



## Abschlussbericht

Zuwendung gem. §44 LHO in Verbindung mit der Richtlinie zur Förderung von ambulanten, stationären und sektionsübergreifenden Angeboten – Versorgungssicherungsfonds

Zuwendungsbescheid vom 11. Juni 2019

Projekt: Verbesserung der disziplinübergreifenden ambulanten Versorgung von Schlaganfallpatienten durch Etablierung und Evaluation eines Bezugstherapeuten

Prof. Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz  
Hanna Buß

Institut für Allgemeinmedizin  
Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

# **„Verbesserung der disziplinübergreifenden ambulanten Versorgung von Schlaganfallpatienten durch Etablierung und Evaluation eines Bezugstherapeuten“**

Förderung durch den Versorgungssicherungsfonds des Landes Schleswig-Holstein, Bewilligungszeitraum 01.06.2019 bis 31.05.2022, verlängert bis 31.12.2022

## **Antragsteller**

Hausärzteverband Schleswig-Holstein im Deutschen Hausärzteverband e.V., Dr. med. Thomas Maurer

## **Verantwortlicher Ansprechpartner**

Schlaganfall-Ring Schleswig-Holstein e.V. (SRSH), Dipl.-Betw. Jürgen Langemeyer

## **Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation**

Institut für Allgemeinmedizin, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Prof. Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz und Hanna Buß

## **Hintergrund und Ziele**

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 behindern. Die beschränkten Ressourcen der Heilmittelerbringer werden nicht optimal genutzt und Hilfsmittel nicht gezielt eingesetzt.

Ziel dieses Projektes ist die Reduktion der Fehlversorgung in der ambulanten Nachsorge nach Schlaganfall durch Etablierung und Evaluation eines Bezugstherapeuten, der/die bereits bei der Entlassung aus der Rehabilitation in die ambulante Versorgung aktiv werden kann und im Weiteren die Heil- und Hilfsmittelversorgung zwischen Ärzten, Therapeuten und Sanitätshäusern koordiniert. Zielgruppe sind Menschen mit Schlaganfall, die im ambulanten Sektor versorgt werden und mindestens zweier Heilmitteltherapien bedürfen.

## **Umsetzung des Projektes**

### **1. Ausbildung ausgewählter Heilmittelerbringer/innen zu Bezugstherapeuten**

Insgesamt 18 Heilmittelerbringer/innen wurden zwischen September und November 2019 zu Bezugstherapeuten ausgebildet. Sie absolvierten die in Tabelle 1 dargestellten Schulungsmodule.

**Tabelle 1: Ausbildung zu Bezugstherapeuten, Übersicht über das Schulungsprogramm**

<b>Modultitel</b>	<b>Umfang (UE à 45 min.)</b>
<b>Modul 1:</b> Der Schlaganfall und seine Bedeutung für Betroffene und Angehörige. Die Aufgabe und Einbindung des Bezugstherapeuten	8
<b>Modul 2:</b> Regelungen des Sozialrechts für Menschen nach Schlaganfall. Verordnung, Abrechnung und Vergütung von Heil- und Hilfsmitteln	8
<b>Modul 3:</b> Kommunikation, mit Patienten und deren Bezugspersonen, Konfliktmanagement. Interprofessionelle Interaktion und Zusammenarbeit i. d. Rehabilitation	8
<b>Modul 4:</b> Das Modell und der Aufbau der ICF und dessen Umsetzung in eine teilhabeorientierte Rehabilitation	8
<b>Modul 5:</b> Evidenzbasierte Therapie, Assessments, Leitlinien und Behandlungspfade für die Heil- und Hilfsmittelversorgung	8
<b>Modul 6:</b> Clinical Reasoning, Lernen und Wirkmechanismen im Rehabilitationsprozess	8
<b>Modul 7:</b> Rehabilitationsplanung, Rehabilitationsziele, deren Dokumentation und Evaluation einschließlich des Einsatzes geeigneter Assessments	6
<b>Modul 8:</b> Möglichkeiten und Grenzen therapeutischer Interventionen	2
Summe:	56 (7 Tage)

Als Abschlussleistung wurde die Erstellung eines Fallberichtes eingefordert, in dem die Versorgung eines Patienten bzw. einer Patientin gemäß dem Bezugstherapeutenkonzept dargestellt werden sollte.

18 Bezugstherapeutinnen und –therapeuten (BZT) haben einen Fallbericht erstellt und abgegeben. Alle Fallberichte entsprachen den Qualitätsanforderungen und wurden „angenommen“.

Im weiteren Projektverlauf zogen sich 2 BZT aus privaten Gründen aus dem Projekt zurück, weitere 4 BZT haben das Projekt gar nicht in ihren Arbeitsalltag integrieren können. Bis zum Projektende haben 12 BZT mindestens einen Patienten bzw. eine Patientin im Rahmen der Bezugstherapie behandelt.

## **2. Einbindung in die Versorgung durch Kooperation mit den Rehakliniken und den regionalen Kompetenznetzen in Rendsburg, Pinneberg, Lübeck und Plön/Eutin-Malente**

In allen vier regionalen Kompetenznetzen wurde das Bezugstherapeutenkonzept mehrfach vorgestellt und diskutiert.

Weiterhin wurden folgende Aktivitäten durchgeführt, um das BZT-Projekt in Rehakliniken und Trägern der ambulanten Versorgung bekannt zu machen:

- Artikel im „Nordlicht“, dem offiziellen Mitgliedermagazin der KVSH
- Publikation des Konzeptes der Bezugstherapie<sup>1</sup>

Die geplante persönliche Vorstellung der Bezugstherapie in den Rehakliniken konnte wegen der SARS-CoV-2-Pandemie nicht stattfinden.

### **3. Vertragliche Ausgestaltung der Bezugstherapie**

Erstellung und Verwaltung der BZT-Verträge sowie die Leistungsabrechnung wurden konzipiert und umgesetzt – und von Ehrenamtlichen des Schlaganfall-Rings Schleswig-Holstein unentgeltlich geleistet.

### **4. Entwicklung eines Dokumentationssystems**

Die Buchner & Partner GmbH hatte vor Projektbeginn angeboten, kostenlos ein webbasiertes Dokumentationssystem für die interprofessionelle Nutzung bereitzustellen. Leider stellte sich heraus, dass das Basisprodukt von Buchner dafür nicht geeignet war. Der Schlaganfall-Ring Schleswig-Holstein entwickelte daraufhin eine provisorische Dokumentationslösung mit Handbuch, die im Projekt genutzt wurde. Es handelte sich im Wesentlichen um ein bearbeitbares pdf-Dokument mit Zielen auf Basis der Schlaganfall-Ring-Box.

### **5. Rekrutierung von Patientinnen und Patienten**

Hauptziel der Arbeit der Bezugstherapeutinnen und Bezugstherapeuten war die Etablierung von Zielorientierung in der ambulanten Nachsorge nach Schlaganfall. Dazu gehören folgende Komponenten:

- Herausarbeiten individueller Teilhabeziele von Menschen nach Schlaganfall und deren Bezugspersonen, Definieren von smart-formulierten Zwischen-Zielen,
- Abstimmung der Therapieziele mit den anderen Therapeuten, Hausärzten und ggf. Sanitätshäusern,
- Motivation und Unterstützung der Patienten beim selbstverantwortlichen Umsetzen der Ziele.

Die Rekrutierung der Patientinnen und Patienten gestaltete sich durch die SARS-CoV-2-Pandemie und den erfolgten Lockdown ab März 2020 als sehr schwierig: viele Praxen waren über längere Zeiträume geschlossen, Hausbesuche wurden nicht durchgeführt und viele Patientinnen und Patienten hatten sich aus Sorge vor einer Infektion zurückgezogen und auf Therapien verzichtet. Insgesamt wurden im Projektzeitraum von 12/2019 bis 12/2022 88 Patientinnen und Patienten von 12 Bezugstherapeutinnen und Bezugstherapeuten in das Projekt eingeschlossen.

### **6. Supervision der Bezugstherapeuten**

---

<sup>1</sup> Pott C. Teilhabeorientierte interprofessionelle ambulante Schlaganfallnachsorge durch Bezugstherapeuten. Etablierung eines innovativen Projekts. Neuroreha 2020;12:30-34

Die ersten Erfahrungen mit der Bezugstherapie führten zu dem Wunsch der Bezugstherapeuten nach regelmäßigem Austausch und Fallbesprechungen bzw. Fortbildungen. Zur Erleichterung der Kommunikation wurden folgende Schritte unternommen:

- Einrichtung eines webbasierten Instant-Messaging-Dienstes mit Dropbox
- Einmal monatlich stattfindende Videokonferenzen mit Fallbesprechungen
- Fortbildungen im Präsenz- oder Webinar-Format (z.B. Botox, Hilfsmittelversorgung, Dysphagie, Motorisches Lernen)

## 7. Wissenschaftliche Evaluation

Eine erste Evaluation der Erfahrungen der ausgebildeten Bezugstherapeuten mit den Schulungen und der Umsetzung der Schulungsinhalte in die Praxis fand bereits in den ersten beiden Februarwochen 2020 statt. Die Befragten bewerteten das BZT-Konzept und die Schulung positiv und zeigten Unterstützungsbedarf bei der Implementierung von standardisierten Assessments, Leitlinien und Fallkonferenzen auf.<sup>2</sup>

Die weitere Evaluation umfasste folgende Bereiche:

1. Analyse der Patientenzahlen und der für die BZT aufgewendeten Zeiten und Kosten
2. Analyse der Erfahrungen der Bezugstherapeutinnen mit dem BZT-Projekt und Implikationen für eine Übertragung in die Regelversorgung
3. Analyse der gesundheitlichen Probleme aus der Perspektive der Patienten und der Bezugstherapeuten

### 7.1 Analyse der Patientenzahlen und der für die BZT aufgewendeten Zeiten und Kosten

Die Analyse der Patientenzahlen und der Zeiten und Kosten erfolgte auf Basis der beim SRSH für den Zeitraum 12/2019 – 12/2022 eingereichten Abrechnungen.

