

4. D-A-CH Reha-Management-Fachtagung zeigte herausragende Beispiele aus drei Ländern

Behandlungspfade: optimale Konzepte bringen mehr Nutzen

Unter dem Druck neuer Abgeltungsmodelle wie DRG, die auch in besonderer Form für die Rehabilitation in der Schweiz eingeführt werden, kristallisieren sich Behandlungspfade immer mehr als wichtiges Thema heraus. Dabei fragt sich: Sind Behandlungspfade eher qualitativ motiviert oder ökonomisch getrieben? Welche Vor- und Nachteile ergeben sich daraus? Was gilt es bei der Definition der Pfade zu beachten, was bei der Umsetzung? Und schliesslich: Was können Reha-Fachleute aus «Best practice»-Beispielen lernen? – Eine Tagung von **Softsolution International** in Zürich bot beste Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch.

Zum vierten Male lud Softsolution International zu einer Reha-Management-Veranstaltung, die sich länderübergreifend mit der Rehabilitation in der Schweiz, in Deutschland und Österreich befasste. «Dabei wollen wir jeweils konkrete Hilfen bei der Bewältigung alltäglicher Herausforderungen bieten», umschreibt Dr. Roland Tolksdorf, Geschäftsführer **Softsolution International**, den Zweck des Events.

Auf was gilt es bei Behandlungspfaden zu achten?

Gesundheitsökonom **Dr. Willy Oggier** beleuchtete eingangs die Kriterien, die für gute Behandlungspfade entscheidend sind. Er ging dabei von generellen Entwicklungen aus. In der Spitalwelt sei eine zunehmende Konzernbildung feststellbar, es fänden weitere Verschiebungen hin zu privaten Trägern statt, für ländliche Gebiete brauche es gesonderte Massnahmen für die Versorgung, die Spezialisierung nehme zu, ebenso die regionale Vernetzung und die Erweiterung der Leistungsspektren in der Versorgungskette.

«In ganz Westeuropa findet eine intensive Diskussion um die Hebel der Kostenkontrolle statt», stellte Dr. Willy Oggier fest. «Dabei geht es um Finanzierungssysteme, Mengen- und Preisbegrenzungen, Einschränkungen des Leistungskatalogs, Strukturvorgaben und -bereinigungen, Anreizsysteme für Leistungsempfänger, Effektivitäts- und Effizienzsteigerungen, Beeinflussung des Entscheidungs- und Verschreibungsverhaltens sowie um Qualitätsverbesserungen.» Unter DRG hätten auch die Diskussionen um Mengenausweitungen zugenommen. Es ist ein wach-

sender Stellenwert der Versorgungsforschung entstanden. Dabei stünden das Versorgungsmanagement für chronisch Kranke, die Substitution ärztlicher durch nicht-ärztliche Leistungen und generell die wachsende Bedeutung der Rehabilitation im Fokus des Interesses. Zu den grundlegenden Entwicklungen gehören laut Oggier auch die Zunahme gesteuerter Modelle, die steigende Bedeutung des Zuweiser-Managements und von eHealth-Instrumenten – wobei sich alle diese Entwicklungen vor dem Hintergrund eines sich verschärfenden Fachkräftemangels abspielen, wobei auch die am 9. Februar 2014 an der Urne angenommene Zuwanderungs-Initiative zu beachten ist.

Wo will Managed Care ansetzen?

Die Historie von Managed Care in der Schweiz geht u.a. auf Untersuchungen zur Behandlung grund- und zusatzversicherter Frauen bei Hysterektomien zurück. «Seither» so Oggier, «stehen der Zusammenhang von Preis, Mengen und Qualität im Zentrum. Gewollt ist mehrheitlich ein aktives Beeinflussen und Steuern medizinischer Leistungserbringung mit dem Ziel einer sinnvollen, qualitativ hochstehenden und kostengünstigen Versorgung.»

Managed Care wurde anfangs oft silomässig betrachtet, meinte Oggier. Als mögliche Formen

Dr. Willy Oggier, Gesundheitsökonom



nannte er die stationäre Versorgung mit den Instrumenten Spitalwahleinschränkung, spezifische Fallpauschalen, ambulante Chirurgie, Trennung von Hotellerie und Pflege sowie Fallmanagement und Diagnosemodelle. Bei der ambulanten Versorgung gehe es um Ärzte-Netzwerke und HMOs, bei der Medikamentenversorgung etwa um Direktservice-Apotheken und Apotheken-Netzwerke.

Strukturell und organisatorisch sei oft die horizontale Integration am Anfang der Entwicklung gestanden, das heisst die Bildung von Gruppen gleicher Leistungserbringer, also z.B. somatischer Akutspitäler, frei praktizierender Ärzte gleicher Fachrichtung in Gruppenpraxen wie beispielsweise Hernien-Zentren oder Spitex-Organisationen. Eine Weiter-Entwicklung im Sinn des Behandlungspfads stellt die vertikale Integration dar, also die Bildung von Gruppen vor- und nachgelagerter Leistungserbringer (entlang des Behandlungsprozesses), z.B. somatisches Akutspital und Rehaklinik, somatisches Akutspital und Spitex, ambulantes Diagnostikzentrum und somatisches Akutspital.

