

Teilhabeorientierte interprofessionelle ambulante Schlaganfallnachsorge durch Bezugstherapeuten

Etablierung eines innovativen Projekts

Claudia Pott

Häufig fehlt ein gemeinsamer Erfahrungshintergrund von Forschenden und klinisch Tätigen, und vielfach mangelt es an einem Prozedere, das eine systematische Auswertung der Ergebnisse von Forschungsprojekten im Hinblick auf den Transferprozess gewährleistet. Das sind nur zwei von sicherlich vielen möglichen Gründen, warum in der Neurorehabilitation bzw. Nachsorge Tätige eine Divergenz zwischen Forschungsergebnissen und der Versorgungsrealität erleben. Umso erfreulicher ist es, von einem erfolgreichen Leuchtturmprojekt in Schleswig-Holstein berichten zu können, das aus einer von Patienten und Therapeuten erlebten Versorgungsnot heraus geboren worden ist.

Versorgungs- und Optimierungsbedarfe

Durch Zunahme der medizinisch-technischen Möglichkeiten überleben mehr Patienten schwere neurologische Ereignisse, wie einen Schlaganfall, und die Hoffnung auf eine verbesserte Lebensqualität durch neue (technische) Interventionsmöglichkeiten steigt. Dennoch müssen viele der Betroffenen dauerhaft ein Leben mit Einschränkungen und Behinderungen bewältigen. Begleitet von einer zunehmenden Verteilungsdebatte über limitierte finanzielle und personelle Ressourcen in der Rehabilitation bzw. Nachsorge sind Gesundheits- und Sozialsystem mit der Aufgabe konfrontiert, Therapieangebote, angepasste Wohn- und Lebenssituationen für ca. 1 Million chronisch neurologisch beeinträchtigte Menschen zu schaffen [21].

Während Kostenträger häufig Unterbrechungen in der medizinischen Versorgung oder lange Wartezeiten bemängeln, stellen Betroffene und in der Nachsorge Tätige andere Probleme in den Vordergrund [17][21]:

- den Mangel an sektorenübergreifenden Strukturen und Koordination unter den Beteiligten
- die Kluft zwischen notwendigen individuellen Bedarfen versus Angeboten
- ein Dickicht an Verantwortung bzw. Zuständigkeiten

Die Suche nach Leistungserbringern der Gesundheitsfachberufe oder Sanitätshäusern, die eine Kontinuität von evidenzbasierter und klientenzentrierter Hilfsmittelversorgung und Therapie gewährleisten, gestaltet sich als schwierig bis erfolglos. Der Heilmittelkatalog enthält physiotherapeutische Interventionen („KG-ZNS“), die besser vergütet werden als „nur Krankengymnastik“, die aber in Leitlinien, z. B. im Vergleich zum aufgabenorientierten Üben, nicht als überlegen beurteilt wurden, wie Bobath im Hinblick auf die Gehfähigkeit [6], oder als unterlegen beurteilt werden im Hinblick auf die Armrehabilitation [15]. Die selektierte Leistungserbringung in den einzelnen Versorgungssegmenten Physio-, Ergotherapie und Logopädie im ambulanten Bereich ist weit entfernt von multidisziplinärer Zusammenarbeit [3][17]. Hinzu kommt, dass therapeutische Maßnahmen häufig auf vagem empirischem Wissen basieren und von der Verordnungspraxis des zuweisenden Arztes geprägt sind [4][17].

Schlaganfall-Ring-Kompetenz-Netze verbessern die ambulante Schlaganfallversorgung in Schleswig-Holstein

Hellrung definiert Netzwerke im Gesundheitswesen als eine „[...] endliche Menge von Akteuren, die zielgerichtet

► **Tab. 1** Kosten für Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie.

