

## **Impulsreferat: Teilhabeorientierung bei der Versorgung amputierter Menschen – eine interdisziplinäre Herausforderung**

Dr. Stefan Gronemeyer – Bereichsleiter Sozialmedizin - Teilhabe/Pflege des MDS

Die Versorgung von Menschen mit medizinischen und anderen Sozialleistungen im Rahmen einer Gliedmaßenamputation stellt in vielen Fällen einen komplexen Prozess dar. Dieser ist dadurch gekennzeichnet, dass neben den Betroffenen eine Vielzahl von therapeutischen, unterstützenden und technisch ausgerichteten Berufsgruppen beteiligt sind. Der Behandlungsprozess kann oft nicht kurzfristig zum Abschluss gebracht werden, sondern es sind im weiteren Leben der/des Amputierten immer wieder therapeutische Interventionen im Zusammenhang mit der Amputation erforderlich. Nach der Operation und Akutversorgung folgt der Prozess der Wiedereingliederung der durch Leistungen der medizinischen und/oder beruflichen Rehabilitation sowie Heil- und Hilfsmittelversorgung, die Rehabilitationsnachsorge und die unbefristete weitere vertragsärztliche Versorgung unterstützt wird.

Es kann heute grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass alle an diesem Versorgungsgeschehen beteiligten Institutionen und Professionen ihre jeweiligen Einzelleistungen auf hohem medizinischen und technischen Dienstleistungsstandard erbringen. Weniger klar ist die zielgerichtete Vernetzung der einzelnen Leistungen und Akteure. Dafür ist die Definition eines sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Versorgungsziels erforderlich. Dies kann bei einer patientenorientierten Betrachtungsweise nur das Ziel der bestmöglichen Teilhabe der Betroffenen sein. Nach Hüller und Schuntermann ist das "Konzept der Teilhabe mit Fragen nach dem Zugang zu Lebensbereichen sowie der Daseinsentfaltung und dem selbstbestimmten und gleichberechtigten Leben verknüpft, sowie mit Fragen der Zufriedenheit der erlebten gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der erlebten Anerkennung und Wertschätzung in den Lebensbereichen, die für die betrachtete Person wichtig sind".

Der Begriff der Teilhabe ist daher geeignet, aus einer finalen Betrachtungsweise heraus ein umfassendes Gesamtziel der Versorgung zu beschreiben, dem die Teilziele auf der Ebene

einzelner Berufsgruppen zugeordnet werden können. Mit der Teilhabeorientierung wird eine Systematisierung und Strukturierung des Versorgungsprozesses möglich, da dadurch alle Beteiligten ihre Einzelleistungen im Rahmen eines gemeinsamen Konzeptes beisteuern. Wesentlich ist hier die Verwendung eines einheitlichen begrifflichen und konzeptionellen Bezugssystems, welches die Verständigung über Berufs- und Sektorengrenzen hinweg ermöglicht und so dazu führt, dass Schnittstellen nicht zwangsläufig als Barrieren wirken.

Die Entwicklung des Sozialrechts vom SGB IX bis zum neu geschaffenen Anspruch auf ein Versorgungsmanagement trägt diesem Anspruch Rechnung. Eine hilfreiche universelle Konzeption und geeignete Begrifflichkeiten stellt die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit Behinderung und Gesundheit (ICF) zur Verfügung. Die interdisziplinäre Herausforderung besteht darin, dass sich alle Akteure als Teil eines Prozesses zur Verbesserung der Teilhabe der Betroffenen begreifen und ihr eigenes Handeln in diesem Kontext ausrichten.

Wie die praktische Umsetzung einer teilhabeorientierten Versorgung amputierter Menschen in einem sektoral geprägten Gesundheitssystem mit unterschiedlichen Leistungszuständigkeiten gelingen kann, bedarf weiterhin der intensiven Diskussion.

## Versorgungssituation Amputierter aus sozialmedizinischer Sicht

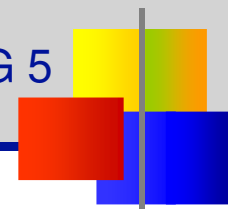
Dr. Dietmar Rohland – Leiter Geschäftsbereich Consulting des MDK Niedersachsen

Der Beitrag stellt einige, die Versorgung von Patienten mit Amputationen der unteren Extremitäten betreffende, problematische Sachverhalte dar, die auch im Rahmen sozialmedizinischer Begutachtungen relevant sein können. Von Amputation Betroffene sind meist älter und multimorbide. Lediglich circa 10 % der Amputationen werden aus unfall- oder tumor-, selten auch aus fehlbedingten Ursachen, durchgeführt. Häufig sind periphere Durchblutungsstörungen mit oder ohne Diabetes mellitus die Gründe für die Amputation.