- Insgesamt wurden 88 Patientinnen und Patienten von 12 Bezugstherapeutinnen in die Bezugstherapie aufgenommen.
- 42 mitbehandelnde Therapeutinnen und Therapeuten reichten mindestens eine Abrechnung ein.
- Die Zahl der von einer Bezugstherapeutin betreuten Patienten unterschied sich stark: 1-24 Pat. (MW  $\pm$  SD:  $8 \pm 6,8$ , Median 6,5).
- Auch die Zeit, die insgesamt pro Patient/in aufgebracht wurde, variierte stark:  $13,2 \pm 18,5$  h (MW  $\pm$  SD, Median 8,2h).
- Die durchschnittliche Verweildauer von Patienten in der Bezugstherapie betrug  $10,5 \pm 8,7$  Monate (MW  $\pm$  SD; Median 8 Monate; min – max: 1-36 Monate).
- Im Rahmen des Projektes reichten die Bezugstherapeutinnen insgesamt im Durchschnitt für  $84,4 \pm 98,4$  h (MW $\pm$ SD) Abrechnungen ein, die mitbehandelnden Therapeut/innen für  $3,6 \pm 3,4$  h (MW  $\pm$  SD). Von der insgesamt für die Bezugstherapie abgerechneten Zeit entfielen 87% auf die Bezugstherapeutinnen und 13% auf die mitbehandelnden Therapeutinnen und Therapeuten.

---

<sup>2</sup> Pott C. Formative Evaluation der Schlaganfall-Bezugstherapie Phase-E Schleswig Holstein aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten. Physioscience 2021; DOI: 10.1055/a-1180-7608

- Auch die Zeiten, die pro Patient/in aufgewendet wurden, variierten stark. Das Minimum waren 20 Minuten innerhalb eines Monats, das Maximum 125,1 h über 18 Monate, d.h. im Durchschnitt 6,95 h/Monat. Bei der im Projekt gezahlten Aufwandsentschädigung von 50 € pro Stunde betrug die Kosten pro Patient/in minimal 16,67 € einmalig und maximal 347,50 € pro Monat über 18 Monate. Im Durchschnitt waren es pro Monat  $90,7 \pm 79,6$  min (MW $\pm$ SD), was 75,58 €/Monat entspricht.

## **7.2 Analyse der Erfahrungen der Bezugstherapeutinnen mit dem BZT-Projekt und Implikationen für eine Übertragung in die Regelversorgung**

Die Analyse der Erfahrungen der Bezugstherapeutinnen mit dem BZT-Projekt erfolgte auf der Basis von telefonischen, qualitativen, Leitfaden-gestützten Einzelinterviews, zu denen 11 Therapeutinnen bereit waren. Die Interviews wurden im Frühjahr 2022 geführt, aufgezeichnet, wörtlich transkribiert und mithilfe der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring mithilfe der Software MAXQDA transkribiert. Die Kategorienbildung erfolgte deduktiv in Abhängigkeit von den avisierten Themen und induktiv aus dem Interviewmaterial heraus.

Die 11 Interviewten verteilten sich gleichmäßig auf Physiotherapie (4), Ergotherapie (4) und Logopädie (3). 4 der Therapeutinnen hatten zusätzlich zur Ausbildung ein entsprechendes Studium abgeschlossen, 6 Therapeutinnen arbeiteten in einer eigenen Praxis, 5 als Angestellte.

Die wichtigsten Erkenntnisse aus den Interviews lassen sich wie folgt zusammenfassen:

### **7.2.1 Die Patientenrekrutierung verlief sehr unterschiedlich**

In den meisten Fällen schlossen die Bezugstherapeutinnen eigene Patientinnen und Patienten in das Projekt ein. Die Hälfte der Interviewten berichtete zudem über eine Zuweisung aus Reha-Kliniken, mit denen es eine gute Zusammenarbeit gab. Ein weiterer Weg war die Anfrage durch andere Therapeutinnen und Therapeuten, zum Teil aus der eigenen Praxis. Einige Schlaganfall-Betroffene wurden über den Schlaganfall-Ring vermittelt, andere erfuhren über das Internet oder von Bekannten von der Bezugstherapie und meldeten sich direkt. Vereinzelt stellten Ärztinnen und Ärzte direkt Rezepte für die Bezugstherapie aus und überwiesen die Betroffenen. Bei anderen Bezugstherapeutinnen bestand hingegen kein Kontakt zu Ärztinnen und Ärzten bezüglich der Bezugstherapie.

*„Manche Patienten finden uns halt auch im Telefonbuch. Es ist halt komplett unterschiedlich. Manche werden von den Ärzten geschickt. Manche finden uns so. Manche hören von jemand anderem, „Hier, ich bin doch in der Praxis, geh du da doch auch mal hin.““ (Interview 8, Pos. 15)*

### **7.2.2 Die Angehörigenarbeit hat sich intensiviert**

In einigen Fällen wurde die Arbeit mit den Angehörigen im Rahmen der Bezugstherapie als intensiviert beschrieben, weil durch deren Vergütung im Rahmen der BZT den Therapeutinnen explizite Zeit für die Angehörigenarbeit zur Verfügung stand. Ohne BZT findet die Kommunikation mit den Angehörigen während der Therapiezeit statt oder „zwischen Tür und Angel“.

Von einigen Therapeutinnen wurden die Angehörigen im Rahmen der BZT vermehrt in die Therapie eingebunden. Dies erfolgte entlang des Konzeptes der ICF-basierten Therapieausrichtung, in der das Umfeld in die Behandlung einbezogen werden soll. Vereinzelt wurde von großer Dankbarkeit der Angehörigen berichtet.

*„Auf jeden Fall habe ich mehr Muße, mir das [ins Gespräch Kommen mit den Angehörigen] auch immer mal wieder einzufordern [...] und zu sagen: „Denken Sie dran, nur wenn Sie auch jeden Tag mit üben, dann kann es besser werden.“ [...] Da kann man dann [...] immer sagen: „Wir wollen doch das und das erreichen, also brauchen wir Ihre Mithilfe.““ (Interview 4, Pos. 31-33)*

### **7.2.3 Integration in den Praxisalltag: Flexibilität ist gefordert**

Ausschlaggebend für eine gelungene Integration der Bezugstherapie in den Arbeitsalltag war Flexibilität bezüglich der Zeiteinteilung, vor allem für den interprofessionellen Austausch. Diese Flexibilität war bei Praxisinhaberinnen eher gegeben als bei Angestellten. Eine besondere Herausforderung stellte die Kommunikation mit den anderen betreuenden Therapeutinnen dar. Auch wenn die Bezugstherapeutinnen Zeit für Telefonate oder E-Mails gefunden hatten, so antworten mitbetreuende Therapeutinnen und Therapeuten aus Zeitmangel häufig nicht direkt. Zur Verbesserung wurde von einigen Therapeutinnen eine Dokumentations- und Kommunikationsplattform gewünscht, auf die alle Behandelnden Zugriff hätten.

Die Behandlung von Bezugspatientinnen und -patienten in der gleichen interdisziplinären Praxis wurde in einem Interview als optimal dargestellt. Der Austausch unter den behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten könne vor Ort leichter vereinbart werden.

*„Bezugstherapie und diese ganze koordinative Arbeit, wo ich jetzt auch mal einen Rückruf kriege [...] kommt dann irgendwann zwischendurch. Das braucht eine relativ große Möglichkeit für Flexibilität. Das kann ich bieten, weil ich ja als Praxisinhaberin auch noch Organisationszeit habe und das macht es für mich ein bisschen leichter.“ (Interview 7, Pos. 50)*

### **7.2.4 Schlaganfall-Ring-Box: hilfreich aber zeitaufwendig**

Ein wichtiger Bestandteil der Bezugstherapie war der Einsatz der Schlaganfall-Ring-Box, die vom Schlaganfall-Ring Schleswig-Holstein entwickelt und wie folgt beschrieben wurde: „Bei der Schlaganfall-Ring-Box handelt es sich um eine Kunststoff-Box mit einem sechsteiligen Register und 84 Karten im DIN-A6-Format. Inhaltlich basieren die Karten auf dem weltweit etablierten Standard International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Erstmals ist es gelungen, das ICF Coreset for Stroke in eine Form zu bringen, die direkt vom Patienten genutzt werden kann. Die Nutzung kann selbstständig, aber auch mithilfe von Angehörigen, oder Therapeuten erfolgen. Damit ist der Patient in der Lage, seinen Zustand vollständig auf ICF-Basis zu beschreiben und Funktionsdefizite zu priorisieren. Dabei bleibt die Box in ihrer Anwendung stets dynamisch; es ist jederzeit möglich, Therapieerfolge zu dokumentieren oder Prioritäten zu ändern.“ (<https://www.schlaganfall-ring.de/box-alt/>)

Die Erfahrungen mit der Schlaganfall-Ring-Box waren unterschiedlich. Auf der einen Seite nutzten einige Therapeutinnen die Ring-Box bei allen Patientinnen und Patienten und sahen diese als

hilfreich an. Auf der anderen Seite wurde über Patientinnen und Patienten berichtet, die nicht mit der Schlaganfall-Ring-Box gearbeitet haben, nicht mit ihr arbeiten wollten oder schlicht überfordert waren. Manchmal könnten auch die Angehörigen nicht helfen.

