



Giesela Wille

## Ergotherapeutische Ambulanz

# Abgabe ambulanter Heilmittel aus der Klinik

Giesela Wille

Ergotherapeutische Ambulanz, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Langenhagen

psychoneuro 2003; 29 (10)

**W**arum ambulante Ergotherapie im klinischen Rahmen? Die Notwendigkeit der Abgabe ambulanter Ergotherapie aus der Klinik heraus ergibt sich aus unterschiedlichen Gesichtspunkten: Ist die Ergotherapie in der stationären psychiatrischen Behandlung bereits ein anerkanntes und nicht mehr zu missendes Angebot, so bedarf es für ambulante Angebote einer Erweiterung und Vernetzung der Behandlungsmöglichkeiten. Verbesserte medizinische Leistungen und verkürzte Liegezeiten in den Krankenhäusern lassen der Ergotherapie im klinischen Rahmen nicht mehr ausreichend Zeit zur Rehabilitation. Die Behandlungen müssen ambulant weitergeführt werden. Die Reformbestrebungen im Gesundheitswesen schreiben eine schrittweise Verlagerung von stationärer auf ambulante medizinische Angebote vor. Der Wunschkatalog des Gesundheitsministeriums sieht dabei auch eine stärkere Zusammenarbeit von Kliniken und Arztpraxen vor. Die Kassenärztliche Vereinigung erhält hierzu die Möglichkeit, zwischen den Krankenhäusern und Arztpraxen gesonderte Verträge abzuschließen. Auch der Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in psychiatrischen Kliniken betont die Nachrangigkeit stationärer Hilfen und die notwendige Vernetzung klinischer und ambulanter Angebote

*Für die Kliniken bieten sich zurzeit drei Möglichkeiten der Abgabe ambulanter Ergotherapie als Heilmittel. Unter Nutzung aller bereits in der Klinik vorhandenen ergotherapeutischen Angebote, kann das Spektrum um ambulante Ergotherapie erweitert werden. Die Zulassung geschieht hier über einen gesonderten Rahmenvertrag, geschlossen zwischen den Krankenhäusern und den Krankenkassen. An einem getrennten Standort können Kliniken, bzw. deren Vertreter (Krankenhausgesellschaften, Landschaftsverbände etc.) darüber hinaus Ergotherapeutische Ambulanzen als eigenständige Abteilung oder Betrieb einrichten. Grundlage hierzu ist ebenfalls die Zulassung über die Krankenkassen. Vertragliche Grundlage ist der zwischen dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten und den Krankenkassen geschlossene Rahmenvertrag. Auch psychiatrische Institutsambulanzen sehen die Möglichkeit ergotherapeutischer Behandlungen vor, wenn das multiprofessionelle Team über eine Personalstelle Ergotherapie verfügt. In einem Vertrag in Niedersachsen wird die Leistung Ergotherapie ausgeschlossen. Zurzeit ist noch nicht abschließend geklärt, ob dieser Ausschluss rechtlich zulässig ist. Insgesamt unterstützt die Ergotherapeutische Ambulanz neben den bereits häufig vorhandenen Institutsambulanzen das weitere Voranschreiten ambulanter Behandlungsmöglichkeiten aus der Klinik heraus. Darüber hinaus bietet sie gute Kooperationsmöglichkeiten im komplexeren Bereich und fördert wirksam die Strukturveränderungen in den Krankenhäusern. Insbesondere Menschen mit chronischen Erkrankungen erhalten ein weiteres stützendes Behandlungsangebot mit dem Ziel einer eigenständigen Lebensführung. Die ambulante Ergotherapie verfügt im psychiatrischen Bereich noch nicht über eine ausreichende Versorgungsstruktur (6). Ergotherapeutische Ambulanzen könnten diese Lücken füllen (8).*

(1). Das Gebot der Wirtschaftlichkeit beinhaltet hier, vorhandene Mittel rational einzusetzen und ein höchstmögliches Ergebnis zu erzielen. Um dem Prinzip „so ambulant wie möglich“ gerecht zu werden, müssen psychiatrische Kliniken über ambulante ergotherapeutische Angebote verfügen. Darüber hinaus fordern auch sozialpsychiatrische Grundsätze eine gemeindenahe Behandlungsmöglichkeit für Patienten. Psychiatrische Kliniken liegen nicht immer gemeindezentral. Ausgelagerte ergotherapeutische Ambulanzen in

den Sektoren können diese Defizite ausgleichen.

