

Empfehlungen

zur Verbesserung des teilhabeorientierten Versorgungsprozesses mobilitätseingeschränkter Menschen mit Rollstühlen

Einleitung

Die Zahl der Personen in Deutschland, die einen Rollstuhl benutzen bzw. zur Mobilität zumindest teilweise auf ihn angewiesen sind, kann derzeit nicht exakt angegeben werden. Schätzungen für das Jahr 2013 nennen ca. 1,6 Million Menschen, die einen Rollstuhl¹ benötigen. Das entspricht einem Anteil von knapp 2 % der Gesamtbevölkerung. Rollstühle sind als Hilfsmittel erforderlich, wenn sich Personen mit einer Behinderung nicht oder nicht ausschließlich gehend fortbewegen können, auch nicht mit Hilfsmitteln, die das Gehen ermöglichen oder erleichtern. Für nicht gehfähige Menschen sind Rollstühle häufig auch Sitzgelegenheiten, in denen sie längere Zeiten des Tages verbringen. Eine optimale Rollstuhlversorgung sichert die eigenständige oder die unterstützte Mobilität und auch die Möglichkeit, sich sitzend über einen längeren Zeitraum außerhalb des Bettes aufzuhalten. Mobilität sitzend im Rollstuhl ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, sei es im privaten Bereich oder in Kindergarten, Schule, (Aus)Bildungseinrichtungen, Einrichtungen der Pflege oder der Eingliederungshilfe, in der Arbeitswelt, der Freizeit oder im öffentlichen Raum. Dem Grad der Selbstständigkeit bei der Mobilität kommt eine hohe Bedeutung für die praktische Realisierung der Selbstbestimmung bei der Teilhabe zu, so dass auch das Antriebssystem (z. B. sog. Schieberollstuhl, Aktivrollstuhl, elektrisch angetriebener Rollstuhl) einen wichtigen Aspekt der Rollstuhlversorgung darstellt. Die Ziele der Rollstuhlversorgung und auch deren Kontextbedingungen lassen sich mit Hilfe des biopsychosozialen Modells der WHO (ICF) umfassend und präzise darstellen.

Damit ein Rollstuhl die Mobilität tatsächlich und möglichst umfassend sichert, müssen im Versorgungsprozess viele Aspekte beachtet werden. Die Rollstuhlversorgung stellt nicht nur eine Auslieferung eines technischen Gerätes dar, sie ist vielmehr eine umfassende und oft intensive komplexe Dienstleistung. Deshalb ist für die bedarfsgerechte Rollstuhlversorgung nicht nur die technisch korrekte Ausführung und Funktionsfähigkeit des Produktes von Bedeutung, sondern es müssen auch folgende Anforderungen im Versorgungsprozess berücksichtigt werden:

- die adäquate Produktwahl unter Berücksichtigung der individuellen Teilhabeziele und Kontextfaktoren,
- die Anpassung des Rollstuhls an die Nutzerin/den Nutzer und ggf. die individuelle Gestaltung des Sitzes,
- die Qualität der Beratung,
- die ausreichende Unterweisung im Gebrauch des Rollstuhls,

¹ Quelle: <http://rollingplanet.net/2013/05/06/in-deutschland-leben-16-millionen-rollstuhlfahrer/>. Über Art und Weise der Erhebung konnte nichts in Erfahrung gebracht werden. Es ist davon auszugehen, dass auch Scooter etc. darunter erfasst sind.

- ein alltagsorientiertes Training in der Anwendung des Rollstuhls sowie
- ein zeitnah erreichbarer Service.

Von Bedeutung ist zudem, dass bei vielen mit einem Rollstuhl zu versorgenden Personen neben Mobilitätsbeeinträchtigungen weitere Beeinträchtigungen und zusätzliche Hilfebedarfe bestehen. In diesen Fällen führt nur eine kompetente Betreuung durch ein interdisziplinäres Expertenteam² zu einem guten Gesamtergebnis, welches die Teilhabe des Rollstuhlfahrers ermöglicht.

Eine Rollstuhlversorgung kann für Menschen jeden Alters auf Grund erheblicher Mobilitätsbeeinträchtigungen erforderlich sein. In jedem Fall ist zur Teilhabesicherung eine rechtzeitige, zügige und individuell maßgeschneiderte Versorgung mit einem Rollstuhl im Rahmen des Versorgungsprozesses zu organisieren. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen ist zu beachten, dass ein guter Rollstuhl-Versorgungsprozess die psychomotorische und psychosoziale Entwicklung maßgeblich beeinflusst.

Zu bedenken ist auch, dass die Nutzung eines Rollstuhls nicht nur zu funktionellen Verbesserungen führt. Sie kann auch mit funktionellen Verschlechterungen in den verschiedenen Bereichen der Körperfunktionen und Aktivitäten (im Sinne der ICF) einschließlich Folgeerkrankungen einhergehen, die umso häufiger und intensiver auftreten, je unzureichender die Rollstuhlversorgung auf die individuellen Bedürfnisse angepasst ist.

Die nachfolgenden Ausführungen gelten insbesondere für Personen, für die der Rollstuhl die Basis für ihre aktive und passive Mobilität darstellt, und die oft lebenslang auf den Rollstuhl angewiesen sind. Sie gelten – mit Abstrichen – aber auch für die passagere (zeitlich befristete) Rollstuhlversorgung.

Gliederung

A – Empfehlungen zur Verbesserung des Versorgungsprozesses	Seite 3
B – Forderungen zur Veränderung des Versorgungssystems	Seite 14

Diese Stellungnahme der DVfR richtet sich an die an der Versorgung beteiligten Sozialleistungsträger, Leistungserbringer, Fachgesellschaften der verschiedenen beteiligten Experten und an die Betroffenenverbände. Die DVfR wirbt dafür, dass die dargelegten Empfehlungen und Forderungen in der Versorgungspraxis zügig zu Veränderungen führen und nach Möglichkeit in Leitlinien übertragen werden. Sie sollen denjenigen Akteuren Hinweise geben, die für die Gestaltung der Versorgungsstrukturen und -prozesse verantwortlich sind (Sozialleistungsträger, Innungsverbände, der Gemeinsame Bundesausschuss, sozialmedizinische Dienste, die Kassenärztlichen Vereinigungen, Berufsverbände u. a. sowie auch die Politik).

² Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Personenbezeichnungen verzichtet. Die entsprechenden Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

A Empfehlungen zur Verbesserung des Versorgungsprozesses

1. Allgemeine Probleme der Rollstuhlausstattung

Trotz hohem Standard der funktionalen Rollstuhltechnik erhalten mobilitätseingeschränkte Menschen nicht immer den auf ihre Erkrankung, ihre Behinderung und ihren Teilhabebedarf angepassten Rollstuhl. Häufige Probleme bei der Rollstuhlversorgung sind eine unzulängliche Beratung bei der Erstversorgung, unzureichende Beachtung der Teilhabeziele und Kontextfaktoren sowie Mängel bei der individuellen Einstellung und Anpassung des Rollstuhls, die auch gesundheitliche Risiken zur Folge haben können.

Insbesondere die Trennung zwischen ärztlicher Verordnungskompetenz einerseits und der faktisch isolierten Durchführung des Versorgungsprozesses durch andere Leistungserbringer andererseits stellt ein Schnittstellenproblem dar, welches letztlich nur durch interdisziplinäre Teamarbeit in Zusammenarbeit mit den Kostenträgern gelöst werden kann. Mangelhaft und oft ganz fehlend ist die über die Einweisung in den Gebrauch hinausgehende Schulung im Umgang mit dem Rollstuhl.

