

# Versorgungssituation Amputierter aus sozialmedizinischer Sicht

Expertenforum 2007  
SEG 1 und SEG 5, Münster

Dr. D. Rohland

29.11.2007

Dr. D. Rohland

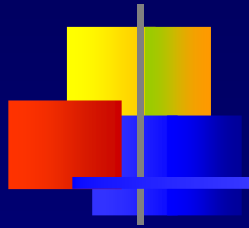




# I. Relevante Themen / Anregungen

---

- Versorgungsprozess
- Wann sollte Prothesenversorgung erfolgen?
- Mindestmenge/ Qualifikation
- Rehabilitationsdauer?
- Primär Rollstuhl bei bds. Amputation?
- Amb. Rehabilitation / mobile Rehabilitation, Heilmittel
- Orthopädietechnik / Gangschule?



# Beinprothese

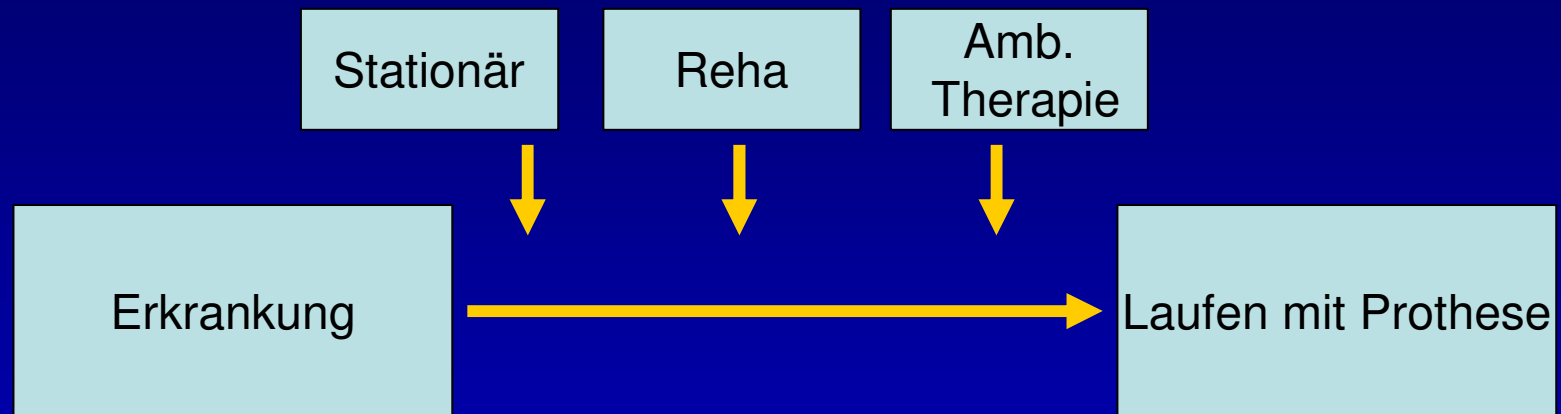
29.11.2007





# Versorgungsprozess

---



Beteiligte: Arzt, Pfleger, Psychotherapeut, OT,  
Physiotherapeut

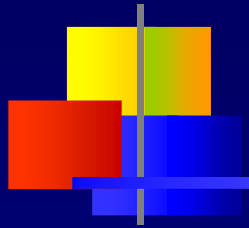
außerdem: Betroffene, Gutachter, Gerichte,  
Industrie, Werbung

# „Laufen mit Prothese“



29.11.2007

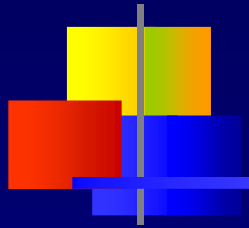
Dr. D. Rohland



# Amputationsursachen

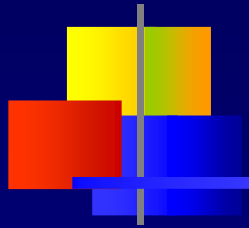
---

- In etwa 90 % der Fälle bei rund 55000 bis 60000 Amputationen pro Jahr (Heller et al. 2005) wegen peripherer Durchblutungsstörung (mit oder ohne Diabetes mellitus)
- oft hohe Multimorbidität der Patienten



