

Leistungserbringer und Kostenträger aus drei Ländern an einem Tisch

Veränderungen brauchen Flexibilität

Im Reha- und Pflegeumfeld verändert sich viel, und das erst noch in kurzer Zeit. Kostendruck, Personalknappheit, steigende Anforderungen und Qualitätsansprüche prägen die Szene. Und die Betreuung der anvertrauten Menschen erfordert die volle Kraft aller Beteiligten. Einen wichtigen Beitrag für neue Perspektiven leistete das 3. D-A-CH Reha-Management-Intensivseminar, zu dem Softsolution International in Zürich lud.



Dr. Willy Oggier,
Gesundheitsökonom

«Gewohntes verändert sich», brachte es Dr.med. Stefan Grunder, eMBA, Facharzt für Innere Medizin FMH, Leiter Abteilung Grundlagen bei santésuisse, auf den Punkt. «Die pauschalisierte Vergütung in der Akutsomatik hat zweifellos Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen. Die Liegezeiten im Akutspital werden so gering wie möglich gehalten und der Übertritt zur Reha findet früher statt. Während die Ökonomie in der «traditionellen» Situation als Verwaltung und somit als isolierter Funktionsbereich angesehen wurde, fokussiert die neue Situation in der Ökonomie eine unternehmerische, prozess-, leistungs- und patientenorientierte Führung. Das bedeutet gleichzeitig höhere und andere Anforderungen ans Management für Ärzte, Pflege und Verwaltung. Gewohntes verliert seine Gültigkeit. Das ist ein Paradigmenwechsel.»

Die Pauschalisierung macht Druck auf alle Seiten

Die gewollte Effizienzsteigerung mit verbundem Spareffekt im Akutspital, bei der ein durchschnittlicher Aufenthalt in der Nähe der kürzesten Verweildauer ohne Tarifabzug angestrebt wird, setzt Druck frei, gewissermassen wie eine Pumpe, die nach unten gedrückt wird. Die Einsparungen im Akutspital drücken an diversen Stellen nach oben: im Pflegeheim, in der Reha, in der Spitex, bei den Leistungen für Zusatzversicherte, in der ambulanten Spitalversorgung, bei privaten Leistungsanbietern und bei den Hausärzten.

Um dieser veränderten Situation gerecht zu werden, entsteht – vergleichbar zu SwissDRG – nun auf stationärer Reha-Seite die Tarifstruktur ST Reha. Systementwicklung und Datenerhebung haben begonnen, 2017 soll die Datenbasis stehen und der neue Tarif zu Beginn des Jahres 2018 in Kraft treten.

Gesundheitszustand bei Reha-Eintritt

Interessant ist die Entwicklung der Rehafälle nach operativen Eingriffen. Subjektive Wahrnehmungen in Deutschland zeigten bereits 2008 eine Verschlechterung des Gesundheitszustands bei Reha-Eintritt nach Einführung der DRG. Die auffallendsten Indikatoren waren: Veränderung des planmässigen Behandlungsverlaufs, Wundheilungsstörungen, unzureichende Mobilität und verstärkter Einfluss der Multimorbidität. Dabei verringerte sich aufgrund der Zahlen einer anderen Statistik, der REDIA-Studie 2003–2010, die Dauer des orthopädischen Gesamtprozesses um knapp 5 Tage auf 42 Tage. Die Abnahme ist praktisch ausschliesslich auf die Verweildauer im Spital zurückzuführen, die Versorgung während der Übergangszeit und die anschliessende Reha mussten die erforderliche Qualität in nahezu unveränderter Zeit gewährleisten.

