

«Stationäre Rehabilitation, welcher Patient qualifiziert?»

Dr.med. Stefan Goetz

Chefarzt/Ärztlicher Direktor Klinik St. Katharinental, Diessenhofen

Facharzt PMR, AIM

Schwerpunkte Geriatrie, Psychosomatik und Sportmedizin



Inhalt

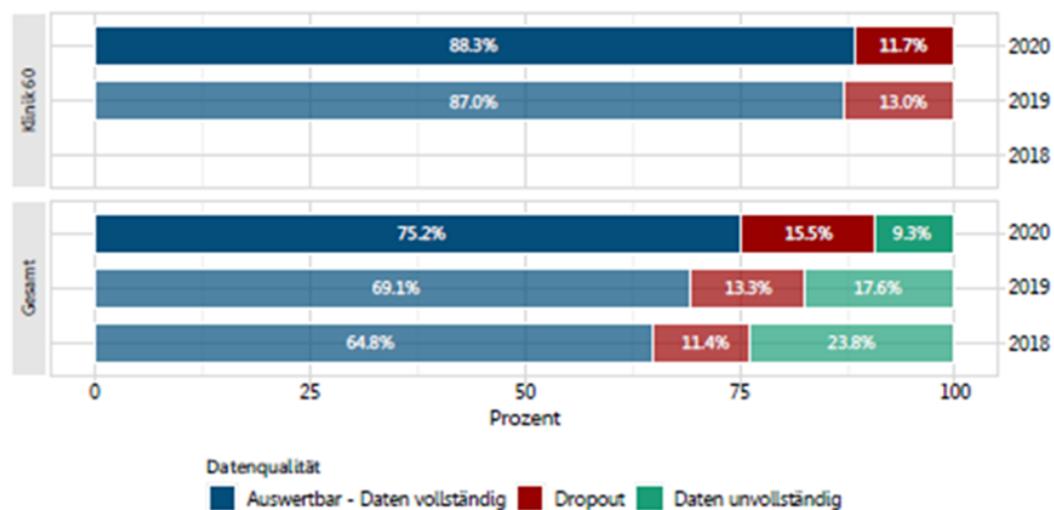
- Klinische Analyse am Beispiel der geriatrischen Rehabilitation – Wie gut sind wir heute?
- Mögliche Betrachtungsweisen
- Zusammenarbeit = gemeinsame Sprache
- Wann stationär?
- Ambulante Rehabilitation
- Do's and don'ts
- Zukunft

1 Ergebnisse – Geriatrische Rehabilitation

1.1 Datenqualität

Tabelle 1: Geriatrische Rehabilitation – Anteil auswertbarer Fälle

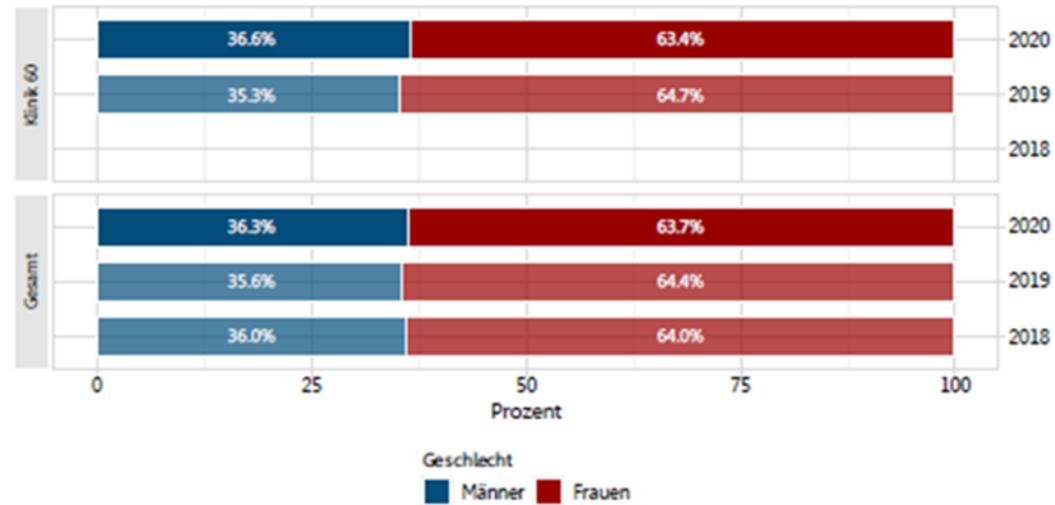
I	Klinik 60		Gesamt			
	2019	2020	2018	2019	2020	
Datenqualität						
Auswertbar - Daten vollständig	n	275	355	12'434	14'693	16'317
	%	87.0	88.3	64.8	69.1	75.2
Dropout	n	41	47	2'183	2'826	3'374
	%	13.0	11.7	11.4	13.3	15.5
Daten unvollständig	n			4'568	3'730	2'014
	%			23.8	17.6	9.3
N	316	402	19'185	21'249	21'705	