- führt... trotz Leitlinien ... immer noch dazu, dass „schlechte Stümpfe und/oder schlechte Prothesen Behinderte behindern“

L.Brückner (2007)

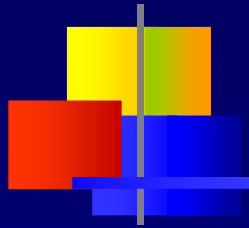


## II. Präoperative Phase

---

- Major-Amputation – keine Anfängeramputation !
- dominiert von Chirurgen, Gefäßchirurgen oder Unfallchirurgen
- Unterschiedliche orthopädietechnische Kenntnisse der Ärzte
- Ausnahmesituation beim Patienten





## III. Frühe postoperative Phase

---

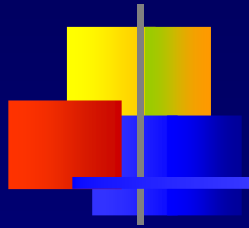
- Physiotherapeutische Behandlung so schnell wie möglich beginnen
- Ödemreduktionen, Kontrakturprophylaxe sowie die Pneumonie- und Dekubitusprophylaxe
- Transferübungen
- Stumpfformung



## Zeitpunkt der Versorgung mittels einer Prothese

---

- Aktuelle Leitlinie DGOOC empfiehlt: prothetische Versorgung erst in einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung
- Forderung einiger Krankenkassen, dass der Patient mit Prothese aus der Akut-Klinik in die „Reha-Klinik“ entlassen werden soll
- Allgemeingültige Aussage, wer die Prothesenerstversorgung durchführen soll, kann nicht getroffen werden



- Sofern die mitgebrachte Prothese nicht passend ist oder
- als solche auch nur empfunden wird, besteht zumeist
- Frage der Notwendigkeit einer Anfertigung einer weiteren Prothese

keine „Prothesen**mitgabe**“

Ende Akutklinik / Verlegung in eine  
Rehabilitationseinrichtung



## „Mindestmenge“

---

- Empfehlung einer so genannten „Mindestbehandlungsmenge“ (lt. Leitlinie DGOC – S2) für Rehabilitationseinrichtungen bezogen auf Major-Amputationen ist
  - zwar als Forderung zu begrüßen,
  - in der Praxis und sozialrechtlich verbindlich jedoch bisher nicht umsetzbar
- Zahl der spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen ist in Deutschland überschaubar



## IV. Stationäre Rehabilitation

---

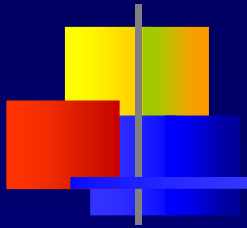
- Major-Amputation im fortgeschrittenen Alter – zumeist stationäre Rehabilitation
- Auch wenn zwischen prothetischer Versorgung und ggf. primärer Rollstuhlversorgung zu entscheiden ist?



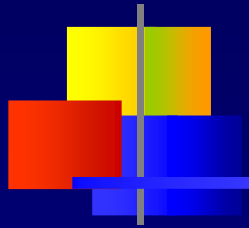
## „Rehabilitationsdauer“

---

- Lt .Lit. benötigen rund 50% der prothetisch versorgten Amputierten 4,5 bis 9 Wochen Rehabilitation (Greitemann et al., 1997)
- „Bestätigung“ 1997 von der Expertengruppe „Rehabilitation Amputierter“, (Akut- und Reha-Medizinern Deutschlands)



- spätestens bis zum 14. Tag Klärung, in welche Richtung sich der Rehabilitationsprozess entwickeln wird.
- „nur“ Rollstuhlfähigkeit des Patienten , so ist die Rehabilitation nach der Schulung im Umgang mit dem Rollstuhl, also nach etwas einer weiteren Woche, zu beenden.