DRG-Auswirkungen sind auch in der Schweiz feststellbar: So zeigt eine Studie anhand der Fälle in der Klinik Barmelweid, dass zwischen 2011 und 2012 der Anteil der kardialen Patienten, die bei Reha-Eintritt keine Treppen gestiegen sind, von 26% auf 55% angestiegen ist. Bei den pulmonalen Patienten fiel der Anstieg aufgrund des indikationsbedingten hohen Ausgangswerts (von 63% auf 67%) nicht so gravierend aus. Gesamtschweizerisch fällt hingegen wiederum eine Steigerung der Gesamtzahl an Rehapatienten auf. Die Rehafälle haben zwischen 2010 und 2012 von 3.6% auf 4.8% gemessen am Gesamttotal der stationären Patienten zugenommen. Diese Zunahme betrifft alle wichtigen MDC-Hauptgruppen wie namentlich Behandlungen der Atmungsorgane und des Kreislaufsystems sowie muskolo-skelettale Fälle, hier wiederum am auffälligsten bei der Nachbetreuung von Hüftgelenks-Operierten.

Zahlreiche Auswirkungen auf die Reha

Als mögliche negative Auswirkungen auf die Reha sieht Dr. Grunder folgendes:

- Verschiebung der Schnittstelle Akutspital-Rehaklinik
- Starke Reduktion der Verweildauer im Akutspital
- Rehakliniken könnten als Überlaufbecken dienen.
- Zunehmend akutmedizinische Leistungen in der Reha
- Wegen verfrühter Entlassung zunehmend medizinisch instabile, noch nicht «Rehafähige» Patienten
- Steigende Komplikationsraten und Rehospitalisationen
- Vermehrte Spezialisierung auf lukrative Fälle und Beschränkung auf Monotherapien
- Selektive Patientenwahl, Nicht-Aufnahme von «aufwändigen» Patienten

- Mehrbelastung von Pflegeheimen und anderen nachgelagerten ambulanten Bereichen (z.B. Spitex)

Fachleute für die Firmen – nötiger denn je

Leistungsfähige Fachleute werden zur Mangelware. Hubert Seiter, Erster Direktor und Vorsitzender der Geschäftsführung, Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg, zeigt das anhand der Reha. In seinem geografischen Umfeld besteht ein Haushaltvolumen von 16 Mrd. Euro, davon «nur» rund 420 Mio. Euro für Reha. Diese Summe teilt sich auf in 83'000 Leistungen zur medizinischen Reha und 10'000 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. «Wiedereingliederung ist das Ziel, und dafür lohnen sich Reha-Leistungen», bemerkte der Referent, «denn der durchschnittliche Rentenbezug dauert 20 Jahre und kostet entsprechend.»

Die Ursachen für den Arbeitskräftemangel bedingen Handlungsoptionen für die Sozialsysteme. Nicht zu übersehen ist der demografische Wandel mit deutlich weniger erwerbsfähigen Personen, was nur wenig gebremst wird durchs Hinaufsetzen des Rentenalters. Geradezu beängstigend ist die Tatsache, dass die jüngsten Jahrgänge zur Zeit nur noch rund die Hälfte der 50-Jährigen ausmachen. Bis ins Jahr 2050 fehlen in Deutschland 17 Mio. Arbeits-tätige. Weiter steigt hingegen die Nachfrage nach Pflege- und Reha-Leistungen. Hier fallen die Zunahmen bei den chronischen Erkrankungen, der Multimorbidität und der psychischen Erkrankungen auf. «Die Folge daraus ist klar: Arbeitnehmer müssen länger gesünder bleiben und arbeiten können.»

Reha vor bzw. statt Rente

«Der Grundsatz Reha vor bzw. statt Rente gilt für alle Rehaträger», betonte Hubert Seiter, «das bedeutet Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, berufsvorbereitende Leistungen, berufliche Anpassung und Weiterbildung, berufliche Ausbildung und unterstützende Leistungen.» Weiter stehen Leistungen an Arbeitgeber im Zentrum: Zuschüsse für Arbeits-hilfen im Betrieb, Kostenerstattung für befristete Probebeschäftigung, Ausbildungs- und Eingliederungszuschüsse.

In der Schweiz zielt die IV-Revision 6a in dieselbe Richtung. Das Ziel der Neuregelung besteht in Integrationsmassnahmen, um die Neurenten auf ein Minimum zu reduzieren, im Überprüfen der Bestandesrenten auf Integrationsmöglichkeiten, im Vorbeugen bezüglich des Fachkräf-



temangels und im Anheben des Rentenniveaus durch spätere Inanspruchnahme. Innerhalb von 6 Jahren soll die Erwerbsfähigkeit von 17'000 Rentnerinnen und Rentnern derart erhöht werden, dass sie dem Arbeitsmarkt wieder zur Verfügung stehen.

