

Die Hilfsmittelversorgung neurologischer Patienten

Eine Aufgabe mit Mass und Ziel

Harald Masur und Torsten Zwecker

In Zeiten knapper werdender Kassen gewinnt eine effektive Hilfsmittelversorgung immer mehr an Bedeutung, insbesondere in Anbetracht einer Geriatriisierung der Patientenklientel mit zunehmenden chronischen Erkrankungen. Innerhalb der neurologischen Rehabilitation ist die Hilfsmittelversorgung ein wesentlicher Bestandteil der multidisziplinären Behandlung und einer umfassenden Therapie. Die politische Förderung der ambulanten Versorgung neurologischer Patienten verlagert diese Aufgabe auch in den Bereich der hausärztlichen Grundversorgung.

Während körperliche Untersuchungsmethoden, Diagnosenstellung und Pharmakotherapie einen breiten Raum im medizinischen Studium einnehmen, sind Informationen zu einer adäquaten und ausreichenden Hilfsmittelversorgung fast gar nicht eingegangen. Eine gute, individuell angepasste Hilfsmittelauswahl ist jedoch eine unabdingbare Voraussetzung, um über längere Zeiträume bestehende funktionelle Einschränkungen auszugleichen und zu kompensieren und so ein verbessertes Teilhaben des Behinderten an den sozialen Lebensbereichen zu ermöglichen.

Im Hilfsmittel-Dschungel

Unzählige Hilfsmittel sind auf dem Markt, um orthopädische oder neurologische Defizite auszugleichen. Zur Überschaubarkeit können Hilfsmittelgruppen *indikationsspezifisch* oder *funktionsspezifisch* zugeordnet werden:

In Abhängigkeit des Mobilisationsgrades können beispielsweise *Gehhilfen* wie

- Unterarmgehstützen oder
- Rollatoren verordnet werden.

Des Weiteren sind

- Rollstühle verschiedenster Art einsetzbar (in Abhängigkeit der Sitz-, Rumpf- und Kopfstabilität können diese zusätzlich unterstützend zugeschnitten werden).

Darüber hinaus sind bei *häuslicher Krankenpflege*

- Pflegebetten für Patienten und betreuende Angehörige vorgesehen. Zu weiteren Hilfsmitteln, welche die *Bewältigung des Alltags* erleichtern, zählen

- Greifhilfen
- Stuhlerhöhungen oder
- Mobilisationshilfen im Bad.

Zur *Verbesserung von Gliedmassenfunktionen* können

- Schienen und
- Bandagen verordnet werden.

Das Teilhaben an verschiedenen *sozialen Lebensbereichen* wird durch

- behindertengerechte Bestecke
- Anziehhilfen
- Lesehilfen oder
- Schreibgeräte für kommunikativ Behinderte

- computergestützte Trainingsprogramme, die bei Patienten mit Hirnleistungsstörungen anpassbar sind, gefördert.

Es ist festzustellen, dass einzelne Verschreibungen relativ alltäglich sind, andere sind dagegen hoch speziell. Es ist jedoch unabdingbar, dass sie an die Behinderung des Patienten gut angepasst sein müssen, um die Individualität des Patienten mit sei-

Die Lebensqualität und Zufriedenheit des Betroffenen zu erhöhen, stärkt das Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt und die Patientenbindung.

nen spezifischen Bedürfnissen exakt zu berücksichtigen. Hier gehen biometrische Patienteninformationen (Grösse, Gewicht), die Art der Behinderung und die erhaltenen Restfunktionen ein, ebenso wie notwendige technische Details, die zusätzliche Informationen zur korrekten Anpassung des Hilfsmittels liefern (Breite, Sitztiefe, Neigung, Materialien).

Individualität unter dem Wirtschaftlichkeitsgebot

Der Wert eines Hilfsmittels wird an der Zufriedenheit des Betroffenen und/oder an der Zufriedenheit der Pflegenden gemessen, die einen schwer pflegebedürftigen chronisch Behinderten mit neurologischer Erkrankung betreuen. Durch die Unterstützung von Restfähigkeiten oder durch Förderung von Kompensationsstrategien in der Hilfsmittelversorgung soll ein weitestgehend uneingeschränktes Teilhaben an allen Lebensbereichen erreicht werden. Dies bedeutet eine Erleichterung der Selbstversorgung mit verbesserter Übernahme von Aktivitäten des täglichen Lebens, wie Waschen, Anziehen, Essen, Mobilität inklusive Toilettengänge (Strumpfanzieher, Haltegriffe im Bad, Badewannenlifter, Toilettensitzerhöhungen, erwähnte Mobilitätshilfen). Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens wie Telefonieren, Auto fahren, Einkaufen oder Kontakte zu Hilfsdiensten (Hausnotrufsysteme, Rampen, Schwungunterstützungen an Rollstühlen, Kommunikationshilfen) werden parallel begünstigt. Weiterhin wird darauf abgezielt, die körperliche Belastung der Pflegenden im Umfeld des Betroffenen zu reduzieren, die in ihrer Zufriedenheit oder Unzufriedenheit das psychische Befinden des Patienten entscheidend beeinflussen.