Im Verlaufe des Versorgungsprozesses summiert sich so eine Vielzahl von Unzulänglichkeiten zu einer ungenügenden Rollstuhlversorgung. Infolgedessen wird das mit dem Gebrauch eines Rollstuhls verbundene Rehabilitationspotential und das an sich mögliche Ausmaß an Selbstständigkeit und Selbstbestimmung in der Lebensführung nicht erreicht. Auch das Auftreten typischer Sekundärerkrankungen (z. B. Erkrankungen der Schulter, Decubitus, Kontrakturen) wird begünstigt.

Für einen Großteil der Versorgungsmängel und Schnittstellenprobleme sind neben ungenügenden Fachkenntnissen Beteiligter auch niedrige Fallpauschalen und ungeeignete Ausschreibungen nach § 127 SGB V verantwortlich. Insbesondere der Verlust an ortsnahe Versorgungsstrukturen und die Vergabe von Losen, die sich nur an dem niedrigsten Preis orientieren, haben nachhaltig negative Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung. Begrüßt wird die gesetzliche Klarstellung (Heil- und Hilfsmittelstärkungsgesetz 2016), dass für individuell angefertigte Hilfsmittel oder für Versorgungsleistungen mit hohem Dienstleistungsanteil, zu denen auch individuell angepasste Rollstühle³ gehören, Ausschreibungen nicht zweckmäßig sind.

2. Bedarfserhebung

Bei älteren Kindern und Erwachsenen mit einer körperlichen Behinderung bzw. einer erheblichen Beeinträchtigung des Gehens ist die generelle Feststellung des Rollstuhlbedarfs weitgehend unproblematisch. Bei Kleinkindern dagegen besteht auf Seiten der Eltern oft wenig Bereitschaft, dauerhaft eingeschränktes oder fehlendes Geh- und Stehvermögen zu akzeptieren und frühzeitig eine notwendige Rollstuhlversorgung einzuleiten. Auf Seiten der Verordner und auch der therapeutischen Fachberufe ist oft nicht klar, zu welchem Zeitpunkt und wie am besten mit einer Versorgung von Kleinkindern (unter drei Jahren) zu beginnen ist. Der positive entwicklungspsychologische Beitrag einer frühzeitigen Rollstuhlversorgung auf die psychomotorische und psychosoziale Entwicklung des körperbehinderten Kindes sollte jedoch grundsätzlich im Fokus der Entscheidung stehen.

Im Bereich der stationären Altenhilfe werden Rollstühle sowohl im Rahmen des Behinderungsausgleichs (SGB V) als auch zur Erleichterung der Pflege (SGB XI) eingesetzt. Wenngleich die

³ Insbesondere Sonderbauten, Sitzschalen.

rechtliche Zuordnung einer Versorgung durch die „Richtlinien zur Festlegung der doppelfunktionalen Hilfsmittel – RidoHiMi“ wesentlich vereinfacht worden ist (vgl. § 40 Abs. 5 SGB XI, GKV-Spitzenverband 01.01.2013), werden fachlich-sachliche Aspekte bei der Feststellung der Bedürftigkeit (Indikation und Teilhabeziele) nur unzureichend berücksichtigt, z. B. die Ermöglichung eigener Fortbewegung unter Nutzung der unteren Extremität. Desgleichen sind Ausstattung und Anpassung häufig verbesserungsbedürftig: So tragen z. B. zu breite Rollstühle dazu bei, dass die vorhandene Restmuskulatur des Betroffenen überfordert wird, was die Mobilität eher einschränkt. Ohne eine adäquate Ausstattung mit Sitzhilfen sind bei längeren Sitzzeiten Dekubitalulzera zu befürchten. Die Option einer Elektrorollstuhlversorgung wird oft nicht hinreichend geprüft.

3. Beratung

Berechtigte Wünsche des Versicherten hinsichtlich der Wahl des Leistungserbringers, Arztes und Therapeuten sollen durch die Rehabilitationsträger und die Krankenkassen als Kostenträger berücksichtigt werden. Für den Betroffenen ist es von Vorteil, wenn die Rollstuhlversorgung durch einen wohnortnahen Orthopädietechniker bzw. Reha-Fachberater vorgenommen werden kann, sofern dieser ausreichend qualifiziert ist. Dadurch wird der Aufwand des Betroffenen für die Inanspruchnahme von Nachbesserungen und Service reduziert und ein zeitnaher Service wird erleichtert.

Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Versicherten, Arzt, Therapeut, Orthopädietechniker/Reha-Fachberater sowie Kostenträger bildet die Grundlage für eine geeignete, individuelle und teilhaborientierte Rollstuhlversorgung.

Zu Beginn des Versorgungsprozesses müssen neben den bestehenden Diagnosen auch die individuellen Teilhabeziele und Kontextfaktoren (gemäß ICF) ermittelt werden, um so gemeinsam mit dem zu versorgenden Menschen Versorgungs- bzw. Mobilitätsziele zu definieren. Für die Feststellung von Art und Umfang der Versorgung – individuelle Anpassung, Zusatzausstattung, Mehrfachversorgung etc. – steht bislang kein allgemein anerkanntes und evident normiertes Assessmentverfahren zur Verfügung, mit dem neben der Notwendigkeit auch die Zweckmäßigkeit der Versorgung objektiv dokumentiert werden kann. Eine unabhängige fachkundige Beratung kann die Zweckmäßigkeit einer Versorgung gegenüber dem Kostenträger nachvollziehbar darlegen, so dass Zeitverzögerungen, administrativer Mehraufwand und vermeidbare Ablehnungen reduziert werden könnten.

Fallpauschalen oder Festpreisverträge, bei denen die Kosten für den Beratungs- bzw. Dienstleistungsanteil bereits enthalten sind, führen nicht selten dazu, dass die fachkundige und umfassende Beratung zugunsten wirtschaftlicher Ziele entfällt. Aus nachvollziehbaren Gründen erfolgt die Beratung durch den Leistungserbringer zumeist angebotsorientiert und produktgebunden. Der Wettbewerbsdruck durch Versorgungspauschalen fördert die Tendenz, Betroffene mit preisgünstigen Rollstühlen zu versorgen, zulasten einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung z. B. mit einem Adaptivrollstuhl. Dadurch wird das Mobilitäts- und Rehabilitationspotential nicht ausgeschöpft und die Teilhabe Betroffener im Alltag nicht adäquat gefördert.

Die fachlichen Kompetenzen der Leistungserbringer im Bereich der individuellen Anpassung sind überdies trotz Zulassung zur Rollstuhlversorgung laut Präqualifizierungsverfahren nicht immer ausreichend vorhanden.

4. Verordnung

Der Antrag auf Versorgung mit einem Rollstuhl setzt eine ärztliche Verordnung nicht in jedem Fall voraus. Ein Hinweis auf Rollstuhlbedarf im Pflegegutachten des MDK kann ausreichend sein. Auch wenn dies seitens des Gesetzgebers als einfacherer Zugang von Betroffenen zur Versorgung angesehen wird und ärztliche Verordnungen gelegentlich eher als Formalismus aufgefasst werden, sollten folgende Aspekte grundsätzlich vor der Leistungserbringung berücksichtigt werden:

Der Rollstuhlversorgungsprozess muss medizinische, technische und soziale Aspekte, sozialrechtliche Rahmenbedingungen und individuelle Wünsche der Leistungsberechtigten zusammenführen. Je nach individueller Fallkonstellation soll ein interdisziplinäres Team aus behandelnden Ärzten, Pflegekräften, therapeutischen Fachkräften (Physiotherapeuten, Ergotherapeuten) und Orthopädietechnikern bzw. Reha-Fachberatern den Versorgungsprozess mit dem Betroffenen ausgerichtet an seinen Bedarfen und Teilhabevorstellungen gestalten. Neben dem Betroffenen sollten auch seine Bezugspersonen (zumindest bei komplexen Versorgung) in den Verordnungs- und Versorgungsprozess eingebunden werden. Kontextfaktoren wie das konkrete individuelle Wohnumfeld oder Anforderungen anderer Lebensräume (z. B. auch der Arbeitsplatz) des Betroffenen sind zu erfassen und zu berücksichtigen. Bereits geleistete Versorgung – auch wenn diese in Zuständigkeit anderer Leistungsträger erfolgten – müssen berücksichtigt werden. Während z. B. Aktivrollstuhlversorgung ohne spezifischen Bedarf an Zusatzausstattungen zumeist unkompliziert erscheinen, sollten komplexe Versorgung nur durch hierauf spezialisierte und erfahrene Ärzte nach Erfassung aller relevanten Informationen durchgeführt werden.