Sich vermehrt an den Patientenbedürfnissen orientieren

Historisch seien Managed Care-Angebote primär auf das Versorgungssystem ausgerichtet gewesen und optimierten einzelne oder mehrere «Silos». Es fand eine Einzelkostenbetrachtung statt, Verschiebungen seien kaum kontrollierbar gewesen. Ansatzpunkt für die Behandlung war vor allem der Preis. Das Ziel für die Zukunft sei vermehrt ein Systemansatz, der sich am Patientenbedürfnis resp. Krankheitsbild orientiert. Die Therapie würde hier der Einzigartigkeit und den Bedürfnissen einzelner Krankheiten Rechnung tragen. Es ginge vermehrt in Richtung einer Gesamtkostenbetrachtung über verschiedene Komponenten hinaus. Wichtig seien dabei eine Optimierung der Schnittstellen und breit abgestützte Behandlungsrichtlinien. Im Sinne eines «lernenden Systems» ergäben sich eine laufende Optimierung und Evaluation anhand gesicherter Daten. Dabei wären in der Regel zwei Ansatzpunkte relevant: Preis und Menge. Allerdings sei die Gesamtkostenbetrachtung oft nur auf die direkt anfallenden Behandlungskosten beschränkt. Selten würden auch die indirekten Kostenfolgen erhöhter bzw. vermiedener vorzeitiger Morbidität und Mortalität miteinbezogen.

Qualität ist entscheidend

Wohin geht der Weg? – Dr. Willy Oggier ist überzeugt, dass sich integrierte Versorgungsmodelle

auf die Qualität fokussieren müssen, «sonst laufen ihnen die Versicherten davon. Fehlt die Qualität, werden diese Modelle in einer älter werdenden Gesellschaft keine steuernde Rolle übernehmen können und sie dürften mit den neuen Anreizen zum morbiditätsorientierten Risikoausgleich ein Problem bekommen.» Beim Begriff «Qualität» gelte es allerdings zu differenzieren: Indikations-Qualität treffe sicher zu, Struktur-Qualitäten eher sekundär, Prozess-Qualität sei ein unternehmerisches und betriebliches Problem und Ergebnis-Qualität grundsätzlich zu bejahen, allerdings korrekt und damit auch risikoadjustiert gemessen.

Hypothesen zu Behandlungspfaden

Oggier zitierte Prof. Jörg F. Debatin, den ehemaligen Ärztlichen Direktor des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf: «If you focus on quality, you will reduce costs. If you focus on costs, you will reduce quality.» – Behandlungspfade seien daher in erster Linie aus Qualitäts- und nicht aus Wirtschaftlichkeits-Überlegungen zu initiieren, denn, so Oggier, «Qualität kommt vor – aber nicht statt – Kosten. Behandlungspfade sind interdisziplinär zu entwickeln und vertikal (nicht horizontal) zu konzipieren. Wer am «Schluss» des Versorgungsprozesses steht, sollte ein besonderes Interesse an Behandlungspfaden haben, denn sonst gilt: «Den Letzten beißen die Hunde». Behandlungspfade können dazu beitragen, dass die präventive Rolle der Rehabilitation bei häufigen elektiven Eingriffen wie beispielsweise Knie-TEP gestärkt wird und die Rehabilitation nicht mehr am Schluss, sondern am Anfang der Versorgungskette steht. Und schliesslich sollten sich Behandlungspfade in einer älter werdenden Gesellschaft nicht auf rein medizinisch-therapeutisch-pflegerische Aspekte beschränken. Soziale und berufliche Faktoren sind zwingend einzubeziehen. Dies stärkt die Rolle der Rehabilitation, weil niemand sonst einen solchen integralen Ansatz professionell anbieten kann.»

Oggier gab Managed-Care-Organisationen, welche an qualitätsorientierter Rehabilitation interessiert sind, den Tipp, nur Kliniken im Rahmen ihrer integrierter Versorgungsnetze aufzunehmen, welche SWISS REHA-Kliniken sind und von SWISS REHA damit auch nach dem aktuell strengsten Qualitätssystem zertifiziert worden sind.

Von Fluss und Rhythmus

Nina Forkel, Leiterin Therapien, und **Dr. med. Stephan Eberhard**, Chefarzt Medizin, Berner Klinik Montana, berichteten über praktische



Dr. med. Stephan Eberhard, Chefarzt Medizin, Berner Klinik Montana

Erfahrungen mit Behandlungspfaden: «Es geht darum, die richtige Leistung zum richtigen Zeitpunkt, am richtigen Ort, durch die richtige Person zu erbringen oder etwas aufwändiger: Ein Behandlungspfad ist ein komplexer Ablauf für die regelmässige Entscheidungsfindung und die Organisation des Behandlungsprozesses einer homogenen Patientengruppe für die Dauer eines bestimmten Zeitraums.» Dabei gelte es Ressourcen, Management-Anforderungen und fachliche Kompetenz zusammenzubringen. In der Berner Klinik Montana ist daraus ein individuelles Behandlungskonzept mit standardisierten Elementen geworden – ein «roter Faden», der für jeden Menschen etwas anders aussieht.