Gleiche Sorgen in drei Ländern

Alle drei Länder, Deutschland, Österreich und die Schweiz, wollen weniger Erwerbsminderungsrenten und dafür eine verstärkte Arbeitsmarktintegration von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen erreichen, ein längeres Arbeiten und Verbleiben im Job, spätere Berentung, Gegensteuer geben bezüglich des Fachkräftemangels, Förderung ungenutzter Erwerbspotenziale und Verwirklichung des Grundsatzes «Reha vor oder statt Rente».

Dass das in der Rehapraxis funktioniert, zeigen die Erfolgsbeispiele BÄR (Betriebsärztlich begleitete Rehabilitation), BISS (Berufliche Integration nach stationärer Suchtbehandlung) und MBOR (Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation) in Baden-Württemberg. Bereits während der medizinischen Reha werden dabei berufliche Problemlagen erkannt und die nötigen Schritte rechtzeitig eingeleitet. Dabei besteht ein individuelles Fallmanagement in Kooperation mit Versicherten, Arbeitgebern und behandelnder Klinik. Die ersten Ergebnisse sind ermunternd.

Wie individuell ist Reha?

Dieser Frage ging Mag. Roman Pöschl, Geschäftsführer des Beruflichen Bildungs- und Rehabilitationszentrums (BBRZ) Österreich, nach. Das BBRZ ist ein Generalprovider für gebündelte Massnahmen der beruflichen Reha auf der Grundlage einer Rahmenvereinbarung zwischen dem Arbeitsmarktservice, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger und besteht seit 1956.

Im Jahre 2008 startete die Agenda «Invalidität im Wandel». Ein Expertengremium im Auftrag des Sozialministeriums ging ans Werk mit dem Ziel, Frühpensionierungen durch geeignete Massnahmen und verbesserte Zusammenarbeit abzuwenden. Die ersten Umsetzungen heissen «Gesundheitsstrasse», worin die Versicherungsträger automatische Massnahmen für die Wiedereingliederung umsetzen, und «fit2work», ein Instrument der Sekundär-Prävention. Das neue Sozialversicherungsgesetz sieht dabei vor, dass für ab dem 1.1.1964 Geborene die befristete Berufsunfähigkeits- und Invaliditätspension abgeschafft ist. An ihre Stelle trat die Pflicht aller Betroffenen, sich entweder medizinischen oder beruflichen Reha-Massnahmen zu unterziehen. «Das allerdings ist ein Fehler, beides braucht es nämlich oft kumulativ», bemerkte Pöschl. Zwischen 2011 und 2014 stiegen die dafür eingesetzten Mittel von 710 Mio.



© Rehaklinik Bellikon

auf über 1 Mrd. Euro. Die neuen Rentenanträge für IV oder Berufsunfähigkeit nahmen gleichzeitig von 67'000 resp. 23'000 auf 47'500 resp. 21'000 ab. Von den Personen, die 2012 Massnahmen der beruflichen Reha in Anspruch genommen haben, waren 84% zunächst erfolgreich, nach ordnungsgemäsem Abschluss eines Reha-Programms waren total 70% dauerhaft in Beschäftigung.

Betroffene müssen Eigeninitiative zeigen

Die Schlussfolgerungen des Referenten sind:

- Pflichtrehabilitation funktioniert, wenn sich der Betroffene dafür entscheidet und er sich zum Chairman seines eigenen Reha-Prozesses macht.
- Das neue Sozialversicherungsgesetz wirkt nur eingeschränkt, weil es eine Reparaturphilosophie mit der Illusion einer 100%-igen Wiederherstellbarkeit verfolgt.
- Notwendige Massnahmen auf Ebene des Arbeitsmarkts wie z.B. verpflichtendes betriebliches Eingliederungsmanagement oder ein Anreizsystem zur Beschäftigung Älterer und Leistungsgewandelter sind (noch) nicht umgesetzt.
- Reha ist eine notwendige, jedoch keinesfalls hinreichende Bedingung für eine tatsächliche Wiedereingliederung für die Personengruppe 45+.
- Das Pochen auf Mitwirkungspflicht ist weniger ein Lösungsansatz als vielmehr eine notwendige ultimo ratio im Reha-Handeln.