5. Qualitätsorientierter Versorgungsprozess

Die Behandlung und die Einleitung des Rehaprozesses akut Rückenmarkverletzter wird bestimmt durch die S3-Leitlinie Polytrauma/Schwerverletztenbehandlung, die von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. herausgegeben wird. In dieser Leitlinie finden sich neben den Anforderungen an die Behandlung und das Reha-Verfahren auch Rahmenbedingungen für die technische und personelle Ausstattung. Die Leitlinie sieht vor, dass Betroffene mit einer akuten Wirbelsäulenverletzung primär und sofort in ein regionales Traumazentrum mit einer Wirbelsäulenchirurgie befördert werden. Bei Unfällen in Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung findet diese Primärbehandlung ausschließlich in Kliniken mit Zulassung zum „Schwerstverletztenartenverfahren (SAV)“ statt, mit anschließender Zuweisung in ein Querschnittsgelähmtenzentrum. Dort erfolgt dann auch die adäquate Hilfsmittelversorgung, insbesondere die Versorgung mit Rollstühlen im Rahmen eines umfassenden und qualifizierten Rehabilitationsprogramms.

Von einer solchen qualitätsgesicherten Behandlungs- und Reha-Abfolge sollten auch die Versicherten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen profitieren.

Leider ist ein vergleichbarer Behandlungs- und Reha-Prozess für nicht durch einen Unfall erlittene Verletzungen der Wirbelsäule, mit Ausnahme der Schädelhirnverletzung, nicht organisiert. Hier ist es häufig Zufall oder vom Engagement des behandelnden Arztes abhängig, ob ein Patient rechtzeitig in ein Querschnittsgelähmtenzentrum übergewiesen wird, um im Rahmen der dortigen stationären Reha eine möglichst hohe Restmobilität aufrechtzuerhalten und eine qualitativ gesicherte Rollstuhlausstattung zu erhalten.

5.1 Rollstuhlversorgung in Querschnittgelähmtenzentren

Bundesweit stehen lt. DMPG (Deutschsprachige medizinische Gesellschaft für Paraplegie e. V.) insgesamt 28 Querschnittgelähmtenzentren zur Verfügung, die eine geeignete personelle und technische Ausstattung vorhalten; 8 von ihnen stehen in Trägerschaft der gesetzlichen Unfallversicherung.

In diesen Einrichtungen wird gewährleistet, dass die Anpassung des Rollstuhles und das Nutzungstraining für die Betroffenen unter Anleitung von speziell geschulten Ärzten und Therapeuten erfolgt.

5.2 Rollstuhlversorgung außerhalb von Querschnittgelähmtenzentren

Bei Patienten mit Mobilitätsbeeinträchtigungen nach erworbener Mehrfachbehinderung durch Unfall oder plötzliche schwere Erkrankung, wie z. B. Hemiparese nach Schlaganfall oder Mehrfachamputationen der unteren Extremitäten, wird im Rahmen der umfassenden Rehabilitation bei Bedarf auch die Rollstuhlversorgung durch das interdisziplinäre Behandlungsteam durchgeführt. Bei bleibender partieller oder kompletter Gehunfähigkeit sollte die Rollstuhlversorgung angepasst an den Bedarf der jeweiligen Phase der Rehabilitation erfolgen. Diese wird üblicherweise wie folgt untergliedert.

5.2.1 Primärbedarfsdeckung

Da die endgültige Mobilität in den meisten Fällen noch nicht abschätzbar ist, steht die zügige Mobilisierung im Vordergrund. Dazu kann die Testung geeigneter Rollstuhlmodelle beitragen. Bei Adipositas müssen entsprechend für Maße und Gewicht passende Rollstühle eingesetzt werden.

5.2.2 Frührehabilitation

In dieser Phase sind zunehmend längere Sitzzeiten möglich und der Rollstuhl sollte sukzessive individuell angepasst werden. Da in dieser Phase noch mit Änderungen und einer Verbesserung der Mobilität zu rechnen ist, können auch vorläufige oder provisorische Lösungen Verwendung finden.

5.2.3 Versorgungs-, Entlassmanagement und Anschlussversorgung aus dem Krankenhaus

Das Versorgungsmanagement (vgl. § 11 SGB V) und das Entlassmanagement (§ 39 SGB V) sind häufig durch die räumliche Distanz des Wohnortes von der Rehabilitationseinrichtung erschwert. Dies muss bei der Planung der Klinikentlassung frühzeitig berücksichtigt werden, um Verzögerungen zu vermeiden. Soweit möglich sollen die zu erwartenden Lebensbedingungen in der Wohnung und im Umfeld ermittelt und in die Versorgung einbezogen werden. Es sollte keinesfalls vorkommen, dass Patienten bei vorliegender Gehunfähigkeit ohne Sicherstellung der Mobilität in das häusliche Umfeld entlassen werden.

5.2.4 Rehabilitation

Wenn bzgl. der Mobilitätsentwicklung ein stabiler, gleichbleibender Zustand vorliegt, sollte ein Bedarfskonzept für die Rollstuhlversorgung erstellt werden. Dabei muss neben den

Mobilitätszielen auch die Kompatibilität mit weiteren Hilfsmitteln (z. B. Prothese, Beatmungsgerät, Kommunikationsgeräte) berücksichtigt und die endgültige Ausstattung des Rollstuhls festgelegt werden, z. B. Einhandbedienung, Sitzschale, E-Antrieb etc. Dabei sind auch Anforderungen für den Transfer zu berücksichtigen.

5.2.5 Übergang vom Krankenhaus oder der Rehabilitationsklinik in die Häuslichkeit

Falls der endgültige Rollstuhl erst nach der stationären Rehabilitation ausgeliefert wird, sollte im häuslichen Umfeld eine Einweisung in die Handhabung des Rollstuhls durch den Hilfsmittellieferanten erfolgen (Auslieferungseinweisung). Dabei sollten die Aktivitäten des täglichen Lebens systematisch durchgegangen werden. Dies umfasst auch die erweiterte Mobilität, also z. B. die Fixierung des Rollstuhls im KFZ oder die entsprechenden Transfers.

Darüber hinaus sollte stets ein Training für den Betroffenen in der Rollstuhlnutzung als fester Leistungsbestandteil bei einer Rollstuhlerstversorgung selbstverständlich sein, um alle Potentiale für die Teilhabe zu erschließen. Das Rollstuhltraining kann durch therapeutische Fachkräfte sowie durch Pflegekräfte und ggf. durch Assistenzkräfte durchgeführt werden und soll insbesondere Transfers, die Aktivitäten des täglichen Lebens und die Außer-Haus-Mobilität (Bordsteine) etc. beinhalten.

5.3 Ambulante Versorgung

5.3.1 Häuslichkeit

Im Bereich der häuslichen Versorgung besteht derzeit eine uneinheitliche Situation; verschiedene Szenarien sind möglich.

Im Idealfall erfolgt die Erstverordnung durch einen Haus- oder Facharzt, der gut über das bestehende Krankheitsbild und die daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe informiert ist, der zudem das individuelle häusliche Umfeld kennt und einen Überblick über die infrage kommenden Produkte hat. Nur dann ist eine adäquate Versorgung mit einem geeigneten Rollstuhl und dem gegebenenfalls notwendigen Zubehör sichergestellt.