Gerade in Zeiten schlecht gefüllter Kassen kann das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht ausser Acht gelassen werden. Falsch angepasste Hilfsmittel sind nicht nur kontraproduktiv für die Entwicklung des Patienten, sie belasten das Gesundheitswesen und das eigene Budget unnötigerweise. Das Gleiche gilt für ungenutzte Hilfsmittel, die zwar verordnet und adäquat angepasst, aber nicht angenommen werden.

Es gilt ebenso zu berücksichtigen, dass bei funktionellen Verbesserungen unter fortgeführter Förderung manche Hilfsmittel unnötig, andere

jedoch zunehmend bedeutender werden. So kann bei Mobilisierung und ausreichender Gangschulung eine Rollstuhlversorgung in den Hintergrund treten und eine Rollatormobilität erreicht werden. Dies bedeutet, eine an den jeweiligen Rehabilitationsprozess angepasste Hilfsmittelversorgung sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich sicherstellen zu müssen.

Hilfsmittelversorgung im Team

Die Verschreibung eines Hilfsmittels ist ein essenzieller Vorgang im Aufgabenbereich des Arztes, dem bisher zu wenig Beachtung geschenkt wurde. Ein enger Kontakt zu Patient und Angehörigen oder Pflegenden ist dabei unabdingbar. Der Dialog mit dem Sanitätshaus ermöglicht den individuellen Zuschnitt. Zur Einbindung in den Rehabilitationsprozess

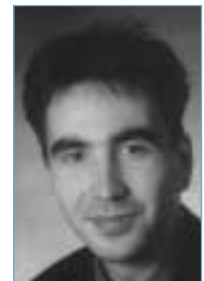
Eine adäquat angepasste und individuelle Hilfsmittelversorgung rundet die Behandlungsqualität einer stationären neurologischen Rehabilitation oder einer ambulanten rehabilitativen Förderung entscheidend ab.

12 wichtige Fragen im Prozess der Hilfsmittelversorgung und Anpassung

1. Was sind die Ziele und Bedürfnisse des Behinderten, und wie möchte er unterstützt werden?
2. Wie steht das unmittelbar betroffene soziale Umfeld zu den Zielen des Patienten?
3. Wie sieht das Umfeld des Betroffenen aus (stationäre Pflege, häusliche Pflege, betreutes Wohnen oder behindertengerechtes Wohnen, Selbstversorgung)?
4. Welcher funktionelle Status ist aktuell im körperlichen und psychischen Bereich? Welche Behinderungen oder Defizite bestehen, und welche Kompensationsstrategien hat sich der Patient bisher aneignen können (Feststellung des Ist- und Soll-Zustands des Patienten; Funktionen und Ressourcen zur weiteren Verselbstständigung)?
5. Wie sehen die räumlichen und baulichen Gegebenheiten vor Ort im Wohnraum des Betroffenen aus?
6. Fördert das ins Auge gefasste Hilfsmittel die weitere Erhaltung oder die Verbesserung der vorhandenen Fähigkeiten?
7. Inwieweit ist das Hilfsmittel in den therapeutischen Prozess integrierbar, und ist dessen Anwendung physiotherapeutisch, ergotherapeutisch oder logopädisch erprobt?
8. Kann durch eine Hilfsmittelversorgung eine Unabhängigkeit von Hilfsdiensten erreicht werden, sodass eine Entlastung des Gesundheitswesens resultiert?
9. Kann der Betroffene das ausgewählte Hilfsmittel selbstständig bedienen, oder ist eine Adaptation notwendig, die ihm das Bedienen erst möglich macht, damit eine Erhaltung bzw. eine Verbesserung vorhandener Fähigkeiten erreicht wird?
10. Welche Kosten entstehen, wer ist der Kostenträger, und in welchem Umfang werden die Kosten übernommen? (Es ist zu berücksichtigen, ob der Betroffene einen Antrag auf Aufnahme in die Pflegeversicherung gestellt hat, da Krankenkasse und Pflegeversicherung unterschiedliche Leistungskataloge für Hilfsmittel bereitstellen und für Pflegehilfsmittel eine ärztliche Verordnung nicht erforderlich ist.)
11. Welches Sanitätshaus wird mit einbezogen oder wird gewünscht?
12. Kann eine erneute stationäre neurologische Rehabilitation im Heilverfahren einen Zugewinn bewirken im Sinne einer Investition, damit eine teure, weit reichende Hilfsmittelversorgung wahrscheinlich überflüssig wird und so Pflegeaufwand, Versorgungs- und Instandhaltungskosten vermieden werden können?



*Prof. Dr. med. Harald Masur
Chefarzt der Neurologischen Klinik
Edith-Stein-Fachklinik
Am Wonneberg
D-76887 Bad Bergzabern*



*Dr. med. Torsten Zwecker
Assistenzarzt der Neurologischen Klinik
Edith-Stein-Fachklinik
Am Wonneberg
D-76887 Bad Bergzabern*

Interessenkonflikte: keine

während physiotherapeutischer, ergotherapeutischer oder gar logopädischer Behandlung ist auch in diesem Bereich eine enge Zusammenarbeit notwendig.

Während einer stationären neurologischen Rehabilitation ist eine Team-

struktur mit gegenseitigen kontinuierlichen Rückmeldungen gegeben. Ambulante Strukturen, in die der Hausarzt mit eingebunden ist, existieren dagegen nicht. Die Motivation aller Beteiligten zur Kommunikation bleibt hier entscheidend. ■