Die soziale Realität und die sozialen Beziehungen spielen im ergotherapeutischen Setting eine bedeutende Rolle und gebieten damit auch hier ein ambulantes Behandlungsangebot (5). Die ambulante Ergotherapie lässt zum einen die stationären Behandlungsergebnisse in den Alltag integrieren und bietet zum anderen eine Behandlungsergänzung, z.B. um teilstationäre oder stationäre Behandlungen zu vermeiden. Dabei nutzt sie das bereits vor-

**Tab. 1** Ambulante Ergotherapie aus der stationären Abteilung, als Ambulanz und als Institutionsambulanz

	I. als Abgabe aus der stationären Abteilung heraus	II. im Rahmen einer Ergotherapeutischen Ambulanz als eigenständige Abteilung, Betrieb des Krankenhauses
<b>Grundlage</b>	Sozialgesetzbuch V. §§ 124, 125, § 124 Abs. 4 benennt die Möglichkeit der Abgabe ambulanter Heilmittel aus der Klinik heraus.	Sozialgesetzbuch V. §§ 124 und 125.
<b>Voraussetzungen</b>	Vertrag, geschlossen zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern bzw. deren Vertretern (z.B. Krankenhausgesellschaften, Landeswohlfahrtsverbänden, Landschaftsverbänden etc.).	Praxiszulassung Vertrag zwischen den Krankenkassen und dem Deutschen Verband der Ergotherapeuten.
<b>Durchführung</b>	Ambulante Leistungen können im stationären Rahmen abgegeben werden. Das heißt, Ausstattungen und Räumlichkeiten der stationären Therapie können genutzt werden. Die Abteilung Ergotherapie erweitert ihre Angebote um neue ambulante Inhalte.	Getrennter Standort neben dem klinischen Angebot muss vorhanden sein, z.B. durch Anmietung eigener Räume oder Gebäude. Eigener Kostenkreislauf muss ersichtlich sein. Strikte Trennung der Leistungen zwischen stationärem und ambulanten Bereich.
<b>Vergütung</b>	Hauptsächlich Verträge der Krankenhausgesellschaften und der KKs für das jeweilige Bundesland. Die Verträge sind bzgl. der Vergütungshöhe und dem Grad der Differenziertheit sehr unterschiedlich.	Gemäß o. g. Vertrag; unterschiedliche Positionen.
<b>Vorteile</b>	nahtlose Möglichkeit des Übergangs von stationärer zur ambulanten Behandlung TherapeutInnenkonstanz (kein Wechsel zu ambulanten Therapeuten notwendig) Aus den Erlösen werden neue ambulante Personalstellen geschaffen, oder abzubauen Personalstellen gesichert. Es besteht nicht die Verpflichtung Patienten anderer Krankheitsbilder ergotherapeutisch versorgen zu müssen.	Gleiche Vergütungen wie Praxen Gute Verzahnung und Kooperationsmöglichkeit zur Klinik und zu den Praxen. Örtliche Flexibilität bei der Standortwahl.
<b>Nachteile</b>	Vergütung der ambulanten Leistung Ergotherapie ist durch das duale Finanzierungssystem in den Krankenhäusern niedriger als in den ergotherapeutischen Praxen. Angebot muß im klinischen Rahmen stattfinden.	Strikte Trennung zu stationären Leistungen (eigener Kostenkreislauf, Räumlichkeiten, etc.). Therapeutenwechsel notwendig bei Übergang von stationärer auf ambulante Behandlung. Formale Verpflichtung der Praxis auch Patienten mit nichtpsychiatrischen Krankheitsbildern zu behandeln.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

**III. im Rahmen der Institutsambulanz**

Sozialgesetzbuch V, § 118

Verschiedene Vertragsstrukturen. Häufig bestehen Verträge auf Bundesebene zwischen den Krankenhausgesellschaften und Landesverbänden der Krankenkassen. Teilweise ist die Leistung Ergotherapie nicht Bestandteil der Vergütung.