In der Realität gibt es allerdings häufig Fälle, in denen Rollstühle unkritisch und ohne adäquate Kenntnis des Krankheitsbildes, der Beeinträchtigungen der Funktionen, Aktivitäten und der Teilhabe sowie der Kontextfaktoren – hier insbesondere des häuslichen Umfeldes – verordnet werden.

Probleme können sich aber auch ergeben, wenn von den Leistungserbringern ungeeignete Rollstühle geliefert werden oder wenn von den Kostenträgern, etwa vor dem Hintergrund bestehender Verträge, ungeeignete Rollstühle zur Verfügung gestellt oder Patientenwünsche erfüllt werden, die funktionell ungünstig sind.

5.3.2 Stationäre Wohnform: Pflegeeinrichtungen

Die Versorgung von Menschen, die in einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung leben, mit einem Rollstuhl muss ihren krankheits- und altersbedingten somatischen Veränderungen und Selbstpflege-defiziten gerecht werden, um ihr Mobilitätspotential bestmöglich auszuschöpfen und damit ihre Teilhabe zu ermöglichen. Bei älteren Menschen sind häufig nur geringe Ressourcen an

Muskelkraft vorhanden. Neben Störungen der Bewegungsfähigkeit treten oft weitere Erkrankungen auf, die die Aktivität einschränken, wie z. B. Gelenkerkrankungen oder eine reduzierte Herz-Lungenfunktion.

Die Versorgung von Heimbewohnern mit Rollstühlen ist in der Praxis bedauerlicherweise häufig unzulänglich und entspricht nicht den individuellen Bedürfnissen der betroffenen Menschen. Die Folgen können eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, Reduzierung des Mobilitätsstatus, sozialer Rückzug und letzten Endes eine Zunahme des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit sein, die auch zu Bettlägerigkeit führen kann.

Um dies zu vermeiden, ist es von besonderer Wichtigkeit, die Mobilität älterer Menschen zu erhalten und zu fördern. Eine auf die Funktionseinschränkungen und Ressourcen der Person abgestimmte individuelle Rollstuhlversorgung bildet oft eine wichtige Grundlage der Rehabilitation und der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sowie der daraus resultierenden Lebensqualität. Bei Bewohnern von Pflegeeinrichtungen sind u. a. folgende Aspekte bei der Rollstuhlversorgung besonders zu beachten:

- Die eigenständige Fortbewegung gelingt oft nur im sog. Trippelmodus, also mit Beteiligung der Füße, insbesondere bei Menschen mit Hemiparese.
- Kniebeugekontrakturen erschweren das Sitzen bei zu langer Sitzfläche.
- Der Rollstuhl sollte einen Transfer über den Stand ermöglichen. Im Falle der Nutzung eines Lifters für den Transfer sollte der Rollstuhl diesen Vorgang nicht behindern.
- Da Pflegeheimbewohner oft keinen eigenständigen Transfer leisten können, verbleiben sie häufig über mehrere Stunden im Rollstuhl. Demzufolge ist die Eignung des Rollstuhls für entsprechend lange Sitzzeiten von mindestens 3, besser ca. 6 Stunden für die Teilhabe von entscheidender Bedeutung. Um dies zu gewährleisten, ist besonderes Augenmerk auf die Sitzgestaltung zu legen, da muskuläre Überforderungen bei der Haltungskontrolle, Schmerzen oder die Entstehung eines Decubitus vermieden werden müssen.
- Auch für Bewohner von Pflegeeinrichtungen kommt häufig ein elektrischer Antrieb in Betracht.
- Sofern Angehörige es ermöglichen können, die Betroffenen zu Familienbesuchen abzuholen, sollte der Rollstuhl faltbar sein. Die Transfers Rollstuhl – Auto sind ggf. zu trainieren.

5.3.3 Stationäre Wohnform: Einrichtungen der Eingliederungshilfe

Die Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen dienen nicht primär der Pflege, sondern der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (vgl. SGB XII bzw. IX) und sind deshalb im Hinblick auf die Versorgung mit Rollstühlen (und anderen Hilfsmitteln) nicht mit Pflegeheimen, sondern mit der häuslichen Umgebung gleichzusetzen. In der Regel sind dort Individualversorgungen notwendig. Eine Ausstattung der Einrichtungen mit Rollstühlen zur temporären Überlassung oder zur Unterstützung der Pflege wie in Pflegeheimen ist in der Regel nicht vorgesehen. Um eigenständige Aktivitäten des täglichen Lebens und damit Teilhabe zu ermöglichen, sollten Sitzzeiten im Rollstuhl von mindestens 6 Stunden und eine weitestgehend eigenständige Bedienung des Rollstuhls erreicht werden.

Dazu gehört auch die Mobilität über den Nahbereich hinaus und insbesondere die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel (s. auch Kapitel 7.2.2.). Ist die Mitnahme eines Rollstuhls zu regel-

mäßigen Aktivitäten außerhalb des Heimes nicht möglich und muss deshalb ein weiterer Rollstuhl am Zielort zur Verfügung stehen, kommt der Träger der Eingliederungshilfe als Kostenträger für eine zweite Rollstuhlversorgung in Betracht. Dies ist ggf. in die Bedarfsermittlung (s. u.) einzubeziehen.

In Zukunft werden die Medizinischen Behandlungszentren für Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB; nach § 119 c SGB V), die sich derzeit im Aufbau befinden, bei der Rollstuhlversorgung eine wichtige Rolle spielen können, weil sie die Bedarfserhebung und Versorgung mit der erforderlichen Expertise eines interdisziplinären Teams sicherstellen können.

5.3.4 Rollstuhlversorgung im pädiatrischen Bereich

Die Versorgung mit Hilfsmitteln, einschl. Rollstühlen, erfolgt bei vielen Kindern und Jugendlichen mit körperlichen und/oder geistigen Behinderungen über die derzeit 146 bundesweit vorhandenen sozialpädiatrischen Zentren (SPZ; nach § 119 SGB V), so dass eine flächendeckende Versorgung durch ein multiprofessionelles Team aus Pädiatern, Therapeuten, Sonderpädagogen und Orthopädietechnikern/Reha-Technikern gewährleistet ist.

Dadurch kann eine auf die individuellen Bedürfnisse des Kindes / der Jugendlichen abgestimmte Rollstuhlversorgung angestrebt werden, die ein hohes Maß an Mobilität und Teilhabe unter Gleichaltrigen im Kindergarten oder der Schule ermöglicht.

Mit Erreichen des 18. Lebensjahrs der in den SPZ betreuten Kinder und Jugendlichen endet die Zuständigkeit der SPZ und damit auch der interdisziplinäre Versorgungsansatz bei der Beratung und Versorgung mit Hilfsmitteln. Hier stellt sich das Problem der Transition.

Seit Inkrafttreten der Novellierung des SGB V im Jahr 2015 (GKV-VSG) kann die auch für erwachsene Menschen mit Behinderungen erforderliche interdisziplinäre Versorgung in Medizinischen Behandlungszentren für erwachsene Menschen mit geistiger oder schwerer Mehrfachbehinderung (MZEB; § 119 c SGB V) sichergestellt werden. Im Idealfall sollten das SPZ und das künftige MZEB bei Bedarf einen guten Übergang in die weitere Versorgung organisieren, z. B. durch niedrigschwelligen Informationsaustausch.

6. Genehmigungsprozess und Begutachtung

Im Interesse der Betroffenen müssen die Voraussetzungen für einen zügigen Genehmigungsprozess organisiert werden. Dafür ist insbesondere eine gute Kommunikation zwischen Verordnern, Leistungserbringern und Kostenträgern erforderlich, damit für die Antragsbescheidung alle entscheidungsrelevanten Informationen von Beginn an in den Prozess einbezogen werden. Die Betroffenen mit ihren Mobilitäts- und Teilhabezielen sind an diesem Prozess zu beteiligen.

