsichtlich der Auswirkungen des medizinischen Eingriffs bei unterschiedlichen Amputationshöhen auf die Prothesenversorgung (Schaftsysteme und Stumpfgestaltung) verfügen. Bei gefäßbedingten Amputationen ist die Operation in spezialisierten Gefäßzentren sinnvoll.

Optimal wäre es, mit dem/der Betroffenen vor dem geplanten medizinischen Eingriff einen umfassenden Plan bezüglich der Mobilitäts- und Teilhabeziele zu vereinbaren, der die spezifischen Kontextfaktoren und die mögliche Unterstützung durch das soziale Umfeld berücksichtigt. Häufig ist dies in der Praxis schwer zu realisieren, da in vielen Fällen die Amputation ein Notfalleingriff ist. Daher ist ein Teilhabemanagement empfehlenswert, insbesondere wenn die Unterstützung durch Angehörige und Freunde fehlt. Der Teilhabemanager/Casemanager führt den Patienten durch das sektorale Versorgungssystem und sichert den Zugang zu notwendigen Hilfen, vom Zeitpunkt der Beratung vor der Operation bis zur erfolgreichen (Wieder-)Eingliederung.

In diesem Rahmen ist frühzeitig zu klären, welche Leistungen der medizinischen Rehabilitation erfolgreich sein können. Die notwendigen Verfahren sind frühzeitig einzuleiten, damit eine möglichst nahtlose Rehabilitation zur Erhaltung und Sicherung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gewährleistet werden kann. Vor der Operation sollte der Operateur auch mit dem die Prothesenversorgung durchführenden Orthopädietechniker und dem Patienten¹ die geplante Operationsmethode und insbesondere die Stumpfgestaltung besprechen, um eine bestmögliche Prothesenversorgung sicherstellen zu können.

¹ Das Vorgespräch mit dem Patienten sollte bei einem planbaren Eingriff immer stattfinden. Bei einer Notfall-OP müssen andere Möglichkeiten der Aufklärung und Einbeziehung des Betroffenen gefunden werden.

5. Frührehabilitation im Akutkrankenhaus, Verordnung der Interimsprothese und weiterer Hilfsmittel

Leistungen der Frührehabilitation im Akutkrankenhaus sollen zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzen (§ 39 SGB V). Zur Frühmobilisierung des Beinamputierten im Akutkrankenhaus werden eine Interimsprothese oder andere geeignete technische Hilfsmittel empfohlen, so es die Stumpfbelastbarkeit, insbesondere die Wundsituation, zulässt. Die Interimsversorgung setzt aber voraus, dass in der weiteren Versorgungskette zeitnah An-/Nachpassungen der Prothese an die sich verändernden Stumpfvolumina möglich sind und während einer anschließenden medizinischen Rehabilitationsleistung oder im Rahmen der anschließenden Krankenbehandlung vom Orthopädietechniker durchgeführt werden. Methoden der Frührehabilitation und des frühen Mobilitätstrainings sind auch bei noch unzureichender Wundheilung anzuwenden, um die Stützkraft der Arme und die Kraft des erhaltenen Beines zu trainieren, Kontrakturen zu vermeiden sowie um eine Ödemreduktion und korrekte Stumpflagerung zu erreichen. Psychologische Betreuung sowie Ergo- und Physiotherapie unterstützen die Behandlung. Soll künftig die Mobilität im Rollstuhl erreicht werden, kann ein individuell angepasster Rollstuhl bereits in der Rehabilitationsklinik verordnet und die Nutzung geübt werden.

Die Versorgungsleitlinie „Rehabilitation nach Major-Amputation an der unteren Extremität (proximal des Fußes)“² schreibt derzeit vor, die Interimsprothese in der Rehabilitationsklinik zu verordnen, da erst nach Ödemreduktion und Bestimmung des Rehabilitationspotentials durch ein qualifiziertes Team die Anfertigung einer Interimsprothese sinnvoll ist. Im Sinne des Patienten muss es aber auch möglich sein, die Interimsprothese frühzeitig, d. h. bereits im Rahmen der Akutversorgung, bereitzustellen. Dies setzt voraus, dass in der Akutklinik das notwendige Know-how für eine bedarfs- und qualitätsgerechte Prothesenversorgung vorhanden ist. Wenn Anpassungen der akutmedizinischen Interimsprothese in der Rehabilitationsklinik, z. B. aufgrund von Volumenschwankungen des Stumpfes, notwendig sind, müssen diese Nachpassungen aber zeitnah erfolgen und entweder vom erst-erstellenden Orthopädietechniker oder in der Rehabilitationseinrichtung erbracht werden, ohne dass dies zu Kostendiskussionen (oder zu Problemen bei der Gewährleistung!) führt. Das wirtschaftliche Risiko einer frühestmöglichen Hilfsmittelversorgung darf nicht allein beim Orthopädietechniker liegen.