Organisatorisch arbeitet man in der Klinik nach einem Drehscheibenmodell, in dem ein für eine bestimmte Patientengruppe verantwortlicher Rehacoach im Zentrum steht. Taktgeber im Prozess ist erst mal die Eintrittsvisite, die durch einen Kaderarzt oder den Rehacoach erfolgt und wobei die Behandlungsplanung festgelegt wird. Weitere Elemente sind der interdisziplinäre Morgenrapport, geführt durch den Rehacoach – Ziel: Problemlösung innert 24 Stunden –, die interdisziplinäre Chefarztvisite, die interdisziplinäre Therapie und die Rehacoachvisite. Der Rehacoach koordiniert alle Massnahmen für die Problemlösung am Patientenbett wie Transfer,

Special 2: Reha-Management in drei Ländern

Mobilisation, Lagerung, Ernährung und anderes mehr. Der Patient kann in Absprache mit dem Rehacoach im Rahmen der gemeinsamen Zielsetzung Einfluss nehmen auf sein Behandlungsprogramm. Ein wichtiges Instrument dabei ist das computerunterstützte Planungssystem RehaTIS von Softsolution.

Der Rehacoach trägt viel Verantwortung. Seine Aufgaben sind vielfältig. Dazu gehören Koordinieren, Planen, Ressourcen verteilen, Kommunizieren, Informationen weitergeben, Coachen, Überprüfen der Zielerreichung, Weisungen erteilen, Fallbesprechungen und Rapporte leiten sowie Therapeuten bei den Visiten vertreten. Bei der patientenorientierten interdisziplinären Arbeitsweise in der Berner Klinik Montana hat sich die Denkweise der Fachpersonen deutlich verändert: Aus der zentralen Planung ist eine Planung im Prozess geworden, die Therapeuten arbeiten viel gezielter unter Führung der Rehacoachs und aus «Wunsch»-Planungen ist eine konkrete Planung nach Zielen und Behandlungskonzepten geworden. «Unsere Erfolgsfaktoren», so Dr. Eberhard, «sind dabei die gemeinsame Vision, Denken in Konzepten, zielorientierte Behandlungskoordination und eine gemeinsame Sprache.»

Spezielle Herausforderungen in der neurologischen Rehabilitation

Die Klinik Lengg in Zürich besteht aus der Schweizerischen Epilepsie-Klinik, dem RehaZentrum Lengg (stationäre neurologische Rehabilitation) und dem Zentrum für ambulante Rehabilitation (ambulante neurologische Rehabilitation). «In der Neurologischen Rehabilitation arbeitet ein grosses und engagiertes multidisziplinäres Team intensiv zusammen», unterstrichen **Georg Greitemann**, Leiter Medizinische Therapien, und **Dr. med. Christian Sturzenegger**, Medizinischer Direktor Neurorehabilitation der Klinik Lengg.

Die beteiligten Disziplinen sind medizinische Diagnostik und Behandlung, Neuropsychiatrie, Psychosomatik, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sporttherapie, medizinische Massage, Ernährungsberatung, Sozialberatung und Pflege. Da liegt es auf der Hand, wie entscheidend die Koordination aller Spezialitäten und Funktionen ist. Die Grundprinzipien in der Klinik Lengg heissen daher: Die Intensität der Therapien ist ein wesentlicher Wirkfaktor, es braucht ein angemessenes Belastungsniveau und eine kontinuierliche Anpassung des Behandlungsprogramms an die Fortschritte der Patienten. «Dabei», so Greitemann, «stehen unsere Behandlungspfade immer im Spannungsfeld zwischen individuellen Bedürfnissen und Standardisierung.»