Infolge der Tendenz der Kostenträger, die Antragsbearbeitung für Hilfsmittel zu vereinfachen und zu automatisieren, fehlen zum Teil regionale Ansprechpartner für eine kontinuierliche Zusammenarbeit, bis eine bedarfsgerechte Rollstuhlversorgung erreicht werden kann.

Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer Versorgung ist vorrangig das Erreichen der Versorgungsziele als entscheidender Maßstab zu beachten und nicht allein der aktuelle Preis.

Die Gutachter im Bereich der Hilfsmittelversorgung müssen fachspezifisch qualifiziert werden. Im Bereich des MDK sollte der Anteil körperlicher Untersuchungen unter Hinzuziehung von Orthopädietechnikern/Rehatechnikern erhöht werden. Eine Begutachtung nach Aktenlage sollte nur vorgenommen werden, wenn eine körperliche Untersuchung des Betroffenen nicht erforderlich ist.

Die Feststellung, ob auf eine persönliche Untersuchung verzichtet werden kann, setzt eine hinreichende medizinische und versorgungsrelevante Kompetenz des Beurteilers voraus. Um die zugrundeliegenden ärztlichen Unterlagen hinzuziehen zu können, wird angeraten, Arztbriefe dem Patienten im Zusammenhang mit Hilfsmittelversorgungen auszuhändigen.

7. Weitere Aspekte der teilhabeorientierten Rollstuhlversorgung

7.1 Anwendung im Alltag, Anpassung, Training und Gebrauchsschulung

Die Kosten für Anpassung und Einweisung in den Gebrauch eines Rollstuhls werden bei Verträgen über Versorgungspauschalen in der Regel mit der Pauschale für das Hilfsmittel abgegolten. Infolgedessen finden Anpassungen und Einweisungen nicht oder nicht in erforderlichem Umfang statt; sie werden zur Kalkulationsmasse für Einsparpotential. Zudem mangelt es an einer Abgrenzung zwischen den Inhalten einer Einweisung (Bekanntmachen mit dem Produkt bei der Übergabe bzw. Auslieferung) und einer darüber hinausgehenden Schulung im Gebrauch, welche grundsätzliche Fähigkeiten im Umgang mit dem Hilfsmittel vermittelt. Es ist daher deutlich zu machen, was im Rahmen der Hilfsmittelabgabe zu leisten ist und was darüber hinaus eine zusätzliche (obligatorische) Leistung – z. B. der Rehabilitation – ist und wer berechtigt ist, diese zu erbringen. Auch eine rechtssichere Grundlage über eine gesonderte Vergütung dieser Leistung muss geschaffen werden. Das Training von Mobilität und Aktivitäten des täglichen Lebens mit einem Rollstuhl als Hilfsmittel kann auch Bestandteil der Heilmittelversorgung sein, z. B. im Rahmen der Physiotherapie und Ergotherapie.

Mögliche Lernziele der Schulung im Gebrauch sind fahrdynamisches Verhalten von Rollstühlen, Techniken von Antrieb und Abbremsen, Einsetzen von Gewichtsverlagerung beim Überwinden von Hindernissen, Geländesicherheit (Fahren bei Neigungen), Transfersicherheit, Nutzertricks (beim Vorwärtsfahren, Rückwärtsfahren, Bremsen, Lenken des Rollstuhls) und grundlegende Techniken zum Überwinden von Hindernissen (Bordsteinkanten, S-Bahn-/Buseinstieg, Kopfsteinpflaster, Training in der Nutzung eines Autos (Verladen des Rollstuhls, Transfer des Rollstuhlfahrers in ein Auto etc.).

Nur mit Hilfe eines solchen Trainings ist es vielen Rollstuhlnutzern möglich, Hindernisse im Alltag zu überwinden, den Rollstuhl sicher zu beherrschen und so möglichst selbständig am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben und sich nicht durch Unkenntnis im Umgang mit dem Hilfsmittel möglicherweise zu verletzen oder gar in „soziale Exklusion“ zu geraten.

Problematisch ist u. a. auch die inaktive Einstellung des Rollstuhls als Vorsichtsmaßnahme zur Vermeidung des Überkippen. Hier wäre es besser, durch ein entsprechendes Training die Nutzungskompetenz zu stärken. Zudem ist mit einem solchen inaktiven Rollstuhl das Überwinden von Bordsteinkanten sehr schwierig. Auch das Fahren, Drehen und Wenden ist dadurch erschwert oder sogar unmöglich.

Bei Kindern können sich aufgrund dieser Einstellung des Rollstuhls Bewegungsängste im Alltag entwickeln, die gravierende Folgen für die Bewältigung von Stufen, Unebenheiten u. a. haben und sich dadurch stark bewegungshemmend auswirken. Dies kann letztendlich die Bewegungsentwicklung der Kinder und ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft immens einschränken.

Die Versorgung mit Elektrorollstühlen zur Erfüllung von Grundbedürfnissen im Nahbereich wird häufig restriktiv gehandhabt, u. a. mit dem Hinweis, dass ohnehin eine Assistenzkraft zur Verfügung stehe. Demgegenüber ist festzuhalten:

Es macht in der Regel einen wesentlichen Unterschied für die selbstbestimmte Teilhabe, ob ein Betroffener selbst fahren und Ziele ansteuern kann oder ob er auf die Umsicht der Begleitperson z. B. beim „Spaziergehen“ im Park oder in einer Fußgängerzone angewiesen ist. Problemverschärfend hinsichtlich der selbstbestimmten Teilhabe wirkt sich hierbei eine Kommunikationsbeeinträchtigung (Aphasie, schwere Dysarthrie etc.) aus, da der Betroffene seine Wünsche nicht artikulieren kann. Andererseits kann die Begleitperson ggf. mehrere Betroffene begleiten, wenn diese selbständig im E-Rollstuhl fahren können.

Zur Versorgung mit einem Elektrorollstuhl ist es nicht zwingend erforderlich, vollkommen eigenständig im Straßenverkehr zurechtzukommen. Zum einen sind Elektrorollstühle auch oft im unmittelbaren Nahbereich erforderlich, z. B. um sich in der Wohnung, einer Wohngruppe oder im unmittelbaren häuslichen Umfeld zu bewegen. Zum anderen kann ggf. eine Begleitperson die E-Rollstuhlnutzung im öffentlichen Verkehrsraum beaufsichtigen. Nicht ohne Grund hat der Gesetzgeber von der Notwendigkeit einer Fahrerlaubnis bei Elektrorollstühlen bis 6 km/h abgesehen. Ferner können Elektrorollstühle erforderlich sein, damit der Betroffene selbst seine Sitzposition (Kantelung, Rückeneinstellung) verändern kann. Dies kann vor allem bei Schmerzen, Spastizität oder Haltungsschwierigkeiten z. B. aufgrund von Muskelerkrankungen von erheblicher Bedeutung sein. Diese Gesichtspunkte müssen bei der Antragstellung für einen E-Rollstuhl im Rahmen der individuellen Bedarfsermittlung abgeklärt werden.

7.2 Erweiterte Mobilität

Bei der Rollstuhlversorgung Erwachsener mit erworbenen Behinderungen wird häufig ausschließlich auf die Mobilität im Nahbereich abgestellt; dies wird den Teilhabeansprüchen der Betroffenen nicht gerecht. Im Rahmen der Versorgungs- und Teilhabeplanung müssen alle Teilhabeaspekte einbezogen und die entsprechenden Leistungsträger an einem umfassenden Bedarfsfeststellungsverfahren beteiligt werden.

Gerade Menschen mit Mehrfachbehinderung können durch die Ausstattung mit einem E-Rollstuhl oder mit einem Zusatzantrieb eine wirksame Verbesserung des eigenständig bewältigbaren Aktionsradius erreichen.

