

Ergotherapie Rehab Basel-Schnittstelle
zwischen stationärem Aufenthalt und
ambulanter Betreuung

Übersicht der ambulanten Ergotherapie/Rehab

- Arbeitspensum 60%

Für die ergotherapeutische Begleitung und Beratung von Patienten mit:

- ALS
- MS
- weitere neurologischen Erkrankungen wie Muskeldystrophie etc
- Para- und Tetraplegie
- Hirnverletzungen

Ergotherapie im stationären Setting mit Anschluss der ambulanten Ergotherapie im Rehab

- Die ambulante Ergotherapie ist bei Kurzaufenthalten im Rehab (meist 3-6 Wochen) meist involviert, abhängig von der Einsatzmöglichkeit die die zentralen Therapieplanung möglich lässt. (Therapieplan ambulant)
- Falls keine zeitliche Kapazität zur Verfügung steht:
 - Support für die stationären Ergotherapeuten in Bezug auf Aufgaben und Inhalte während dem stationären Kurzaufenthalt im Rehab
- Frequenz stationär: 3-4x/Woche
- Frequenz ambulant: 1x/Woche

Aufgaben der stationären Ergotherapie im Rehab Basel (Kurzaufenthalt 3-6 Wochen)

- Erfassung des sozialen Umfeld
- Erfassung der beruflichen Situation
- Erfassung der Wohnsituation
- Erfassung von Kraft- und Funktionseinschränkungen
- Hilfsmittelabklärung und –versorgung ggfs –evaluation
- Information und Instruktion von Patient, Angehörigen und Hilfspersonen im Rahmen vom interdisziplinären Team
(Konzeptinhalte werden im interdisziplinären Team abgesprochen und einheitlich vertreten)

Aufgabengebiete der ambulanten Ergotherapie Rehab Basel

- Ergotherapeutische Aufträge können nur erledigt werden, wenn eine ET-Verordnung bei der zentralen Therapieplanung eingegangen ist
(tp.ambulant@rehab.ch)
- Weiterführung der im stationären Rahmen nicht abgeschlossenen Versorgung und Anpassung von Hilfsmitteln
- Suche und Übergabe nach ambulanten Ergotherapeuten zur weiteren Begleitung v.a. Domizilbehandlungen
- Beratung und Unterstützung bei Problemstellungen betreffend Hilfsmittel, Anschaffung und Finanzierungsmöglichkeiten nach dem interdisziplinären Behandlungskonzept

Aufgabengebiete der ambulanten Ergotherapie Rehab Basel

- Zeitlich umrissene Aufträge (max 3x9 Einheiten bei Behandlungen im Rehab, bei Domizilbehandlungen max 1-2 Einheiten)

Inhalte:

- Hilfsmittelberatung, -versorgung und Anpassung insbesondere von: manueller Rollstuhl, Elektro-Rollstuhl, elektrische Antriebe und Sitzkissen sowie Hilfsmittel für den Alltag, da im Rehab ein Hilfsmitteldepot zur Verfügung steht, die ausprobiert werden können
- Stadtabklärungen, Fahrtraining mit dem Elektro-Rollstuhl
- Wohnungsabklärungen in Zusammenarbeit mit SAHB und ZHB
(Wohnungsabklärungen im Auftrag vom Rehab Basel sind kostenfrei für den Patient und werden von der Paraplegikervereinigung übernommen)

Aufgabengebiete ambulante Ergotherapie Rehab

- Schmerzbehandlung und Tonussenkung mit manuellen Techniken wie z.B. myofascial release, Triggerpunktbehandlung etc
- Gelenksmobilisation mit aktiver, aktiv-assistiver und passiver Mobilisation mit oder ohne Einsatz vom Helparm, Armsupport, ergo-rest-Schienen...
- Arbeitsplatzberatung und –anpassung
- Unterstützung bei Computeranpassung in Bezug auf Bedienbarkeit in Zusammenarbeit mit Aktive Kommunikation oder b-at wie z.B. Kopf- und Augensteuerung, Einhandtastatur etc
- Instruktion von Angehörigen und Hilfspersonen z.B. bei Schwierigkeiten beim Transfer, bei der Lagerung im Rollstuhl, Bett etc

