

# **Ambulante Schlaganfallversorgung Tirol**

## **ein integriertes Versorgungsprogramm mit einem klar definierten Behandlungsprozess**

Eine Information für interessierte Therapeut/innen

# Überblick

---

Zur Verbesserung der Versorgung von Schlaganfallpatient/innen wurde vom Tiroler Gesundheitsfonds der „Integrierte Patientenpfad/Behandlungspfad Schlaganfall“ ins Leben gerufen. Dieser Behandlungspfad fokussiert auf einer optimierten Patientenorientierung im Rahmen einer evidenzbasierten Versorgungskette und fördert die Kommunikation zwischen den verschiedenen Gesundheitsdienstleistern und Berufsgruppen. Ein zentrales Element im Rahmen des „Integrierten Patientenpfades/Behandlungspfades Schlaganfall“ ist der Aufbau einer ambulanten Rehabilitation und posthospitalen Pflege.

Menschen nach einem akuten Schlaganfallereignis in den Bezirken Landeck, Imst, Reutte, Kufstein, Kitzbühel, Schwaz und Lienz können bereits eine ambulante Rehabilitation in Anspruch nehmen. Diese wird den Patienten im Rahmen einer koordinierten Zusammenarbeit von niedergelassenen Therapeut/innen, den niedergelassenen Fach- und Hausärzt/innen, allen Krankenhäusern in Tirol sowie der Sonderkrankenanstalt Hochzirl und dem Rehabilitationszentrum Münster, den lokalen Sozial- und Gesundheitssprengeln, den lokalen Altenwohn- und Pflegeheimen sowie der Sozialversicherung angeboten. Die Erfahrungen daraus sind sowohl für Patient/innen als auch für die Gesundheitsberufe äußerst positiv.