Zur Erschließung des Fernbereichs und zur Bewältigung größerer Strecken sind diese Hilfen für manche Betroffenen aber nicht ausreichend. Für sie kommt daher das eigenständige Führen eines Kraftfahrzeuges oder die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel bzw. individueller Sammelbeförderungsdienste in Betracht.

7.2.1 Eigenständige Nutzung eines KFZ durch den Rollstuhlnutzer

Betroffenen, die als Rollstuhlnutzer ein Kraftfahrzeug (KFZ) selbst steuern möchten, darf dieses Recht nicht verwehrt werden, soweit sie hierfür die führerscheinrechtlichen Voraussetzungen erfüllen, einschl. ggf. erforderlicher Auflagen.

Im Regelfall ist hierzu die technische Anpassung eines bereits vorhandenen oder neu zu beschaffenden Fahrzeuges erforderlich. Verschiedene Umbauten wie z. B. die Umstellung des Gaspedals auf eine Handgasfunktion können bei einigen KFZ-Herstellern bereits werksseitig geordert werden oder alternativ von auf den KFZ-Um- und Sonderbau spezialisierten Werkstätten ausgeführt werden.

Die damit verbundenen Mehraufwendungen, einschl. einer ggf. erforderlichen führerschein-technischen Ausbildung, werden außerhalb der gesetzlichen Unfallversicherung nur unter

bestimmten Voraussetzungen von einzelnen Rehaträgern übernommen. Betroffene, die die sozialrechtlichen Voraussetzungen hierzu nicht erfüllen, können dadurch erheblichen Ausgrenzungen erfahren, insbesondere wenn alternative Mobilitätsangebote nicht verfügbar sind. Zu prüfen ist, inwieweit hier auch Mobilitätshilfen nach dem SGB IX (neu) in Betracht kommen.

7.2.2 Passive Beförderung von Rollstuhlnutzern im Straßenverkehr

Sofern ein Umsetzen des Betroffenen auf einen Sitz im Bus oder PKW nicht möglich ist, darf der Rollstuhlnutzer während der Fahrt in seinem Rollstuhl sitzend befördert werden. Für diese passive Beförderung steht Rollstuhlnutzern eine Vielzahl von Mobilitätsangeboten des öffentlichen Nahverkehrs, auch Fernbuslinien, sowie individuelle Personenbeförderungsdienste zur Verfügung.

Die passive Sicherheit der Betroffenen soll dabei insbesondere durch die Nutzung von statisch geeigneten Rollstühlen und von an die Beförderungsbedingungen angepassten Sicherheitsgurtsystemen verbessert werden. Entsprechende EU-Normen (DIN EN 12183 für manuelle Rollstühle und DIN EN 12184 für Elektrorollstühle) sind bereits seit 2009 im Umlauf.

Leider ist die Bereitstellung von Rollstühlen, die diese Kriterien erfüllen, als auch die von individuellen Personenrückhaltesystemen mit integriertem Beckengurt nicht für alle Betroffenen sichergestellt. Der Abschlussbericht des vom BMAS initiierten Runden Tisches „Sichere Mobilität für Menschen mit Behinderung“ (Juli 2016) hingegen hält dies sowie eine Kennzeichnungspflicht für solche Rollstühle, die diese Kriterien nicht erfüllen, für erforderlich.

Andererseits sind schwerstbehinderte Menschen, die auf eine für den Rollstuhl individuell angepasste Sitzschale angewiesen sind, nicht von der Beförderung auszuschließen, nur weil entsprechende Sicherheitsnachweise nicht vorliegen. Dies gilt insbesondere für den öffentlichen Personennahverkehr, aber auch für Beförderungsdienste. Zur Schaffung von Rechtssicherheit bei der Beförderung ist ggf. rechtlich klarzustellen, dass der Betroffene ein eventuelles Haftungsrisiko durch Benutzung seines Hilfsmittels bei der Beförderung selbst trägt. Dennoch muss es das Bestreben sein, dass durch die technische Gestaltung der Rollstuhl- und Sitzschalenversorgung sowie der fahrzeugseitigen Voraussetzungen (z. B. in Bussen des ÖPNV) eine größtmögliche Sicherheit für den Betroffenen gewährleistet wird.

7.3. Barrierefreiheit der Umwelt

Rollstuhlnutzer sind auf barrierefreie Lebensräume angewiesen, in denen sie selbstbestimmt mobil sein können. Dass im Bereich der Gesundheitsversorgung noch immer viele Arztpraxen nicht barrierefrei sind und Patienten mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen dort nicht versorgt werden können, ist ein bedeutendes Manko für die Teilhabe und Inklusion. Jede fünfte allgemeinmedizinische Praxis hat keinen rollstuhlgerechten Zugang zu den Praxisräumen und noch weniger Praxen haben eine rollstuhlgerechte Ausstattung (z. B. barrierefreie WCs oder Untersuchungsmöbel), so dass Rollstuhlnutzer bei der freien Wahl des Arztes faktisch Ausgrenzungen unterliegen.

Gleiches gilt für Freizeitangebote, die nicht dem öffentlichen Lebensraum zuzuordnen sind. Gewerbliche Anbieter, wie häufig in der Gastronomie, unterliegen keiner gesetzlichen Verpflichtung zur Bereitstellung eines barrierefreien Geschäftszugangs.

Häufig bestehen insbesondere Barrieren für Nutzer von Elektrorollstühlen. Ursache hierfür können z. B. produkt- oder arbeitsplatzbezogene Restriktionen sein (vgl. Produktbeschreibungen, Arbeits-

platzvorschriften). In diesen Fällen ist die zusätzliche Versorgung mit einem ggf. faltbaren mechanischen Rollstuhl neben einem Elektrorollstuhl erforderlich.

7.4. Rehabilitationssport

Die Begriffsbestimmung von Reha-Sport und die an den Reha-Sport zu stellenden personellen und materiellen Anforderungen finden ihre Beschreibung in der von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) gefassten Rahmenvereinbarung zum Reha-Sport mit Stand vom 01.11.2011. Nach dieser Vereinbarung gilt der Reha-Sport als eine ergänzende Leistung nach § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX.

Als Reha-Sportarten sind dort genannt: Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen und Bewegungsspiele in Gruppen. Hingegen fehlen klassische Rollstuhlsportarten wie Rollstuhlbasketball oder Handbiken sowie alle Kampfsportarten, obwohl auch diese von Rollstuhlnutzern betrieben werden können. Es werden lediglich einzelne Inhalte als Reha-Sport anerkannt. Für die Kostenübernahme des Hilfsmittels gelten laut BAR hingegen die jeweiligen gesetzlichen Bestimmungen der Sozialgesetzbücher, während die Sport- und Trainingsgeräte generell keine Berücksichtigung finden. Nicht ausreichend klar definiert ist, in welchen Fällen ein Rollstuhl als Trainingsgerät gilt, welches außerhalb des Förderrahmens der gesetzlichen Sozialversicherung zu finanzieren ist.

Dies führt in der Praxis bei erwachsenen Rollstuhlfahrern im Zuständigkeitsbereich der GKV zur Ablehnung einer Ausstattung mit einem Sportrollstuhl oder beispielsweise mit einem Rollstuhl-Handbike, da es hierzu für die Betroffenen keine konkret fassbaren gesetzlichen Regelungen zur Kostenübernahme gibt. Entsprechend ist es Rollstuhlnutzern mangels finanzieller Mittel häufig nicht möglich, eine selbstgewählte Sportart auszuüben. Im Einzelfall kommt hier eine Versorgung zu Lasten der Eingliederungshilfe in Betracht.

