

Erfahrungen aus der mobilen Rehabilitation und der ambulanten Versorgung

Matthias-Schmidt-Ohlemann

Workshop 6

„Schnittstellenproblematik in der Hilfsmittelversorgung:
Krankenhaus/Reha/Pflege/Häuslichkeit“

Ltg. Prof. Dr. B. Greitemann

DVfR-Kongress „Hilfsmittel sichern Teilhabe – Technik für Inklusion in
Alltag und Beruf“

Online 8.-9.11.2021

- Es gibt **Probleme bei der Hilfsmittelversorgung an Schnittstellen zwischen stationärer Versorgung** (Krankenhaus, Rehabilitationsklinik) und ambulanter Versorgung im häuslichen oder schulischen Umfeld, in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe oder im Pflegeheim
- Diese sollen beleuchtet werden aus der Sicht von Einrichtungen der Stiftung kreuznacher diakonie:
 - Mobiler Rehabilitationsdienst
 - Einrichtungen der ambulanten Versorgung von Menschen mit Behinderungen einschl. Pflegebedürftigkeit, und zwar
 - Rehabilitationsfachdienste einer großen Einrichtung der Behindertenhilfe mit Institutsermächtigung zur vertragsärztlichen orthopädischen, neurologischen, psychiatrischen und rehabilitationsmedizinischen Versorgung und Heilmittelversorgung,
 - SPZ,
 - MZEB und
 - Beratungsstelle für Unterstützte Kommunikation und Assistive Technologien
- **Es geht um Hilfsmittel nach § 33 SGB V, wenn sie dem Behinderungsausgleich dienen und insofern der med. Rehabilitation zuzurechnen sind i. V. m. § 47 SGB IX, sowie um Pflegehilfsmittel nach § 40 SGB XI**

Ein **Mobiler Rehabilitationsdienst** ist eine Einrichtung medizinischer Rehabilitation, bei der diese durch ein ärztlich geleitetes multiprofessionelles Team in der Häuslichkeit des Rehabilitanden bzw. in Wohn- oder Pflegeheimen erbracht wird. Dabei spielt die HMV im Wohnumfeld der Rehabilitanden eine große Rolle, da es sich in der Regel um nicht nur vorübergehend in der Mobilität und bei den ADL beeinträchtigte Klienten handelt (z. Zt. vorwiegend geriatrisch). Davon gibt es z. Zt. 22 Einrichtungen in der BRD

MZEBs sind nach § 119 c SGB V **Medizinische Behandlungszentren** für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, Die Behandlung durch medizinische Behandlungszentren ist auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Sie erbringen nach § 43 b SGB V für versicherte Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen **nichtärztliche Leistungen**, insbesondere psychologische, therapeutische und psychosoziale Leistungen, wenn sie unter ärztlicher Verantwortung durch ein medizinisches Behandlungszentrum nach § 119c erbracht werden und erforderlich sind, um eine Krankheit zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu erkennen und einen Behandlungsplan aufzustellen. Dies umfasst auch die im Einzelfall erforderliche Koordinierung von Leistungen.

(analog den sozialpädiatrischen Zentren SPZ)

Verordnung von Hilfsmitteln im Rahmen des Entlassmanagements (Krankenhäuser, Rehakliniken)

„Soweit es für die Versorgung der oder des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, kann das Krankenhaus (die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt) im Rahmen des Entlassmanagements wie eine Vertragsärztin oder ein Vertragsarzt Hilfsmittel für einen **Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen** nach der Entlassung entsprechend dieser Richtlinie verordnen.

Die Verordnung von zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln ist so zu bemessen, dass ein Versorgungszeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach Entlassung nicht überschritten wird....

Besteht die Erforderlichkeit einer Verordnung ... im Rahmen des Entlassmanagements nach Satz 1 bei **nicht zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln** für länger als sieben Kalendertage, so gilt insoweit die Begrenzung der Versorgungsdauer nach Satz 1 nicht.