Leistungsbezeichnung	Anzahl/Woche	€/Einheit	€/Monat	€/Jahr
Physiotherapie				
KG-ZNS Bobath, Vojta, PNF (X0710)	2	33,52 €	290,51 €	3.486,08 €
Ergotherapie				
Sensomotorisch-perzeptiv (X4103)	2	52,50 €	455,00 €	5.460,00 €
Logopädie				
Einzelbehandlung (X3102)	2	37,99 €	329,25 €	3.950,96 €
Summe			1.074,75 €	12 897,04 €

im Rahmen von Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung, Prävention kooperieren“ [11]. Grundsätzlich lassen sich zwei verschiedene Ausrichtungen unterscheiden: eine fachlich-wissenschaftliche Ausrichtung, wie z. B. in den Kompetenznetzwerken in der Medizin, und eine versorgungsbezogene Ausrichtung, z. B. in Integrierten Versorgungsnetzwerken [8][12] oder Arzt- und Praxisnetzwerken [1][5]. Kennzeichen kommunaler und regionaler Netzwerke sind u. a. die sozialräumliche Orientierung, eine Vielzahl von Zielgruppenbedarfen sowie eine große Menge zu vernetzender Angebote und Akteure.

„Wenn wir die Strukturen des Gesundheitssystems wirklich nachhaltig verbessern wollen, müssen die Patienten die Veränderung selbst in die Hand nehmen. Alle anderen haben eigene Interessen.“

Dies sagt Jürgen Langemeyer, der 2003 mit 43 Jahren einen Schlaganfall erlitten hatte. Mitten aus einem Leben mit erfüllender beruflicher Tätigkeit in der Unternehmensberatung gerissen, erlebte er seit diesem Ereignis die eingangs dargestellten Versorgungsmängel an verschiedenen Stellen im Verlauf der Rehabilitation. Im Sinne des Empowerments als „Prozess, in dem Betroffene ihre Angelegenheiten selbst in die Hand nehmen, sich dabei ihrer eigenen Fähigkeiten bewusst werden, eigene Kräfte entwickeln und soziale Ressourcen nutzen“ [15][18], gründete er 2014 den Schlaganfall-Ring Schleswig-Holstein als Patientenorganisation. Dieser ist in vier Schlaganfall-Ring-Kompetenznetzwerken (in Rendsburg, Pinneberg, Lübeck und Plön/Ostholstein) beratend tätig. Betroffene und Angehörige haben die Möglichkeit, kostenlos telefonische und aufsuchende Beratung in Anspruch zu nehmen. Zusätzlich finden Treffen und Informationsveranstaltungen mit insgesamt ca. 60 Kompetenzpartnern aus allen Sektoren und Professionen statt.

Bezugstherapeuten für die koordinierte Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist in der ambulanten Nachsorge nach Schlaganfall kaum vorhanden. Das hat zur Folge, dass die Therapien häufig unabgestimmt nebeneinander laufen, schlimmstenfalls sich sogar gegenseitig



► **Abb. 1** Jürgen Langemeyer im Gespräch mit Claudia Pott. (Quelle: I. Langemeyer)

behindern. Die beschränkten Ressourcen der Heilmittelerbringer werden nicht optimal genutzt und Hilfsmittel nicht gezielt eingesetzt. Fraglich ist, wie zielführend die derzeit eingesetzten finanziellen Ressourcen im System genutzt werden können. Benötigt ein Patient intensive Therapie in den Bereichen Physio-, Ergo- und Logopädie, belaufen sich die Kosten auf ca. 13 000 Euro pro Jahr (► **Tab. 1**). Ist das gut investiertes Geld?

Da Jürgen Langemeyer (► **Abb. 1**) nach dem Schlaganfall an einer Hemiparese mit deutlichen motorischen Einschränkungen litt, erlebte er, wie intransparent die Heil- und Hilfsmittelverordnung und -versorgung gestaltet war. Das war Anlass für ihn, das Bezugstherapeutenprojekt zu entwickeln.