Die ambulante Leistung wird im Behandlungssetting der psychiatrischen Institutsambulanz erbracht.

Unterschiedliche Fallpauschalen, z.B. in Niedersachsen 246,50 € pro Quartal für alle Leistungen der psychiatrischen Institutsambulanz.

Ganzheitliches Angebot. Multiprofessionelles Team.

In einem Vertrag in Niedersachsen ist die Leistung Ergotherapie ausgeschlossen.

handene breite Spektrum der klinischen Ergotherapie und ergänzt dieses durch den Einbezug gewohnter, natürlicher Handlungsfelder wie z.B. den eigenen Haushalt, Arbeitsplatz oder Freizeitbereich. Hier wird ebenfalls die Handlungsfähigkeit analysiert und ein Handlungstraining durchgeführt. Die ergotherapeutischen Behandlungen müssen daher standortnah und an den Lebensgewohnheiten der Patienten orientiert sein. Nur so können Handlungskompetenzen und Lösungsstrategien erprobt und im Alltag überprüfbar werden. So werden nahtlose Übergänge an der Schnittstelle stationärer zur ambulanten Behandlung durch Integration der sozialen Realität und der sozialen Beziehungen sowie Koordination und Aktivierung von Unterstützungsnetzwerken im Gesundheits- und Sozialbereich geschaffen.

**■ Möglichkeiten der Abgabe**

Die gesetzliche Grundlage für die Abgabe ambulanter Heilmittel aus der Klinik heraus regelt das Sozialgesetzbuch V mit den §§ 124 und 125. Die ambulante Ergotherapie als verordnetes Heilmittel unterliegt nun den Rahmenbedingungen des Gesundheitsmarktes und ist damit budgetabhängig und durch Richtgrößen gesteuert. Krankenhäuser haben unterschiedliche Möglichkeiten der ambulanten ergotherapeutischen Behandlung (Tab. 1).

**Beispiel: Die Ergotherapeutische Ambulanz in Hannover**

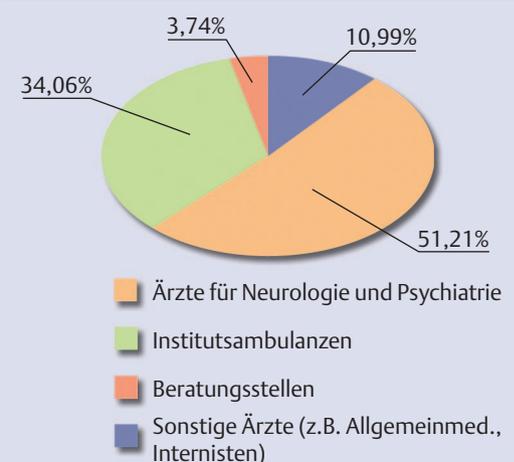
Seit 1995 verfügt die stationäre Ergotherapie der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Klinikum Hannover auf der Grundlage eines Rahmenvertrages, geschlossen zwischen der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft als Dachverband des Klinikums und den Krankenkassen, über die Möglichkeit der Abgabe ambulanter Heilmittel, hier das Heilmittel Ergotherapie aus der Klinik heraus. Die Nachfrage der ambulanten Ergotherapie baute sich zuerst über die eigene Klinik und über die Institutsambulanz der Klinik auf. Patienten, die über die stationäre Behandlung hinaus ergotherapeutische Behand-

lungen benötigten, kamen über eine ärztliche Verordnung, ausgestellt in der Institutsambulanz, in die ambulante Ergotherapie.