---

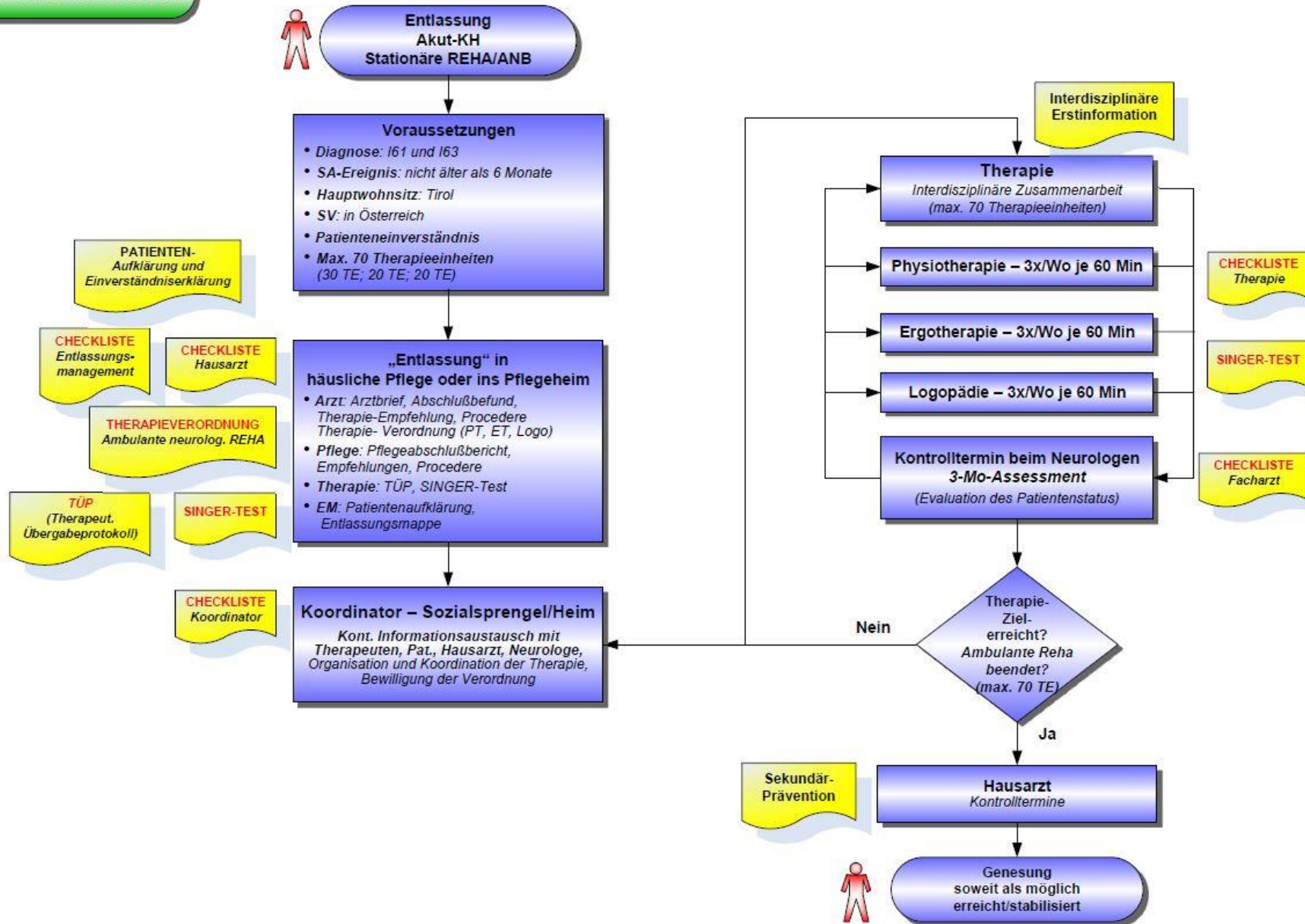
# Überblick

---

Der Tiroler Gesundheitsfonds, das Landesinstitut für Integrierte Versorgung und die Sozialversicherungsträger gemeinsam mit der Abteilung Soziales planen das Versorgungsprogramm flächendeckend in ganz Tirol anzubieten. Als letzter Schritt ist die Etablierung in den Bezirken Innsbruck Stadt und Innsbruck Land vorgesehen. Dazu ist der Aufbau eines multiprofessionellen Gesundheitsnetzwerkes aus den oben angeführten Berufsgruppen erforderlich.

Beim Krankheitsbild des Schlaganfalls zählt rasche Hilfe. Dies gilt in gleicher Weise für die Erstversorgung wie für die Rehabilitation, je früher die Rehabilitationsmaßnahmen nach der Akutversorgung beim Schlaganfall beginnen, desto besser ist der Outcome für die Patient/innen. Die Intensität der Therapie, d.h. sowohl hinsichtlich der Frequenz als auch der Therapieinhalte, ist von größter Wichtigkeit.

**TP4 – Ambulante-REHA**



# Behandlungspfad im Netzwerk

---

Patient/Angehörige: stehen mit ihren Bedürfnissen und Erwartungen im Vordergrund.

1. Das Stationäre Team des Krankenhauses/stat. Reha entscheidet ob eine ambulante Rehabilitation für den Patienten in Frage kommt. Klärt den Patienten auf und leitet alle notwendigen Schritte vor und kommuniziert bereits vor Entlassung mit den Koordinatoren im Wohnort des Patienten.
  2. Nach Übergabe an die Koordinatoren in den Sozial- und Gesundheitssprengel oder in das Altenwohn- und Pflegeheim des Patienten, organisieren die Koordinatoren das Therapeutenteam.
  3. Die Sozialversicherungsträger bewilligen sodann die Verordnung, sind Ansprechpartner für die Patienten und wickeln die Abrechnung mit den Therapeuten, als ihre direkten Vertragspartner ab.
-