Die Auswertungen der Schlaganfall-Ring-Box wurden in vielen Fällen den mitbehandelnden Therapeutinnen und Therapeuten zugänglich gemacht. Dies war jedoch umständlich. Es wurde der Wunsch nach einer digitalen Plattform geäußert, auf die alle Therapeutinnen und Therapeuten zugreifen und Notizen zu den Bezugspatientinnen und -patienten machen könnten. Auf dieser Plattform sollte auch das Dokumentieren der Ring-Box-Ergebnisse möglich sein.

In der Hälfte der Interviews wurde die Arbeit mit der Schlaganfall-Ring-Box als sehr zeitaufwendig beschrieben. Einige Therapeutinnen nannten 60-90 Minuten pro Patient/in pro Auswertung.

Andererseits stellte eine Therapeutin heraus, dass die Arbeit mit den Ring-Box-Antworten einen zentralen Bestandteil der Bezugstherapie-Arbeit darstelle. Dabei würden die Probleme der Patientinnen und Patienten umfassend deutlich und die Behandlerin könne sich Gedanken über Ziele und deren Umsetzung machen.

*„Jetzt diese Schlaganfall-Ring-Box, das ist ein total hilfreiches Tool. Nur die Übertragung, in die Maske und dann die Formulierung der Ziele. Also, wenn ich das tue für einen Patienten, dann brauche ich mindestens 60 bis 90 Minuten für einen Fall. Und das ist natürlich schon auch ziemlich umfangreich.“ (Interview 7, Pos. 70)*

### **7.2.5 Smarte Zielformulierung nützlich, aber vielfach ungewohnt**

Die smarte Zielformulierung wurde als sinnvoll erachtet. Die konkret formulierten und verständlichen Ziele seien für die Motivation von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen wichtig. Diese schriftlich festgehaltenen Ziele könnten gut regelmäßig überprüft und ggf. erneuert werden. Grundsätzlich würden die meisten Patienten Unterstützung bei der Festlegung von smarten Zielen benötigen, weil sie es nicht gewohnt sind. Andererseits sind die smarten Ziele sehr nützlich, um den Patientinnen und Patienten deutlich zu machen, dass auch sie Verantwortung tragen, um die Ziele zu erreichen.

*„Also es ist doch was anderes, wenn ich immer wieder regelmäßig Ziele aufschreibe und auch an Zielen mit anderen Leuten arbeite, als wenn ich so vor mich hin tüddele mit den Patienten. Und wenn ich regelmäßig das auch dokumentiere und dem Arzt quasi Rechenschaft ablege, bringt das den Patienten letztendlich weiter und es bringt auch mich weiter in meiner Therapie. Und deswegen finde ich dieses Projekt auch echt gut.“ (Interview 8, Pos. 104)*

*„Ja. [...] Dieses ICF-Denken und [...] Ziele formulieren, das hat sich ganz klar verändert. [...] diesen Patienten auch aus der Passivität [...] rauszuholen und noch mal ihm klarzumachen, dass er Mitverantwortung hat.“ (Interview 6, Pos. 80-82)*

### **7.2.6 Interprofessioneller Austausch wurde durch die Bezugstherapie gefördert bzw. fand dadurch erst statt**

Die Mehrheit der befragten Bezugstherapeutinnen berichtete, dass interprofessionelle Zusammenarbeit im Alltag entweder gar nicht stattfindet oder in deutlich geringerem Ausmaß als im Kontext der Bezugstherapie. Ein wesentlicher Grund hierfür ist fehlende Zeit: Die



Therapeutinnen und Therapeuten haben einen stark durchstrukturierten Arbeitsalltag und investieren keine zusätzliche unbezahlte Zeit, um sich mit anderen Berufsgruppen auszutauschen. Im Rahmen der Bezugstherapie gestaltete sich die interprofessionelle Zusammenarbeit mit anderen Therapeutinnen sowohl zeitlich als auch inhaltlich intensiver. Dies ist darauf zurückzuführen, dass dieser Austausch im Rahmen der Bezugstherapie auch für die mitbehandelnden Therapeutinnen vergütet wurde. Zudem förderte die Teilnahme an dem Projekt grundsätzlich das Interesse an Zusammenarbeit.

*„Ohne Bezugstherapie findet [die interprofessionelle Zusammenarbeit], ehrlich gesagt, nicht statt. [...] Ich glaube, aufgrund der vielen bürokratischen Hindernisse [...] bleibt die interprofessionelle Arbeit, die ja nicht sozusagen gesetzlich verpflichtend ist, [...] auf der Strecke.“ (Interview 1, Pos. 82)*

Die Zusammenarbeit mit Kliniken, insbesondere Rehakliniken verbesserte sich durch die Bezugstherapie auch, da diese die Bezugstherapie als Möglichkeit erkannten, eine nahtlose Weiterführung der Therapien im ambulanten Sektor anzubahnen, noch bevor die Patientinnen entlassen wurden. Mit Ärztinnen, Hilfsmittelerbringern und der ambulanten Pflege waren die Kontakte sehr unterschiedlich, aber tendenziell nicht so intensiv. Die intensivste Zusammenarbeit zwischen den Bezugstherapeutinnen und der Pflege fand in den Pflegeheimen statt, insbesondere dann, wenn die Mitarbeiterinnen der Pflegeheime merkten, dass über die Bezugstherapie Verbesserungen in der Patientenversorgung erreicht werden konnten.

*„Ich habe einen Patienten im Pflegeheim. Da habe ich am Anfang, als ich die Bezugstherapie übernommen habe, [...] ein Anschreiben fertig gemacht, was wir für ein Projekt sind. Dass es [...] in dem Zimmer der Bezugsperson einen Ordner gibt, wo sie reinschreiben können, wenn sie Fragen oder Anregungen haben. Ich bekam um die Ohren geknallt „Wir schreiben schon genug, wir schreiben gar nichts.“ Und da dachte ich: „Oh, das wird aber schwierig.“ Das ist aber trotz dieser Ankündigung eine sehr gute Zusammenarbeit geworden, [...] dass wir immer nochmal ein kurzes Feedback geben können und dass ich am Anfang auch hingehe und frage: „War irgendetwas Besonderes?“ Das habe ich sonst bei den meisten [Nicht-Bezugstherapie-] Patienten nicht. [Die Zusammenarbeit mit der Pflege] hat sich aktiv doch viel besser herausgestellt.“ (Interview 1, Pos. 66)*

Im Rahmen der Bezugstherapie waren Telefonate die meistgenutzte Form der interprofessionellen Kommunikation. Persönliche Treffen oder Videokonferenzen wurden auch anberaumt. Runde-Tische oder Videokonferenzen haben den Vorteil, dass mehrere sich gleichzeitig austauschen können. Telefonate hatten allerdings den Nachteil, ggf. in einer Warteschleife zu landen oder den anderen doch nicht anzutreffen. So wurden alternativ auch elektronische Nachrichten geschrieben. Auch für diese „schnellen Rücksprachen“ wünschten sich die Interviewten ein gutes Kommunikationstool.

Eine Therapeutin organisierte im Rahmen der Bezugstherapie monatlich stattfindende Teamsitzungen in einem Intensivpflegeheim, die sie als sinnvoll empfand und auch anderen Pflegeheimen empfehlen würde.

Einige Interviewte gaben zu, dass ihnen das aktive Zugehen auf andere Therapierende schwerfiel.

*„Und dann fehlt wieder diese Plattform, dass man sich mit den Ärzten vernetzt, dass die halt sehen, so, was haben wir halt für Ziele und was machen wir eigentlich, ne?“ (Interview 6, Pos. 46)*

### **7.2.7 In welchen Bereichen stellt die Bezugstherapie einen Mehraufwand dar?**

Die genannten Aktivitäten im Rahmen der BZT wie intensivere Angehörigenarbeit, Nutzung der Schlaganfall-Ring-Box, die Formulierung und später Überprüfung smarter Zielsetzung und der interprofessionelle Austausch stellen einen Mehraufwand dar, der entsprechend vergütet wurde. Allerdings gestaltete sich der Mehraufwand individuell unterschiedlich. Einig waren sich die Interviewten, dass zu Beginn einer Bezugstherapie deutlich mehr Zeit aufgewendet werden muss als im späteren Verlauf. Grund dafür ist die anfallende Koordinationsarbeit bei der Aufnahme in die Bezugstherapie. Diese Koordinationsarbeit beinhaltet unter anderem das Organisieren von Hilfsmitteln, die Besichtigung der Wohnsituation, Beratung der Angehörigen, Anleitung der Patientinnen und Patienten und das Zusammenstellen des Teams der Therapeutinnen und Therapeuten. Im Verlauf der Bezugstherapie werden dann überwiegend Ziele evaluiert und gegebenenfalls neu gesetzt. Hier fällt weniger Aufwand an. Zudem verlief bei einigen Therapeutinnen die anfallende Arbeit wellenförmig.