Nicht selten bestehen bereits vor der Amputation bei den Patienten deutliche Einschränkungen in der Aktivität und Teilhabe. Die nach der Operation resultierenden weiteren, teils erheblichen Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe, insbesondere bei Unterschenkel- beziehungsweise Oberschenkelamputationen, in Kombination mit meist höherem Lebensalter und gegebenenfalls bestehender Multimorbidität, führen häufig zu komplexen Problemsituationen. In Verbindung mit der in der Regel notwendigen, orthopädietechnisch anspruchsvollen prothetischen Versorgung, ist dies durch die Betroffenen ohne geeignete Unterstützung oft kaum zu bewältigen.

Bereits in der Phase vor beziehungsweise bei der Amputation wird der Weg für das weitere Schicksal und für die realen Chancen des Betroffenen gebahnt. Gleichwohl ist die Phase im Krankenhaus direkt nach der Operation ebenso bedeutsam wie die Phase der stationären gegebenenfalls aber auch der ambulanten Rehabilitation.

Bezogen auf diesen Gesamtprozess der postoperativen Versorgung, der nicht zuletzt aufgrund immer wieder notwendig werdender Nachversorgungen praktisch nie abgeschlossen ist, werden zunächst einzelne Phasen mit dem jeweiligen Verweis auf relevante sozialmedizinische Fragen dargestellt. Ferner werden einzelne Schwerpunktthemen der Prothesenversorgung, wie die Wahl des Ortes der Erstversorgung, die Empfehlungen für sogenannte Mindestbehandlungsmengen für Rehabilitationseinrichtungen bezogen auf Majoramputationen und die Problematik der Dauer der Rehabilitationsmaßnahmen kurz diskutiert. Außerdem wird auf fehlende spezifische Gangschulangebote sowie die Thematik der stark orthopädietechnisch-prothetisch orientierten Problemlösungsansätze bei Versorgungsschwierigkeiten hingewiesen.



## Rehabilitation Amputierter aus Sicht der GKV unter Bezugnahme auf die Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation

Dr. Christel Stegemann – Leiterin des Fachreferates Rehabilitation, Heilmittel beim MDK Westfalen-Lippe

Grundlage für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der GKV finden sich in den Regelungen der SGB V und IX. Paragraph 11 Absatz 2 SGB V führt aus, dass Versicherte Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation haben, wenn diese notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. In den Paragraphen 40 und 41 des SGB V finden sich Aussagen zu Gestaltung und Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation - in Absatz 1 beispielsweise wird ambulante Rehabilitation, in Absatz 2 stationäre Rehabilitation erläutert. Im SGB IX wird in Paragraph 26 erläutert, wozu die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dient und welche Einzelelemente umfasst werden.

Medizinische Rehabilitation umfasst einen ganzheitlichen Ansatz, der über das Erkennen, Behandeln und Heilen einer Krankheit hinaus die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Gesundheitsproblemen eines Versicherten berücksichtigt, um im Einzelfall den bestmöglichen Rehabilitationserfolg im Sinne der Teilhabe an Familie, Arbeit, Gesellschaft und Beruf zu erreichen. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation stützen sich inhaltlich auf die rehabilitationswissenschaftlichen Erkenntnisse und Definitionen von Zielen, Inhalten, Methoden und Verfahren der ambulanten und stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Es gelten die Prinzipien Finalität, Komplexität, Interdisziplinarität und Individualität. Eine der konzeptionellen Grundlagen ist die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF).<sup>1</sup>