Aufgabengebiete ambulante Ergotherapie Rehab

- Abklärung und Versorgung von Lagerungsschienen v.a. Intrinsic-plus Schienen, Handgelenks-Manschette etc
- Individuelle Anpassungen wie z.B. Unterlage für die Kinnsteuerung/Joy-stick
- Weitervermittlung für Unterstützung bei finanziellen Schwierigkeiten oder bei Schwierigkeiten bei Formalitäten
- Coaching/Support bei Fragen und Problemen von externen Kollegen, Patienten und /oder Angehörigen

Ziele

- Grösstmögliche Selbständigkeit
- Bestmögliche Lebensqualität

Zuweiser

- Kathi Schweikert, Janina Wendenbourg (Nicole Naumann ist weggegangen) über die neuromuskuläre Sprechstunde Uni Basel sowie über das Rehab Basel mit einem ausführlichen Bericht vom neurologischen Konzil, der alle notwendigen Informationen über den Betroffenen und seinem Umfeld beinhaltet.

Diese übernehmen den aktiven Lead bei der Betreuung und praktizieren aktive Netzwerkarbeit!! Herzlichen Dank!

- Externe Hausärzte, aber meist ohne umfassenden Bericht und mit erschwertem Lead

Hilfsmittel im IV-Alter

Grundlagen der Finanzierungsfragen/
Kreisschreiben über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die
Invalidenversicherung (KHMI)
Gültig ab 1. Januar 2013 , Stand: 1. Januar 2021

1.2. Anspruchsvoraussetzungen

- Bei Hilfsmitteln gilt die Invalidität als eingetreten, wenn der Gesundheitsschaden objektiv erstmals die Versorgung notwendig macht und ein Eingliederungsziel gemäss Art. 21 IVG erfüllt. Eine vorübergehende Behinderung schliesst die Abgabe von Behelfen unter dem Titel eines Hilfsmittels aus. **Es muss eine voraussehbare Verwendungsdauer von mindestens einem Jahr angenommen werden können** (Abgrenzung zur Leistungspflicht der Krankenversicherung).
- **Mögliche Ausnahmen:** - Im Rahmen von Eingliederungsmassnahmen unter einem Jahr (z. B. Arbeitsversuch, Integrationsmassnahmen), sofern die Eingliederung nur durch die Abgabe des Hilfsmittels ermöglicht wird (z. B. EDV-Anpassungen für Blinde und hochgradig Sehbehinderte für administrative Tätigkeiten). - **Krankheiten, bei denen ein Hilfsmittel objektiv notwendig ist, die Lebenserwartung jedoch weniger als ein Jahr beträgt.**

Der Anspruch auf Hilfsmittel besteht bis zum Bezug bzw. Vorbezug der Altersrente und erlischt spätestens am Ende des Monats, in welchem die vP das Rentenalter erreicht, d.h. die Anspruchsvoraussetzungen müssen erfüllt sein, bevor die vP die Altersgrenze (Monat des AHV-Rentenbezugs) erreicht. Die Hilfsmittel werden in **einfacher, zweckmässiger und wirtschaftlicher Ausführung** abgegeben. Es kommen nur Hilfsmittel mit optimalem Preis-Leistungsverhältnis in Betracht. Die vP hat keinen Anspruch auf die im Einzelfall bestmögliche Versorgung (BGer-Urteil 9C_640/2015 vom 6.7.2016).

Vorgehensweise bei der Versorgung über die IV

- Der Bedarf an Hilfsmitteln wird erfasst
- Nötige Rezepte werden über die Ergotherapeut/In beschafft
- Der Fachhändler muss vor der Bestellung die SAHB anfragen, ob im Hilfsmittel-Depot ein einsprechendes Hilfsmittel vorhanden ist. Ggfs. erfolgt die Versorgung über das Depot der IV bei der SAHB bzw. wenn das Hilfsmittel nicht im Depot vorhanden ist, kann der Händler das Hilfsmittel nach Kostengutsprache der IV oder im Auftrag vom Patienten, bestellen.
- Das bedeutet, dass eine Offerte vom Händler erstellt wird, vom Patienten unterschrieben werden muss und diese wird zusammen mit dem Rezept ggfs. einer ärztlichen Begründung an die IV geschickt. Dann hat die IV 60 Tage zur Bearbeitung des Hilfsmittelantrags, Zeit für eine Ablehnung oder einer Zustimmung. Erst nach der Kostengutsprache der IV wird das Hilfsmittel bestellt bzw. erfolgt die Versorgung über den Händler.