„Meine Physio- und Ergotherapeutinnen hatten keinen Austausch untereinander, es gab keine Abstimmung hinsichtlich meiner Ziele – im Gegenteil: Manchmal hatte ich das ungute Gefühl, dass ganz unterschiedliche und teils sich widersprechende Ziele verfolgt wurden. Und Ärzte, das heißt die Hausärzte und Neurologen, haben eigentlich keine Vorstellung davon gehabt, was die Therapeuten machen, was Inhalte ihrer Verordnungen und das Ergebnis sind. Ich möchte nicht falsch verstanden werden: Das ist absolut kein Vorwurf, sondern nur eine Beschreibung, wie ich die Versorgungsrealität erlebt habe.“

Was ist ein „Bezugstherapeut“?

Ein Physiotherapeut, Ergotherapeut oder Logopäde in einer Schlaganfall-Ring-Kompetenznetzpraxis kann nach einer Schulung zertifizierter Bezugstherapeut werden (► **Abb. 2**). Die Ausbildung umfasst acht Module mit insgesamt 56 Unterrichtseinheiten. Die Lernziele der Weiterbildung wurden entsprechend der Taxonomie des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) formuliert und in Wissen, Fertigkeiten, Sozialkompetenz und Selbstständigkeit untergliedert. Die Themen drehen sich z. B. um Sozialrecht, Kommunikation, Konfliktmanagement, Ressourcenorientierung, Zielfindung und Evidenzbasierte Therapie. Im Mittelpunkt steht das Thema „Teilhabeorientierung“ mit dem Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und dessen Umsetzung in die top-down-orientierte, das heißt auf das Teilhabeziel des Patienten aufbauende Therapie. Ende Oktober 2019 endeten die Präsenzphasen für die ersten 12 Bezugstherapeuten. Ihr Zertifikat werden sie nach dem Bestehen der Prüfung (bewerteter Fallbericht) erhalten.

Haben mehrere Therapeuten die Schulung durchlaufen, entscheidet der Patient, wer von diesen die Rolle „Bezugstherapeut/in“ einnimmt. Der Bezugstherapeut sorgt dann für den „roten Faden“ in der Therapie und gewährleistet, dass sich die Arbeit des gesamten Heil- und Hilfsmittelteams streng an den Zielen des Patienten orientiert. Er ist Ansprechpartner für Patienten und Angehörige. Seine Aufgaben sind Therapieberatung und -coaching, Erstellen von Zielvereinbarungen und Therapieplänen, Koordination des interdisziplinären Heil- und Hilfsmittelteams sowie die Kommunikation und Abstimmung mit dem Arzt. Die Verordnungshoheit liegt weiterhin bei den Ärzten, aber:

„Wir streben eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe mit den anderen Gesundheitsberufen an, ohne die Endverantwortung für die Therapie der Patienten aus der Hand zu geben.“

So erläuterte Thomas Maurer aus dem Hausärzterverband Schleswig-Holstein es gegenüber dem *Deutschen Ärzteblatt* [2]. Die Therapie findet auf Basis der herkömmlichen Rezeptverordnungen statt, die Arbeit der Bezugstherapeuten wird zusätzlich (nach Zeitaufwand) vergütet, ebenso wie die zusätzliche Zeit der anderen Professionen im Projekt, z. B. für Kommunikation oder Dokumentation.

Bausteine der Bezugstherapie

Das Konzept besteht aus sechs Bausteinen (► **Abb. 3**):

- **Assessment:** Der Assessment-Teil besteht aus standardisierten Assessments, die die Therapeuten einsetzen, und einem Self-Assessment in Form der ICF-Ring-Box, basierend auf dem ICF-Core-Set für Schlaganfall [9] und einem Schulungsprogramm [16], das mögliche Probleme nach einem Schlaganfall benennt und mit Beispielen erläutert. Die Patienten sollen an-