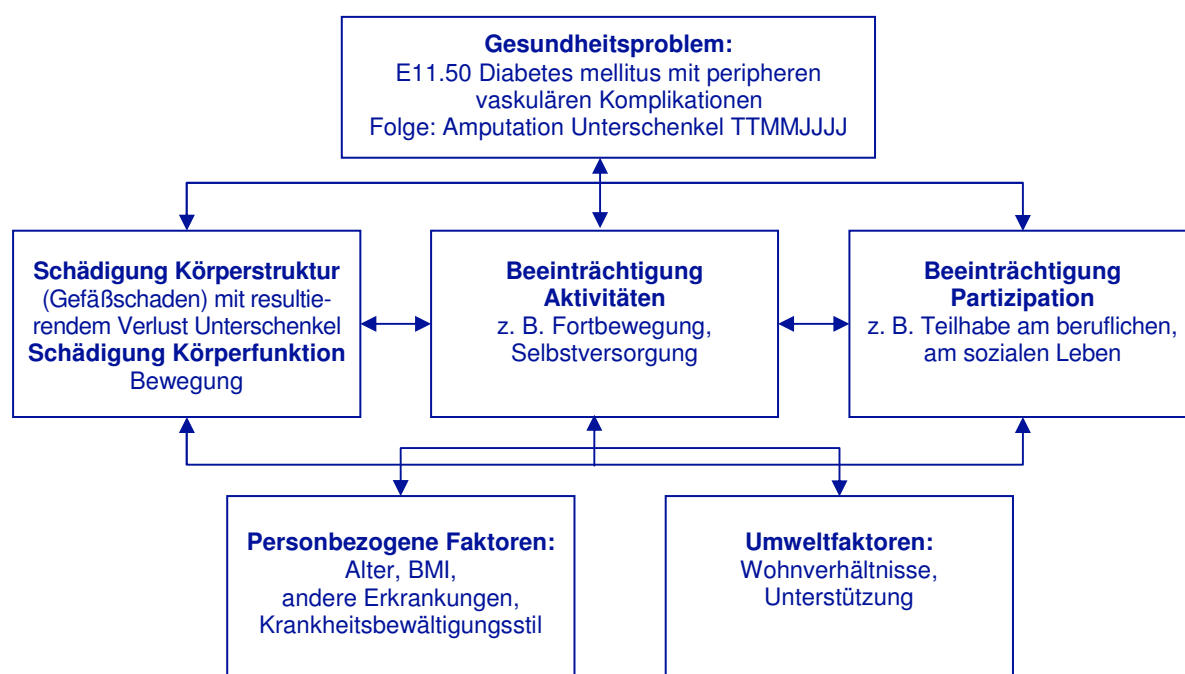
Die sozialmedizinische Indikationsstellung zu einer Rehabilitation für einen Menschen nach Amputation hat nicht allein eine medizinische Diagnose und die Nennung einer durch-

---

<sup>1</sup> Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2004

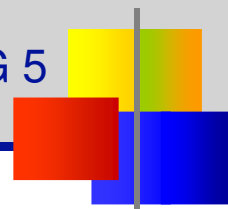
geführten Prozedur, zur Voraussetzung, sondern ergibt sich aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung der bei dem Amputierten bestehenden Schädigungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen sowie den resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe unter Berücksichtigung rehabilitationsrelevanter Kontextfaktoren.

Beispielhafte Darstellung der Komponenten der ICF an einer Krankheit, die zu einer Unterschenkelamputation führt. Neben den Schädigungen auf Körperebene resultieren Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Beeinträchtigungen der Teilhabe. Die für den individuellen Menschen relevanten Kontextfaktoren müssen berücksichtigt werden.



Rehabilitativen Leistungen liegt ein bio-psycho-soziales Modell von funktionaler Gesundheit und deren Beeinträchtigung zugrunde: Gesundheit und Krankheit werden als Ergebnis des Ineinandergreifens physiologischer, psychischer und sozialer Vorgänge gesehen.

Neben Erkenntnissen aus der medizinischen Versorgung sind auch die gesellschaftlichen Bedingungen, in denen die Rehabilitanden leben, Teil des Prozesses der medizinischen Rehabilitation. Rehabilitative Leistungen beinhalten auch Hilfen zur Änderung eines ggf. bestehenden gesundheitlichen Fehlverhaltens, gehen auf Krankheitsverarbeitung, auf Kontextfaktoren ein.



## Anforderungen an die Rehabilitation amputierter Menschen aus Sicht des Praktikers

Prof. Dr. Bernhard Greitemann – Ärztlicher Direktor der Rehabilitationsklinik Münsterland, Bad Rothenfelde

Aus Sicht des erfahrenen Rehabilitationsmediziners wird ein Überblick über den Behandlungsablauf anhand eines klinischen Algorithmus vorgestellt.