Von einer unmittelbaren Erforderlichkeit nach Satz 1 ist in der Regel nicht auszugehen bei Hilfsmitteln, die einer individuellen Anfertigung und einer ärztlichen Nachkontrolle nach der Entlassung bedürfen und zur dauerhaften Versorgung vorgesehen sind; Ausnahmen sind zu begründen.....“

Diese Regelung ist unbefriedigend: Zeitverzug, therapeutische Notwendigkeiten,

In der Rehaklinik: Kenntnis der Funktionsbeeinträchtigungen und der Teilhabebedarfe

Andererseits: Keine Kenntnis vom Alltag, vom Wohnumfeld sowie von der Kompetenz der Assistenz.

- **Viele Krankenhäuser veranlassen eine Versorgung mit Pflegehilfsmitteln.** Dazu gehören in der Regel
 - Kranken- bzw. pflegebetten
 - Toilettensitzerhöhungen oder Toilettenstühle
 - Ggf. Schieberollstühle
 - Ggf. Lagerungshilfen oder Lagerungsschienen
 - Ggf. Rollator, Gehstützen
- Damit wird durch die Station ein Sanitätshaus beauftragt, das diese Gegenstände in der Regel zeitnah in der Wohnung des Patienten abgeliefert.
- **In der Regel wird der Patient vom Sanitätshaus (Leistungserbringer, LE) im Krankenhaus nicht persönlich aufgesucht, um Wünsche oder die individuellen Maße zu erheben.** Häufig werden die Angehörigen kontaktiert, insbesondere um den Liefertermin abzustimmen.
- **Ein Hausbesuch des LE zur Abklärung der örtlichen Verhältnisse erfolgt extrem selten.**
- **Die Auslieferung durch den LE erfolgt häufig nicht in Anwesenheit des Patienten, z. T. noch in verpacktem Zustand, und ohne individuelle Anpassung oder die im Med. Produktegesetz vorgeschriebene Einweisung in den Gebrauch.**
- **Es handelt sich, wenn nicht ausdrücklich anders verordnet, um Standardprodukte.**

Diese Standardprodukte sind häufig nicht bedarfsgerecht, wenn man die Ziele der HMV beachtet:

- Bei Pflegehilfsmitteln: Erleichterung der Pflege, **Linderung der Beschwerden** oder **Ermöglichung einer selbständigen Lebensführung**. (§ 40 SGB XI, nachrangig zu GKV und anderen Rehaträgern)
- **Nach § 42 SGB IX bestimmen sich die Ziele der HMV zum Behinderungsausgleich umfassender:**
„Zur medizinischen Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um
 1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhindern sowie den vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu verhüten oder laufende Sozialleistungen zu mindern.“
- **Und nach § 33 SGB V:**
... die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der 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 Abs. 4 ausgeschlossen sind.

1. **Pflegebett** (Funktionalität und Verstellbarkeit, u.a. Absenktiefe, passt nicht ins gewünschte Zimmer))
2. **Antidekubitusmatratzen** (dysfunktional bzgl. sensorischem Input)
3. **Standardtoilettenstuhl** (auf Rollen, kippgefährlich, zu groß/zu klein, erschwerter Transfer, passt nicht ins Badezimmer usw.)
4. **Standardrollstuhl** (nicht adaptiert, nicht eigenständig und leicht bedienbar, keine korrekte Sitzposition, vgl. z.B. Patienten mit Hemiparese)
5. **Lifter** (falls überhaupt verordnet fehlende Anwendbarkeit im Wohnumfeld, Schulung...)
6. **Gehstützen** (nicht angepasst)
7. **Rollatoren** (nicht angepasst, falsches Modell)

Häufig muss hier eine Umversorgung erfolgen. Das Training und die Anleitung müssen Pflegedienste übernehmen, so vorhanden. Produkteinweisung fehlt. Nicht selten findet sich eine Überversorgung.

Bei Entlassung in eine Pflegeeinrichtung unterbleibt meist eine individuelle Hilfsmittelversorgung oder eine Empfehlung dazu, unabhängig davon, ob die Pflegeeinrichtung die notwendigen Hilfsmittel tatsächlich bereit stellen kann.