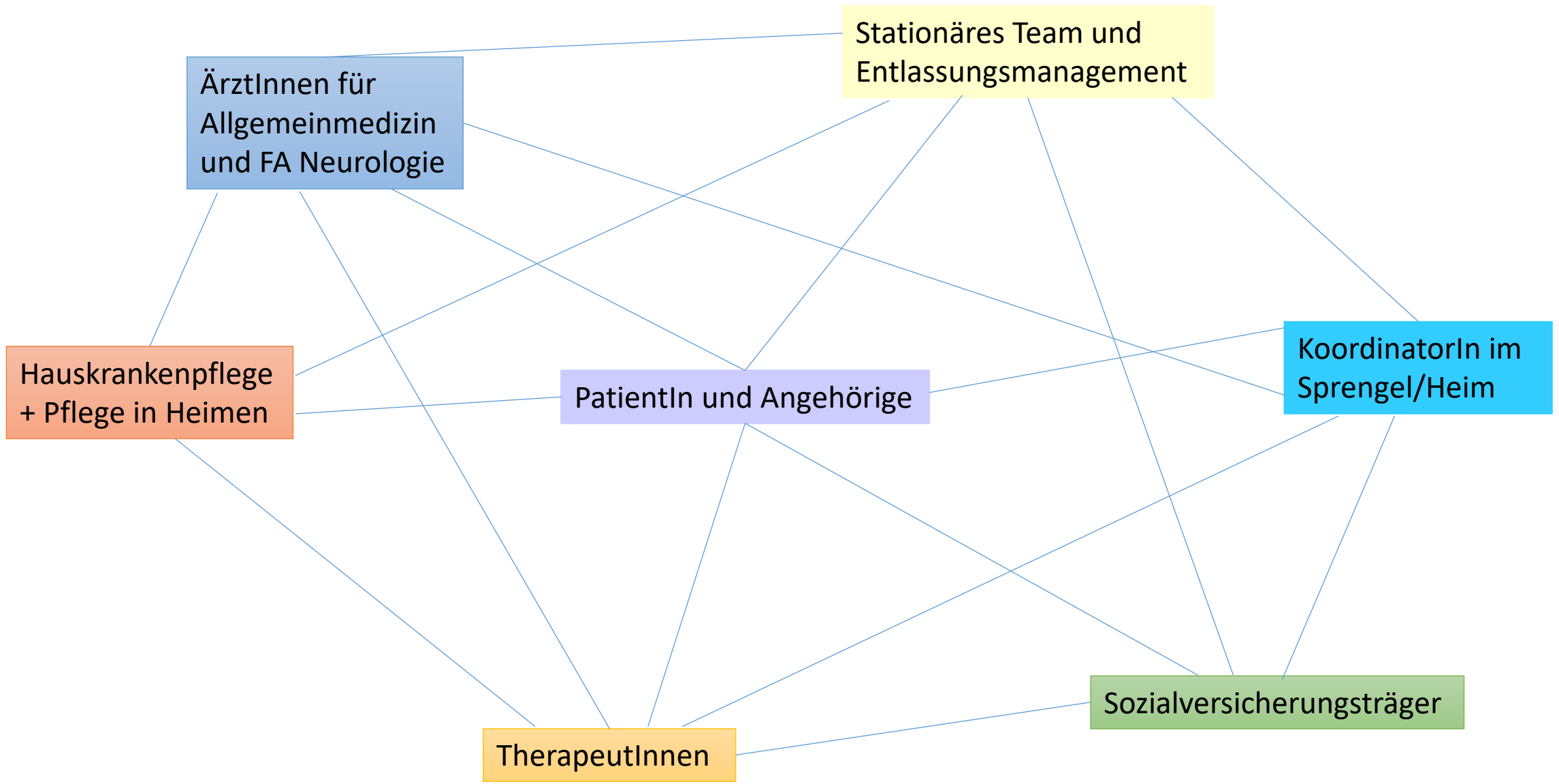
# Behandlungspfad im Netzwerk

---

4. Die Therapeuten (Physio/Ergo/Logo), die in den meisten Fällen direkt im häuslichen Umfeld die Therapie mit dem Patienten durchführen, beginnen zeitnah nach Entlassung (7 Tage) die Therapie.
5. Die Hauskrankenpflege oder die Pflegerinnen in den Heimen sind, wenn sie zum Einsatz kommen, eine grundlegende Unterstützung.
6. Die Hausärzte sind in Absprache mit den Neurolog/innen auch während der amb. SA-Versorgung für die medizinische und medikamentöse Betreuung des Patienten zuständig.  
3 Monate nach Entlassung erfolgt ein Assessment beim Facharzt für Neurologe.

Die ambulante Rehabilitation ist mit Erreichung der Rehaziele oder mit Ausschöpfung des Stundenkontingentes abgeschlossen.

---

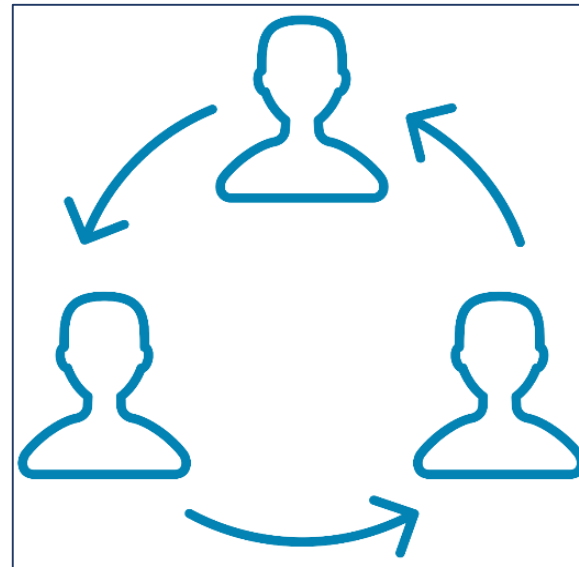


# Der Rahmen

**klar definierte  
Eingangskriterien**

**festgelegte  
Qualitätsindikatoren**

**definierte und  
mit Kostenträger vereinbarte  
Vorgaben**



**Netzwerktreffen**

**Fortbildungen**

**Bezirkskoordinatoren**

**Digitale Dokumentations- und  
Kommunikationsplattform**



# Eingangskriterien für den Patienten

---

- Diagnosen: I61 und I63 nach ICD-10