Ein besonderes Auge für entscheidende Details

Nach dem Eintritt spielt das Dysphagiescreening eine wichtige Rolle. «Wir betreuen einen hohen Anteil von Patienten aus einem Akutspital, die zudem meist über 70 Jahre alt sind. Bei vielen ist die Dysphagie nicht angemessen dokumentiert. Wir klären dies sorgfältig ab, um Aspirationspneumonien zu vermeiden. Besonders wichtig ist die Ernährungsberatung. Die älteren Patienten sind meist multimorbid und haben Probleme mit Wundheilung und peripheren Ödemen. Unser Ziel besteht im Erkennen von Unterernährung oder Fehlernährung, was sich ungünstig auf den Reha-Prozess auswirken könnte», hielt Dr. Sturzenegger fest. Innerhalb des Behandlungspfads gelingt es in der Klinik Lengg, bereits am Aufnahmetag sehr viele Therapien festzulegen, die Verordnung weiterer Therapien erfolgt dann am Tag darauf. Zu Beginn der Rehabilitation wird aus dem Kreis der Therapeuten ein Therapiemanager bestimmt. Ziel des Therapiemanagements ist das optimale Begleiten der Patienten durch die Reha mit kompetenten Ansprechpartnern für therapeutische Fragen und erstklassiger Unterstützung aller Prozesse vom Ein- bis zum Austritt. «Dabei», unterstrich Greitemann, «wollen wir auf Wünsche oder Beschwerden rasch reagieren und auch die Berichterstattung optimal koordinieren. Wenn uns ein Patient verlässt, sorgen wir für einen schnellen, bestens vorbereiteten Übertritt in die ambulante Behandlung, wenn möglich und gewünscht im hauseigenen Zentrum für ambulante Rehabilitation. Die Behandlung soll ohne Unterbruch zügig und zielführend fortgesetzt werden.»

SPZ: Konsequente Steuerung der klinischen Prozesse

Eine vergleichbare Arbeitsweise mit ausgesprochener Qualitätsorientierung pflegen auch die Fachleute im Schweizer Paraplegikerzentrum SPZ in Nottwil. Hier stehen die konsequente Steuerung der medizinischen Prozesse, basierend auf standardisierten Behandlungspfaden, im Zentrum, wie **Dr. med. Hans Peter Gmünder**, Direktor des SPZ, und **Klaus Schmitt**, Leiter UEW/Reha-Qualitätsmanagement, betonten. Die Definition der aktuellen Behandlungspfade wurde in Nottwil 2013 gestartet. Zentrale Elemente sind eine hohe Transparenz, Prozesssteuerung, Überwachung der Zielerreichung und das Reporting mit Performance-Auswertung, was der regelmäßigen Verbesserung der Prozesse förderlich ist.

«Patientenpfade sind die medizinischen Kernprozesse im SPZ», betonte Dr. Gmünder, «berufs-



Dr. med. Hans Peter Gmünder, Direktor des SPZ

gruppenspezifische Prozesse wie Pflege- oder Therapieprozesse sind immer nur ein Teil des übergeordneten interdisziplinären Patientenpfades. Die Patientenpfade sind die Grundlage der medizinischen Prozessorganisation. Aus Patientensicht müssen wir in einer solchen Organisation ferner die Versorgungssektoren (Intensiv/Akut/Reha/Ambulant ...) abbilden, aber auch sektorenübergreifende Prozesse berücksichtigen. Ferner gilt es, in einer Prozessorganisation auch die unterschiedlichen Vergütungsmodelle im SPZ – Akut-DRG, Reha-Tagespauschalen, Ambulant-Tarmed – abzubilden und zugleich eine Durchgängigkeit im Sinne integrierter Versorgungsstrukturen darzustellen.»

Patientenpfade sind somit immer mit einem Leistungsauftrag und dem dazugehörigen Tarifvertrag verbunden. «Allerdings», so Dr. Gmünder, «ist die Wirklichkeit komplizierter. Die Prozesse halten sich nicht immer an Strukturen und Sektoren.» Bei der Strukturierung der Pfade sind verschiedene Interessengruppen und Betrachtungsebenen zu berücksichtigen: die Mitarbeitenden, das Controlling, die Klinikleitung, die medizinischen und finanziellen Ergebnisse und natürlich die Zufriedenheit der Patienten. «Die Behandlungsprozesse sind immer da. Die entscheidende Frage ist: Steuern wir diese Prozesse oder werden wir durch sie gesteuert? Und: Alles, was wir im Unternehmen machen – zumindest medizinisch – muss in dieses Ordnungssystem der Patientenpfade und der darauf aufbauenden Organisation integriert sein. Aber nicht alle müssen alles wissen! Wichtig ist Folgendes: Wir leben Interdisziplinarität wirklich, interessieren uns für das Ganze, koordinieren und steuern die Prozesse gemeinsam im Interesse unserer Patienten.»

Behandlungspfade aus der Patientenperspektive

Bei allem Optimieren geht es doch immer hauptsächlich um die Patienten. Wie empfinden sie Behandlungspfade? – **Prof. em. Dr. med. Dieter Conen**, Präsident der Stiftung Patientensicherheit Schweiz, nahm sich dieses heiklen Themas an. Die Spitäler stünden im Spannungsfeld zwischen Gesetzgebung, demografischer Entwicklung, Ökonomie und Medizin. Hier den Ausgleich zu finden, sei naturgemäss nicht einfach, insbesondere weil die steigende globale Krankheitsbelastung aufgrund chronischer Erkrankungen enorm sei. Die chronischen Krankheitsbilder werden im Jahre 2020 rund drei Viertel aller Fälle ausmachen. Neben Tumoren mit 16.3% und Herz-Kreislauf-Erkrankungen (13.2%) machen heute bereits Depressionen mit 10.2% die Hauptanteile an der Krankheitslast aus. «Aktuelle Probleme sind dabei die unkoordinierte Betreuung an den Schnittstellen, die Tatsache, dass die Patientenbedürfnisse nicht im Mittelpunkt stehen, medizinische Fehler mit und ohne Schaden, ineffiziente Leistungserbringung sowie Über-, Unter- und Fehlversorgung», brachte es Prof. Conen auf den Punkt. Ausdruck einer suboptimalen Versorgung ist auch der Wert für «experienced gaps» von Patienten gegenüber Spitalern in der Schweiz, der 56% beträgt.