*„Das ist so, dass am Anfang ganz viel Zeit da sein muss, um das Ganze alles zu koordinieren. Und nachher wird es eher weniger. [...] Das ist dann [nachher] immer nochmal so eine halbe Stunde im Monat pro Patient.“ (Interview 8, Pos. 67)*

### **7.3 Regional fand durch die Bezugstherapie mehr Vernetzung statt**

Im Rahmen der Bezugstherapie veränderte sich die regionale Zusammenarbeit, da mehr interprofessionelle Vernetzung stattfand. Hier gilt es zu unterscheiden zwischen patientenbezogener interprofessioneller Zusammenarbeit und Netzwerkarbeit. Die Kenntnis und Nutzung von Versorgungsstrukturen in der Region wie Selbsthilfegruppen, Freizeitangeboten, Hilfsmittelversorger/innen und Pflegediensten ermöglicht den Betroffenen mehr Teilhabe.

Im Projekt Bezugstherapie haben die Teilnehmenden sowohl mehr patientenbezogen interprofessionell zusammengearbeitet, als auch Versorgungsangebote in der Region kennengelernt.

*„Ich kenne jetzt [im Rahmen der Bezugstherapie] mehr Praxen, also ich weiß, welche Ergo-Praxen gibt es mehr so hier im Umkreis, wer ist auf was spezialisiert und kenne jetzt mehr Physiotherapeuten.“ (Interview 4, Pos. 63)*

### **7.4 Effekte der Bezugstherapie**

Die meisten Therapeutinnen waren der Ansicht, dass sich durch die BZT mehrere Aspekte in der Versorgung der Patientinnen und Patienten verbessert hatten.

Die Patienten würden von der gemeinsamen alltagsorientierten Zielsetzung profitieren und das regelmäßige Überprüfen der Fortschritte hinsichtlich dieser Ziele würde das Zurückfallen in alte Routinen verhindern.

Der Fokus auf teilhabeorientiertes Arbeiten anhand der ICF-Klassifikation wurde als äußerst wertvoll erachtet – das würde in der Therapieausbildung meist fehlen und sei in der Ausbildung zur Bezugstherapeutin zentral gewesen. Das ganzheitliche Betrachten der Patientinnen und

Patienten, einschließlich ihres häuslichen Umfelds, ermögliche die Erkennung komplexer Probleme und die Entwicklung entsprechender Lösungsansätze. Eine Therapeutin merkte an, dass im „normalen“ Alltag solche Patientinnen und Patienten mit komplexen Problemen oft übersehen würden.

Im Rahmen der BZT wurde verstärkt betont, dass die Patientinnen und Patienten für ihr Training selbst verantwortlich sind. Außerdem berichteten einige Therapeutinnen, dass ihre Patientinnen und Patienten im Rahmen der Bezugstherapie motivierter waren, mitzuarbeiten. Dies führten sie darauf zurück, dass sie bemerkten, dass die Therapeutinnen und Therapeuten sich untereinander austauschten und gemeinsam gesetzte Ziele verfolgten.

Ein weiterer Effekt der Bezugstherapie war die effizientere Koordination der Übergangsphase von einem stationären Aufenthalt in die ambulante Versorgung. Die Bezugstherapeutinnen begleiteten diese Phase und unterstützten auch bei organisatorischen Angelegenheiten, wie der Suche nach Therapieplätzen, der Unterstützung durch Pflegekräfte oder der Hilfsmittelversorgung.

Eine Therapeutin nannte als Beispiel für die Effekte der Bezugstherapie, dass Therapeutinnen und Therapeuten weniger gegeneinander ausgespielt werden konnten, da sie miteinander kommunizierten und bemerkten, wenn der Patient oder die Patientin unterschiedlich mitarbeitet.

*T: „Also ich habe schon auch selber in meiner Ausbildung gelernt, ICF orientiert Ziele zu erarbeiten, alltagsrelevant zu arbeiten. Aber [...] vor der Bezugstherapie hat man das immer versucht, aber man hat schnell davon abgelassen, wenn man den Eindruck hatte, man ist da so der Allein-Kämpfer.“ (Interview 4, Pos. 23-25)*

*„Ich glaube, dass die Motivation der Patienten höher wird durch die Bezugstherapie, weil sie einfach erleben, dass die Therapeuten auch sich austauschen [...].“ (Interview 3, Pos. 26)*

#### **7.2.10 Qualifikationen, die ein/e Bezugstherapeut/in braucht**

Die Hälfte der befragten Therapeutinnen betonte die zentrale Bedeutung der Behandlung nach der ICF-Klassifikation und die Notwendigkeit eines ganzheitlichen und alltagsorientierten Therapieansatzes. Die Grundlagen der Bezugstherapie müssten Bezugstherapeutinnen klar vermittelt werden, um deren Mehrwert verständlich zu machen und um diese Informationen an andere mitbehandelnde Therapeutinnen und Therapeuten weitergeben zu können. Zusätzlich wurde die Notwendigkeit von neurologischer Vorerfahrung und Fortbildung für Bezugstherapeutinnen hervorgehoben, ebenso wie Einblicke in die anderen Therapierichtungen, um fachfremde Probleme der Patientinnen und Patienten besser einordnen zu können. Bezugstherapeutinnen sollten in der Lage sein, auf andere Therapierende zuzugehen und Angelegenheiten zu koordinieren sowie ihre Position gegenüber anderen Professionen selbstbewusst zu vertreten. Diese Inhalte würden am besten im Rahmen einer interprofessionellen Schulung vermittelt. Als weitere Themen der Schulung wurden auch Gesprächsführung, evidenzbasierte Medizin, rechtliche Grundlagen sowie die Reflexion der Rollen von Therapeut/in und Patient/in in der Therapie genannt. Auch Fortbildungen und begleitender Austausch für ausgebildete Bezugstherapeutinnen und -therapeuten wurden als wichtig erachtet.

Zusammengefasst wurden folgende Qualifikationen einer Bezugstherapeutin als bedeutsam angesehen:

- ✓ die Kenntnis der ICF-Klassifikation und ihrer Anwendung
- ✓ die ganzheitliche Betrachtung der Patientinnen und Patienten
- ✓ die Fähigkeit, alltagsorientierte Ziele zu setzen und zu verfolgen
- ✓ Reflexion der Rollen von Therapeut/in und Patient/in
- ✓ Kommunikationsfähigkeit über die Praxisgrenzen hinaus (auch interprofessionell)
- ✓ die Fähigkeit, ein Team zu führen
- ✓ Kenntnis über Hilfsmittel, Versorgungsstrukturen und andere Therapierichtungen
- ✓ neurologische Vorerfahrung
- ✓ Evidenzbasierung von Diagnostik und Therapie
- ✓ rechtliche Grundlagen
- ✓ Während der BZT-Arbeit: Fortbildungen und Austausch

### **7.2.11 Was wäre aus Sicht der Interviewten wichtig bei einer Überführung der Bezugstherapie in die Regelversorgung?**

Bei einer Überführung der Bezugstherapie in die Regelversorgung wäre aus Sicht der Interviewten eine Weiterführung der Finanzierung unabdingbar. Zudem müsste das Projekt bei Ärztinnen und Ärzten, in Kliniken und bei Therapeutinnen und Therapeuten bekannt gemacht werden. Ein interprofessionelles digitales Dokumentations- und Kommunikationstool, eine Ausbildung und regelmäßige Austausch- bzw. Fortbildungsangebote würden die interprofessionelle Zusammenarbeit im Sinne der Patientinnen und Patienten ebenfalls deutlich befördern.

Ein zentrales Argument für die Aufnahme der Bezugstherapie in den Leistungskatalog der Krankenkassen war aus Sicht mehrerer Therapeutinnen, dass langfristig Kosten eingespart werden können, da durch die Bezugstherapie die Versorgung der Patientinnen und Patienten effizienter gestaltet würde.

Die Notwendigkeit, die Bezugstherapie in den Heilmittelkatalog aufzunehmen, wurde diskutiert. Der Heilmittelkatalog sei sehr spezifisch formuliert und eine zu schnelle, genaue Definition der Arbeit würde den Spielraum der Bezugstherapeutinnen ggf. einschränken. In diesem Sinne wurde die Bedeutung einer minutengenauen Abrechnung der Bezugstherapie-Arbeit hervorgehoben, um die notwendige Flexibilität herzustellen.

*„[Normalerweise] gibt [es] keinen, der alles koordiniert. Und dann am Ende werden einfach nur Rezepte über Jahre bestellt, die nachher gar nicht mehr so notwendig sind. [...] Ein Bezugstherapeut sagt: „Das braucht XY einfach nicht, oder das braucht er besonders.“ [...] Dann sind die Kosten einfach für die Krankenkassen auch nicht so hoch und ich denke, das ist ein sehr starkes Argument. Wir wollen ja Kosten sparen.“ (Interview 5, Pos. 77)*

### **7.3 Analyse der gesundheitlichen Probleme aus der Perspektive der Patienten und der Bezugstherapeuten**

Die Analyse der gesundheitlichen Probleme aus der Perspektive der Patienten und der Bezugstherapeuten erfolgte auf Basis der anonymisierten zur Auswertung vorliegenden Dokumentationen der Bearbeitung der Schlaganfall-Ring-Box.