Der Schwerpunkt der ambulanten ergotherapeutischen Arbeit lag hier wesentlich im Bereich der Produktivität. Dabei wurden alle Bereiche der Arbeitstherapie genutzt. Es fand weder eine räumliche noch eine personelle Trennung statt. Die Kosten wurden prozentual nach stattgefundenen Behandlungseinheiten differenziert und berechnet. Die Möglichkeiten von ausgelagerter Arbeitstherapie, Praktika und stufenweiser Wiedereingliederung an den vorhandenen Arbeitsplatz wurden mit einbezogen. Eine durchgeführte Ärzte- und Patientenbefragung konnte auch die Nachfrage der weiteren ergotherapeutischen Bereiche, Selbstversorgung und Freizeitverhalten aufzeigen (9). Diese wurden in das Behandlungsspektrum mit aufgenommen und verstärkt umgesetzt. Seit 1999 verfügt die Abteilung über eine eigenständige Ergotherapeutische Ambulanz in der Innenstadt von Hannover. Die Außenorientierung unter der Prämisse „so viel ambulant und so wenig institutionell wie möglich“ wurde damit ausgebaut.

Das Behandlungsangebot beider Standorte umfasst jetzt neben Handlungstraining in Wohnung/ Arbeitsplatz/Freizeitbereich auch Praktika sowie Kreativ- und Holzwerkstatt, Gärtnerei, Druckerei,

**Abb. 1** Verteilung der Verordnungen 2002 auf Ärztliche Fachgebiete



Cafés und die Bereiche Büro, Hauswirtschaft und Grafik (8).

Auf der Grundlage des ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) der WHO von 2001, wird in den unterschiedlichen Handlungsbereichen eine Eingangsdagnostik erstellt (7). Unter Anwendung des Modells der menschlichen Betätigung (MOHO – Model of Human Occupation von Gary Kielhofner) werden klinische Daten gesammelt, interpretiert und zu Interventionen genutzt (4). Befundungsinstrumente, Assessments wie das OSA (Occupational Self Assessment) (2), oder das ACIS (Assessment of Communication and Interaction Skills) (3), um nur einige zu nennen, dienen der Beantwortung offener Fragestellungen und der Grundlage der Behandlungsplanung. Sozialtraining und Beratungsgespräche gehören ebenso dazu wie Begleitungen in die gewünschten Handlungsfelder, z.B. in die eigene Wohnung oder an den vorhandenen Arbeitsplatz.

Die Ergotherapie betrachtet die Handlungsbereiche Selbstständigkeit, Freizeit und Produktivität. Im Bereich der Selbstversorgung steht zuerst die Wiedergewinnung der Fähigkeit am alltäglichen Leben teilzunehmen und die notwendigen Dinge zu regeln im Vordergrund. Im Freizeitbereich geht es um eine strukturierende, sinnstiftende Beschäftigung und eine Verbesserung der sozialen Fähigkeiten. Im Bereich der Produktivität (Arbeitstherapie) sind das Wiedererlangen der Grundarbeitsfähigkeiten über ein intensives Arbeitstraining und eine Vorbereitung zur Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit vorherrschende Themen.

Die Länge der Behandlungsdauer ist je nach Indikation recht unterschiedlich und reicht von zwei Wochen bis zu zwei Jahren bei wöchentlich einer bis zehn Behandlungseinheiten à 90 Minuten. Die wesentliche Zusammenarbeit erfolgt mit niedergelassenen Ärzten, der hauseigenen Institutsambulanz und den Institutsambulanzen anderer Psychiatrischer Kliniken im Großraum Hannover. Sie verordnen die ambulante Ergotherapie und er-

halten im weiteren Verlauf ständig Rückmeldung über die Behandlungsergebnisse (Abb. 1). Darüber hinaus besteht eine enge Zusammenarbeit mit weiteren Leistungsanbietern wie medizinischen und beruflichen Rehabilitationsträgern, Tagesstätten, ambulanten Diensten und anderen Heilmittelerbringern z.B. Physiotherapeuten und Logopäden. Die Ergotherapeutische Ambulanz bereitet hier die Patienten auf weiterführende Maßnahmen vor und unterstützt damit die Integration.