Die Versorgung erfolgt durch den Hausarzt in der Regel verzögert und hängt oft von der Teilhabeorientierung der Pflegeeinrichtung ab. Dies gilt insbesondere für die Kurzzeitpflege.

s. Vortrag Greitemann

Klinik kennt die funktionellen Einschränkungen und verfügt über spezifische Expertise bei der HMV. Unterschiede bestehen zwischen Standardhilfsmitteln, üblichen individuell adaptierten Versorgung und speziellen individuellen Versorgung mit Erfordernis einer speziellen Expertise und Begleitung des Versorgungsprozesses durch ein spezialisiertes multiprofessionelles Team.

Problemstellungen:

1. Kann die Rehaklinik die HMV erproben (z.B. adaptierter Rollstuhl)?
2. Darf die Rehaklinik eine poststationäre HMV einleiten?
3. Kenntnis des Alltagslebens und des Wohnumfeldes nicht vorhanden
4. Art und Umfang der Assistenz/Versorgung meist nicht bekannt
5. Ärztliche und therapeutische Weiterversorgung unklar
6. Diagnostische Hausbesuche in der Regel nicht möglich
7. Weitere Anpassung bei Wohnortferne schwierig,
8. Bei Weiterbetreuung: Eingriff in den Sicherstellungsauftrag der Vertragsärzte
9. Wahl der OT: kliniknah mit spezieller Expertise, wohnortnah mit unbekannter Expertise, Vertragspartner der Krankenkasse
10. Prüfmöglichkeit der KK bzw. des MD schwierig zu organisieren

§ 33 SGB V vs. § 42 und 47 SGB IX: § 33 SGB V bezieht sich nur auf die vertragsärztliche Versorgung, nicht auf die medizinische Rehabilitation

(5a) Eine vertragsärztliche Verordnung ist für die Beantragung von Leistungen nach den Absätzen 1 bis 4 nur erforderlich, soweit eine erstmalige oder erneute ärztliche Diagnose oder Therapieentscheidung medizinisch geboten ist. Abweichend von Satz 1 können die Krankenkassen eine vertragsärztliche Verordnung als Voraussetzung für die Kostenübernahme verlangen, soweit sie auf die Genehmigung der beantragten Hilfsmittelversorgung verzichtet haben.

(6) Die Versicherten können alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. **Vertragsärzte oder Krankenkassen dürfen, soweit gesetzlich nicht etwas anderes bestimmt ist oder aus medizinischen Gründen im Einzelfall eine Empfehlung geboten ist, weder Verordnungen bestimmten Leistungserbringern zuweisen noch die Versicherten dahingehend beeinflussen, Verordnungen bei einem bestimmten Leistungserbringer einzulösen.**

Aber: Für Leistungen der med. Rehabilitation (dazu gehören HM zum Behinderungsausgleich) reicht ein Antrag der Versicherten. Die Rehabilitationsklinik kann die dazu erforderliche Bedarfsermittlung durchführen (gesetzl. Aufgabe), deren Ergebnis der Patient seinem Antrag beifügen kann.

Die KK prüft den Antrag als Rehaleistung.

Der Patient darf die Empfehlung der Rehaklinik bzgl. eines OT, die im Einzelfall geboten sein kann, umsetzen. Dem Patienten darf nämlich nicht verwehrt werden, sich durch die Rehaklinik beraten zu lassen. Vertragliche Verbindungen zwischen Rehaklinik und OT sind auszuschließen.

- Die **Weiterversorgung bei der HMV sollte bei Wohnortnähe durch die Klinik möglich sein.**
- Bei Wohnortferne kommt eine **telemedizinische Nachsorge** in Betracht, und zwar auch in Kooperation mit dem örtlichen OT, Vertragsarzt, Heilmittelerbringern (KG, Ergo)
- **Hilfsmittelbezogene Nachsorgekonzepte** sind zu entwickeln, z.B. als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 SGB V und vertraglich zu vereinbaren. Dadurch wird ein Konflikt mit dem Sicherstellungsauftrag der Vertragsärzte vermieden.
- Die **Mobile Rehabilitation** kann die Weiterversorgung übernehmen
- Die rehabilitative Weiterversorgung könnte auch durch ein **ambulantes Rehasentrum** vor Ort erfolgen. **Dazu fehlen derzeit konzeptionelle und leistungsrechtliche Vereinbarungen.**
- **Die Prüfung und Genehmigung der HMV durch die KK einschl. dem MD ist zeitnah in der Klinik sicherzustellen. Dies kann optimal telemedizinisch erfolgen.**
- **Bedarfsgerechte diagnostische Hausbesuche durch die Rehaklinik sind konzeptionell vorzusehen und zu vergüten.**