- Akutereignis nicht älter als 6 Monate
- Einverständniserklärung der/des PatientIn
- Hauptwohnsitz in Tirol
- Sozialversicherung in Österreich,
- Therapieverordnung „Neurologische Rehabilitation Schlaganfall“

# Qualitätsindikatoren

---

- Zeitfenster zwischen erster Therapieeinheit und Entlassung aus der stat. REHA/ANB (7 Tage)
- Anzahl der am Therapieplan beteiligten Personen (mind. 2)
- konsumierte Therapieeinheiten (max. 70 Therapieeinheiten)
- Zeitintervall zwischen den Therapieeinheiten einer Profession (max. 2-3 Tage)
- Dauer der ambulanten Rehabilitation (12-20 Wochen)
- Selbstreflexion der Ergebnisqualität durch die TherapeutInnen (einheitliches Testsystem im gesamten Behandlungspfad)
- Durchführung der Assessments (SINGER-Test)
- Interdisziplinärer Austausch im Therapieplan verankert (Interdisziplinäre Erstinformation)
- Beurteilung des Behandlungsergebnisses durch einen FA; Evaluation der Ergebnisse des 3-Monats-Assessments (Modified Rankin Scale)

Die Qualitätsindikatoren werden durch verschiedene Qualitätssicherungsmaßnahmen regelmäßig evaluiert. (statistische Erhebung der Benchmarks, Patientenbefragung, Netzwerkpartnerbefragung)