Kriterien waren bei entsprechenden Umfragen, ob die Patienten schriftliche Informationen erhalten haben, ob das Spital die Nachsorge gut vorbereitet hat, ob über den Zweck der Behandlung ausreichend informiert worden ist und ob den Patienten eine Bezugsperson für ihre Fragen genannt worden ist. Niedrigere Zufriedenheitswerte weisen die USA (28%), Grossbritannien (38%), Kanada (44%) und Frankreich (54%) auf, während Deutschland mit 56% gleich liegt und die Niederlande mit 59% und Norwegen mit 70% höher liegen (Quelle: Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Older Adults in Eleven Countries, 2014).

Verbesserungspotenzial besteht sicherlich auch, wenn Untersuchungen zeigen, dass 7% der Hospitalisationen wegen Medikamentenproblemen stattfinden und 7.5% der hospitalisierten Personen während ihres Aufenthalts eine unerwünschte Arzneimittelwirkung oder einen Medikationsfehler erfahren. Prof. Conen: «Von 20 medikamentenbedingten Zwischenfällen ist einer die Folge eines Behandlungsfehlers.» Der Experte nannte weitere Zahlen, die zu denken geben: In der Schweiz sind in 17% der Fälle die Testergebnisse während der Konsultation nicht verfügbar, in 9% bestehen widersprüchliche Informationen von verschiedenen Ärzten, in 19% informieren sich Spezialisten und Haus-

ärzte gegenseitig schlecht, in 29% erleben die Patienten in den letzten Monaten irgendein Koordinationsproblem, gar 56% ist der Wert für unvollständige Entlassungsplanungen, während eigenartigerweise 10% der Hausärzte über einen Spitalaufenthalt gar nicht informiert waren.»

Patientenzentrierte Behandlung ist nötig

Prof. Dieter Conen: «Es ist an der Zeit, dass die Leistungserbringung wirksam, nützlich, patientenzentriert, sicher, rechtzeitig und chancenreich für alle erfolgt.» Diese Zieldimensionen sollen die Kriterien für die Beurteilung des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen bilden.» – Patienten sind auch bereit zur Mitbeteiligung an der Behandlung, sie wollen Partner der Leistungserbringer sein. In der Schweiz haben bereits 2003 ganze 63% diese Frage bejaht. Partner sein kann man jedoch nur zu zweit. Ärztinnen und Ärzte sind gefordert.

Behandlungspfade könnten neue Wege aufzeigen. Prof. Conen definierte einen Pfad als institutionelle Leitlinie, die berufsgruppenübergreifende Aufnahme- und Entlassungsprozesse einer homogenen Gruppe von Patienten beschreibt, die von einer bestimmten Diagnose betroffen ist. Die für Diagnose und Therapie notwendigen Prozesse werden als Standard vorgegeben und erfasst. Idealerweise erfolgt eine Integration des vor- und nachgelagerten Betreuungsprozesses. Performance-Kriterien für gute Behandlungspfade seien schnelle Diagnostik und Therapieeinleitung, Verbesserung des funktionellen Zustands, Überleben der Hospitalisation, Therapie ohne Komplikationen und Vermeiden von Folgeerkrankungen sowie Unterstützung der Patienten für den Austritt und gutes Vorbereiten auf den Austritt. Der Nutzen von Behandlungspfaden ist wissenschaftlich dokumentiert. 2009 kamen Barbieri, Vanhaecht, Van Herck, Sermeus, Faggiano, Marchisio und Panella (BMC Medicine 7:32) aufgrund einer Studie mit 6312 Patienten zum Schluss, dass im Vergleich zu einer Standardbehandlungsgruppe signifikant weniger postoperative Komplikationen, kürzere Aufenthaltsdauern und tiefere Kosten während des Spitalaufenthalts feststellbar seien.

Klare entscheidende Vorteile

Patientenzentriertes Arbeiten mit guten Behandlungspfaden bedeute, so Prof. Conen, das Richtige auf professionelle Weise tun. Es heisse auch bessere Gesundheitsversorgung und gesteigerte Adhärenz, Versorgung chronisch Kranker ohne höhere Kosten, weniger Tests, weniger Klagen, mehr Sicherheit. Schliesslich resultiere auch eine





Univ. Prof. Dr. med. Alexander Gaiger, Vorstand der Abteilung für onkologische Rehabilitation Bad Erlach/Wiener Neustadt und Programmdirektor der Abteilung für Hämatologie am Comprehensive Cancer Center der Medizinischen Universität Wien

bessere Kommunikation: vom Patienten zu seinen Therapeuten und umgekehrt, was zu einer stärkeren Vertrauensbildung mit Respekt führe.