Was bringt der Tarif ST Reha?

Christopher Schmidt, Gesundheitsökonom bei der SwissDRG AG, orientierte über das künftige national einheitliche, leistungsorientierte Tarifsystem für die stationäre Rehabilitation ST Reha. Der Auftrag des Gesetzgebers geht dahin, dass die Vertragsparteien Pauschalen vereinbaren, die leistungsbezogene und national einheitliche Strukturen haben werden. Die Leistungen sollen in der notwendigen Qualität effizient und günstig erfolgen (KVG Art. 49, Abs. 1).

Schmidt erläuterte die Prämissen der Umsetzung: Die Kliniken sollen für Kosten entschädigt werden, die durchschnittlich bei der Behandlung von Patienten mit bestimmten Merkmalen anfallen. Ein höherer Tarif ist für teurere Fälle gedacht, während bei weniger teuren Behandlungen ein niedrigerer Tarif zur Anwendung kommen soll. Die Struktur soll einfach und praktikabel sein. Es soll eine klare Vergleichbarkeit und Transparenz zwischen den Kliniken bestehen. Die Tarifstruktur muss manipulationsresistent und überprüfbar, anpassungsfähig und ausbaubar sein. Die Entwicklung erfolgt datenbasiert.

Klare Prämissen, klarer Fahrplan

In dieser Entwicklung liefern die Rehakliniken fallbezogene Kosten- und Leistungsdaten, die Vorgaben erfolgen durch die Projektleitung ST Reha / SwissDRG. Es gibt 4 Leistungsbereiche: neurologische, pulmonale, kardiovaskuläre und

andere Reha. Schweregrade der funktionellen Beeinträchtigung werden auf Grundlage klinisch etablierter Assessments festgelegt.

Die tarifwirksame Einführung ist per 1.1.2018 vorgesehen. Die Entwicklung erfolgt auf Grundlage der Daten von 2015. Weiter ist eine Modellentwicklung / Kalkulation ein Jahr später vorgesehen. Die Präsentation für und Genehmigung durch den Verwaltungsrat der SwissDRG AG ist fürs Frühjahr 2017 geplant. Dann findet der Genehmigungsprozess durch die Bundesbehörden statt und parallel dazu die Preisverhandlungen durch die Tarifpartner.

Gesundheitspolitische Herausforderungen

Mit einem rhetorischen Feuerwerk wichtiger Aspekte der aktuellen gesundheitspolitischen Szene brillierte Gesundheitsökonom Dr. Willy Oggier. Mit seiner einleitenden Bemerkung: «Gesundheitswesen ist kein Markt, sondern besteht – wenn schon – aus Teilmärkten» wies er auf fließende Grenzen hin, und auf ein Manko: «Die Sozialversicherungssysteme tragen diesem Tatbestand ungenügend Rechnung.» So bestünden Abgrenzungsprobleme bezüglich Gesundheits- und Sozialwesen, zwischen dem Gesundheitswesen und der Food-Industrie wie auch dem Wellness-/Freizeitbereich und insbesondere bei der Definition der Pflegebedürftigkeit: Was ist alters-, sozial- und krankheitsbedingt?

Treiber im Schweizer Gesundheitswesen seien klar die demografische Entwicklung, der medizinische Fortschritt, die Europäisierung, die Personalverknappung, eine latente Gefahr zur Staatsmedizin und die häufigen KVG-Revisionen in den Themenkreisen Spitalfinanzierung, Risikoausgleich, Pflegefinanzierung und neue Versicherungsprodukte, z.B. die Integrierte Versorgung.