---

# Definierte und mit Kostenträger vereinbarte Vorgaben

---

- Die Behandlung kann nur durch Vertragstherapeuten in Anspruch genommen werden (eigener Vertrag für alle Kassen)
  - Der Therapeut wird den Patienten entsprechend der geographische Nähe zugeteilt
  - Die Kosten für das definierte Kontingent werden direkt mit der jeweilige Sozialversicherungsträger verrechnet. Für den Patienten ohne Selbstbehalt bei TGKK, BVA, VAEB und KUF und mit Selbstbehalt bei SVA und SVB
-

# Netzwerktreffen, Fortbildungen, Bezirkskoordination Digitale Dokumentation- und Kommunikationsplattform

---

Um den integrierten Patientenpfad/Behandlungspfad zu leben und die Zusammenarbeit zu stärken und auch das fachliche Know-How zu sichern sind folgende Elemente in den Netzwerken verankert: in jedem Bezirk: Netzwerktreffen, Fortbildungen, 1 BezirkskoordinatorIn als lokaler Ansprechpartner für die Netzwerkpartner; und die EDV-Dokumentations- und Kommunikationsplattform für Kommunikation, Abstimmung und Vernetzung.



# Anforderungen und zentrale Tätigkeiten

---

- In Österreich anerkannte Ausbildung zur Physiotherapeut/in; Ergotherapeut/in oder Logopäd/in
  - Eintragung im Gesundheitsberuferegister
  - Erfahrung in der Behandlung von neurologischen Patienten oder
  - Interesse an der Neurologie bzw. der Neurologischen Rehabilitation mit der Bereitschaft sich darin Fort- und Weiterzubilden.
  
  - mobile Therapie neurologischer Patient/innen im häuslichen Umfeld
  - kompakte Durchführung der Therapieeinheiten zur Rehabilitation von Menschen nach einem akuten Schlaganfallereignis
  - Therapiestart unmittelbar nach Entlassung aus der Klinik
  - Interdisziplinäre Zusammenarbeit
  - Einbindung von Angehörigen und ggf. von Hauskrankenpflege im Behandlungskonzept
  - digitale Dokumentation auf Basis der „International Classification of Function“ (ICF)
  - Teilnahme an regelmäßigen Netzwerktreffen (ca. 2x jährlich)
  - Abrechnung der Leistung mit den Sozialversicherungsträgern
-