In der Akutklinik sind im Rahmen der Hilfeplanung die prognostisch zu erreichende Mobilitätsklasse sowie die Frage zu klären, welcher Orthopädietechniker die Prothesenversorgung übernehmen soll. Der Wunsch des Patienten nach Versorgung durch einen wohnortnahen Orthopädietechniker ist dabei zu berücksichtigen.

In der Rehabilitationseinrichtung sollten entsprechend dem zu erwartenden Mobilitätsgrad des Patienten und der teilhabeorientierten Zielstellung unterschiedliche Passteile erprobt und dann verordnet und eingebaut werden.

Kein Patient darf zu früh und ohne Klärung der Anschlussversorgung aus der Akutklinik entlassen werden.

6. Klinikentlassmanagement und Anschlussversorgung

Im Rahmen der frühzeitig, möglichst bereits vor der Operation zu veranlassenden Anschlussversorgung (§ 11 Abs. 4 SGB V, Klinikentlass- bzw. Überleitungsmanagement)

² http://bmab.de/fileadmin/Bilder/Leitlinie_Rehabilitation_nach_Majoramputation_09-2009_09-2013.pdf

sind Absprachen über die Versorgungsabläufe und Weiterbehandlung mit dem nachfolgenden Leistungserbringer zur Sicherung des Behandlungserfolgs verpflichtend, insbesondere über den Zeitpunkt der Verlegung, die Nachbesserung und Nachkontrolle sowie zur Vermeidung von Mehrfachversorgungen. Für Menschen mit Amputation ist es zielführend, wenn die Anschlussversorgung gemeinsam von Akutklinik, Rehabilitationsklinik und dem Betroffenen geklärt und geregelt wird, ggf. auch mit dem weiterversorgenden niedergelassenen Arzt, Orthopädietechniker und Therapeuten.

Bei gegebener Rehabilitationsfähigkeit und -prognose erfolgt die Einleitung der Rehabilitation. Die Aufnahme in die Rehabilitationseinrichtung sollte auch erwogen werden, wenn die Wundheilung noch nicht vollständig abgeschlossen ist und dadurch noch nicht alle Therapieelemente, wie z. B. Bewegungsbad, möglich sind. In diesen Fällen, aber auch generell für Menschen mit Amputation, muss es möglich sein, die Rehabilitation bedarfsgerecht zu verlängern.

Sofern ältere, multimorbide Patienten in geriatrischen Rehabilitationskliniken behandelt werden, muss sichergestellt sein, dass dort spezifische Kenntnisse über die Versorgung nach einer Amputation vorhanden sind oder solche Kompetenzen hinzugezogen werden können.

Gemeinsam mit dem Betroffenen sollte darüber entschieden werden, welche Form der Rehabilitation die besten Erfolgsaussichten zur Erreichung der Teilhabe bietet und deshalb in Anspruch genommen werden soll. Möglichkeiten der wohnortnahen Rehabilitation sollten auf Wunsch bevorzugt angeboten werden.

Ambulante Leistungen der medizinischen Rehabilitation können in Betracht kommen, sofern Belastungs- und Transportfähigkeit gegeben sind. Mobile Rehabilitation wird beim Betroffenen zu Hause oder im Pflegeheim durchgeführt.

Durch Angebote der mobilen Rehabilitation können in Verbindung mit ambulanter Pflege Versorgungslücken nach Entlassung aus der Klinik/Rehabilitationsklinik geschlossen oder die Nachsorge sichergestellt werden. Dadurch kann insbesondere die Übertragung von in der stationären Rehabilitation erworbenen Fähigkeiten auf den häuslichen Bereich (auch im Pflegeheim) unterstützt werden. Von Vorteil ist, dass die mobile Rehabilitation insbesondere auch die Kontextfaktoren im häuslichen Umfeld des Betroffenen teilhabefördernd beeinflussen kann und Unterstützung für Angehörige bzw. Pflegepersonal gewährleistet.