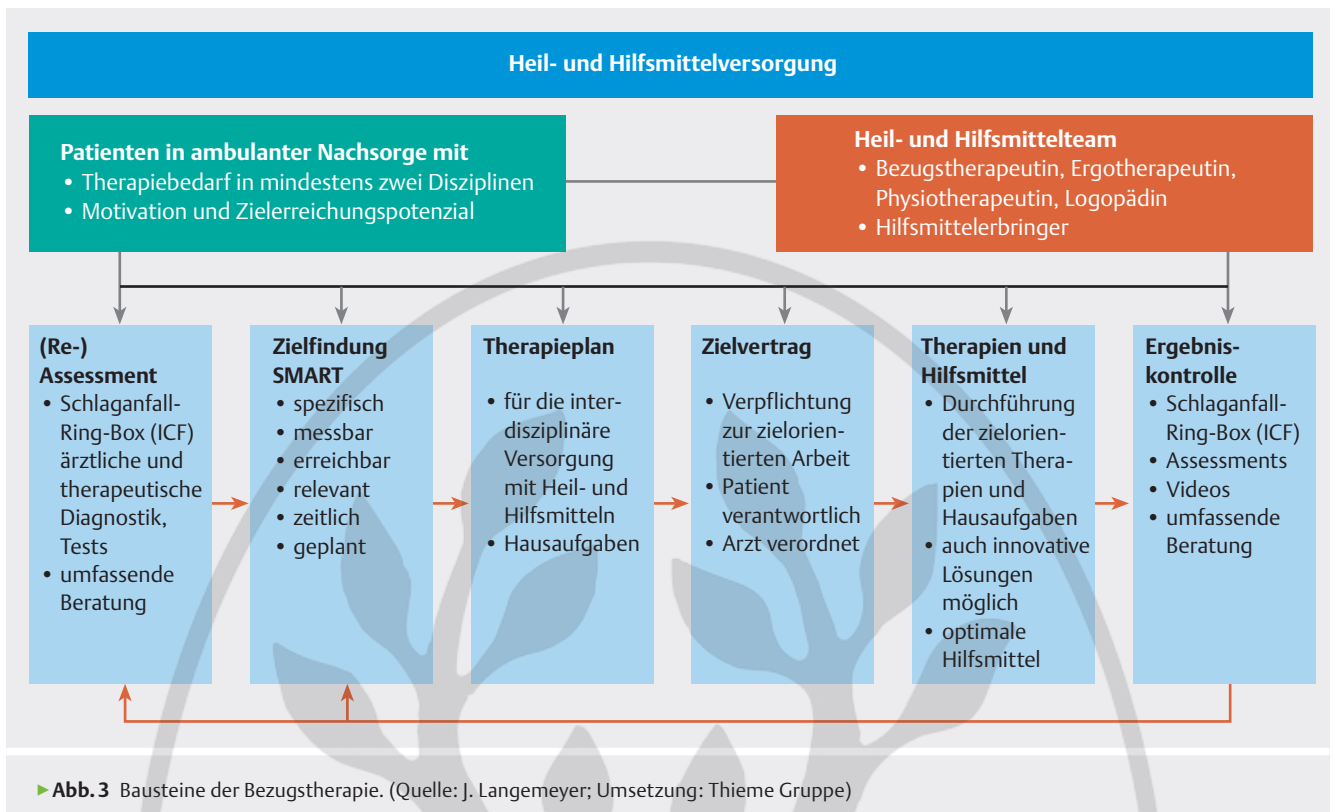
► **Abb. 2** Claudia Pott schult die zukünftigen Bezugstherapeuten. (Quelle: I. Langemeyer)

hand von 84 in der Box enthaltenen Karteikarten ihre persönlichen Probleme und Bedarfe identifizieren, mittels Registerkarten priorisieren und dadurch die nachfolgenden Zielgespräche unterstützen.