Eindeutige Machtverschiebung

Die ebenfalls zu beobachtende Ökonomisierung des Gesundheitswesens führe zu einer Machtverschiebung und Verlagerung des finanziellen Risikos auf die Anbieter, zu einer Verbetrieblichung der medizinischen Arbeit und zu einer Entwicklung von Instrumenten zum betrieblichen Management der Arzt-Patienten-Beziehung. Das bedeute, so Oggier, dass das Verhältnis zwischen Arzt und Patient in einen zunehmend monetarisierten und bürokratischen Kontext integriert werde. «Daraus entsteht Kommerzialisierung.»

SwissDRG habe neben der landesweiten Tarifharmonisierung etliche Anreize geschaffen. Darunter fielen die gezielte Wahl eines Leistungsportfolios mit Kompetenzzentren und Innovationsstrategien, das Optimieren interner Prozessketten, das Schaffen von sektorspezifischen Prozessketten – beispielsweise in Beschaffung/Logistik oder im Kreieren von «Markenverbänden» – sowie sektorübergreifende Verbesserungen mit Einbezug ambulanter Leistungen oder eines professionellen Case Managements, worunter gerade die Reha eine besondere Rolle spiele.

Zahlreiche Herausforderungen für die Reha

Entsprechend mangelt es nicht an Herausforderungen für eine zeitgemässe Reha. SwissDRG stehe dabei allerdings mitunter im Konflikt mit den kantonalen Spitalplanungen. Es bestünden unterschiedliche Definitionen von kantonalen Leistungsaufträgen, Oggier nannte die geriatrische Rehabilitation als Beispiel. Namentlich seien hier ungleich lange Spiesse vorhanden: Was gehört nun zur Akutgeriatrie, zur Übergangspflege und zur Langzeitpflege? Ausserdem befänden sich auch unterschiedliche Qualitäts-Rückgänge in den Kantonen im Widerspruch zur freien Spitalwahl: «Das bedeutet eine Nivellierung nach unten.»

Konflikte seien ferner vorhanden zwischen DRG und Spitalplanung im Sinne einer Beschränkung ausserkantonalen Hospitalisation wegen des



Softsolution D-A-CH Intensivseminar, Abendveranstaltung

Streits unter etlichen Kantonen und im Verhältnis DRG zur hochspezialisierten Medizin. Das manifestiere sich am Beispiel der onkologischen Rehabilitation: Braucht es in Zukunft auch eine hochspezialisierte Reha?

Rehakliniken haben besondere Kompetenzen

Herausforderungen seien schliesslich bei den Tarifstrukturen augenfällig. Generell bestehe ein stationärer Tarif, aber möglicherweise sei es sinnvoll, wieder auf die abgeschafften teilstationären Tarife für bestimmte Akutspital- und Reha-Leistungen zurückzukommen. «Zusätzlich wird der Personalmangel in der Reha kaum thematisiert, obwohl eine älter werdende Gesellschaft überproportional mehr Reha-Leistungen benötigt. Eine Gesamtsicht fehlt auch bezüglich der Steuerung der Integrierten Versorgung. Hier gilt es abzuwägen zwischen Gesundheitskosten und volkswirtschaftlichen Kosten. Es gibt wohl keinen Anbieter in der gesamten Gesundheitsversorgungskette, der von der Prävention bis zur Reintegration in die soziale und berufliche Umwelt so geeignet ist, die Steuerung des Gesamtsystems zu übernehmen wie die qualifizierten Rehakliniken.»

Den Schlussakkord des rhetorischen Feuerwerks setzte Dr. Willy Oggier mit der Aussage: «Es braucht in der Zukunft nicht nur mehr Ressourcen für das Gesundheitswesen, sondern

vor allem auch ein anderes thematisches und finanzielles Setzen von Schwerpunkten. Dies dürfte zu vermehrten Verteilungskämpfen unter den Leistungserbringern führen. Je weniger die heutigen «Grossen» dabei bereit sind, die Trendwende einzuleiten, desto mehr dürfte die Staatsmedizin Auftrieb erhalten. – Es gibt viel zu tun – ein Grund, es bereits heute anzupacken. Denn: Wer zu spät kommt, den bestraft die Geschichte. Und das kann sich die Rehabranche wegen ihrer Patienten nicht erlauben.»