Besitzstandgarantie gemäss KSHA 2021/1003

- Besitzstandgarantie Versicherten, denen bis zum Entstehen des Anspruchs gemäss Rz 1001 **bereits von der IV Hilfsmittel oder Ersatzleistungen gemäss Art. 21 und 21bis IVG zugesprochen wurden, bleibt der Anspruch auf diese Leistungen in Art und Umfang erhalten**, solange die massgebenden Voraussetzungen der IV weiterhin erfüllt sind und soweit dieses Kreisschreiben nicht etwas anderes bestimmt. Bei Hörgeräten erstreckt sich der Anspruch mindestens auf die gleiche Versorgung, die von der IV zugestanden wurde. **Bei Personen, die Anspruch auf die Besitzstandwahrung haben, erstreckt sich der Anspruch auch auf Reparaturen, teilweisen Ersatz, allfällige Betriebs- und Unterhalts- sowie Reisekosten.** Leistungsbegehren solcher Versicherter sind nach den Weisungen im KHMI zu behandeln

Hilfsmittel im AHV-Alter

Grundlagen der Versorgung
Kreisschreiben über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die
Altersversicherung (KSHA) ,gültig ab 1. Januar 2019:

2. Anspruch/1006/1/19

Den Altersrentner(inne)n werden Leistungen gemäss Rz 1005 für die
folgenden Hilfsmittel gewährt: – Orthopädische Massschuhe –
Gesichtsepithesen – Perücken – Hörgeräte – Sprechhilfegeräte –
Lupenbrillen – Rollstühle

Unterschied bei der Versorgung über die IV bzw der AHV

- IV

Hilfsmittel werden meist nach der KHMI übernommen-mit der Grundlage einer einfachen und zweckmässigen Versorgung

- AHV

Hilfsmittel werden meist nicht mehr übernommen.

d.h. bei einem Rollstuhl wird alle 5 Jahre ein Zuschuss gewährleistet von 900.-sfr für Standardmodelle bzw bis zu 2200.-sfr für eine Spezialversorgung mit Antidekubituskissen (Grundwert bei einem manuellen Rollstuhl liegt zwischen 1500.-sfr und 7000.-sfr, bzw bei einem Elektro-Rollstuhl im Niedrigpreissegment bei ca 9000.-sfr aufwärts)