- **Zielformulierung:** Die Zielformulierung erfolgt smart und teilhabeorientiert.
- **Therapieplan:** Der Bezugstherapeut legt Dosis, Frequenz, Dauer des ersten Therapiezyklus fest und gibt Anregung für das Eigentaining.
- **Therapievertrag:** Es wird ein verbindlicher Therapievertrag geschlossen.
- **Therapien und Hilfsmittel:** Der Bezugstherapeut koordiniert die therapierelevante Kommunikation mit dem Patienten, den Bezugspersonen und allen beteiligten Berufsgruppen. Er überprüft die Hilfsmittelversorgung und reflektiert – in Absprache mit den Experten der beteiligten Sanitätshäuser –, ob Optimierungsbedarf besteht.
- **Ergebniskontrolle:** Am Ende des Zyklus wird der Erfolg mittels Assessments und ggf. Videoaufnahmen beurteilt.

Wie wird das Konzept finanziert?

Das Projekt wird vom Land (Schleswig-Holstein) durch Mittel in Höhe von 259 200 € aus dem Versorgungssicherungsfonds gefördert. Dieser Fonds ermöglicht das Realisieren von Projekten, die die medizinische Versorgung durch gezielte Zusammenarbeit und Kooperation qualitativ verbessern. Voraussetzung für die Förderung ist der Grundsatz der „Übertragbarkeit“. Das Konzept soll auf weitere Regionen ausgeweitet werden; notwendig dafür ist in diesen (neuen) Regionen die Etablierung von Schlaganfall-Ring-Kompetenzzentren mit Hausärzten, Therapeuten und Sanitätshäusern. Alle im Projekt entwickelten Arbeitspakete wie Dokumente oder Schulungskonzept können übernommen werden. Gleichzeitig stellt das Projekt ein Modell für weitere Erkrankungen dar. Derzeit führt Jürgen Langemeyer Gespräche mit den Kostenträgern, um das Konzept über die Förderungsphase hinaus im Land Schleswig-Holstein zu implementieren.



Wissenschaftliche Begleitung

Mit einer Projektgruppe bestehend aus Wissenschaftlern der Universität Kiel, Therapeuten der Kompetenznetze aus verschiedenen Professionen, überregionalen Kooperationspartnern und in fortlaufenden Abstimmungsprozessen mit Vertretern der Damp-Stiftung, der Landespolitik und der Kostenträger hatte Jürgen Langemeyer begonnen, das Konzept auszuarbeiten. Umfangreiche Forschungsaktivitäten wie Experten-Workshops, Master- [20] und Promotionsarbeiten [10] begleiteten im Vorfeld die Entwicklung. Das Institut für Allgemeinmedizin an der Medizinischen Fakultät der Christian-Albrechts-Universität in Kiel verantwortet nun die wissenschaftliche Prozessbegleitung für drei Jahre. Bezugstherapie stellt eine komplexe Intervention dar, die aus wechselseitig bedingten Einzelkomponenten besteht, die wiederum unterschiedlich mit den Implementierungskontexten interagieren [14]. Für die Versorgungsforschung bedeutet dies, dass eine Beurteilung der Effektivität der Bezugstherapeuten sehr aufwendig zu evaluieren ist. Aktuell stehen dem Projektteam dafür keine Mittel zur Verfügung. Die politischen Entscheidungsträger sind von dem Nutzen überzeugt, und sie möchten die Förderungsgelder primär darauf verwenden, dass die Konzeption im realen Versorgungsalltag realisiert werden kann. Sollte das Team um Jürgen Langemeyer weitere Forschungsgelder generieren können, wird eine angedachte zukünftige Evaluation berücksichtigen, dass das Outcome der gesamten multi-komponentiellen Intervention relevant und nachvollziehbar für alle Gruppen (Betroffene, Angehörige, Ärzte, Therapeuten, Orthopädietechniker, Kostenträger etc.) sein muss.