Das alles ermögliche auch ein Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung und zentrale Ansatzpunkte für eine höhere Qualität. Prof. Conen fasste zusammen: «Die Steigerung von Effektivität und Effizienz durch eine bessere Koordination von allgemein- und fachärztlicher wie stationärer Versorgung ist erreichbar. Der demografische Wandel, Chronizität und Mehrfacherkrankungen machen andere Strukturen notwendig als die jetzigen, die vor allem auf die Akutversorgung ausgerichtet sind.»

«Der politische Druck, die Bereitschaft weiterer Kreise, etwas zu verändern, sind spürbar. Veränderungen des Lebensstils, auch von Angehörigen der Gesundheitsberufe, schaffen eine bessere Work-Life-Balance und auch im ärztlichen Bereich ein eher distanzierteres «säkulares» Verständnis für das Berufsbild. Das fördert Erziehungszeiten, Teilzeitarbeit und Wiedereinstieg.»

Der persönliche Hintergrund ist mitentscheidend

Univ. Prof. Dr. med. Alexander Gaiger, Vorstand der Abteilung für onkologische Rehabilitation Bad Erlach/Wiener Neustadt und Programmdirektor der Abteilung für Hämatologie am Comprehensive Cancer Center der Medizinischen Universität

Wien, beleuchtete den Hintergrund von Krebspatienten: «Es ist eine Erkrankung der zweiten Lebenshälfte. Weil die Lebenserwartung steigt und Erfolge der Früherkennung und neuer Therapiemöglichkeiten Früchte tragen, bestehen eine höhere Heilungsrate und längere Überlebenszeiten. Dadurch ergibt sich die Notwendigkeit für vermehrte Reha-Behandlungen und die Herausforderung der Reintegration in den sozialen und beruflichen Alltag.»

«Wir treffen generell einen signifikant steigenden Anteil der Bevölkerung, der von chronischen Erkrankungen betroffen ist. Das hat natürlich massive Auswirkungen auf das soziale Umfeld und verursacht einen Grossteil der Behandlungskosten. Demgegenüber liegt der Schwerpunkt der Ärzteausbildung immer noch auf «akuten» Krankheiten und Grundlagenwissenschaften. Wir haben deshalb in den Kliniken auch viele teure Akutbetten und leider werden Massnahmen, die in der Akutmedizin effektiv sind, ohne Evidenz in der Behandlung chronischer Krankheiten angewandt.» Daher seien gute Behandlungspfade von grosser Bedeutung. Die Zeit sei reif für einen Übergang «von einer «Eminenz-basierten» Medizin auf eine Evidenz-basierte». Es gehe dabei ums Identifizieren von Potenzialen, Beschreiben und Virtualisieren verbesserter Prozesse im KIS, Entwickeln von Messsystemen und Analysieren von Abläufen mit einem gründlichen Vergleich relevanter Parameter. Das alles schaffe Fakten, die auf Sachebene Grundlage für weiterführende Gespräche bilden würden.

Viel mehr interdisziplinär zusammenarbeiten

Bei diesem Vorgehen sind die Besonderheiten chronischer Erkrankungen miteinzubinden. Prof. Gaiger erwähnte anhand des Beispiels der Krebserkrankungen drei Elemente, die massgebend seien: Das Element «Bio» beschreibt, dass die Ursachen der Erkrankung häufig unbekannt sind, dass Betroffene «etwas Fremdes in sich» spüren, lange Therapiedauern nötig sind, verbunden mit Nebenwirkungen und Ungewissheit. Es geht dabei auch um die Tumorart, das Stadium der Krankheit, Anämie, Alter, Geschlecht, Komorbidität und den Bodymass-Index. Das zweite Element, «Sozial», beinhaltet die negativ auf den Therapieerfolg wirkenden Einflüsse Armut, alleinstehende Lebenssituation, Arbeitslosigkeit, schlechte Ausbildung, ungenügende soziale Netzwerke, gesellschaftliche Tabuisierung und Unvermögen im sprachlichen Ausdruck. Namhafte Studien haben belegt, dass bei Vorkommen oder gar Häufung dieser Negativeinflüsse die Überlebensrate deutlich tiefer aus-

fällt als wenn sie nicht vorhanden wären. Am Beispiel einer dänischen Studie zum Einfluss des sozioökonomischen Status auf das Überleben von Lymphompatienten zeigt Prof. Gaiger, dass Patienten mit geringer Bildung und geringem Einkommen, bei gleichem Krankheitsstadium, gleichen Risikofaktoren und gleicher Therapie eine um 60% höhere Sterblichkeit aufwiesen als Patienten mit höherer Bildung und höherem Einkommen.»