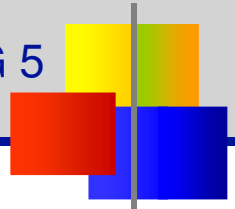
Eingegangen werden soll insbesondere auf die Schnittstellen zwischen Akutversorgung und Rehabilitation unter Einbezug auch der akuten Nachsorgephase.

Die Rehabilitation Amputierter beginnt schon präoperativ mit Festlegung der Amputationshöhe. Der Operateur sollte daher eingehende Kenntnisse über die Versorgung sämtlicher Amputationshöhen besitzen.

Nach Abschluss der Akutbehandlung sollte die Weiterbehandlung durch ein geschultes Rehabilitationsteam erfolgen, um eine schnelle soziale, familiäre und berufliche Wiedereingliederung zu gewährleisten. Einzubeziehen in das Rehabilitationsteam sind neben einem Facharzt für Orthopädie erfahrene Physiotherapeuten, der Pflegedienst, Orthopädietechniker, Sport- und Ergotherapeuten sowie auch Psychologen.

Unter diesem Aspekt wurde ein "Vorschlag zu Leitlinien spezieller Rehabilitationskonzepte" erstellt in Zusammenarbeit mit der Sektion Physikalische Medizin und Rehabilitation der DGOOC, der Sektion Technische Orthopädie und Orthopädieschuhtechnik der DGOOC sowie der Konsensuskonferenz auf den in der Präsentation näher eingegangen wird.

Das Ziel dieser Leitlinien soll die Zusammenfassung des Wissens der beteiligten Berufsgruppen unter Beachtung aktueller Forschungsergebnisse für den klinischen Alltag sein.



## Biomechanische Aspekte in der prothetischen Versorgung nach transfemorale Amputation

Orthopädiemechaniker-Meister Bernd Sibbel – Fachlehrer der Bundesfachschule für Orthopädie-Technik, Dortmund

Die Indikation und die therapeutischen Ziele entscheiden über das medizinisch Notwendige. Hier gibt der Patient die Entscheidung mit seinem aktuellen und zu erwartenden motorischen Potenzial sowie das zu formulierende Therapieziel vor. Die zu beantwortenden Fragen sind:

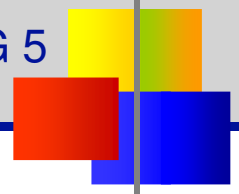
- Wohin kann ich den Patienten mit einer geeigneten Rehabilitationsmaßnahme einschließlich der Prothesenversorgung führen?
- Welche Passteile stehen dazu zur Verfügung?

Die Versorgung eines Amputierten beginnt spätestens mit dem Tag der Amputation. Neben physiotherapeutischen Behandlungen lassen sich frühzeitig Mobilisierungshilfen einsetzen. Dabei werden häufig die Begriffe "Frühversorgung", "Sofortversorgung" oder "Interimsversorgung" verwendet. Der Vortrag zeigt kurz die Abgrenzungen der Begriffe auf.

Neben den geeigneten Knie- und Fußpassteilen ist entscheidend für die heutige prothetische Versorgung die geeignete Schaftform, wobei grob zwei Formen beschrieben werden: der sitzbeinunterstützende und der sitzbeinumgreifende Schaft.

Die Vor- und Nachteile dieser Schaftformen werden hervorgehoben, wobei der wesentliche Unterschied insbesondere durch die anatomische Führung der Weichteile in den Schäften herausgearbeitet wird. In beiden Schaftsystemen allerdings ist ein vollständiger Endkontakt anzustreben, der entscheidend ist zur Vermeidung von Hautläsionen und Ulcerationen, wie sie anhand klinischer Beispiele während des Vortrages gezeigt werden.

Die Angaben zum korrekten Aufbau der Prothese schließen den Vortrag ab.



## Ambulante Versorgung Amputierter in anderen Systemen

Dipl.-Betriebsw. Ralf Rensinghoff – Fachreferent der Berufsgenossenschaft Nahrungsmittel und Gaststätten Bezirksverwaltung Hannover

Im Unterschied zu anderen Leistungsträgern der gesetzlichen Sozialversicherung, leisten die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ihre Leistungen nach dem Grundsatz "mit allen geeigneten Mitteln" verbunden mit dem Leitsatz "alles aus einer Hand".