Forschungskontext des Bezugstherapieprojekts

Das Einordnen des Bezugstherapieprojekts in einen Forschungsrahmen führt schnell zu den Begrifflichkeiten *Partizipative Forschung* und *Community-Based Participatory Research (CBPR)*. Partizipative Gesundheitsforschung ist ein integrierender wissenschaftlicher Ansatz, der Forschung als eine Koproduktion verschiedener Akteure – unter weitgehender Mitgestaltung der Menschen, deren Lebensbereiche erforscht werden – versteht; er bezieht auch Fachkräfte und Entscheidungsträger des Gesundheits-, Sozial- oder Bildungswesens und Vertreter der Zivilgesellschaft ein. Eine spezifische Ausprägung von Partizipativer Gesundheitsforschung ist Community-Based Participatory Research [19]. George et al. definieren CBPR als

„a collaborative approach to research that equitably involves community members, organizational representatives, and researchers in all aspects of the [applied] research process; including identifying the health focus of the research, disseminating results, and devising methods of sustainability“ [7].

CBPR-Forschung wird immer gemeinsam in Kooperation mit regionalen Akteuren durchgeführt. Befähigung (Empowerment) und Kompetenzentwicklung (Capacity Building) der Beteiligten spielen dabei zentrale Rollen [13]. So wird sichergestellt, dass Wissen produziert wird, das den Beteiligten (Communities) nützt.

Benefit für alle? Ja!

Das „Bezugstherapeuten-Projekt“ gewährleistet eine interprofessionell koordinierte, teilhabe-, patientenorientierte und evidenzbasierte Gestaltung der Schlaganfallnachsorge hinsichtlich der Heil- und der Hilfsmittel für eine sinnvollere, effektivere und effizientere Allokation von Ressourcen im ambulanten Sektor. So kann der Innovations-transfer in die reale Patientenversorgung gelingen!

Autorinnen/Autoren



Claudia Pott

Physiotherapeutin, Gesundheitswissenschaftlerin (B. A.) und immer auf der Suche nach Möglichkeiten, wissenschaftliche Ergebnisse in den physiotherapeutischen Versorgungsalltag zu implementieren.

Korrespondenzadresse

NeuroPhysioReha

Claudia Pott

Wettersteinstraße 8
82061 Neuried
E-Mail: claudia.pott.cp@gmail.com

Literatur

- [1] Agentur Deutscher Arztnetze. Ärztebefragung: Immer mehr Ärzte arbeiten in Netzen. 2014; Im Internet: <http://deutsche-aerztnetze.de/index.php?show=53>; Stand: 14.1.2020
- [2] Ärzteblatt. Bezugstherapeuten sollen Ärzte bei Betreuung von Schlaganfallpatienten unterstützen. Im Internet: www.aerzteblatt.de/nachrichten/105031/Bezugstherapeuten-sollen-Aerzte-bei-Betreuung-von-Schlaganfallpatienten-unterstuetzen; Stand: 12.1.2020
- [3] Barzel A, Eisele M, van den Bussche H. Ambulante Versorgung von Schlaganfallpatienten aus der Sicht Hamburger Physio- und Ergotherapeuten. *physioscience* 2007; 3: 161–166
- [4] Böhle E, Heise KF, Pott C. Kluft zwischen therapeutischem Anspruch und der Versorgungsrealität. *neuroreha* 2011; 3: 129–133
- [5] Böhm B. Qualität in der kommunalen Netzwerkarbeit – Anforderungen und ihre praxisnahe Umsetzung. Vortrag. Quartier, Stadtteil, AktiviTÄT Gesundheitsförderung in Lebenswelten – Entwicklung und Sicherung von Qualität 2015. Im Internet: www.hag-gesundheit.de/uploads/docs/1132.pdf; Stand: 14.1.2020
- [6] Dohle C, Tholen R, Wittenberg H et al. S2e-Leitlinie Rehabilitation der Mobilität nach Schlaganfall (ReMoS) – Kurzfassung der Konsensusversion. *Neurologie und Rehabilitation* 2015; 21 (4): 179–184
- [7] George MA, Daniel M, Green LW. Appraising and funding participatory research in health promotion. 1998–99. *Int J Community Health Educ* 2006; 26: 171–187

