

Stellungnahme des Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V.

zur Bundestagsdrucksache (17/10488) Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, hier: §§ 630 c Abs. 2, 630 e Abs. 1 BGB

Bei der Diskussion der Neuregelung ist bisher unberücksichtigt, dass damit neue Pflichten auch in den **Rechtsbeziehungen zwischen den Patienten und den Heilmittelberufen** geschaffen werden. Insoweit geht der Gesetzentwurf entgegen seinem eigenen Anspruch deutlich darüber hinaus, lediglich Rechtsklarheit und Rechtssicherheit zu schaffen. **In der Neufassung des Gesetzes wird der behandelnde Heilmittelerbringer verpflichtet, sich – teils auf Nachfrage, teils unmittelbar – zu erkennbaren ärztlichen Behandlungsfehlern zu äußern und auf Behandlungsalternativen hinzuweisen.**

Diese Regelungen sollen zwar dem Patientenschutz dienen. Ist es aber Absicht, den Heilmittelerbringer zu verpflichten, den Patienten z.B. darüber zu informieren, wenn der behandelnde Arzt

- nicht leitliniengerecht verordnet, wie dies häufig aus Kostengründen geschieht, oder
- gar nicht verordnet, weil er behauptet, sein Budget sei erschöpft, obgleich eine Behandlung objektiv dringend geboten ist, oder z.B.
- bei einem Schlaganfallpatienten einen dringend erforderlichen Hausbesuch unterlässt?

Ein sehr praktisches Beispiel hierzu ist bereits im GEK-Heilmittelreport 2007 beschrieben (Anlage – Auszug Seiten 69+70): Schlaganfallpatienten erhalten in der Regel erst 40 (!) Tage nach Abschluss der stationären oder Anschlussheilbehandlung wieder ein Heilmittelrezept!

All dies sind Tatbestände, die eindeutig unter die Aufklärungspflicht nach § 630 e Abs. 1 BGB (neu) fallen würden. Wenn dies die Absicht des Gesetzgebers ist, würde er damit die Basis der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Heilmittelerbringern, die aufgrund einer ärztlichen Verordnung tätig werden, auf eine völlig neue Basis stellen.

Köln, 22. Oktober 2012

4. Die Heilmittelversorgung von SchlaganfallpatientInnen

Der Schlaganfall ist weltweit die dritthäufigste Todesursache und stellt auch in Deutschland mit etwa 150.000 Neuerkrankungen pro Jahr ein großes gesundheitliches Problem dar. Ein Großteil der Betroffenen leidet an neurologischen, neuropsychologischen und motorischen Defiziten, die einen erheblichen medizinisch-therapeutischen Bedarf mit sich bringen.

Im Jahr 2005 wurden 2.325 GEK-Versicherte wegen eines ischämischen Schlaganfalls stationär behandelt, von denen nur 30% eine Rehabilitation in Anspruch nahmen. In ambulant-ärztlicher Versorgung waren im selben Jahr 13.430 Schlaganfall-PatientInnen, was einer Prävalenz von 864 pro 100.000 Versicherten entspricht.

Von den Versicherten ohne Rehabilitation erhielten 38% eine physiotherapeutische Verordnung und nur 13% eine Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, PNF).

Von 618 Aphasikern unter den stationären Fällen erhielten nur 17,5% eine logopädische Verordnung. Die Zeit von der stationären Entlassung bis zum Therapiebeginn liegt für Physiotherapie und Logopädie bei 40 Tagen.

Die Auswertungen zeigen eine Unterversorgung für die Heilmittel Physiotherapie und Logopädie und eine Fehlversorgung durch zu späte Verordnung, was auf eine Versorgungslücke und Schnittstellenprobleme zwischen stationärer und ambulanter Versorgung hinweist.

4.1 Der Schlaganfall

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist der Schlaganfall die dritthäufigste Todesursache (WHO, 2006) und stellt damit weltweit ein großes gesundheitliches Problem dar. Zahlen zur Inzidenz in Deutschland liegen z.B. aus dem Erlanger Schlaganfallregister für den Zeitraum

1994 bis 1996 vor, wonach jährlich 182 Fälle pro 100.000 Einwohner zu verzeichnen waren (Kolominski-Rabas et al., 2002), was etwa 150.000 neuen Schlaganfällen pro Jahr entspricht. Die Ereignisraten sind stark vom Alter abhängig, was sich in den genannten Daten darin zeigte, dass mehr als 50 % der Schlaganfälle in der Altersgruppe über 75 Jahre auftraten. Bei der bekannten demografischen Entwicklung unserer Gesellschaft hin zu mehr Menschen im höheren Alter ist daher mit einer weiteren Zunahme der Schlaganfallzahlen zu rechnen.

Von den Betroffenen versterben innerhalb eines Jahres etwa ein Drittel (Kolominski-Rabas et al., 2002), von den Übrigen leben circa 60 % mit neurologischen und neuropsychologischen Defiziten (Mauritz, 1994). Da man in Deutschland von etwa einer Million Personen ausgehen kann, die mit den Folgen eines Schlaganfalls leben (Wiesner et al., 1999), wird das Ausmaß an medizinisch-therapeutischem Behandlungsbedarf deutlich. Der Schlaganfall gilt als häufigster Grund für Behinderung, denn bei 70 bis 85 % der PatientInnen kommt es zu einer Hemiplegie oder Hemiparese (Dobkin, 2004), was einer teilweisen bis vollständigen Lähmung einer Körperseite oder Extremität durch Ausfall der motorischen Innervation entspricht. Motorische Defizite im Allgemeinen sind sogar bei etwa 90 % der Betroffenen zu verzeichnen (AWMF, 2005).

Dieses hohe Ausmaß an gesundheitlichen Schäden durch einen Schlaganfall macht diese Erkrankung auch zu einem großen gesundheitsökonomischen Problem. Aktuelle Zahlen zu den Kosten des Schlaganfalls in Deutschland liegen ebenfalls aus dem Erlanger Schlaganfallregister vor (Kolominski-Rabas et al., 2006). Demnach belaufen sich die Gesamtausgaben für einen Schlaganfall auf 43.129 Euro. Davon entfallen allein 43 % auf das erste Jahr nach dem Ereignis. Während in dieser Zeit die stationäre Versorgung und die Rehabilitation mit jeweils etwa einem Drittel die größten Anteile an den Kosten ausmachen, fällt in der weiteren Versorgung etwa die Hälfte der Ausgaben auf den ambulanten Sektor.