Derzeit existieren Angebote der ambulanten oder auch mobilen Rehabilitation weder in ausreichender Zahl noch flächendeckend. Daher appellieren wir an die Leistungsträger appelliert, ihrem Sicherstellungsauftrag für bedarfsgerechte Angebote nachzukommen.

Als Problem stellt sich die Weiterversorgung bei nicht gegebener Rehabilitationsfähigkeit oder bei Wartezeit vor der Rehabilitation dar, denn Betroffene sind nach einer Amputation nicht in der Lage, sich selbst zu versorgen. Oft sind wohnortnah fachärztliche bzw. fachpflegerische Angebote nicht vorhanden. Eine Klinikentlassung nach Hause darf grundsätzlich nur dann erfolgen, wenn die häusliche Versorgung sichergestellt ist. Dies verbindlich zu organisieren ist Aufgabe des Versorgungsmanagements der Krankenhäuser nach § 11 Abs. 4 SGB V.

7. Rehabilitation

Jeder von einer Amputation betroffene Mensch muss die Möglichkeit bekommen, die für ihn optimale Rehabilitation zur Erreichung seiner Teilhabeziele in Anspruch zu nehmen (ambulant und/oder stationär) und sich über qualitätsgesicherte und bedarfsgerechte Versorgungsmöglichkeiten zu informieren. Eine offizielle Liste von spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen für Menschen mit Amputation, die bestimmte Qualitätskriterien erfüllen, gibt es zurzeit nicht. Sie sollte bei den Kostenträgern vorliegen, damit diese über qualifizierte Angebote Auskunft geben zu können, und im Internet veröffentlicht werden.

Besonders wichtig ist, dass die Rehabilitationseinrichtung über genügend Erfahrung in der Versorgung von Amputierten verfügt.

Die zeitnahe Genehmigung der Rehabilitation ist sicherzustellen, damit die rehabilitative Versorgung direkt an die Akutversorgung anschließen kann.

Angesichts der schweren Behinderung nach Beinamputation ist eine 3–4-wöchige medizinische Rehabilitation nicht ausreichend. Die Dauer der Rehabilitation muss entsprechend dem individuellen Bedarf des Patienten festgelegt werden, um die Rehabilitations- und Teilhabeziele zu erreichen, auch mit Blick auf derzeit noch fehlende ambulante Versorgungsmöglichkeiten. Die stationäre Rehabilitation ist ggf. durch ambulante Rehabilitationsleistungen am Wohnort zu ergänzen.

Das Überleitungsmanagement der Rehabilitationseinrichtung ist durch den Sozialdienst sicherzustellen. Dabei besteht die besondere Herausforderung, die Übertragung der erworbenen Fähigkeiten auf die häuslichen Bedingungen zu unterstützen und Nachsorge- und Unterstützungsleistungen zu organisieren (vgl. Punkt 4 und 6).

8. Ambulante wohnortnahe Versorgung

Die bedarfsgerechte Weiterversorgung nach der Rehabilitation ist in vielen Fällen unzureichend, insbesondere wenn eine intensive Nachbetreuung notwendig ist. Im ambulanten Bereich bestehen gravierende Versorgungslücken. Ärzte, Therapeuten und Sozialstationen sind mit den komplexen Versorgungsbedarfen beinamputierter Menschen oft überfordert. Dies betrifft vor allem hochbetagte, multimorbide Patienten, die oft keine wohnortferne Rehabilitation im Anschluss an den Klinikaufenthalt in Anspruch nehmen wollen. Die alleinige Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln ist für diesen Personenkreis nicht ausreichend. Deshalb ist es eine vorrangige Aufgabe, im ambulanten Bereich ergänzende Leistungsformen für die Sicherstellung der notwendigen Versorgung zu erschließen. In Betracht kommen beispielsweise die ambulante medizinische Rehabilitation (mit Fahrdienst) oder die mobile (zugehende) medizinische Rehabilitation. Diese Leistungen müssen über den Sozialdienst der entlassenden Klinik zugänglich gemacht werden. In schwierigen Fällen sollte ein Teilhabemanagement stattfinden, das die weitere Versorgung koordiniert.