8. Sitzschalenversorgung

Sind individuelle Sitzschalen notwendig, so ist es zwingend erforderlich, dass von vornherein das Sitzschalenkonzept und der Rollstuhlbau aufeinander abgestimmt werden. Dies ist bei nachträglich eingebauten Sitzschalen oder einem Tausch des Fahrgestells wegen eines Defektes häufig nicht der Fall. Grundsätzlich sollte eine herstellerübergreifende Normung der Schnittstelle zwischen Sitzschale und (Rollstuhl-)Fahrgestell angestrebt werden, so dass die Produkte verschiedener Hersteller miteinander kompatibel sind, um Mobilität und Inklusion der Betroffenen sicherzustellen. Gleiches gilt für eine exemplarische Baumusterprüfung für individuelle Sitzschalensysteme, die einen reproduzierbaren Sicherheitsstandard abbilden könnte.

Häufig wird die Verordnung einer zweiten Sitzschale nicht genehmigt, obwohl sie in manchen Fällen benötigt wird, wenn zur Bewältigung anderer Teilhabeziele differente Sitzschalenanpassungen notwendig sind, z. B. in der Werkstatt für Menschen mit Behinderungen, in der Kita oder am Arbeitsplatz. Inwieweit eine zweite Sitzschale erforderlich ist, muss im Rahmen der individuellen Bedarfsermittlung festgestellt werden.

9. Dauerhafte Teilhabesicherung

Eine zeitnahe Anpassung der Rollstuhlversorgung z. B. an progrediente Erkrankungen oder bei Kindern und Jugendlichen an das Wachstum oder an Veränderungen der Umfeldbedingungen im Alltag (z. B. Schulwechsel) ist häufig nicht gewährleistet. Um die Teilhabe kontinuierlich und

dauerhaft zu sichern, empfiehlt es sich, eine engmaschigere Betreuung des Rollstuhlnutzers durch den betreuenden Arzt, Leistungserbringer (falls vorhanden, auch durch den Physio- bzw. Ergotherapeuten) und bei Bedarf unter Beteiligung des Kostenträgers sicherzustellen.

Dadurch können zum einen evtl. auftretende Schwierigkeiten und Ursachen für das Nicht-Nutzen des Rollstuhls erfasst werden. Zum anderen können durch eine regelmäßige Kontrolle der Versorgung auch mögliche Sekundärschäden durch unsachgemäßen Gebrauch des Rollstuhls oder falsche Belastungen bei der Rollstuhlnutzung rechtzeitig erkannt werden.

B Forderungen für Veränderung im Versorgungssystem

Beratung und Teilhabeplanung

- Die Rollstuhlversorgung ist als Bestandteil der Hilfsmittelversorgung einerseits Teil der Krankenbehandlung und findet im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung statt. Andererseits kann diese auch Bestandteil der medizinischen Rehabilitation (§ 47 SGB IX), der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 49 Abs. 8 Nr. 4 und 5 SGB IX), der Leistungen zur Teilhabe an Bildung (§ 75 SGB IX) sowie der Leistungen zur Sozialen Teilhabe (§ 83, § 84 SGB IX) sein.
Wenn die GKV im Rahmen ihrer Aufgaben nach § 33 SGB V nicht zuständiger Leistungsträger ist, muss geprüft werden, welcher andere Träger der Rehabilitation für die Rollstuhlversorgung zuständig ist. Dabei ist der Bedarf nach § 13 SGB IX zu ermitteln und eine Zuständigkeitsklärung nach § 14 ff SGB IX durchzuführen. Die Ergebnisse der Bedarfsermittlung gehen in das Teilhabeplanverfahren nach § 19 ff bzw. das Gesamtplanverfahren nach § 119 ff. SGB IX ein. Ggf. kommt eine Teilhabe- bzw. Gesamtkonferenz in Betracht.
Ferner kommt eine Rollstuhlversorgung auch im Rahmen der Pflege in Betracht, vgl. § 40 SGB XI. Dies ist bei der Zuständigkeitsklärung und der Teilhabeplanung zu berücksichtigen. In jedem Fall sollte die Konzeption der Rollstuhlversorgung in einen bestehenden oder zu erstellenden Behandlungs- oder Teilhabeplan eingebettet sein. Die relevanten Kontextfaktoren der Anwendung (Wohnen/Wohnumgebung, häusliche Lebensumstände, soziale Netzwerke, Arbeitsplatz, Schule, Freizeit, Sport etc.), weitere Therapie- und Versorgungsziele, persönliche Ressourcen und die Mobilitätswünsche der Betroffenen müssen angemessen berücksichtigt werden.
- Dem Rollstuhlnutzer ist eine Auswahl und Testung von Rollstühlen zu ermöglichen, um das für seine individuellen Bedürfnisse geeignete Modell zu finden. Dafür sollten die jeweiligen Leistungserbringer eine ausreichende Auswahl von Rollstuhltypen und Ausstattungsvarianten sowie optionales Zubehör vorhalten.
- In der Versorgungskonzeption (und im Teilhabe- bzw. Gesamtplan, s. o.) müssen die Zielsetzung der Versorgung sowie die erforderliche Funktion des Rollstuhls genau benannt werden, um therapeutische Gesichtspunkte und Aspekte der selbstbestimmten Lebensführung mit den Produkteigenschaften eines Rollstuhls in Einklang zu bringen. Dabei sind ausgehend von den Zielen des Betroffenen vorrangig auch die Ziele und Rahmenbedingungen aller Beteiligten (Nutzer, Bezugspersonen, Therapeuten, Kostenträger) zu beachten. Können die berechtigten Wünsche des Betroffenen auf der Grundlage leistungsrechtlicher Bestimmungen

der Sozialgesetzbücher nicht durch einen Leistungsträger sichergestellt werden, müssen weitere Leistungsträger bei der Bedarfsfeststellung und Hilfsmittelversorgung beteiligt werden (s. o.).

- In komplexen Versorgungssituationen ist die umfassende Beratung des Rollstuhlnutzers und Planung der Versorgung durch multiprofessionelle Teams (aus Ärzten, Ergo- und Physiotherapeuten, Rehatheknikern und -beratern, Pflegefachkräften, ggf. weiteren Experten wie z. B. Sportlehrern) sicherzustellen, ggf. unter Einbeziehung von Angehörigen bzw. Betreuern der zu versorgenden Person. Dadurch kann eine kompetente zielorientierte und individuelle Versorgung unabhängig von den Interessen einzelner Akteure gewährleistet werden. Die DVfR weist darauf hin, dass eine solche Kooperation zulässig ist und den Bestimmungen des § 128 SGB V nicht widerspricht.
- Die Beratung muss auf der Grundlage des biopsychosozialen Modells der WHO (ICF) erfolgen. Dabei sollte sich die Versorgung nicht primär an den Defiziten des Nutzers, sondern an seinen Ressourcen orientieren. Bei chronisch progredienten Krankheitsbildern ist eine aktivierende und vorausschauende Versorgung im Hinblick auf die Ermöglichung der umfassenden selbstbestimmten Teilhabe umzusetzen.
- Rollstuhlberatung und -versorgungsplanung erfolgen meist nicht im Alltagssetting des zu Versorgenden (z. B. am Arbeitsplatz, in der Schule, in der Häuslichkeit), sondern in der Klinik oder im Betrieb des Leistungserbringers. Für die Rollstuhlversorgung ist es unerlässlich, dass der Leistungserbringer ausreichend Kenntnis hat über das Alltagssetting des Leistungsberechtigten und dessen personellen wie sozialräumlichen Kontextfaktoren berücksichtigt. Dadurch werden unzweckmäßige und unwirtschaftliche Versorgungen vermieden. In der Regel sind dazu Hausbesuche des Leistungserbringers erforderlich.