Datenqualität ist gut

Abbildung 1: Geriatrische Rehabilitation – Anteil auswertbarer Fälle

1.2 Stichprobenbeschreibung



Mehrheitlich
Frauen,
Schweizerinnen

Abbildung 2: Geriatrische Rehabilitation – Verteilung des Geschlechts

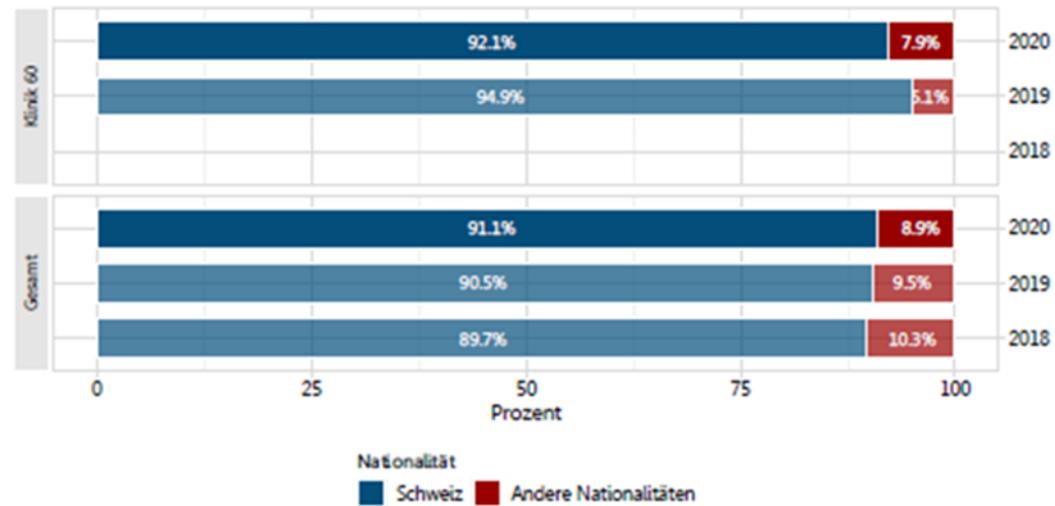
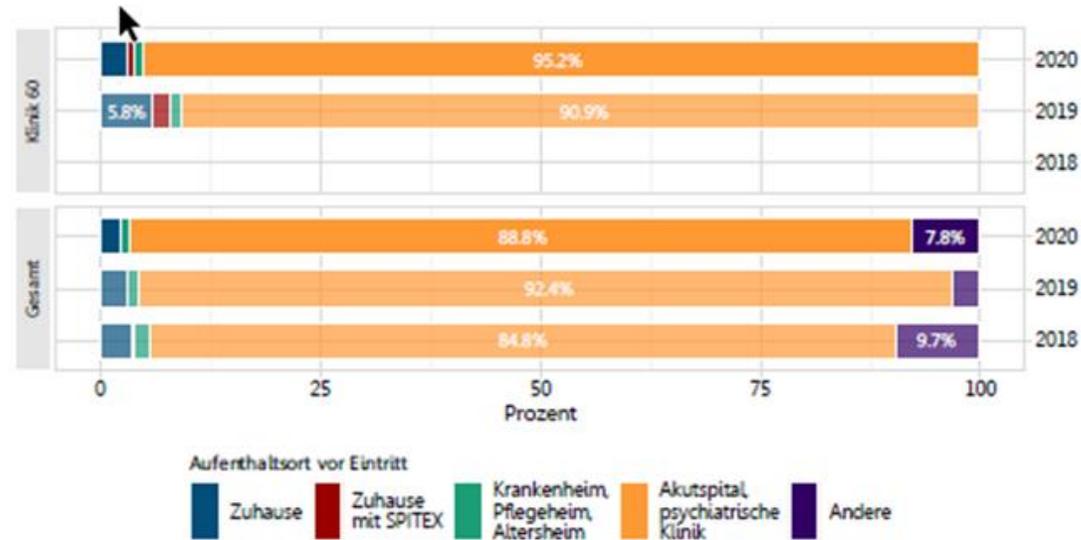
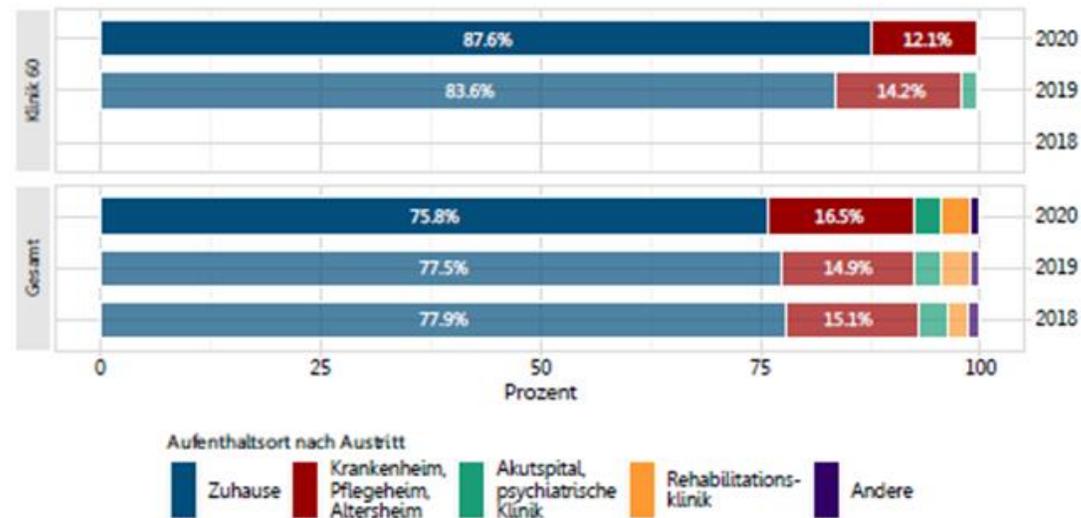