Bei dauerhaften Schaft- und/oder Statikproblemen sollte der Betroffene den verordnenden Arzt informieren und auch die Möglichkeit erhalten, über den Leistungsträger eine Zweitmeinung einzuholen, vorzugsweise über vereidigte Sachverständige z. B. der Innung.

9. Recht auf Wahlfreiheit des Leistungserbringers

Der Patient hat das Recht auf Wahlfreiheit des Leistungserbringers. Patientenwünsche hinsichtlich der Wahl des Orthopädietechnikers, Arztes und Therapeuten müssen durch die Rehabilitationsträger und die Krankenkassen als Träger der Krankenbehandlung – gerade für schwerstbehinderte Menschen nach Beinamputation – berücksichtigt werden. Für den Betroffenen ist es von Vorteil, wenn die definitive Prothese nach der Rehabilitation durch einen wohnortnahen Orthopädietechniker sachgerecht angefertigt werden kann, da dadurch der Reiseaufwand des Betroffenen für Nachbesserungen und Service reduziert wird.

Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Patient, Arzt, Therapeut und Orthopädietechniker ist die Grundlage, damit eine lebenslange „Partnerschaft“ bei der Prothesenversorgung entstehen kann. Unter dieser Voraussetzung kann der Amputierte wirklich am Leben teilhaben.

10. Hilfsmittelverordnung und Genehmigungsprozess

Kostenträgerübergreifend vereinheitlichte Rahmenverträge sowie vereinheitlichte Formulare zur Verordnung und Leistungserbringung von Hilfsmitteln können eine wichtige Grundlage für den notwendigen störungsfreien und zeitnahen Informationsaustausch über die Ziele und Inhalte der Hilfsmittelversorgung darstellen. Darüber hinaus führt dies zu administrativen Erleichterungen, zur Beschleunigung der Abläufe und ggf. Kostenersparnis, da nicht für ein und dasselbe Hilfsmittel bei unterschiedlichen Kostenträgern andere oder zusätzliche Formulare Anwendung finden. Beispiele hierfür gibt es bereits in Verträgen zwischen Leistungserbringern der Orthopädie-Technik und Kostenträgern im GKV- und DGUV-System, in denen einheitliche Formulare (mit Mobilitätsgrad, Anamnesebogen, Versorgungszielen) bereits in der Praxis angewendet werden.

Eine sorgfältige Vorbereitung des Hilfsmittelantrags mit Kostenplan durch das Versorgungsteam macht eine Überprüfung des Antrags durch den Leistungsträger wesentlich einfacher, weil darin fachlich verlässliche Informationen über Bedarf, Ziele und Ausführung der Hilfsmittelversorgung enthalten sind. Die Überprüfung kann dann bei korrekter Bedarfsfeststellung auf die technische Ausführung beschränkt werden, was den Genehmigungs- und Abrechnungsprozess deutlich beschleunigt.

Damit können Genehmigungszeiten von bis zu drei Monaten und mehr der Vergangenheit angehören, und die Genehmigungsverfahren und -zeiten werden dem Patientenrechtegesetz (drei bis fünf Wochen gem. § 13 Abs. 3a SGB V) gerecht. Dies konnte bereits in einigen Verträgen zwischen Leistungserbringern der Orthopädie-Technik und Kostenträgern im GKV- und DGUV-System umgesetzt werden.

Soweit Hilfsmittel als Rehabilitationsleistungen gewährt werden, ist darauf zu achten, dass die Fristen des Neunten Sozialgesetzbuches (§ 14 Abs. 1 und 2 SGB IX), innerhalb derer über die Leistungen entschieden werden muss, auch tatsächlich eingehalten werden.

11. Häusliches und berufliches Umfeld

So früh wie möglich, spätestens in der Rehabilitationseinrichtung, ist eine individuelle

sozialtherapeutische Betreuung und Weiterversorgung einzuleiten. Bei der Beantragung des Schwerbehindertenausweises akzeptiert die sozialmedizinische Begutachtung inzwischen, dass die 6-monatige Wartezeit auf Anerkennung der Schwerbehinderung (GdB) im Fall einer Amputation entfällt, da von einer Zustandsverbesserung nicht ausgegangen werden kann.

Die Beantragung der Pflegeeinstufung muss spätestens in der Rehabilitationseinrichtung erfolgen. Weiterhin können Wohnungs- bzw. Umfeldanpassungen, Sozialberatung, Transfersicherung und Bearbeitung von Transferhindernissen notwendig sein, die ebenfalls bereits vor der Entlassung aus dem Krankenhaus, spätestens aber vor der Entlassung aus der stationären Rehabilitation eingeleitet werden müssen.