Bezug aus dem ALS-Hilfsmitteldepot

Voraussetzungen für eine optimale Hilfsmittelversorgung

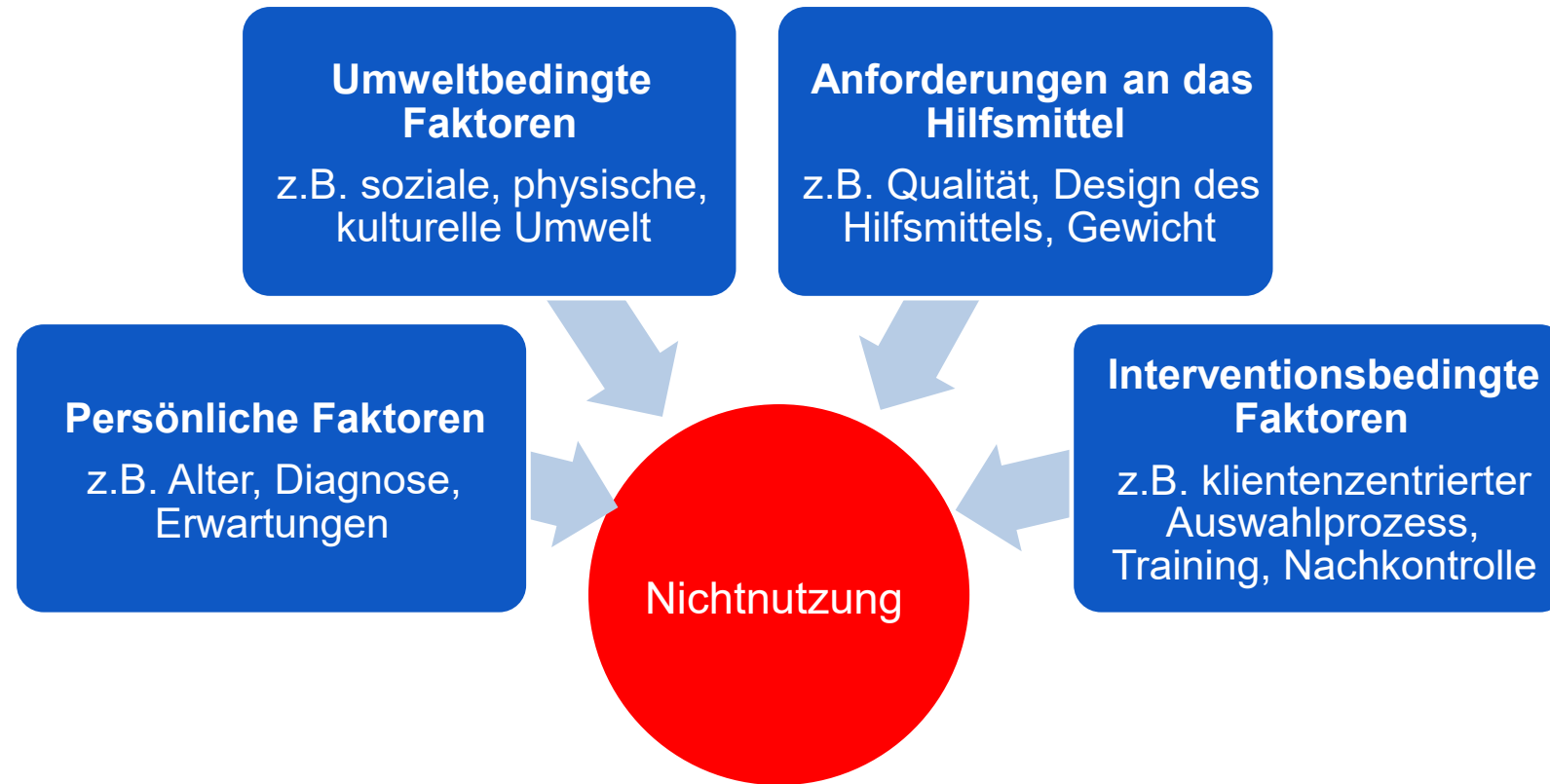
Krankheitseinsicht

Leidensdruck

Wunsch nach mehr Selbständigkeit

Offenheit/ Auseinandersetzung gegenüber Hilfsmitteln

Gründe für die Nichtnutzung eines Hilfsmittels



Wessels et al. (2003)

Der Prozess einer Hilfsmittelversorgung

- Befunden
- Beraten
- Ausprobieren
- Anpassen
- Anleiten
- Überprüfen

(cordes, 2014)

Was braucht es für eine erfolgreiche Hilfsmittelversorgung?

- Es ist entscheidend, dass
 - - personenbezogene und psychosoziale Faktoren einbezogen werden
 - - eine individuelle Auswahl der Hilfsmittel erfolgt
 - - die Betroffenen in ihrem Lebenskontext geschult werden

(Scherer et al., 2005)

Forschungsstand zu ADL-Hilfsmittel

Wenige Studien, die sich mit ADL-Hilfsmitteln auseinandersetzen:

Hersche & Eschenbeck 2016: Befragung von Zuhause lebende Schlaganfall-Patienten, n= 49, Tessin.

Ergebnis: Hilfsmittel, die als meist genutzt und wichtig für die Teilhabe eingestuft wurden:

- Hygiene: Haltegriff, Antirutschmatte, praktische Kleidung, Duschsitz, Badewannenbrett, Schuhlöffel, Urinflasche.
- Mobilität: Stock, Handlauf, Handrollstuhl, Lift/Treppenlift.

Gruis et al. 2011: ALS Patienten, n=62, Befragung zu Häufigkeit der Nutzung, Nützlichkeit und Zufriedenheit mit diversen ADL-Hilfsmitteln.