Abbildung 3: Geriatrische Rehabilitation – Verteilung der Nationalität



Die allermeisten Patienten kommen aus dem Akutspital

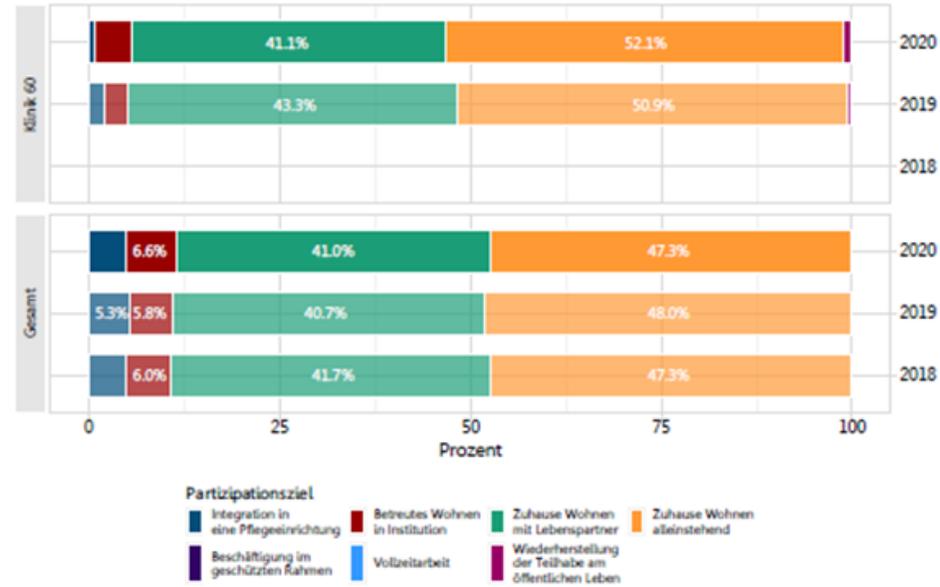
Abbildung 6: Geriatrische Rehabilitation – Verteilung des Aufenthaltsorts vor Eintritt



Rückkehr nach Hause
Im CH Mittel 76%
In der KSK 88%

Abbildung 7: Geriatrische Rehabilitation – Verteilung des Aufenthaltsorts nach Austritt

1.4 Ergebnisqualität: Partizipationsziele und Zielerreichung



Zielerreichung sehr hoch

Abbildung 18: Geriatrische Rehabilitation – Verteilung der bei Reha-Eintritt gewählten Partizipationsziele

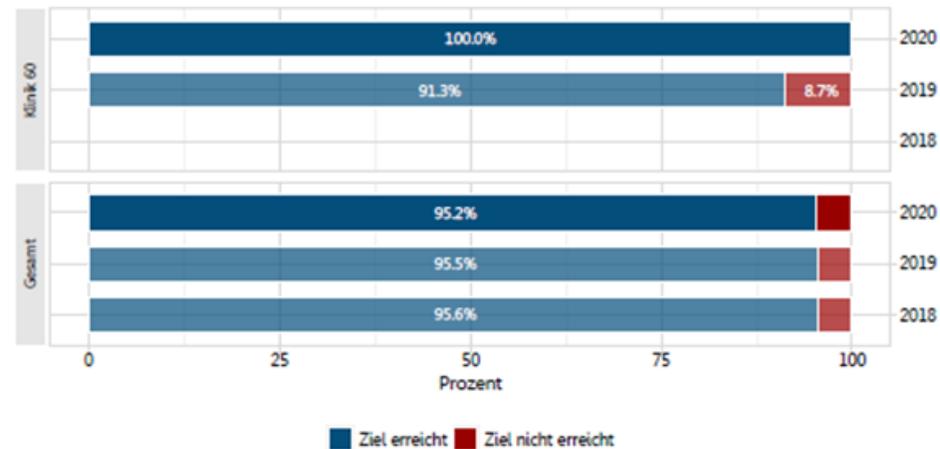


Abbildung 19: Geriatrische Rehabilitation – Zielerreichung angepasster und nicht angepasster Ziele

Zusammenfassung

- Die heute stationär behandelten Patienten (in der geriatrischen Rehabilitation) sind gut ausgewählt, die meisten können nach der Reha nach Hause austreten
- Viele Prozesse laufen reibungslos und korrekt
- Bezüglich Indikationsstellung insgesamt kann keine Aussage gemacht werden, da nicht erfasst in Bezug auf abgelehnte Kostengutsprachen und verlängerte Aufenthaltsdauer im Akuthaus
- Wir müssten hier prospektiv forschen in Bezug auf den Zeitpunkt der Weichenstellung, Pflegeheimverlegungen, Korrektheit der Entscheidungen

Wie viele Facetten hat ein Diamant?