Berufliche Kontextfaktoren, die Einfluss auf die Auswahl der prothetischen Komponenten haben (z. B. Feuchtigkeit, Erschütterungen, elektromagnetische Wellen), sind zur Sicherstellung der beruflichen Teilhabe bei der prothetischen Konzepterstellung rechtzeitig zu berücksichtigen.

Die Verantwortung des Orthopädietechnikers für die Nachsorge der ggf. durch die Akutklinik primär veranlassten Prothese bleibt erhalten. Eine später notwendige Folgeprothese kann entsprechend dem Patientenwunsch durch einen wohnortnahen Orthopädietechniker gefertigt werden.

12. Qualität von Gutachten

Die Gutachter im Bereich der Hilfsmittelversorgung müssen fachspezifisch qualifiziert werden. Im Bereich des MDK sollte der Anteil körperlicher Untersuchungen erhöht werden unter Hinzuziehung von Orthopädietechnikern. Eine Begutachtung nach Aktenlage³ sollte nur vorgenommen werden, wenn eine körperliche Untersuchung des Betroffenen nicht erforderlich ist. Die Feststellung, ob auf eine persönliche Untersuchung verzichtet werden kann, setzt eine hinreichende medizinfachliche Kompetenz des Beurteilers voraus. Um die zugrundeliegenden ärztlichen Unterlagen hinzuziehen zu können, sollten Arztbriefe dem Patienten immer ausgehändigt werden.

Um zeitliche Verzögerungen beim Genehmigungsprozess der Hilfsmittel zu vermeiden, müssen sich die beteiligten Leistungserbringer, Gutachter und der Leistungsträger austauschen und zeitnah die relevanten Unterlagen zur Verfügung stellen.

Hinzuweisen ist auf das Problem, dass die von Krankenkassen beauftragten externen Gutachter im Einzelfall in einem wirtschaftlichen Abhängigkeitsverhältnis vom Auftraggeber stehen können. Im Fall von Gefälligkeitsgutachten ist eine unabhängige Beurteilung von Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit nicht gegeben. Betroffene berichten häufig über Begutachtungen per Telefon und dies steht im Widerspruch zum Beratungsauftrag bei der Hilfsmittelversorgung nach SGB V. Zudem werden durch solche Begutachtungen Teilhabeerfordernisse, Mobilitätswünsche und Sicherheitsaspekte der Hilfsmittelversorgung nur unzureichend berücksichtigt. Dass beauftragte Gutachter zugleich Zugriff auf alle Sozialdaten der Betroffenen haben, ist aus Gründen des Datenschutzes problematisch. Diese Begutachtungspraxis sollte überprüft werden.

³ Ziffer 5.3.3.1 der Anleitung des MDS zur sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit (ABBA 2004).

13. Gehschule

Jeder Mensch mit Amputation hat Anspruch auf angemessene Nachsorge, insbesondere auf eine Gehschule (auch mit wiederholten Schulungen als sog. Refresher-Gehschule). Durch Eintrainieren des Prothesengebrauchs gewinnt der Betroffene Fertigkeiten und Sicherheit für den Einsatz der Prothese im Alltag. Im Rahmen einer solchen Maßnahme können Probleme rechtzeitig erkannt und behoben werden. Entsprechende Angebote müssen flächendeckend zur Verfügung stehen. Die Berufsgruppen Physiotherapeut und Ergotherapeut müssen daher in Zusammenarbeit mit den Orthopädietechnikern ein Gehschulangebot im häuslichen Umfeld sicherstellen.

Mit der Abgabe einer Interims- wie auch einer Definitivprothese muss zur Sicherung der Teilhabefähigkeit regelhaft eine Rehabilitation erfolgen, in der ein Gangtraining stattfindet.

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung sind die Gehschulen integrativer Bestandteil der berufsgenossenschaftlichen Behandlungseinrichtungen und stehen den Leistungsberechtigten der gesetzlichen Unfallversicherung sowohl ambulant wie stationär zur Verfügung. Die Gehschule muss auch (wieder) ein fester Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs werden.