Ergebnis:

- Häufig benutzt, nützlich, zufriedenstellend: Duschsitz, Badewannenbrett, Schuhe zum Hineinschlüpfen
- Gar nicht oder wenig benutzt, wenig nützlich und zufriedenstellend: Knöpfer, An-und Ausziehhilfe und Greifzange.
Mögliche Begründung der Autoren: bei ohnehin geschwächter oberer Extremität sind diese Hilfsmittel unhandlich/ schwerfällig und verschlimmern die Ermüdung.

ADL-Hilfsmittel



Langer
Schuhlöffel



Elastische
Schnürsenkel



Kordel-
stopper



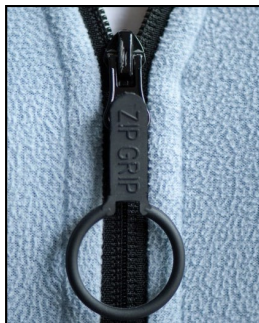
Drehverschluss



Winkelmesser



Haushaltszange
(für kleine Laschen)



Reisverschluss-
Schlaufe



Tellerrand



Kehrgarnitur mit
langem Stiel



Schere
selbstlösend



Gelenk-Gartenschere



Schlüsseldrehhilfen



Servierwagen

Rollstuhlversorgung

- Voraussetzung: MTK –Formular,

das von der Ergotherapie im Rehab ausgefüllt, vom Arzt unterschrieben wird und zusammen mit der Offerte vom Fachhändler bei der IV eingereicht wird

Gründe für eine Versorgung mit einem adaptierbaren Rollstuhlmodell

- Schnell verlaufenden Erkrankung:

Anpassung des Rollstuhlmodells an die Veränderungen im Krankheitsverlauf durch z.B. die mechan. Anpassung des Rückenwinkels für mehr Stabilität im Rumpf, Adaptation einer Kopfstütze, Velco-Rücken, höhenverstellbare Stossgriffe etc

Vorteile

- Verlad in einen herkömmlichen PKW ist möglich
- Handling in der Ebene mit Kraftaufwand möglich bzw mit Begleitperson

Nachteile

- Adaptation der Sitzposition nur manuell möglich, nicht der Aussensituation wie z.B. am Berg o.ä. anpassbar
- Kann nicht selbständig bedient werden in hügeligem Gelände, da Kraftaufwand enorm

Elektro-Antriebe

- E-fix
- E-motion
- Swift drive
- v-max
- s-max
- Tolino
- batec



Gründe für einen Versorgung mit einem Elektro-Rollstuhl

Vorteile

- Mehr Mobilität und Selbständigkeit rund um den Wohnbereich (15-20km)
- Mehr Stabilität
- Selbständige komfortable elektrische Sitzanpassung insbesondere des Rückenwinkels, der Beinhochlagerung und der Kantelung
- Selbständige Nutzung der ÖV

Nachteile

- Kein Verlad in einen herkömmlichen PKW
- Spezieller Transport mit BTB o.ä. und Hebebühne
- (Höhenlift und Stehfunktion werden meist nur in Verbindung mit dem Arbeitsplatz von der IV übernommen)

Sitzkissen

Antidekubitus-Sitzkissen:

- Stimulite
- Roho
- Varilite
- Vicair

Kostenpunkt: ca 1000.-sfr

Standardkissen: ca 300.-sfr



Modellbeispiel Varilite Evolution



Wohnungsabklärung

Die optimale Konstellation:

- ZHB (Architekten, deren Protokoll an die IV geschickt werden kann und deren Beratung, wenn sie vom Rehab ausgehen für den Patienten kostenfrei ist)
- SAHB (Schnittstelle zur IV, nach der Bewertung der einfachen und zweckmässigen Versorgung)
- Ergotherapie (Vertretung des Patienten und seinen Wünschen und Anliegen mit Kenntnissen über den sozialen, beruflichen und medizinischen Hintergrund insbesondere des Krankheitsverlaufs und körperlichen und geistigen Fähigkeiten des Patienten)