Es liegen Erstdokumentationen von 75 Bezugstherapiepatientinnen und -patienten vor. Von 52 Patientinnen und Patienten (69,3%) liegen auch Letztdokumentationen vor. Die Spannweite reicht von 0 bis 8 Dokumentationen pro Patient/in.

Die folgende Analyse der Erstdokumentationen bezieht sich auf die 75 Bezugstherapiepatientinnen und -patienten mit mindestens einer Dokumentation.

Für eine explorative Einschätzung der Effekte der Bezugstherapie wurde von den 52 Patientinnen und Patienten mit mindestens zwei Dokumentationen die erste sowie die letzte verfügbare Dokumentation herangezogen.

Daraus resultieren Abstände zwischen Erst- und Folgedokumentation von 2 - 34 Monaten (MW  $\pm$  SD  $10 \pm 7,5$ ). Der Median liegt bei 8 Monaten.

#### **7.3.1 Selbsteinschätzung der Patientinnen und Patienten**

In der Schlaganfall-Ring-Box werden 84 Problembereiche als Einschätzungshilfe der eigenen Situation angeboten. Die Patientinnen und Patienten haben bei der Beurteilung eines jeden möglichen Problembereiches die Wahl zwischen "dringend", "später" und "erledigt".

Das Spektrum der angegebenen Problembereiche ist sehr groß, wobei pro Patient oder Patientin bei der Erstdokumentation 4 - 50 (MW  $\pm$  SD  $20 \pm 9,5$ ) Problembereiche angegeben wurden, bei der herangezogenen Letztdokumentation 2 - 48 Problembereiche (MW  $\pm$  SD  $15 \pm 9,1$ ). In der Erstdokumentation gab es im Durchschnitt pro Patient/in  $19 \pm 9,5$  (MW  $\pm$  SD) dringend zu bearbeitende Bereiche und  $12 \pm 8,9$  (MW  $\pm$  SD) später zu bearbeitende Bereiche. Bei der Letztdokumentation zeigten sich im Mittel pro Patient/in  $15 \pm 9,1$  (MW  $\pm$  SD) dringend und  $11 \pm 9,8$  (MW  $\pm$  SD) später anzugehende Problembereiche.

##### **7.3.1.1 Erstdokumentationen (N=75)**

Aufgelistet werden nur Problembereiche, die von mindestens einem Drittel ( $\geq 33\%$ ) der Teilnehmenden als "dringend" eingestuft wurden. Die am häufigsten genannten dringenden Problembereiche sind im Folgenden aufgelistet.

Am häufigsten wurden Probleme aus der Kategorie b "Körperfunktionen" als dringend angegeben.

Körperfunktionen: neuromuskuläre Aspekte (vgl. Abb. 1), Körperfunktionen: psychologische und kognitive Aspekte (vgl. Abb. 2).

Aus der Kategorie d "Aktivitäten und Partizipation" gaben die Patientinnen und Patienten am häufigsten Aspekte der (häuslichen) Mobilität (vgl. Abb. 3) und der kognitiven Aktivitäten als „dringend“ zu verbessern an.

Abbildung 1: Von den Patientinnen und Patienten angegebene Problembereiche im Bereich Körperfunktionen/Neuromuskuläre Aspekte in der Basisdokumentation (N=75)

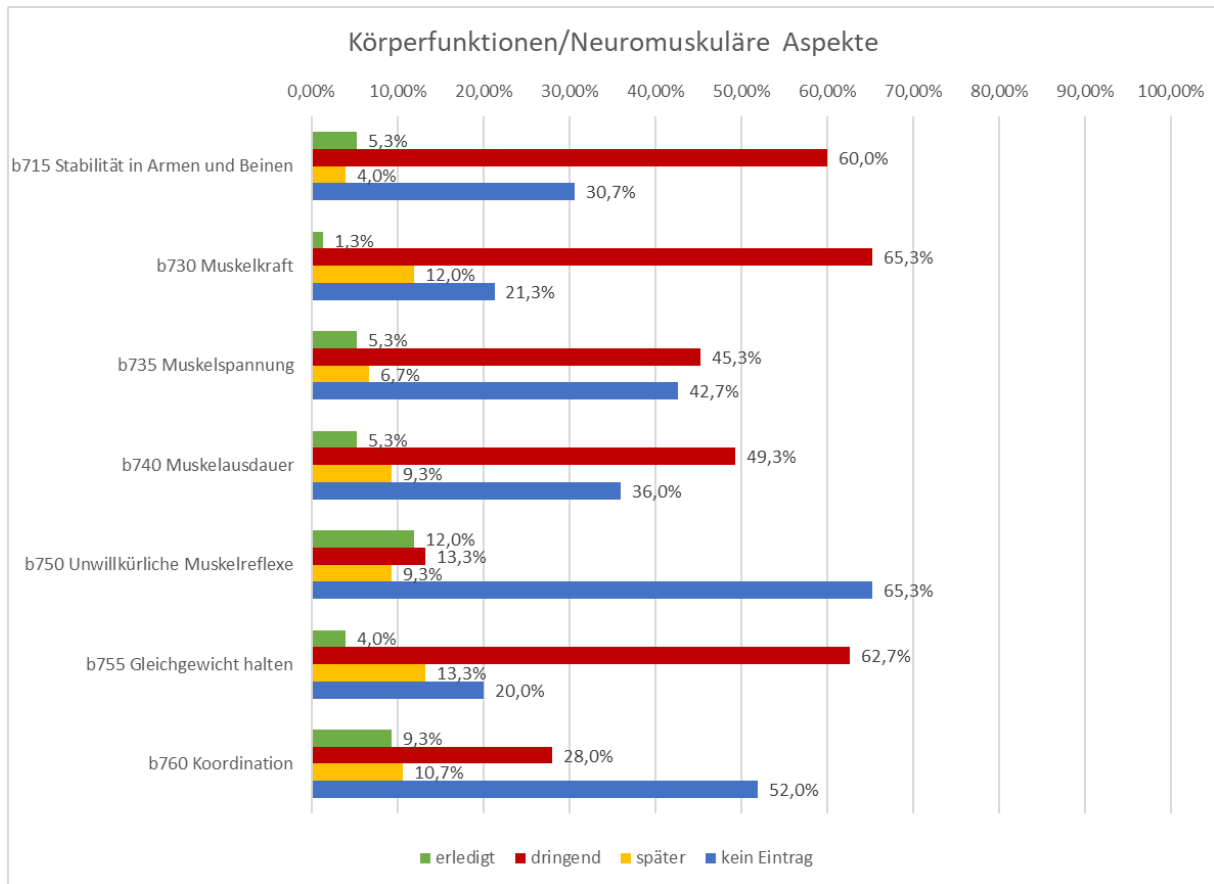


Abbildung 2: Von den Patientinnen und Patienten angegebene Problembereiche im Bereich Körperfunktionen/Psychologische und kognitive Aspekte in der Basisdokumentation (N=75)