### Summary:

*At this time the clinics have three possibilities for giving out outpatient ergotherapy as a remedy. By the use of all the ergotherapeutic offers available in the clinic, the spectrum can be expanded by outpatient ergotherapy. The admission comes about by a separate general agreement, concluded between the clinics and health insurances. The clinics can also set up ergotherapeutic outpatient departments as independent department at a separate location. The basis therefore is also the admission by the health insurances. Contractual basis is the general agreement between the German Association of Occupational Therapists and the health insurances. Also the institute's outpatient departments intend for the possibility of ergotherapeutic treatments, if the multi-professional team has a vacancy for ergotherapy. However, this is a discontinued model in some country, which is not intended anymore for the contracts of 2002. The Ergotherapeutic Outpatient Department supports not only the frequently existing institute's outpatient departments but also the further progress of outpatient methods of treatment outside the clinics. It also offers good possibilities for co-operation in the complementary area and effectively supports the structural chances in the clinics. Especially people with chronic illnesses receive a further supported offer of treatment with the aim of an independent lifestyle. The outpatient ergotherapy do still not have a sufficient supply structure in the psychiatric area. Ergotherapeutic outpatient departments can fill the gaps.*

### Literatur

1. Aktion Psychisch Kranke e.V. im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Leitfaden zur Qualitätsbeurteilung in psychiatrischen Kliniken; Projekt 1994–1996 (Tagungsmaterialien. Tagung der Aktion Psychisch Kranke e.V. vom 8.-10. Mai 1996 in Bonn). Bonn, 1996; 63
2. Baron K, Kielhofner G, Goldhammer V et al. Occupational Self Assessment (OSA). Langenhagen Aha-Initiative für Information, Fortbildung und Entwicklung im Bereich medizinische und Arbeitsrehabilitation. Edition vita activa 2000; 1–79
3. Forsyth K, Salamy M., Simon S, Kielhofner G. The Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS, Version 4.0). Langenhagen Aha-Initiative für Information, Fortbildung und Entwicklung im Bereich medizinische und Arbeitsrehabilitation 1997; 1–44
4. Kielhofner G, Mentrup C, Niehaus A. Das Model of Human Occupation (MOHO): Eine Übersicht zu den grundlegenden Konzepten und zur Anwendung. In: Jerosch-Herold C, Marotzki U, Hack BM, Weber P. (Hrsg.) Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis (Rehabilitation und Prävention Bd. 49). Berlin, Heidelberg, Springer 1999: 49–82
5. Mentrup C. Model of Human Occupation (MOHO). In: Scheppers C, Steding-Albrecht U, Jehn P. (Hrsg.) Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln; 2. Auflage. Stuttgart, New York, Georg Thieme Verlag, 2002: 74–75
6. Scheepers C. Ergotherapie heute. In: Scheppers C, Steding-Albrecht U, Jehn P. (Hrsg.) Ergotherapie – Vom Behandeln zum Handeln. Stuttgart, New York, Georg Thieme Verlag, 2002: 26
7. Schuntermann M et al. ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (Korrektur-entwurf). In: Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information. DIMDI (Hrsg.) ICF 2002. <http://www.dimdi.de/de/klassi/ICF/index.html>
8. Wille G. Wenn Worte allein nicht helfen – Ambulante Ergotherapie als Baustein der Rehabilitation. In: Kobelt A, Grosch EV, Lamprecht F (Hrsg.). Ambulante psychosomatische Nachsorge. Stuttgart, New York, Schattauer Verlag, 2002: 196–202
9. Wille G. Ergotherapeutische Ambulanzen. Ergotherapie und Rehabilitation 2000; 11: 13–20

### Korrespondenzadresse

Giesela Wille  
Ltd. Ergotherapeutin Ergotherapeutische Ambulanz  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Rohdehof 3  
30853 Langenhagen  
E-Mail: giesela.wille.langenhagen@klinikum-hannover.de