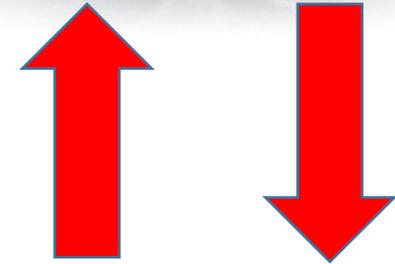


Sprechen wir die selbe Sprache?



Eine gemeinsame Sprache?

- Begründung der Rehabilitation oder Verlängerung?
 - Was hat der Patient? Diagnose? Funktion?
 - Was wollen wir/ der Patient erreichen?
 - Was gilt als Messlatte?
 - ICD hilft nicht, aus Erfahrung!
-
- Worum geht es in diesem Fall?
 - Kriterien erfüllt? Welche? WZW?
 - ICF hilft nicht gemäss Vertrauensarztmanual
 - ICD-10 etc?



ICD-10?

Da verwirft der Rehamediziner die Hände

- Ist hilfreich zB bei orthopädischen oder wirbelsäulenchirurgischen Eingriffen, welche Standardcharakter haben
- Dann genügt es, die Checkliste der Indikationen respektive der Komorbiditäten anzuschauen
- Die Diagnose lässt in der Regel keine Rückschlüsse auf die Funktion zu
- Für den Rehabilitationsmediziner ungenügend, da weder der Rehabedarf noch die funktionelle Unabhängigkeit des Patienten eingeschätzt werden kann

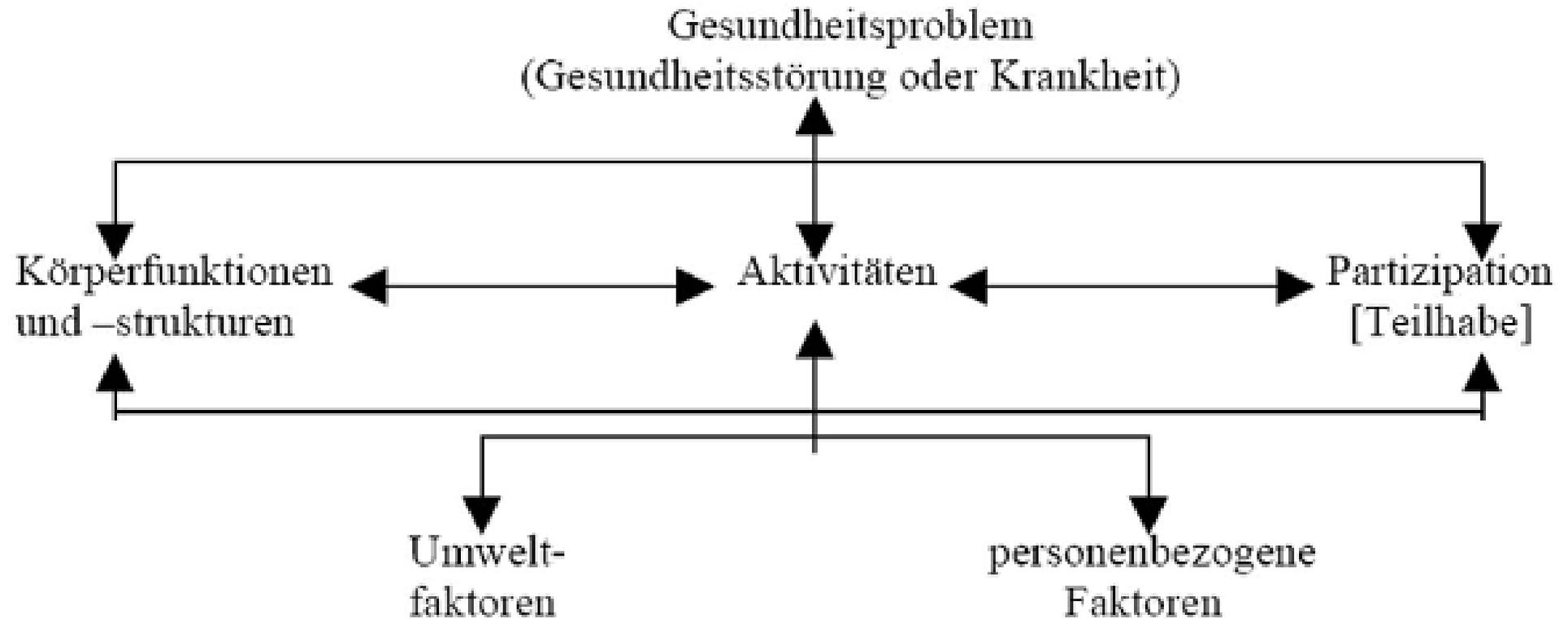
ICF aus Sicht des Vertrauensarztes (Manual)