# Das bieten wir Ihnen im Netzwerk

---

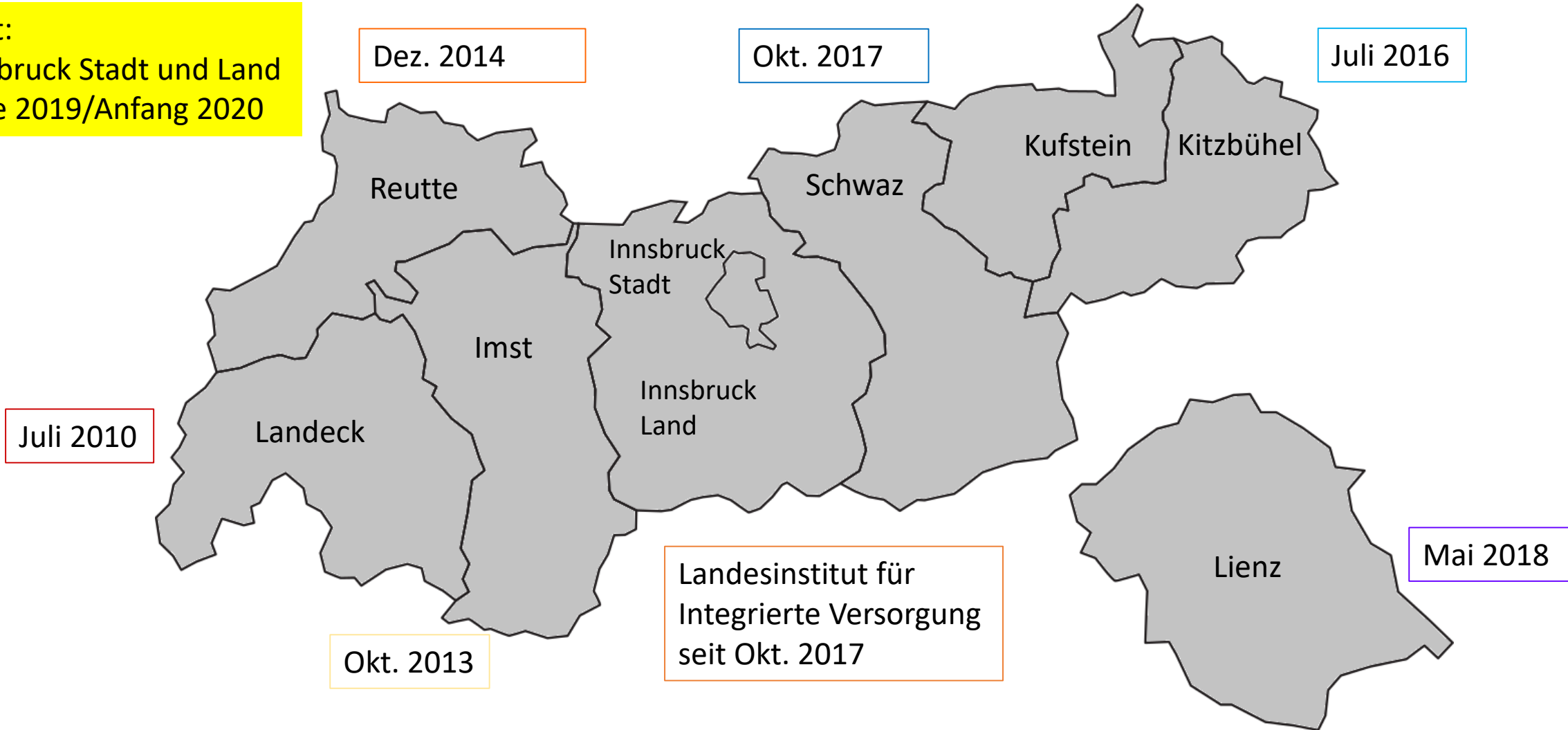
- Zuteilung der Patient/innen durch eine/n Koordinator/in entsprechend der geographischen Nähe zwischen Ihnen und den Patient/innen
- Honorierte interdisziplinäre Zusammenarbeit als mobile/r Therapeut/in
- Vernetzung mit SystempartnerInnen
- Flexible Zeiteinteilung
- Mobiles, patientenorientiertes Arbeiten im häuslichen Umfeld der/s PatientInnen
- lokale Ansprechpartner/in bei Anliegen, Problemen und Wünschen
- Fortbildungsangebote (fachlich, interdisziplinär, regional, kostenfrei)
- gemeinsamer Vertrag für alle Kassen

Für eine Zusammenarbeit ist der Abschluss eines Vertrags mit der TGKK (stellvertretend für folgende Sozialversicherungsträger: BVA, VAEB, SVA, SVB, KUF) notwendig. Die Tarife: 52,- EUR für 60 Min. plus 2,- EUR Qualitätszuschlag pro Therapieeinheit, sowie 28,76 EUR Hausbehandlungspauschale (inkl. der ersten 15 KM) und aml. Kilometergeld ab dem 16. KM. Hausbehandlung solange wie medizinisch indiziert.

---

# Derzeitiger Stand

Start:  
Innsbruck Stadt und Land  
Ende 2019/Anfang 2020



# Ambulante Schlaganfallversorgung

wohnortnah



vernetzt



abgestimmt



**TGKK** TIROLER  
GEBIETSKRANKENKASSE



**SVA**  
GESUND IST GESÜNDER