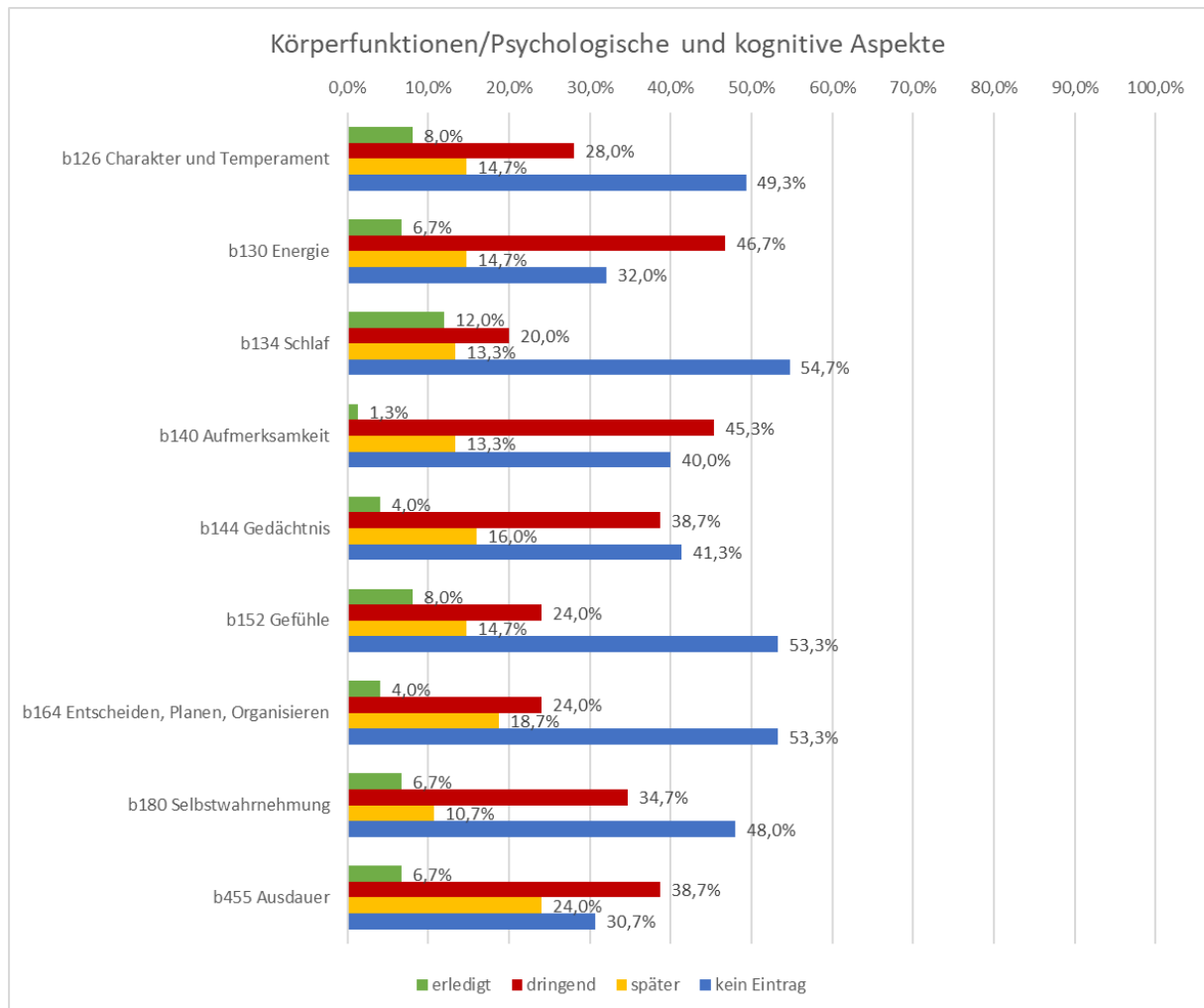
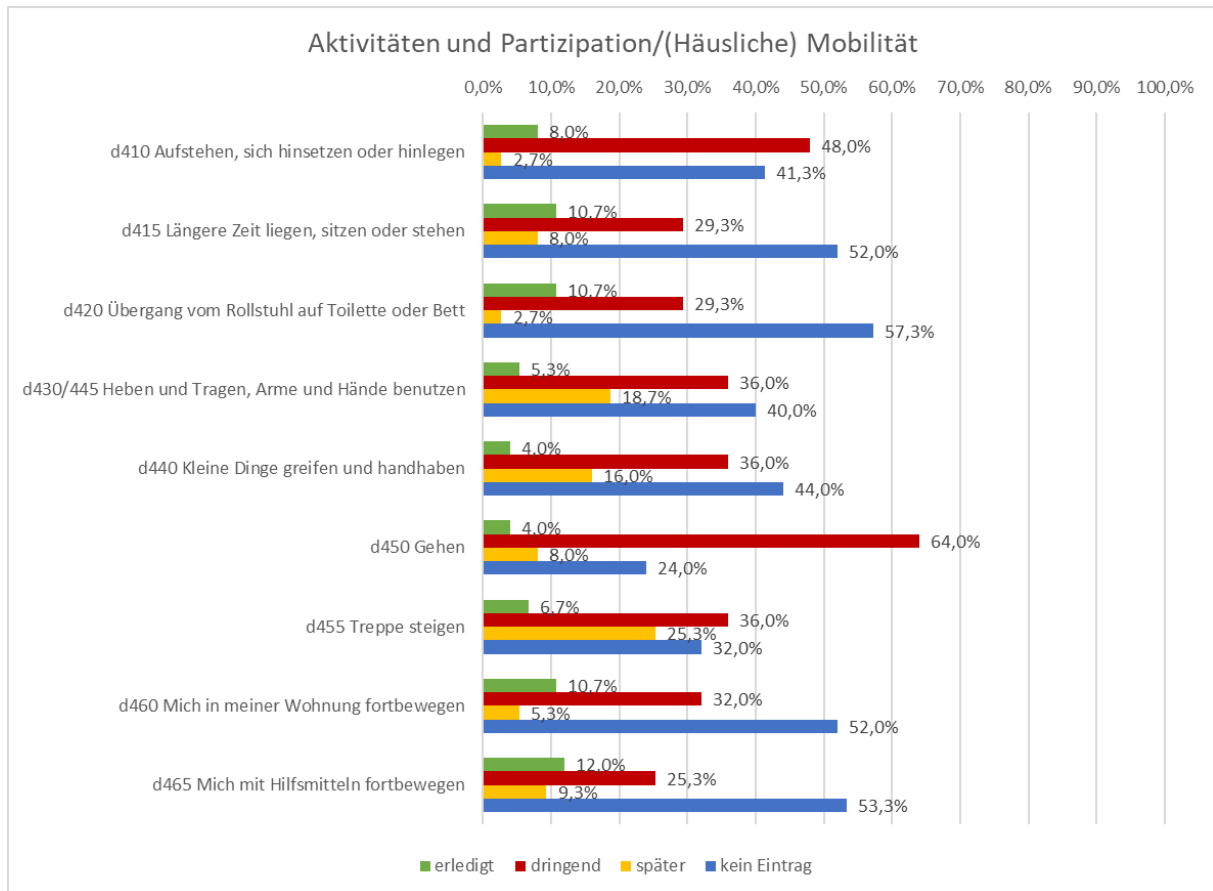


Abbildung 3: Von den Patientinnen und Patienten angegebene Problembereiche im Bereich Aktivitäten und Partizipation/(Häusliche) Mobilität in der Basisdokumentation (N=75)



### 7.3.1.2 Vergleich der Erst- und Letztdokumentation aus Patientensicht (N=52)

Der Vergleich der Patientenangaben zu dringenden Problembereichen in der Erst- und Letztdokumentation zeigt, dass im Laufe der Bezugstherapie im Durchschnitt pro Patient/in

- in  $10 \pm 9,6$  (MW  $\pm$  SD) der 84 Bereiche die Priorität des Problems geringer geworden ist,
- in  $4 \pm 5,0$  (MW  $\pm$  SD) Bereichen die Priorität des Problems laut Letztdokumentation höher geworden ist,
- in  $20 \pm 15,0$  (MW  $\pm$  SD) Bereichen die Priorisierung des Problems gleichgeblieben ist und
- im Durchschnitt  $49 \pm 13,8$  (MW  $\pm$  SD) Bereiche pro Patient/in zu keinem Studienzeitpunkt ein Problem gewesen sind.

47 der 52 Patienten und Patientinnen (90%) gaben in der Letztdokumentation in mindestens einem Bereich eine geringere Dringlichkeit des Problems an, allerdings gaben auch 44 der 52 Pat. (85%) eine höhere Dringlichkeit in mindestens einem Problembereich an.

Der Vergleich der Erst- und Letztdokumentationen der Patientinnen und Patienten kann letztlich nicht als Verbesserung oder Verschlechterung der Situation interpretiert werden, da Veränderungen der Priorität eines Problems durch verschiedene Umstände zustande kommen können.



### **7.3.2 Einschätzung der Problembereiche durch die Therapeutinnen und Therapeuten**

Es gab in 70 von 75 Erstdokumentationen und in 51 der 52 Letztdokumentationen der Schlaganfall-Ring-Box Einträge der Therapeutinnen und Therapeuten.

Die Therapeutinnen und Therapeuten hatten eine andere Skala als die Patientinnen und Patienten zur Verfügung und konnten die Problembereiche als "leicht ausgeprägt", "mäßig ausgeprägt", "erheblich ausgeprägt" und "voll ausgeprägt" bewerten. Wenn es keinen Eintrag gab, war dies damit gleichzusetzen, dass das Problem nicht vorlag.

Daher kann man beim Vergleich der Angaben der Therapeutinnen und Therapeuten in der Erst- und Letztdokumentation eher von einer Verbesserung oder Verschlechterung von Problembereichen im Verlauf der Bezugstherapie sprechen.

Im Folgenden wird der Vergleich der Erst- und Letztdokumentation aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten dargestellt (N=51).

#### **7.3.2.1 Verbesserungen**

Eine Verbesserung lag vor, wenn gemäß der oben genannten Kategorien ein Problem in der Letztdokumentation als geringer ausgeprägt als in der Erstdokumentation eingeschätzt wurde. Im Weiteren werden nur Verbesserungsdaten von Problembereichen beschrieben, wenn sie bei mindestens 20% der Patientinnen und Patienten gefunden wurden (bezogen auf die 51 BZT-Teilnehmer/innen mit zwei Dokumentationen aus Therapeut/innensicht).