- Nicht hilfreich!
- Also verschont uns mit ICF

- Ist das zutreffend?
- **Jein**

- Das System ist im Denken brauchbar, im Detail mit allen Codierungen im klinischen Alltag aber nicht anwendbar

DIE Lösung: ICF basierter Zielsetzungsprozess



Partizipationsziele definieren

- Beispiel: zuhause leben oder Arbeit wieder aufnehmen
- Bedeutet nicht für alle das gleiche.....muss beschrieben werden
- Je nach Situation bezüglich Wohnen und Angehörigen respektive Arbeitsplatz und Tätigkeit (Kontextfaktoren)
- Jedes Partizipationsziel kann in Aktivitäten aufgeschlüsselt werden
- Aktivitäten können gemessen werden
- Sobald die Aktivitäten für den Patienten durchführbar sind, so ist davon auszugehen, dass er das Partizipationsziel erreicht werden kann

Beschreibung der Bedingungen zur Partizipation individuell, bio-psycho-sozial

- Die Anforderungen sind nach Aktivitäten (ev Körperfunktion) respektive funktioneller Unabhängigkeit zu schildern
- Der bisherige Verlauf und aktuelle Zustand ist abzubilden
- Der Weg zur Zielerreichung ist zu beschreiben und die erforderliche Zeit abzuschätzen

- Bei der Indikationsstellung zur Rehabilitation liegt eine grobe Einschätzung vor (Nichtspezialisten stellen die Indikation, nach Möglichkeit beraten durch Spezialisten)
- Bei der Verlängerung der Kostengutsprache muss die Begründung filigraner sein.
- In speziellen Situationen kann das Rehapotential erst im Verlauf abgeschätzt werden (typischerweise in der Neurorehabilitation)

Art. 32 Voraussetzungen

- ¹ Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.
 - ² Die Wirksamkeit, die Zweckmässigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Leistungen werden periodisch überprüft
- *Im Einzelfall zu beurteilen, generell bezüglich Rehabilitation als Pflichtleistung einzustufen. Möglich sind Faktoren, welche die wzw Kriterien als nicht erfüllt erscheinen lassen*
- Die stationäre Rehabilitation ist auf die Wiedererlangung verlorener oder die Verbesserung beeinträchtigter Funktionsfähigkeiten mittels interprofessioneller Maßnahmen ausgerichtet.

Wer qualifiziert also? Wofür?