Rehakliniken müssen marktbezogen arbeiten

Hans Ooms, Organisatorischer Direktor der Zürcher Höhenkliniken Wald und Davos, beleuchtete ein Businessmodell für die moderne Rehaklinik. «Im Zentrum stehen unsere vielfältigen Kunden. Für Patienten sind Standort, Erreichbarkeit und Infrastruktur ebenso entscheidend wie Dienstleistungen, Zimmerkomfort und ausreichende Fachkräfte im Zeichen der demografischen Entwicklung.»

In Richtung Versicherer plädierte Ooms für eine optimale Effizienz und Effektivität der Behandlung, mehr Wirtschaftlichkeit (was allerdings auch Preisdruck bedeute), sinnvolle Pauschalangebote (All-inclusive), eine praktikable Vergabe von Kostengutsprachen im Verhältnis von stationär und ambulant sowie für eine praxisbezogene zukünftige Tarifstruktur (ST Reha).

Ver mehrt interdisziplinär arbeiten

«Zu den Kunden zählt auch die Gesundheitsdirektion. Hier geht es ums Sicherstellen des Versorgungsauftrags im Rahmen der Spitalplanung, um neue Aufträge wie z.B. die geriatrische Reha und wiederum um die neue Tarifstruktur», erläuterte Ooms.

Schliesslich sind die Ärzte und Zuweiser von besonderer Bedeutung. Dabei nannte der Referent die rasche Aufnahme, die problemlose Verschiebung von Akut zu Reha, das zuverlässige Erfüllen der Vorgaben und generell die Qualität der Behandlung. «Wir wollen einen Nutzensausweis zeigen können. Ausserdem wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit immer wichtiger. Das bedeutet eine Kulturentwicklung. Von grossem Interesse sind in diesem Zusammenhang die Nachbehandler, mit denen wir Kooperationen abschliessen und eine Versorgungskette aufbauen, sowie die Verbände, mit denen wir uns vernetzen und gemeinsame Interessen verfolgen.»

Behandlungspfade sind entscheidend

Effizientes Arbeiten heisst Prozesse optimieren. Dabei geht es vielfach ums Definieren und Gestalten von Behandlungspfaden. Form und Inhalt solcher Behandlungspfade zeigte Dr.med. Stephan Eberhard, MBA, Chefarzt Berner Klinik Montana. Er beleuchtete die Ressourcen, Patientengruppen sowie die Anforderungen an Management und Medizin. «Viele Komponenten halten den Pfad zusammen: Zielsetzungen, Patientenansprüche, Koordination, Betriebsorganisation, Behandlungskonzept und Kommunikation. Weiter beeinflussen Zertifizierung, Leistungskriterien, Informationstechnik, Finanzen, Tarife und nationale Qualitätskriterien die Ausgestaltung von Behandlungspfaden.»

Gemeinsame Werte stärken

«A Pathway is a Silo Breaker». Diesen amerikanischen Slogan bezeichnete der Chefarzt als wichtige Erkenntnis. Der Kommunikation zwischen den Akteuren komme daher grösste Bedeutung zu. Gemeinsame Interessen müssten vor Partikular-Interessen stehen. In der Berner Klinik Montana wurde das sog. Drehscheibenmodell in der Umsetzung der Pfade gewählt, in dem ein Koordinations-Verantwortlicher die einzelnen Elemente des Pfades sorgfältig wie umsichtig steuert. Dank geeigneter neuer Planungs-Software konnte dabei der Planungsaufwand um über 70% gesenkt werden. «Das kommt unseren Patienten zugute. Die Leistungen stiegen um 15%, die Pflage tage um 30% und die Stellen im

Leistungsprozess konnten trotz schwieriger Rekrutierung um 28% erhöht werden.»

«Wir verfolgen das «Konzept des roten Fadens» mit folgenden Erfolgsfaktoren: Denken in Konzepten, zielorientierte Behandlungs koordination und gemeinsame Sprache», fasste Dr. Eberhard

den zielorientierten Weg seiner Klinik zusammen. Die Zufriedenheit seiner Patienten und die stark verbesserten Leistungszahlen sind die besten Beweise dafür, dass die Weichen in der Klinik richtig gestellt worden sind.