B Forderungen für Veränderung im Versorgungssystem

1. Im gesamten Versorgungssystem ist sicherzustellen, dass betroffenen Menschen das Wahlrecht über Art und Ort der Leistungserbringung gewährt wird und sie oder ihre Angehörigen die notwendigen Entscheidungen selbst treffen können, bei guter Beratung durch Ärzte, Therapeuten und Hilfsmittelberater einschl. des Hilfsmittelhandwerks. Dabei sollten Beratungsangebote der Selbsthilfe einbezogen werden.
2. Das Fallpauschalen-Finanzierungssystem der Akutkliniken sollte daraufhin überprüft werden, ob die Belange der Patienten mit Beinamputationen ausreichend Berücksichtigung finden; insbesondere sind indirekte Anreizsysteme für höhere Amputationshöhen (Fallvergütung, Verweildauer) auszuschließen.
3. Im Rahmen der Anschlussversorgung und Nachsorge (§ 11 Abs. 4 SGB V) bzw. des Teilhabemanagements (SGB IX) muss bei Bedarf ein Casemanagement möglich sein.
4. Das Leistungsangebot der mobilen Rehabilitation ist als Regelleistung der GKV im SGB V (§ 40 Abs. 1 i. V. m. § 111c) verankert und stellt eine geeignete Form der ambulanten medizinischen Rehabilitation für Menschen mit besonders schweren Mobilitätsproblemen dar. Die Angebotsstrukturen der ambulanten und mobilen Rehabilitation müssen somit flächendeckend ausgebaut werden.
5. Die Gehschule für Menschen mit Amputation sollte im Bereich der Heilmittelerbringung stattfinden und in den Heilmittelkatalog aufgenommen werden⁴. Im Bereich der GKV ist das Training mit Hilfsmitteln verbindlich zu regeln. Zu prüfen ist, wie die Gehschule – als gemeinsame Leistung von Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und

⁴ Nach § 126 Abs. 1 SGB V gehört die Anpassung des Hilfsmittels zu den Aufgaben des Leistungserbringers einschließlich der technischen Gebrauchsunterweisung, sofern dies nach dem MPG erforderlich ist. Die Bereitstellung von Rehabilitationsleistungen anderer Berufsgruppen gehört jedoch nicht dazu. Praxisbewährt ist aber das Training mit Hilfsmitteln (u. a. Gehschule) durch geeignete Fachkräfte im Rahmen der Heilmittelerbringung als eine teilhabeorientierte Maßnahme für den betroffenen Hilfsmittelanwender.

Orthopädietechnikern – als essentieller Bestandteil der Versorgung für Menschen mit Amputation definiert, organisiert und finanziert werden kann.

6. Bestehende Qualitätsprobleme in der Rehabilitation für Menschen mit Amputation müssen überwunden werden, insbesondere durch folgende Maßnahmen:
 - Die Versorgung von Menschen mit Amputation sollte, wenn immer möglich und planbar, in Kliniken (Akutkrankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen) mit entsprechenden Erfahrungen und Voraussetzungen erfolgen.
 - Jeder Betroffene, der eine Amputation erlitten hat, bedarf einer Rehabilitation. Für diese ist, insbesondere in der Erstversorgung, genügend Zeit zu veranschlagen.
 - Es ist eine Liste von spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen auf der Grundlage von objektiven Bewertungskriterien über Spezialkenntnisse und Erfahrungen für die Versorgung von zu erstellen und zu veröffentlichen. Diese Spezialeinrichtungen müssen bei der Vertragsgestaltung der Rehabilitationsträger, insbesondere der Krankenkassen, berücksichtigt werden, damit alle betroffenen Menschen qualitätsgesicherten Versorgungsangebote nutzen können.
 - In den Rehabilitationseinrichtungen müssen mindestens zwei für die Hilfsmittelversorgung qualifizierte Ärzte und spezialisierte Therapeuten tätig sein. Eine psychotherapeutische Betreuung muss gewährleistet sein.
 - Die Fort- und Weiterbildung für Ärzte im Bereich Hilfsmittelversorgung/technische Orthopädie müssen zügig bundesweit ausgebaut werden (vgl. Weiterbildungsempfehlungen und -angebote der Initiative 93 Technische Orthopädie), um den bereits fortgeschrittenen Verlust von Fachwissen im Zusammenhang mit dem Ausscheiden erfahrener Ärzte aus dem Beruf zu stoppen.
7. Die Finanzierung der Hilfsmittelerbringung muss den teils erheblichen Aufwand des Orthopädietechnikern für handwerkliche Leistungen bei der Prothesenversorgung berücksichtigen. Anreize zur Überversorgung ist hingegen entgegenzuwirken.
8. Die Verpflichtung nach § 127 Abs. 3 SGB V, auch bei einer Einzelfallversorgung auf der Basis des individuellen, funktionsbezogen festgestellten Bedarfs bei anderen Leistungsanbietern Alternativangebote einzuholen, muss von den Krankenkassen so praktiziert werden, dass ein mit dem Betroffenen solide erarbeiteter Kostenvoranschlag eines Leistungserbringers möglichen Konkurrenten keinen ungerechtfertigten Wettbewerbsvorteil verschafft. Die vom Gesetzgeber vorgegebene Pseudonymisierung darf den von einem Leistungserbringer bereits vorgeleisteten fachlichen Aufwand deshalb nicht beinhalten.
9. Ein einheitliches Verordnungsformular für die Hilfsmittelversorgung im Bereich der GKV muss kassenübergreifend entwickelt und vereinbart werden. Dadurch wird der notwendige störungsfreie und zeitnahe Informationsaustausch über die Ziele und Inhalte der Hilfsmittelversorgung verbessert. Dies kommt den Betroffenen zugute und ist gleichzeitig ein Beitrag zum Bürokratieabbau insbesondere bei den Leistungserbringern, die mit vielen Krankenkassen zusammenarbeiten. Für Hilfsmittel, die als Teilhabeleistungen erbracht werden, sollten die Rehabilitationsträger im Rahmen der individuellen funktionsbezogenen Feststellung des Bedarfs an