- [8] Gerlinger T. Gesetzliche Regelungen zur Integration von Versorgungsstrukturen | bpb. bpb.de 2013. Im Internet: www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/156023/rege-lungen-zur-integration; Stand: 14.1.2020
- [9] Geyh S, Cieza A, Schouten J et al. ICF Core Sets for stroke. *J Rehabil Med* 2004; 135–141
- [10] Hansen NI, Becker J, Kaduszkiewicz H. Schlaganfall-Nachsorge: Explorative Untersuchung von Beratungen durch „Mentorinnen und Mentoren“. Im Internet: www.online-zfa.de/fileadmin/user_upload/Kaduszkiewicz-Schlaganfall-Nachsorge_MMK.pdf; Stand: 14.1.2020
- [11] Hellrung N. Transinstitutionelles Informationsmanagement in Gesundheitsnetzwerken. Anforderungen und Methodik [Dissertation]. Braunschweig; 2008
- [12] IGES Institut. Monitoring Integrierte Versorgung. Rahmenbedingungen der IV verbessern. Im Internet: www.iges.com/e6/e1621/e10211/e8885/e10814/e10899/e10901/attr_obs10905/IGES_Monitoring_integrierte_Versorgung_WEB_ger.pdf; Stand: 14.1.2020
- [13] Jones L, Wells K. Strategies for academic and clinician engagement in community-participatory partnered research. *JAMA* 2007; 297: 407
- [14] Mühlhauser I, Lenz M, Meyer G. Development, appraisal and synthesis of complex interventions: A methodological challenge. *ZEFQ* 2011; 105: 751–761
- [15] Nelles G, Dettmers C, Dohle C et al. Rehabilitation von sensomotorischen Störungen, S2k-Leitlinie, 2018. In: Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Hrsg. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Im Internet: www.dgn.org/leitlinien; Stand: 14.1.2020
- [16] Neubert S, Sabariego C, Stier-Jarmer M et al. Development of an ICF-based patient education program. *Patient Educ Couns* 2011; 84: e13–17
- [17] Reuther P. Versorgungsbedarf und tatsächliche Versorgung neurologischer Patienten. *neuroreha* 2011; 3: 120–124
- [18] Theunissen G. Empowerment und Inklusion behinderter Menschen: Eine Einführung in die Heilpädagogik und soziale Arbeit. Freiburg, Br.: Lambertus; 2009
- [19] Unger H von. Participatory Health Research: Who participates in what? *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research* 2012; 13. Im Internet: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1781; Stand: 14.1.2020
- [20] Webers A, Kersting C, Kneer M et al. Evaluation der Schlaganfall-Ring-Box: Ein patientenorientiertes Instrument in der Schlaganfallnachsorge. German Medical Science GMS Publishing House. doi:10.3205/19dkvf318Poster
- [21] Zieger A. Ambulatorium für ReHabilita-tion – Beratungsstelle Projekt – Regionales Netzwerk Nachsorge und Teilhabe für Menschen mit erworbener Hirnschädigung und neurologischer Beeinträchtigung. Gastbeitrag zur Lehrveranstaltung „Theorien und Modell in der Praxis“ von Prof. Gisela C. Schulze, 2018. Im Internet: [www.a-zieger.de/Dateien/Vortraege/Gastvortrag-Zieger-LV-Schulze-Neuro-Netzwerk-Weser-EMs-\(e.V.\)-16042018.pdf](http://www.a-zieger.de/Dateien/Vortraege/Gastvortrag-Zieger-LV-Schulze-Neuro-Netzwerk-Weser-EMs-(e.V.)-16042018.pdf); Stand: 14.1.2020

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0976-1082>
neuroreha 2020; 12: 30–34
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 1611-6496