Text: Dr. Hans Balmer

Therapie in der Rehabilitation besser planen und Ressourcen optimieren

Weniger Aufwand, mehr Qualität

Therapeutische Fachkräfte sind rar, die zu betreuenden Personen werden zahlreicher und werden «kränker» in die Reha eingewiesen. Die therapeutischen Anforderungen wachsen ständig. Zudem ebbt die Diskussion um die steigenden Gesundheitskosten nicht ab. So ist es von Vorteil, gerade im kostenintensiven Therapiebereich, wo persönliches Engagement nach wie vor eine individuelle Note setzen soll, eine geeignete Software einzusetzen. Sie soll Planung, Leistungserfassung und Qualitätsmanagement wirkungsvoll unterstützen.

Eine in bereits 60 Rehakliniken und Spitälern erfolgreich eingesetzte Lösung ist RehaTIS von Softsolution. RehaTIS kann für schnelle zentrale Planung oder für schnelle dezentrale Planung oder zentral-dezentral eingesetzt werden. Für die zentrale Planung stehen hyperschnelle Planungsautomaten zur Verfügung. Zugleich sorgt die unglaublich direkte Datenpräsentation für aussergewöhnlich schnelle und stressfreie Umplanung.

Was macht Planen schnell und leichtfüssig?

Automation

Viele Planungsprozesse müssen sofort umgesetzt werden. Da hilft die Planungsautomation in Echtzeit. Intelligente Planungsautomaten mit Zielnavigation bedeuten Abschied vom nicht mehr zeitgemässen «Papier-Planen» am Bildschirm. Solche moderne Planungsautomation bedeutet auch Abschied vom Voreinstellen für jeden Schritt mittels «Stellschraubchen». Wie ein modernes Navigationsgerät führt RehaTIS «intelligent» zum Planungsziel. Dabei werden Anforderungen wie Ersttherapeut sowie Mindestabstände zwischen Therapien und Therapiefolgen berücksichtigt. Solche Automation ist schnell, bequem und sichert hohe Planungsqualität.

Top-View Daten-Präsentation

Neu ist die Top-View statt des mühsamen Wegs durchs Labyrinth von Abfragen. Die Top-View Daten-Präsentation macht RehaTIS zum Senkrechstarter auch beim händischen Umplanen. Schrittweises Abfragen durch viele Fenster hindurch wird durch die Hypertermin-Technologie mit direkter Datenpräsentation ersetzt: Wo man alles Wesentliche auf einen Blick sieht, wird das Umplanen zu einer Blitzaktion.

Was ist der Benefit?

Werden beispielsweise Termine am Eintrittstag eines Patienten bestimmt, gestaltet sich die Behandlung effizienter und die Verweildauer sinkt. Ein anderer Benefit macht sich bemerkbar, wenn sich Therapeuten krank melden oder ambulante Patienten Termine nicht wahrnehmen können. Das blitzschnelle Umsetzen neuer Gegebenheiten heisst höhere Nutzung der Ressourcen, mehr Rendite und Qualität. Schliesslich sinkt der Planungsaufwand drastisch.

Viel Optimierungspotenzial auch beim Workflow

RehaTIS kann auch zentral-dezentral oder ganz dezentral eingesetzt werden. Das schnelle händische Planen, unterstützt durch die Echtzeit-Automaten (auch im Parallelbetrieb), bringt ganz neue Möglichkeiten für die dezentrale Planung.

Das integrierte Meldesystem erlaubt einen besonders effizienten papierlosen Workflow ohne Stress, weil Störungen durch das Telefon wegfallen. Meldungen aus der Aktion heraus legen alles, was Therapeut, Planer, Arzt und Pflege brauchen, griffbereit auf deren Arbeitstisch. Der rasche Transfer der Teilergebnisse erhöht den Arbeitskomfort im Workflow. So wie das automatische und händische Planen nahtlos verschmolzen sind, so wird auch das Arbeiten im Workflow ein Prozess «aus einem Guss».