Teilhabeleistungen nach § 10 SGB IX trägerübergreifende Anforderungen an die Inhalte der Bedarfsfeststellung und zur Beurteilung von Gegenstand, Umfang und Ausführung der Leistung vereinbaren (§ 12 Abs. 1 Nr. 1 und 4 SGB IX).

10. Eine einheitliche Logistik- und Vertragsstruktur für die prothetische Hilfsmittelversorgung sollte auf der Ebene des GKV-Spitzenverbands Krankenkassen und Leistungserbringer übergreifend verhandelt werden. Auch dies ist ein Beitrag zur Entbürokratisierung.
11. Die Datenerhebung und Evaluation sowie die Forschung im Bereich Hilfsmittelversorgung sind auszubauen.

Heidelberg, im November 2013

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann
Vorsitzender der DVfR

Ralf Rensinghoff
Leiter des Ausschusses Hilfsmittelversorgung

Kontakt:

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)

Friedrich-Ebert-Anlage 9, 69117 Heidelberg

info@dvfr.de, Telefon: 06221 187 901-0

Diese Stellungnahme wurde im DVfR-Ausschuss „Aktuelle Probleme der Hilfsmittelversorgung“ unter Mitwirkung weiterer Experten erarbeitet; beteiligt waren: Ralf Rensinghoff/DGUV, Matthias Bauche/Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik, Dr. Siiri Ann Doka /BAG Selbsthilfe, Anja Druckenmüller/DRV Bund, Claudia Eisenmann/ResMed, Dagmar Gail/Amputierten-Initiative e. V., Prof. Dr. Bernhard Greitemann/Klinik Münsterland; Michael Huber/DVE, Forschungsinstitut Technologie und Behinderung, Otto Inhester/Universität Witten-Herdecke, Prof. Dr. Hans-Peter Kaps/Orthopäde, Vorstand DVfR, Dieter Jüptner/Bundesverband für Menschen mit Arm- oder Beinamputation e.V. (BMAB), Rene Klinke/vdek, Dr. Christian Lukosch/MDK Hessen, Jörn Mohaupt/Qualitätsverbund Hilfsmittel, Natascha Möller-Woltemade/BEO Med-Consulting, Andrea Rädlein/ZVK, Dr. Bärbel Reinsberg/DVfR, Dr. Anett Reißhauer/Charité Berlin, Dr. Dietmar Rohland/MDK Niedersachsen, Dr. Helmholt Seidlein/MEDIAN Klinik Kalbe, Dr. Ulrich Seidel/Sozialpädiatrisches Zentrum Charité, Petra Winkelmann/Institut der Deutschen Wirtschaft, REHADAT