Die höchsten Verbesserungsdaten im Verlauf der Bezugstherapie aus Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten zeigten sich in den folgenden Bereichen:

Aktivitäten und Partizipation: (Häusliche) Mobilität (vgl. Abb. 4)

- 41,2% Gehen (d450)
- 33,3% Treppe steigen (d455)
- 29,4% Übergang vom Rollstuhl auf Toilette oder Bett (d420)
- 29,4% Kleine Dinge greifen und handhaben (d440)
- 27,5% Aufstehen, sich hinsetzen oder hinlegen (d410)
- 25,5% Mich mit Hilfsmitteln fortbewegen (d465)
- 23,5% Heben und Tragen, Arme und Hände benutzen (d430/445)

Körperfunktionen: neuromuskuläre Aspekte (vgl. Abb. 5)

- 37,3% Gleichgewicht halten (b755)
- 27,5% Stabilität in Armen und Beinen (b715)
- 23,5% Muskelkraft (b730)

Abbildung 4: Von den Therapeutinnen und Therapeuten angegebene Problembereiche im Bereich Aktivitäten und Partizipation: (Häusliche) Mobilität in der Basisdokumentation im Vergleich zur Letztdokumentation (N=51)

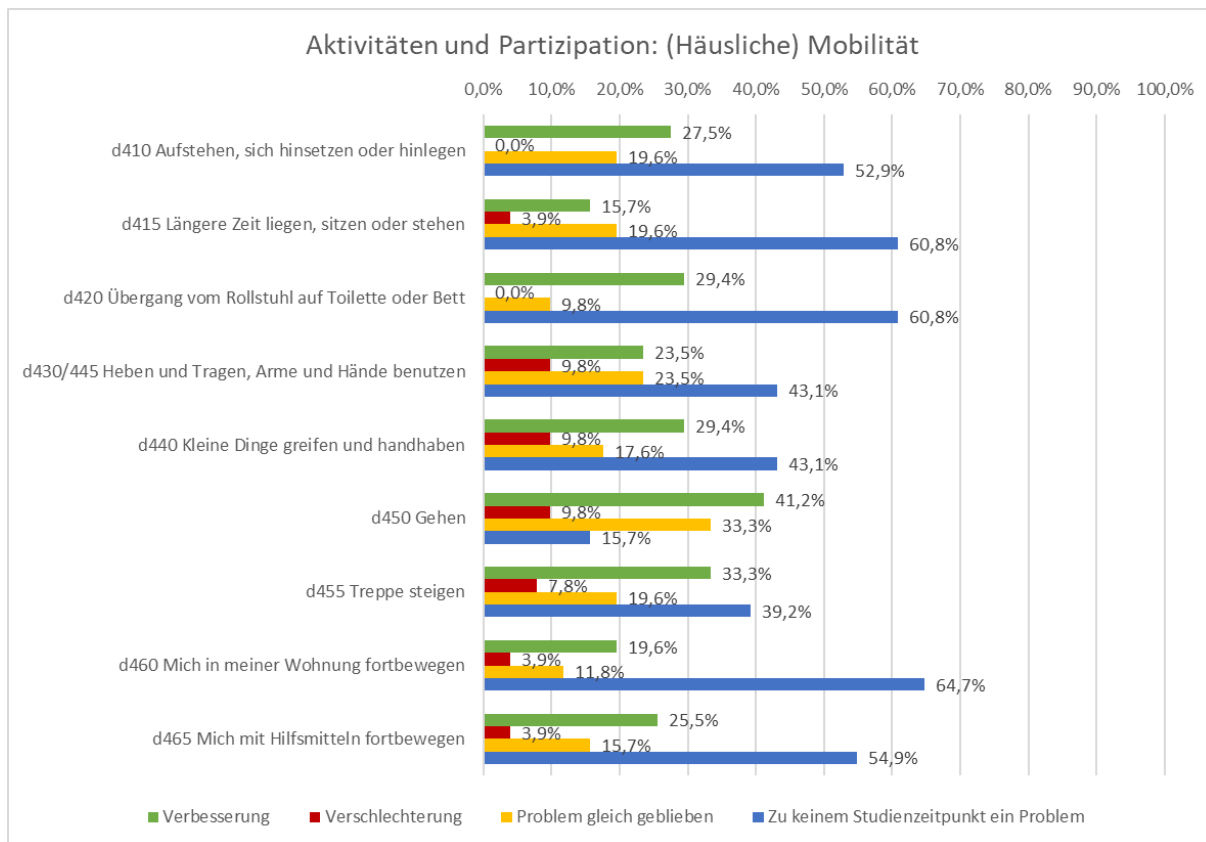
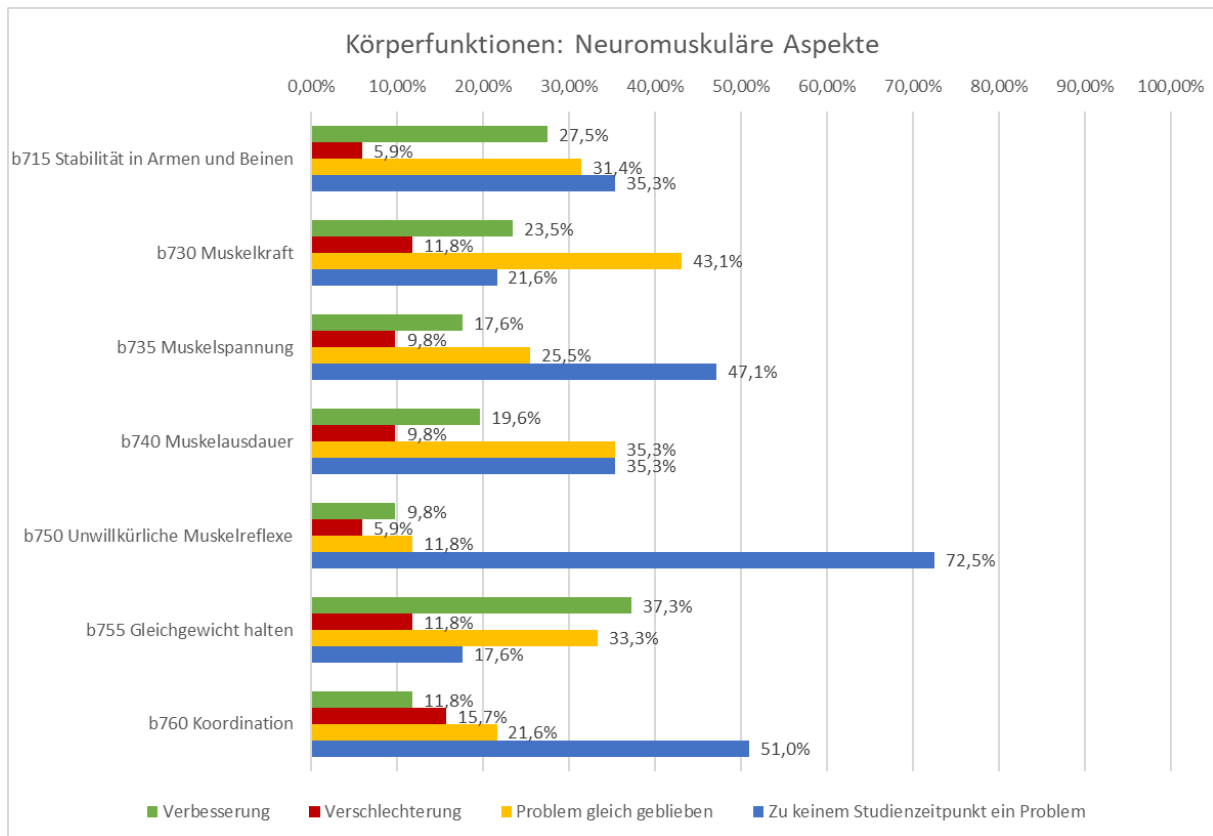


Abbildung 5: Von den Therapeutinnen und Therapeuten angegebene Problembereiche im Bereich Körperfunktionen: Neuromuskuläre Aspekte in der Basisdokumentation im Vergleich zur Letztdokumentation (N=51)



### 7.3.2.2 Verschlechterungen

Verschlechterungen der Situation zeigten sich aus Sicht der Therapeutinnen deutlich seltener als Verbesserungen. Kein einziger Bereich verschlechterte sich bei 20% oder mehr der Patientinnen und Patienten.

Lediglich in 6 Kategorien übertrafen die Verschlechterungen die Verbesserungen:

- Koordination (b760): 15,7% Verschlechterung vs. 11,8% Verbesserung
- Mit Stress umgehen (d240): 11,8% Verschlechterung vs. 7,8% Verbesserung
- Hausarbeit (d640): 19,6% Verschlechterung vs. 15,7% Verbesserung
- Auf meine Gesundheit achten (d570): 13,7% Verschlechterung vs. 5,9% Verbesserung
- Öffentliche Verkehrsmittel (als materieller Umweltfaktor; e540): 5,9% Verschlechterung vs. 3,9% Verbesserung
- Unterstützung durch meine Mitmenschen (als personeller Umweltfaktor; e3): 17,6% Verschlechterung vs. 7,8% Verbesserung

### 7.3.3 Vergleich der Sicht der Patientinnen und Patienten mit der Sicht der Therapeutinnen und Therapeuten

Auch wenn die Kategorien, nach denen Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten die Probleme dokumentieren konnten, sich unterscheiden, wird in Tabelle 2 gegenübergestellt, welche Problembereiche von mindestens 33% der Patientinnen und Patienten als "dringend" dargestellt wurden und welche von den Therapeutinnen und Therapeuten bei mind. 33% der Behandelten als "erheblich/voll ausgeprägt" eingeschätzt wurden. Im Vergleich der Angaben entsteht der Eindruck, dass die Patientinnen und Patienten häufig Probleme als "dringend" angegeben haben, die nach Ansicht der Therapeutinnen und Therapeuten nicht "erheblich/voll" ausgeprägt waren.