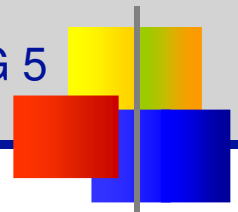
Zur Erfüllung dieses Zwecks unterhalten die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung insbesondere eigene Akutkliniken und Behandlungsstellen in ganz Deutschland.

Neben der Aufgabe zur Behandlung von Akutverletzungen bieten diese Einrichtungen auch umfangreiche Leistungen zur Rehabilitation und Folgeversorgung ihrer Patienten.

Somit steht auch die integrierte Versorgung von Patienten mit Amputationsfolgen ganz besonders im Fokus dieser Einrichtungen einschließlich der poststationären Rehabilitation.

Umgeben von modernen Entscheidungskonzepten, einem Case-Management und transparenten Abrechnungssystemen, leisten aber auch die jeweiligen Verwaltungen der DGUV einen entscheidenden Beitrag zur Realisierung der Grund- und Leitsätze der gesetzlichen Unfallversicherung, in Erfüllung der gesetzlichen Aufgabenstellung.





## **Situation amputierter Menschen aus Sicht Betroffener: Wunsch und Wirklichkeit Schnittstellen zwischen Akutklinik und Rehaklinik**

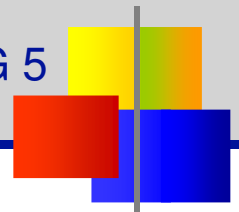
Dagmar Gail – Vorsitzende der Amputierten-Initiative, Berlin

Nach einer kurzen Einleitung über die Amputationsursachen, die Schwierigkeiten der Wundheilung und die Notwendigkeit der prothetischen Versorgung, soll im Konkreten auf die Auswirkung der Wahl der Akutklinik auf die Rehabehandlung eingegangen werden.

Ob ein Patient zur Amputation in ein allgemeines Krankenhaus, in ein Gefäßzentrum oder in eine orthopädische Spezialklinik mit Amputationschirurgie überwiesen wird, hat einen entscheidenden Einfluss auf die weitere Behandlung des Patienten, auf dessen Gesundheit und auf die Qualität der prothetischen Versorgung. Nach einer ausführlichen Begründung dieser These sollen nun die Probleme an der Schnittstelle von der Akutklinik zur Rehaeinrichtung anhand der praktischen Erfahrung innerhalb der Arbeit in der Amputierten-Initiative e. V. exemplarisch aufgezeigt werden. Hierbei sollen vor allem die Begutachtung der Rehafähigkeit und die Beurteilung über die Rehaprognose kritisch hinterfragt werden.

Angelehnt an die Leitlinien zur Rehabilitation, die zum einen durch die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie und zum anderen durch die Deutsche Gesellschaft für Angiologie in Zusammenarbeit mit der Amputierten-Initiative e. V. erstellt worden sind, möchten wir Chancen und Risiken eines nahtlosen Überganges vom Akutkrankenhaus in die Rehaeinrichtung aufzeigen. In diesem Zusammenhang soll vor allem auch auf die Rolle der Kostenträger hingewiesen werden.

Abschließend werden einige Punkte des neuen Hilfsmittelkataloges, die als Entwurf von den Spitzenverbänden der Krankenkassen herausgebracht worden sind, diskutiert und dessen Einfluss auf die Integration amputierter Menschen in die Gesellschaft aufgezeigt.



## Möglichkeiten einer verbesserten Versorgung unter dem Einfluss des GKV-WSG

Ingo Schneider – Stellv. Leiter des Geschäftsbereichs Versicherungsservice bei der  
Direktion der AOK Westfalen-Lippe

Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung sollen bedarfsgerecht, wirksam und wirtschaftlich zugleich erbracht und in Anspruch genommen werden. Dazu gehört auch, dass Leistungserbringer und Gesetzliche Krankenkassen durch geeignete Maßnahmen darauf hinwirken, dass Patienten ein reibungsloser Übergang zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege ermöglicht wird.

Aufgrund des GKV-WSG ist vom 01.04.2007 an ein Anspruch für Versicherte auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen worden (vgl. § 11 Abs. 4 SGB V). Vor diesem Hintergrund wird ein Konzept für ein Leistungsmanagement bei der Versorgung von Beinprothesen vorgestellt.