Das dritte Hauptelement ist schliesslich «Psycho». Hier heissen die Stichworte Chemobrain, posttraumatische Belastungsreaktionen, Resilienz und Adhärenz. Je nach Verarbeitungsvermögen entstehen Depressionen und andere psychische Leiden, bei tiefen Einkommen beispielsweise gemäss Studien bei rund 45% der Betroffenen. «Auf diese Weise findet», so Prof. Gaiger, «keine Selektion der Patienten über Einkommen und Bildung statt.»

«Eine gut funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rahmen einer onkologischen Gesamtversorgung ist somit äusserst wichtig», betonte Prof. Gaiger. Hier müsse eine Kooperation zwischen Akutspital, Reha und Nachsorge angeboten werden. Gefordert seien Ärzte, Psychotherapeuten, Ernährungsberaterinnen, Sozialarbeiter und Physiotherapeuten. Es gelte gemäss dem Buch von Daniel Kahneman zu handeln («Thinking fast and slow», 2011). Das Motto heisse WYSIATI (What you see is all there is). Fürs Einbinden und Verarbeiten aller relevanten Einflussgrössen sei Information, Wissen und interdisziplinäres Vernetzen entscheidend.

Mehr Qualitätswettbewerb

Erfahrungen aus der deutschen MediClin-Klinikgruppe, die 33 Akut- und Rehakliniken, Pflegeeinrichtungen und Medizinische Versorgungszentren unterhält, schilderte **Dr. Ralf Bürgy**, Leiter Qualität, Organisation und Revision. «Soll effizient und effektiv gearbeitet werden, muss die Behandlungsplanung zielorientiert, anforderungsgerecht und wirtschaftlich erfolgen», betonte der Fachmann. «Daher gestalten wir unsere Rehabilitationsprozesse zukunftssicher. Wir legen Behandlungsstandards fest, messen erzielte Erfolge und leiten daraus Optimierungspotentiale ab. Wir machen Qualitätsindikatoren aber auch transparent und stärken so den Qualitätswettbewerb. Ausschlaggebende Kriterien sind für uns bedarfsgerechte und anforderungskonforme Leistungen, das Messen und Bewerten von Behandlungsergebnissen, die erreichte Patientenzufriedenheit anhand von Weiterempfehlung und Beschwerdequote sowie die Fallkosten».

Anforderungsgerechte Leistungsplanung

Um Rehabilitationserfolge zu erreichen, sind hohe Anforderungen an die Leistungsplanung gestellt. In den Rehabilitationskliniken der MediClin-Gruppe arbeiten interdisziplinäre Behandlungsteams nach abgestimmten Reha-Konzepten, mit Fokus auf eine anforderungsgerechte Leistungsdichte zur Erfüllung von indikationsspezifischen Therapie-Standards der Deutschen Rentenversicherung, aber auch anderer Kostenträger (z.B. AOK-Pro Reha). Darüber sind die Identifikation spezifischer Rehabilitandenbedürfnisse (gründliche Anamnese, Assessmentverfahren und Therapieplanung mit den Patienten), ein intensives Auseinandersetzen mit beruflichen Anforderungen und Belastungen sowie eine strukturierte Nachsorgeplanung Grundlagen für einen nachhaltigen Behandlungserfolg.

Es erfolgt namentlich eine kontinuierliche Verbesserung von Behandlungsstandards. Die Optimierung geschieht IT-gestützt. Definiert und weiterentwickelt werden sog. Basistherapiepakete (BTP). Das KIS unterstützt bei der Leistungsplanung, Leistungsanforderung, beim Therapie-

controlling sowie bei der Ergebnismessung und Ressourcenoptimierung. «Die IT-gestützte Verordnung und Planung von therapeutischen und diagnostischen Leistungen ist ein strategisches Tool im Rahmen der Behandlungsorganisation im MediClin-KIS», betonte Bürgy. «Das Erstellen von BTP dient dabei dem Schaffen interner Vorgaben/Standards für die Patientenversorgung, der vereinfachten Verordnung interner Behandlungsvorgaben, der Unterstützung noch unerfahrener ärztlicher Mitarbeitender in der Reha, dem Controlling beim Umsetzen der Kostenträgeranforderungen sowie dem wirtschaftlichen Umgang mit begrenzten Ressourcen.» Wichtig sei, dass die Anzahl der BTP überschaubar bleibe. 10 bis 20 BTP je Fachabteilung erachtet Bürgy als ideal.