- Bei akutstationären, komplexen Patienten ist die Spitalbedürftigkeit meist unbestritten
- Die Reha-Art wird einerseits durch das führende Problem bestimmt, andererseits aber auch durch die mögliche Intensität der Therapie
- Beispiel: neurologischer, geriatrisch-multimorbider Patient, welcher weniger als 3 Therapien pro Tag bewältigt, kann in einer geriatrischen Rehabilitation behandelt werden,
 - wenn alle notwendigen Therapieangebote bestehen.
 - Kritisch sind hier Logopädie, Neuropsychologie.
 - Erfahrung mit neurologischen Problemstellungen und Therapiemethoden im Team zwingend

Fälle, bei denen Rehapotential sich erst zeigen wird

- Neurologie, Kooperation anfänglich noch gering
- Pneumologie, Akutbehandlung zu Beginn oft noch im Vordergrund
- Geriatrie, bei abklingendem Delir

- Die Patienten profitieren klar von den Strukturen der Rehabilitation
- Oft sind 3 Wochen notwendig um das Potential richtig einzuschätzen
- Vielfach zeigt sich dann aber ein günstiger Verlauf
- Falls trotzdem keine Fortschritte, muss auf Verlängerung verzichtet werden

Muskuloskelettale Rehabilitation

Gelenkersatz

- beidseitiger Eingriff => komplexere Therapie, pflegerisch aufwändiger, Therapie initial nur mit Walker, hohe Therapieintensität wegen verändertem Körperschema nötig, Sturzrisikominimierung, Gesamtdauer < als bei zweizeitigem Vorgehen
- postoperative Komplikationen (z. B. St. n. Luxation, Trochanter Abriss, Fraktur, Embolie) / Wundheilungs-Störungen => engmaschige Überwachung, Risikominimierung
- Ko-Morbidität (z. B. schwere Diabetes mellitus, Morbus Parkinson, myofasziale Schmerz-Syndrome, Polyarthrosen, Wirbelsäulenleiden, Arthritiden) => Engmaschige Überwachung, Pflegerische und Aertzliche Betreuung, Therapieintensität
- hohe Sturzgefahr
- Alter > 85-80 Jahre (relatives Kriterium)
- Eingriff mit grosser Achsenkorrektur >> Körperschema neu, hohe Anpassungsleistung des Patienten mit aufwändigerer Therapie

Ambulant vor stationär – sinnvolles Prinzip?

- Die Intensität der ärztlichen Behandlung, welche die Krankheit eines Versicherten verlangt, ist zur Rechtfertigung einer stationären Rehabilitation nicht alleiniges Entscheidungskriterium.
- Entscheidend ist, ob aufgrund der Schwere des Leidens und der Erfolglosigkeit trotz weiterhin bestehendem Rehabilitationspotential und -Fähigkeit der während einer längeren Zeit vorgenommenen konsequenten ambulanten Behandlung eine Notwendigkeit zur Hospitalisierung gegeben ist.....

- Manual Vertrauensärzte

Ambulante Therapie ausgeschöpft

- Ziel nicht erreicht, Patient frustriert, Job weg
- Die Aussichten auf Erfolg einer stationären Rehabilitation werden dadurch deutlich geringer
- Zeitliche Verzögerung ist ein relevanter Chronifizierungsfaktor
- Hier ist dringend zu überlegen, ob die notwendige Intensität durch die ambulante Behandlung erreicht werden kann oder ob
- Allenfalls eine primärstationäre Rehabilitation klar besser ist

Ambulant immer dann, wenn direkt zielführend, Intensität variabel

- Ambulante Therapie bedeutet einzelne Therapien, zB Physio- oder Ergotherapie, Intensität maximal 2/Woche, keine Koordination
- Ambulante Rehabilitation: Teambemühungen mit Absprachen, Zielsetzung, Auswertung unter Einbezug aller beteiligten Berufsgruppen. Beispiel Arzt, Physio, Ergo, Sozialdienst >> hier sind tarifliche Entwicklungen noch notwendig, damit optimale Resultate erreicht werden können
- Teilstationäre Rehabilitation >> Tarif vorhanden, Tagesaufenthalt, Übernachtung zu Lasten Patient
 - Aus Sicht Versicherer wenig attraktiv, da volle Kosten ambulant (Verleich 45/55% im stationären Setting)
 - Lösung?