Arbeitsplatzabklärung

- Pausenmangement
- Möglichkeiten des Arbeitseinsatzes
- PC-Adaptationen (Kopf-Augensteuerung in Zusammenarbeit mit active Communication oder b-at)

Vorteile vom stationären Aufenthalt

- Intensive Therapie, so dass in kurzer Zeit (3-6 Wochen) wichtige Aufträge erledigt oder zumindest in die Wege geleitet werden können
z.B. Sitzkissen ausprobiert, Sitzpositionen können täglich verändert, optimiert oder auch wieder rückgängig gemacht werden
- Interdisziplinäres Team vertritt Konzeptinhalte einheitlich, so dass ein klarer Weg für den Patienten entsteht (Bsp: nein zum Sport-Rollstuhl)
- Anträge, finanzielle Unterstützung werden vom Sozialdienst im Rehab bei stationärem Aufenthalt erledigt
- Aufgleisung für das ambulante Setting

Vorteile der ambulanten Ergotherapie Rehab

- Langjährige Erfahrung bei der Betreuung von ALS-Patienten
- Vorhandene Informationen aus dem stationären Setting
- Direkter Anschluss an die stationäre Behandlung
- Kurze Wege der Übergabe und Informationsaustausch über das vorhandene Netzwerk zu internen Fachkräften (PT, Logo, Psychologen, Ärzten) sowie zu externen Kräften wie Fachhändler, Ernährungsberatung etc)
- Vorhandenes Netzwerk ermöglicht, meist kurze Wege und ein schneller Ablauf
- Zugriff auf das Hilfsmitteldepot im Rehab, d.h. viele Hilfsmittel können ausprobiert werden
- Gemeinsames und einheitliches Konzept, das gelebt und gegenüber dem Patienten vertreten wird

Nachteile der ambulanten Ergotherapie Rehab

- Es steht kein Sozialdienst Rehab Basel zur Verfügung für ambulante Patienten
- Die praktische Unterstützung für Vorfinanzierungen, Antragsstellungen an Stiftungen etc sind suboptimal, somit ist auch die Hilfsmittelversorgung behindert
- Die Zusammenarbeit zu pro infirmis, pro senectute oder pro cap besteht meist nur in Einzelfällen
- Die Patientenzufriedenheit diesbezüglich ist gering, viele Formalitäten bleiben dem Patienten bzw seinem sozialen Umfeld überlassen und mindern die Lebensqualität des Patienten und seiner Familie/Umfeld
- Schriftliche Abschlussberichte dauern zur schnellen Übergabe für externe Kräfte oft zu lange, d.h. die externe Therapie hat meist schon begonnen

Abgrenzung zu ambulanten Ergotherapie-Praxen

- Keine Möglichkeit einer kontinuierlichen, regelmässigen Therapie über einen längeren Zeitraum insbesondere der Domizilbehandlung

Übergabe an externe ambulante Praxen

- Welche Berichte/ Inhalte werden benötigt?
z.B. letzter Bericht Neuro-Konzil von Kathi Schweikert oder Janina Wendenbourg

Therapeutische Inhalte und ausstehende Aufgaben an die ambulanten Ergotherapeuten:

- Schriftlich? Nachteil: Da sich bis zum letzten stationären Tag noch vieles verändern kann, kann der Bericht nicht frühzeitig verfasst werden. Weiterhin sollte die Therapie ohne Pause fortgesetzt werden. Doch ein Bericht dauert bis alle Instanzen unterschrieben haben ca 1-2 Wochen...
- Mündlich? Ist das ausreichend?
- Ergo-Verordnung kann intern im Rehab für externe Therapie beschafft werden
- Meist geschehen die dringenden Anliegen per Telefon... nach meinen Erfahrungen....ist das ausreichend?

Fragen zu finanziellen Unterstützung bei ambulanten Praxen

- Wer schreibt Begründungsschreiben für Hilfsmittelversorgungen für IV aber auch für Stiftungen?
- Wer erledigt Anträge an Stiftungen etc?
- Wer hat den Lead? Den Überblick? Wenn der Patient z.B. vom Hausarzt betreut wird? Welche Erfahrungen habt ihr?
- Lösungsvorschläge zu Entlastung vom Patient und seiner Familie? V.a. bei administrativen Tätigkeiten