Behandlungspfade, das Beispiel Hemiparese der Clinica Hildebrand Centro di riabilitazione Brissago

Die Rehabilitation, die sich mit der (Wieder-)Herstellung von infolge einer Krankheit oder anderer Umstände verlorenen oder nie erlangten Fähigkeiten befasst, handelt mit gezielten Massnahmen, um Einschränkungen zu reduzieren,

Dr. Ralf Bürgy, Leiter Qualität, Organisation und Revision, MediClin-Klinikgruppe



shp

Intelligente Vorsorgekonzepte

Wir bringen Leben in Ihre Vorsorge

Als Spezialist für die Vorsorgebedürfnisse des schweizerischen Gesundheitswesens bietet die SHP für Einzelunternehmen aber auch für Institutionen mit bis zu einigen hundert Versicherten intelligente, attraktive und preisgünstige Vorsorgekonzepte.

Sie möchten Ihre berufliche Vorsorge optimieren?

Dann kontaktieren Sie uns für ein kostenloses und unverbindliches Beratungsgespräch.

Special 2: Reha-Management in drei Ländern

verbliebene Fähigkeiten zu optimieren, die Partizipation zu verbessern und dadurch das Ausmass der Behinderung zu verringern.

Zur Erreichung dieser Ziele ist es wichtig, wie **Dr. Gianni Roberto Rossi**, Direktor der Clinica Hildebrand und Koordinator des Netzwerks REHA TICINO erklärt, Instrumente der Clinical Governance zu etablieren, mit deren Hilfe sich die traditionelle Sichtweise nach Sektoren oder Abteilungen überwinden lässt, die dazu führte, dass die Gesundheitseinrichtungen als Nebeneinander von autonomen und schwach integrierten Einheiten betrachtet werden.

REHA TICINO, das Tessiner Rehabilitationsnetzwerk, umfasst die Institute und Dienste des Kantons (Rehabilitationsklinik Novaggio, Rehabilitationsabteilung am Sitz Faïdo des Ospedale Regionale Bellinzona e Valli, Abteilung für kardiologische Rehabilitation am Ospedale San Giovanni und Clinica Hildebrand Centro di riabilitazione Brissago), die im Rahmen der kantonalen Spitalplanung einen Rehabilitationsauftrag erhalten haben. Das Netzwerk hat diese Herausforderung angenommen, sich jahrelang intensiv mit dem Prozessmanagement als methodischen Ansatz auseinandergesetzt und innerhalb seiner Institutionen und in Zusammenarbeit mit den in



Dr. Gianni Roberto Rossi, Direktor der Clinica Hildebrand und Koordinator des Netzwerks REHA TICINO



der Behandlungskette vorgelagerten Akutspitalern mehrere «Behandlungspfade» für spezifische Krankheitsbilder entwickelt, darunter insbesondere einen Behandlungspfad nach Hüftprothesenimplantation oder Osteosynthese einer Schenkelhalsfraktur und einen weiteren für Patienten mit neurologischen Funktionsausfällen (ischämische und hämorrhagische Läsion).

Einen weiteren Anstoss zur Entwicklung dieser beiden Behandlungspfade gab auch die seit einigen Jahren im Schweizer und insbesondere im Tessiner Gesundheitssystem zu beobachtende Tendenz, dass die Rehabilitation in ihrer Rolle als Verbindungs- und Koordinationsglied in der Kette bzw. dem Netzwerk von Akutversorgung-Rehabilitation-dezentraler Betreuung zusehends an Bedeutung gewinnt.

Zudem braucht es angesichts der steigenden Patientenbedürfnisse (Fragilität, Chronizität und Polypathologie) ein Modell, um den Behandlungspfad dadurch zu steuern (klinische Steuerung), dass die einzelnen Einrichtungen und Spezialisten miteinander in Verbindung gebracht (und koordiniert) werden. Und nicht zuletzt ist bei den verschiedenen Akteuren (Krankenversicherer, Kantone usw.) ein steigendes Interesse an neuen Qualitätsmessungs- und Finanzie-

rungsmodellen für die Gesundheitsleistungen entlang der gesamten Versorgungskette festzustellen.

Wie Dr. Rossi betont, diene die Arbeit an einer klaren, von allen Seiten geteilten Beschreibung des klinischen und organisatorischen Prozesses und der Verantwortlichkeiten jedes Berufsbildes im Bereich des spezifischen Behandlungsprozesses (wer macht was wann?) zum einen dazu, eine kohärentere Versorgung entsprechend der Schwere einer Erkrankung, der betrieblichen Organisation und der verfügbaren Ressourcen zu gewährleisten, und zum andern bot sie eine wichtige Gelegenheit zum bereichernden Austausch unter den Spezialisten (die in einigen Fällen aus verschiedenen Einrichtungen stammten) und Fachrichtungen, was besonders auch ermöglichte, innerhalb der Organisationen und im Netzwerk insgesamt einen Prozess der kontinuierlichen Verbesserung einzuleiten. Ein Verbesserungsprozess von dem zuallererst die Patienten profitieren, die dadurch in den Genuss einheitlicher, jederzeit verifizierbarer und bezüglich Qualität und Sicherheit überwachter Behandlungen kommen.

Text: Dr. Hans Balmer