Ambulante Rehabilitation

Beste und schlechteste Indikationen

- >>>>Rehabilitationsteam koordiniert Therapie . Klare Zielsetzung
- >>>Lockerung der Therapieintensität im Verlauf, Übergang zu eigenem Training
- +++Patient hat Arbeitsstelle noch oder hat eine Stelle in Aussicht
- +++Patient mit Teilarbeitsfähigkeit oder grossem Potential diese bald zu erreichen
- -----Deutlich erschwert: Versicherungsverfahren (UVG oder IV) im Gang oder angestrebt. Drohender Stellenverlust
- --- Wenn abgeschätzt werden kann, dass Zeit und Intensität nicht ausreicht

Do's and don'ts

Wo wurde dieses Bild aufgenommen?

- Was Krankenkassen und Leistungserbringer nicht tun sollen (unwürdig):

Systematisch ablehnen

Systematisch zu viel Zeit verlangen (Kostengutsprachen)

Ich verlange 7 du gibst 4

Du verlangst 7 wir geben 4

Unbegründete oder schlecht begründete Verlängerungen beantragen

Nicht haltbare Begründungen der Ablehnung rauslassen: Spitalbedürftigkeit, kann in Kur oder Pflegeheim oder Übergangspflege erreicht werden

Vertrauensärzte sollen sich nicht verstecken. Oftmals bringt der Dialog eine Klärung. Nicht alle Begründungen können einfach formuliert werden



Sitzen wir nicht alle im selben Boot?



- *Der VA ist in seiner Urteilsfindung **unabhängig** und hat eine Scharnierfunktion zwischen Patient, behandelndem Arzt und Versicherung. Er ist **für den behandelnden Arzt persönlich erreichbar** (siehe hierzu "KKA/SGV: Empfehlung zur Kommunikation zwischen behandelndem Arzt und Vertrauensarzt"). Wichtigste Aufgabe ist die Beurteilung der WZW-Kriterien im Hinblick auf die Leistungspflicht. In der Regel handelt es sich um Einzelfallbeurteilungen.*

Für alle guten Rehakliniken gilt

- Die Dauer der Rehabilitation richtet sich nach den Fortschritten und der Möglichkeit ambulant weiterzufahren
- Das Ausreizen der Kostengutsprachen ist nicht angestrebt
- Verlängerungen nur wenn nötig

Schwarze Schafe?

- Es gibt sie
- Unter den Leistungserbringern
- Unter den Kassen
- Bei den Vertrauensärzten



- Aber **wir** können das gemeinsam besser
- Wo Begründungen fehlen, sind diese auf beiden Seiten nachzuliefern

Gemeinsame Zielsetzung der stationären Rehabilitation für Patienten, Leistungserbringer und Kostenträger

- Klare und erreichbare Zielsetzung, Partizipation, aufgeschlüsselt nach individuell notwendigem Aktivitätsmuster
- Nur stationär erreichbar
- WZW
- Im Team sind wir besser
- Kosten sollen auch im gesellschaftlichen Kontext abgewogen werden

Zukunft

- Im stationären Kontext werden die Patienten komplexer
- Einfache Patienten erhalten keine Kostengutsprachen mehr
- Institutionen, welche sich nicht auf komplexe Sachverhalte mit intensiver Therapie, internistisch-geriatrischem Know How basieren, werden keine Patienten mehr erhalten
- Neurologische Patienten werden in verschiedenen Rehalabeln rehabilitiert, je nachdem auch ambulant/ teilstationär
- Auch die muskuloskelettalen Patienten werden komplexer
- >>>>stationäre Patienten werden pflegeaufwändiger
- Einfache muskuloskelettale Patienten werden künftig ambulant oder teilstationär rehabilitiert.
- Der Schulterschluss zwischen Case/Care Management, Kostenträgern, SUVA/IV und den Leistungserbringern ist zwingend