Tabelle 2: Gegenüberstellung der von mindestens 33% der Patientinnen und Patienten als "dringend" und von Therapeutinnen und Therapeuten bei mindestens 33% der Patientinnen und Patienten als "erheblich/voll" ausgeprägten Problembereiche, Basisdokumentation (N=51)

Am häufigsten von Patientinnen und Patienten als dringend eingeschätzte Probleme	Von Therapeutinnen am häufigsten als erheblich/voll ausgeprägt eingeschätzte Probleme
<b>Körperfunktionen: neuromuskuläre Aspekte</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muskelkraft 65,3%</li> <li>• Gleichgewicht halten 62,7%</li> <li>• Stabilität in Armen und Beinen 60%</li> <li>• Muskelausdauer 49,3%</li> <li>• Muskelspannung 45,3%</li> </ul>	<b>Körperfunktionen: Neuromuskuläre Aspekte</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stabilität in Armen und Beinen 35,7%</li> <li>• Muskelkraft 34,3%</li> </ul>
<b>Körperfunktionen: psychologische und kognitive Aspekte</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Energie 46,7%</li> <li>• Aufmerksamkeit 45,3%</li> <li>• Gedächtnis 38,7%</li> <li>• Ausdauer 38,7%</li> <li>• Selbstwahrnehmung 34,7%</li> </ul>	
<b>Körperfunktionen: sensorische und vegetative Aspekte</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiefensensibilität 33,3%</li> <li>• Schmerz 33,3%</li> </ul>	
<b>Aktivitäten und Partizipation: (häusliche) Mobilität und kognitive Aktivitäten</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gehen 64%</li> <li>• Aufstehen, sich hinsetzen oder hinlegen 48%</li> <li>• Heben und Tragen, Arme und Hände benutzen 36%</li> <li>• Kleine Dinge greifen und handhaben 36%</li> <li>• Treppe steigen 36%</li> <li>• Aufmerksamkeit und Konzentration 42,7%</li> <li>• Sprechen 34,7%</li> </ul>	<b>Aktivitäten und Partizipation: (Häusliche) Mobilität</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gehen 40%</li> <li>• Kleine Dinge greifen und handhaben 34,3%</li> </ul>

Bei der Gegenüberstellung der Unterschiede zwischen Erst- und Letztdokumentation zwischen Patientinnen und Patienten und Therapeutinnen und Therapeuten zeigt sich, dass aus Therapeut/innensicht in vielen Bereichen Fortschritte erzielt worden sind, die aber aus Sicht der Patientinnen und Patienten nicht dazu ausreichten, das Problem als weniger dringend einzuschätzen. Die größte Übereinstimmung gab es bei den ADLs: (sich) Waschen, Toilette benutzen, An- und Ausziehen (vgl. Tab. 3).

Tabelle 3: Gegenüberstellung der von mindestens 20% der Patientinnen und Patienten als weniger "dringend" eingeschätzten Problembereiche und der von Therapeutinnen und Therapeuten bei mindestens 20% der Patientinnen und Patienten als "verbessert" angesehenen Problembereiche (N=51)

In der Letztdokumentation aus Patient/innensicht als weniger dringend eingeschätzte Problembereiche	Verbesserungen aus Therapeut/innensicht
<b>Körperfunktionen: psychologische und kognitive Aspekte</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gedächtnis 36,5%</li> <li>• Entscheiden, Planen, Organisieren 30,8%</li> <li>• Gefühle 28,8%</li> <li>• Energie 23,1%</li> </ul>	
	<b>Körperfunktionen: neuromuskuläre Aspekte</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gleichgewicht halten 37,3%</li> <li>• Stabilität in Armen und Beinen 27,5%</li> <li>• Muskelkraft 23,5%</li> </ul>
<b>Körperfunktionen: sensorische und vegetative Aspekte</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kauen und Schlucken 23,1%</li> </ul>	
<b>Aktivitäten und Partizipation: ADLs (Aktivitäten des täglichen Lebens)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zähneputzen, Fingernägel und Haare pflegen 26,9%</li> <li>• (sich) Waschen 25%</li> <li>• Mich in meiner Wohnung fortbewegen 23,1%</li> <li>• Essen 23,1%</li> <li>• Aufstehen, sich hinsetzen oder hinlegen 21,2%</li> <li>• Toilette benutzen 21,2%</li> <li>• An- und Ausziehen 21,2%</li> </ul>	<b>Aktivitäten und Partizipation: ADLs (Aktivitäten des täglichen Lebens)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• (sich) Waschen 27,5%</li> <li>• Toilette benutzen 23,5%</li> <li>• An- und Ausziehen 21,6%</li> </ul>
	<b>Aktivitäten und Partizipation: (Häusliche) Mobilität</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gehen 41,2%</li> <li>• Treppe steigen 33,3%</li> <li>• Übergang vom Rollstuhl auf Toilette oder Bett 29,4%</li> <li>• Kleine Dinge greifen und handhaben 29,4%</li> <li>• Aufstehen, sich hinsetzen oder hinlegen 29,4%</li> <li>• Mich mit Hilfsmitteln fortbewegen 25,5%</li> <li>• Heben und Tragen, Arme und Hände benutzen 23,5%</li> </ul>
	<b>Aktivitäten und Partizipation: Instrumentelle und kognitive Aktivitäten und Kommunikation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufmerksamkeit und Konzentration 29,4%</li> <li>• Einkaufen 25,5%</li> <li>• Mehrfachaufgaben übernehmen 25,5%</li> <li>• Erholung und Freizeit 23,5%</li> <li>• Lesen 21,6%</li> <li>• Mich an einem Gespräch beteiligen 21,6%</li> </ul>
	<b>Umweltfaktoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilfsmittel für die Fortbewegung 25,5%</li> </ul>

## 8. Diskussion

Im Rahmen des vorliegenden Projektes konnte gezeigt werden, dass Bezugstherapie, wie sie vom Schlaganfall-Ring Schleswig-Holstein entwickelt und umgesetzt wurde, machbar ist und gut in die Patientenversorgung integriert werden kann. Aus Sicht der Bezugstherapeutinnen stellten die Schulung, der interprofessionelle Austausch und die Bezahlung der koordinativen Tätigkeit echte Fortschritte gegenüber der üblicherweise kaum mit anderen Professionen abgestimmten Therapiearbeit dar. Inwieweit die von den Therapeutinnen gesehene Funktionsverbesserungen sich von den Verbesserungen bei „Usual care“ unterscheiden, kann nicht beantwortet werden, weil im Rahmen der Pilotstudie kein Wirksamkeitsvergleich mit einer Kontrollgruppe möglich war.

Die aufgewendete Zeit für die Bezugstherapie pro Patient und Monat reichte von 20 Minuten einmalig bis rund 7 Stunden/Monat über einen Zeitraum von 18 Monaten. Diese Varianz ist einerseits auf die sehr unterschiedlichen Bedarfe der Patientinnen und Patienten zurückzuführen, andererseits aber auch auf die unterschiedlich intensive Umsetzung der Projektziele durch die Bezugstherapeutinnen und die mitbehandelnden Therapeutinnen. Eine genaue Analyse der Gründe für die Varianz, z.B. Untersuchung der Assoziation zwischen Patientenbedarfen und BZT-Zeit unter Berücksichtigung des Einflusses der Therapeutin, war im Rahmen des Pilotprojektes aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht möglich. Insgesamt lässt sich die Varianz als zielgerichteten Einsatz der Bezugstherapie interpretieren.

Die für die Bezugstherapie angefallenen Kosten lagen mit insgesamt 60.169 €, die für 88 Patienten ausgezahlt wurden, im Durchschnitt also mit 684 € pro Patient/in unter der zu Projektstart angenommenen Summe von 1.200 € pro Patient/in.

Die Bezugstherapie wurde im Wesentlichen durch die ausgebildeten Bezugstherapeutinnen getragen. Die mitbehandelnden Therapeutinnen und Therapeuten veranschlagten insgesamt 13 % der für die Bezugstherapie ausgezahlten Aufwandsentschädigungen. Allerdings ist unklar, wie viele mitbehandelnde Therapeutinnen und Therapeuten keine Rechnung eingereicht haben, da sie nur punktuell in Bezug auf einzelne Patienten am Projekt beteiligt waren.

Eine Integration der Bezugstherapie in die Regelversorgung hielten alle befragten Bezugstherapeutinnen für sehr sinnvoll und wünschenswert.

## 9. Projektabrechnung

Hausärzterverband Schleswig-Holstein  
Schlaganfall-Ring Schleswig-Holstein e.V.

Projektabrechnung

Bezugstherapeut

Kosten	Gesamtbudget	abgerufen	Ist-Aufwand	Rest
Projektarbeit SRSH	101.500,00 €	101.500,00 €	101.500,00 €	- €
Schulungskosten BZT				
BZT1 - SRSH	2.000,00 €	2.000,00 €	2.000,00 €	- €
BZT2 - CAU	2.000,00 €	2.000,00 €	2.000,00 €	- €
BZT3 - SRSH	21.200,00 €	21.200,00 €	21.200,00 €	- €
Summe Schulungskosten	25.200,00 €	25.200,00 €	25.200,00 €	- €
Vergütung BZT SRSH	80.000,00 €	68.503,12 €	60.169,21 €	8.333,91 €
Evaluation CAU	35.000,00 €	34.634,96 €	34.634,96 €	- €
Öffentlichkeitsarbeit HÄV	12.000,00 €	12.000,00 €	12.000,00 €	- €
Gesamt SRSH	204.700,00 €	193.203,12 €	184.869,21 €	8.333,91 €
Gesamt CAU	37.000,00 €	36.634,96 €	36.634,96 €	- €
Gesamt HÄV	12.000,00 €	12.000,00 €	12.000,00 €	- €
Gesamt Projekt	253.700,00 €	241.838,08 €	233.504,17 €	8.333,91 €

Vertraulich