- Auch bei frühzeitiger Verlegung (DRG) - z.T. Verlängerung der Rehabilitationsdauer
- vermutlich auf Zeiträume zwischen vier bis sechs Wochen, ggf. auch länger
- Geringe Wunddehiszenzen, sachgerecht umgehen zu können
- kosmetische Fertigstellung in Ausnahmefällen auch nach der Rehabilitation





## V. Ambulante Rehabilitation (Mobile)

---

### Probleme:

- zumutbare Fahrtzeit ,
- Arzt-Einrichtungsqualifikation / Mindestmenge
- Mobilität gerade bei Majoramputation
  
- Ambulante Rehabilitation kann auch als mobile Rehabilitation erbracht werden ( Arbeitsform des Hausbesuches)



## VI. Orthopädietechnische-Versorgung

---

### Teilweise Fehlentwicklung

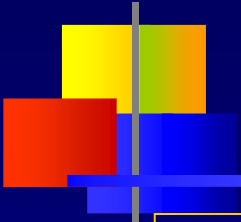
- kostenintensive Neuentwicklungen werden bevorzugt berücksichtigt,
- ohne dass die individuelle Situation des Betroffenen oder
- die Möglichkeit der Abänderung der bisherigen Prothese etc. adäquat Berücksichtigung finden
  
- Bei prozentualen Preisaufschlägen für ausgelieferte Passteile erfolgt „aus Existenzgründen ... ggf. im Zweifelsfall die eher etwas teurere Passteilauswahl“

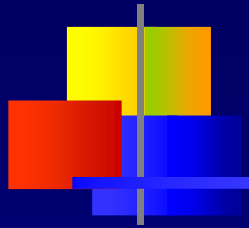


## VII. Heilmittel / Gangschule

---

- KG, Übungsbehandlungen, Massagetechniken und weitere Maßnahmen der Physikalischen Therapie
- Menge des Regelfalls auf bis zu 30 Einheiten in der Gesamtverordnungsmenge erstreckt.

- 
- **Gangschule** für Prothesenträger (ca. 40 – 60 Minuten Dauer/Behandlungseinheit, 2-3 x wöchentlich, Gesamtdauer abhängig vom funktionellen Zustand,
  - ein **Physiotherapeut** – mit orthopädiotechnischen Kenntnissen – **gemeinsam mit** einem **Orthopädietechniker** – mit physiotherapeutischen Kenntnissen
  - Verbesserung der Versorgungssituation insbesondere bei orthopädiotechnischen Nachversorgungen möglich



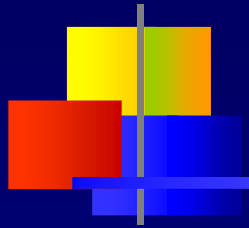
# Bestandsaufnahme

---

- Wir müssen uns heute zu Beginn des 21-Jahrhunderts fragen, ist von Seiten der Amputation, der prothetischen Versorgung und der Rehabilitation in Deutschland alles schon in Ordnung?

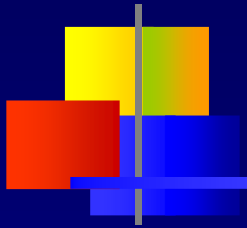
Nein, im Wesentlichen leider nicht.

L. Brückner ( 2007)



Eigene umfangreiche Erfahrungen zeigen, dass die Zusammenarbeit mit Akut-Kliniken, Orthopädietechnikern und Kostenträger medizinische und ökonomisch sehr wertvoll ist.





29.11.2007

Dr. D. Rohland



SEG 1

der MDK-Gemeinschaft  
beim MDK Niedersachsen