Problemstellungen:

1. Mitnahme einiger Hilfsmittel ist oft zweckmäßig oder notwendig. Deren Beförderung ist nicht immer gewährleistet. Die Kliniken weisen auf Platzmangel hin (u.a. Lademöglichkeit für Elektrorollstühle)
2. Menschen mit schweren Beeinträchtigungen können den **Bettnotruf häufig nicht bedienen**. Es fehlt an speziellen Notrufgeräten.
3. Vorhandene **Kommunikationshilfsmittel sind an die Krankenhausrufanlage oft nicht anschließbar**.
4. Dem Krankenhaus zur Verfügung gestellte Steuerungselemente (z.B. für den Notruf) sind im jeweiligen Bedarfsfall nicht verfügbar oder werden nicht eingesetzt.
5. **Die Krankenhäuser und Rehakliniken verfügen meist nicht über einfache Kommunikationshilfsmittel für Nichtsprechende Menschen, so dass sich diese nicht verständigen können.**
6. **Vorhandene Hilfsmittel, insbesondere Kommunikationshilfsmittel werden im Klinikalltag wegen mangelnder Vertrautheit und knapper personeller Ressourcen nicht eingesetzt.**
7. **Eine Verbesserung der Situation ist für die Krankenhäuser durch die neuen Regelungen zur Assistenz im Krankenhaus zu erwarten. Eine Regelung für Rehakliniken fehlt noch**

Problemstellungen

1. Nach muskuloskelettalen oder neurochirurgischen Operationen sind vorhandene HM oft nicht mehr passgerecht.
2. Eine Übergangsversorgung unter Berücksichtigung der postoperative Lagerungsvorschriften ist erforderlich.
3. Die orthopädietechnische Versorgung postop wird
 1. **Allein durch das Krankenhaus** durchgeführt ohne Kooperation mit den Vorversorgern, obwohl diese die Patienten gut kennen, oft jahrelange Erfahrungen haben und in der Lage sind, ggf. nach Rücksprache, die Versorgung zu übernehmen. (Besonders problematisch bei Kindern und Jugendlichen)
 2. **Gar nicht durch das Krankenhaus durchgeführt**, wobei nicht immer zeitnah die kompetente Weiterversorgung gesichert ist bzw. während des Klinikaufenthaltes angebahnt wird.
4. **Nicht selten wird eine komplette Neuversorgung ohne Rücksprache mit den Vorversorgern durchgeführt. Hier wäre ein Austausch notwendig. Dabei kommt es zu Doppel- und zu Fehlversorgungen, da der Patient und seine Lebensumstände im Krankenhaus nicht hinreichend bekannt sind.**
5. Eine dringende postop. Versorgung scheitert öfter an Verzögerungen im Prüf- und Bewilligungsverfahren der Krankenkassen.

- **Es gibt zahlreiche Probleme bei der Hilfsmittelversorgung an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung.**
- **Ein Teil der Probleme ließe sich durch konsequente Anwendung der Vorschriften des SGB IX lösen, wenn die Hilfsmittel dem Behinderungsausgleich dienen.**
- **Nachsorgekonzepte sind zu entwickeln unter Einschluss telemedizinischer Möglichkeiten.**
- **Ambulante und vor allem mobile Rehabilitation können einen Großteil der Probleme lösen, wenn sie vorhanden oder erreichbar wären und dafür die notwendigen vertraglichen Vereinbarungen bestehen würden.**
- **Haus- und Fachärzte sollten in speziellen Fällen fachkompetente Unterstützung durch ein multiprofessionelles Team wohnortnah erhalten. Dazu können spezialisierte Ambulanzen beitragen.**
- **Die SPZ und die MZEB sollten in die poststationäre HMV eingebunden werden. MZEB sind jedoch noch nicht ausreichend vorhanden.**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!