Versorgungsprozess

- Es beschleunigt den Versorgungsprozess insgesamt und führt zu besseren Ergebnissen einer bedarfsgerechten Rollstuhlversorgung, wenn bereits bei der Antragsstellung die Auswahl des Rollstuhls und gegebenenfalls die Ausstattungsmerkmale nachvollziehbar begründet werden (z. B. mittels Bedarfserhebungsbogen oder anderer Assessmentverfahren). Die erarbeiteten und mit dem Antrag eingereichten Unterlagen müssen bei der Entscheidung der Leistungsträger über die Versorgung berücksichtigt werden. Zur Erstellung solcher Unterlagen sollten alle am Versorgungsprozess Beteiligten beitragen können.
- Insbesondere bei einer Erstversorgung müssen im Rahmen der Beratung Aspekte der Krankheitsbewältigung (z. B. Stigmatisierung) berücksichtigt werden. Davon hängt ab, wie gut der Rollstuhl als Hilfsmittel akzeptiert und sinnvoll genutzt wird.
- Die Wohnortnähe der betreuenden ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringer bei der Rollstuhlversorgung ist aus Betroffenenansicht von hoher Relevanz, weil sie den Aufbau einer persönlichen Vertrauensbasis für die zum Teil lebenslang erforderliche Begleitung und Versorgung ermöglicht.
- Wunsch- und Wahlrechte der Betroffenen müssen im Versorgungsprozess ausreichend berücksichtigt werden. Dies schließt ein, dass zu Beginn des Versorgungsprozesses Betroffene über ihre Rechte und Pflichten ausreichend aufgeklärt werden.
- Ist aufgrund des Hilfsmittelantrags erkennbar, dass eine komplexe Versorgungssituation vorliegt, und sind für die Entscheidungsfindung voraussichtlich weitergehende Informationen

notwendig, sollte der Leistungsträger einen festen Ansprechpartner (Fallmanager), der in den jeweiligen Fall eingearbeitet ist, benennen, damit eine zügige, störungsfreie und für alle Beteiligten ressourcensparende Zusammenarbeit mit dem Antragsteller sichergestellt ist.

- Ein darüber hinaus gehendes Case Management ist für komplexe Rollstuhlversorgungen sicherzustellen, wenn die persönliche Situation des Betroffenen – z. B. Multimorbidität und daraus resultierende soziale, therapeutische und pflegerische Herausforderungen – dies erfordert. Case Management koordiniert unterschiedliche Versorgungsaspekte, organisiert die abgestimmte Zusammenarbeit aller Akteure und integriert dabei auch technische, therapeutische, soziale und teilhabeorientierte Beratungsaspekte. Dazu notwendige Fallkonferenzen multiprofessioneller Teams müssen entsprechend honoriert werden.
- Die Abgabe (Auslieferung) und die Beratung im Gebrauch von Hilfsmitteln sind allgemein im Medizinproduktegesetz (MPG) nach Mindeststandards geregelt. Inhalte und Umfang der Rollstuhl-Gebrauchsschulung sollten jedoch differenzierter und verbindlich festgelegt werden. Die Gebrauchsschulung darf nur durch entsprechend qualifizierte Mitarbeiter (auf keinen Fall von nicht unterwiesenen Auslieferungsfahrern) vorgenommen werden.
- Berater und Mitarbeiter der Sanitätshäuser benötigen neben fundierten Produktkenntnissen ebenso eine umfassende und herstellerunabhängige Beratungs- und Planungskompetenz. Die erforderliche Qualifikation und die Beratungsleistung sind bei der Preisbildung zu berücksichtigen.
- Vertragsärzten und Heilmittelerbringern sollten leicht zugängliche Versorgungsstandards und-hinweise zur Rollstuhlversorgung zur Verfügung gestellt werden. Die Rollstuhlversorgung (einschl. Sitzschalen) sollte insbesondere im Hinblick auf die große Zahl behinderter und pflegebedürftiger Menschen, gerade auch älterer Menschen, Gegenstand entsprechender Aus- und Fortbildungsangebote sein.
- Sicherzustellen ist eine Vertragsgestaltung für die Rollstuhlversorgung, die den leistungsrechtlichen Anspruch auf eine angemessene Versorgung des Versicherten ohne Eigenbeteiligung ermöglicht.
- Der interdisziplinäre Behandlungs- und Beratungsansatz der Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) veranschaulicht sehr deutlich, dass ein solcher sich positiv auf die qualitative Versorgung mit Hilfsmitteln und Rollstühlen auswirkt. Es wäre daher wünschenswert, dass die im SGB V neu vorgesehenen Medizinischen Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung (MZEB) zügig flächendeckend in Deutschland entstehen, um eine verbesserte Hilfsmittelversorgung sicherzustellen.
- Die Versorgungsforschung auf der Basis von Routinedaten und Daten zum patienten-relevanten Outcome trägt maßgeblich zur Bewertung von Effektivität und Effizienz in der Versorgung bei. Es bedarf hinsichtlich Umfang sowie Prozess-, Struktur und Ergebnisqualität der Rollstuhlversorgung einer systematischen Erhebung relevanter Daten, um die notwendigen Verbesserungspotentiale darzustellen und in der Praxis umzusetzen.

Training der Rollstuhlnutzung

- Erprobung und Anleitung für den bestimmungsgemäßen Gebrauch des Rollstuhls müssen sichergestellt werden und sollten unter konkreten Alltagsbedingungen stattfinden. Außer Fahrtechnik und Überwinden von Barrieren im öffentlichen Raum müssen verschiedene Techniken des Umsetzens gegebenenfalls unter Anwendung weiterer Hilfsmittel (z. B.

Rutschbrett) eingeübt werden. Betroffene sollten zudem ein Anrecht auf eventuell erforderliche Nachschulungen haben. Die maßgeblichen Bezugspersonen sind einzubeziehen. Dies betrifft sowohl die Nutzung von Rollstuhl und ggf. Sitzschale als auch insbesondere die Transfertechniken.

- So wie das Üben von Gehen und Stehen oder von Aktivitäten des täglichen Lebens Gegenstand der Heilmittelerbringung sind, sollte auch das Trainieren der Rollstuhlnutzung Bestandteil der Leistungserbringung durch therapeutische Fachberufe (Physiotherapie, Ergotherapie) sein. Für die Alltagsnutzung muss dies jedoch auch als Assistenzleistung im Rahmen der Eingliederungshilfe erbracht werden können. Dies setzt eine entsprechende Qualifizierung der Assistenten voraus.
- Gegebenenfalls sollte die Eingewöhnungs-/Transferphase an den verschiedenen Anwendungsorten begleitet werden, um die Sicherheit bei der Rollstuhlnutzung zu verbessern sowie Anwendungsraten und Intensität der Nutzung zu stabilisieren oder auszuweiten.
- Eine Evaluation der Versorgung bzw. Nachhaltigkeitsprüfung sollte zumindest in der Anfangsphase solange stattfinden, bis der Betroffene selbst ausreichende Kompetenz erworben hat, die Qualität seiner Versorgung zu beurteilen, und er in der Lage ist, gegebenenfalls eine Nachsteuerung bzw. Neu- oder Umversorgung selbständig zu initiieren.

Heidelberg, Juni 2018

Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann
Vorsitzender der DVfR

Ralf Rensinghoff
Leiter des DVfR-Ausschusses „Aktuelle
Probleme der Hilfsmittelversorgung“

Diese Stellungnahme wurde im DVfR-Ausschuss „Aktuelle Probleme der Hilfsmittelversorgung“ erarbeitet.

Kontakt:

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR)
Maaßstr. 26, 69123 Heidelberg, sekretariat@dvfr.de, Telefon: 06221 187 901-0

Über die DVfR

Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR) ist in Deutschland die einzige Vereinigung, in der Vertreterinnen und Vertreter aller Akteure im Bereich Rehabilitation und Teilhabe gleichberechtigt zusammenwirken: Selbsthilfe- und Sozialverbände, Sozialleistungsträger, Rehabilitationseinrichtungen und -dienste, Reha-Experten sowie Berufs- und Fachverbände. Die Mitglieder der DVfR, ihre Partner in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft und alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter engagieren sich gemeinsam in einem interdisziplinären und sektorenübergreifenden, konsensorientierten Diskurs für die Weiterentwicklung von Rehabilitation, Teilhabe und Selbstbestimmung.