

Schnittstellenmanagement in der muskuloskelettalen Rehabilitation: Akutphase/postakute Nachbehandlung

Um Schnittstellen im Behandlungsprozess besser zu managen, braucht es Daten, die vor, während und nach der Behandlung systematisch erhoben und regelmässig ausgewertet werden müssen. Nur so können Triage-Entscheidungen zur Bestimmung der postakuten Nachbehandlung überprüft und optimiert werden. Dies wird im Folgenden an einem Beispiel aus dem Zürcher Stadtspital Triemli aufgezeigt. Im Zentrum steht dabei die orthopädische Prothetik mit Frührehabilitation und weiterführender muskuloskelettaler Rehabilitation respektive Nachbehandlung.

Robert Theiler¹, Jürg R. Kuster²

Die begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen zwingen die Teilnehmenden, ihre Prozesse zu optimieren. Dabei müssen alle Abläufe hinterfragt werden: vom Prozedere der Institutionseinweisung über die Indikationsstellung und Akutspitalbehandlung bis hin zur Nachbe-

handlung und Nachsorge. Ziel ist es, den Patientenpfad bezüglich Wirksamkeit (Outcome = Ergebnisse) und Kosten zu verbessern. Am Beispiel der muskuloskelettalen Rehabilitation nach orthopädischer Prothetik³ am Zürcher Stadtspital Triemli soll im Folgenden aufgezeigt werden, wie die Schnittstelle zwischen Akutbehandlung und postakuter Nachbehandlung optimiert werden kann. Die

«Dank dem präoperativen Assessment wird bereits vor dem Eingriff eine erste Triage im Hinblick auf die Nachbehandlung möglich.»

Grundlage für die Prozessoptimierung bilden dabei systematische Assessments mit Hilfe der computerunterstützten Instrumente «Qualitouch» (elektronisches Befragungsinstrument) und «Rehapaner» (elektronisches Rehabilitations-Planungsinstrument).

¹ PD Dr. med. Robert Theiler war nach Abschluss seines Medizinstudiums (1984) an verschiedenen Akutspitalern und Rheumakliniken in den Kantonen Zürich, Aargau und Basel sowie in Sydney (Australien) als Spezialarzt für physikalische Medizin, Rehabilitation und Rheumatologie tätig. Von 1996 bis 2002 leitete er die Rheumaklinik und das Institut für Physikalische Medizin und Rehabilitation am Kantonsspital Aarau. Seit Juni 2002 ist er Chefarzt der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation am Stadtspital Triemli. Besondere Interessen: Arthrose, Osteoporose und Qualitätsmanagement.

² Jürg R. Kuster (MBA GSBA Zurich) war 25 Jahre in Geschäftsleitungspositionen im In- und Ausland tätig und ist seit über 10 Jahren Consultant und Coach in den Bereichen Dienstleistung, Gesundheitswesen, öffentliche Verwaltung und Industrie. Besondere Interessen: Prozess(kosten)optimierung, Organisationsentwicklung sowie Team- und Managementcoaching.

³ Muskuloskelettale Interventionen wie die Implantation einer Hüft- oder Knieprothese gehören zu den planbaren muskuloskelettalen Prozessen. Daneben gibt es ungeplante Notfallprozesse, zum Beispiel bei osteoporotischer Hüftfraktur.



Robert Theiler



Jürg R. Kuster

Die Ergebnisse dieser Assessments können gleichzeitig zur Planung der individuellen Nachbehandlung, zur laufenden Qualitätsmessung und zur kontinuierlichen Prozessoptimierung eingesetzt werden. Voraussetzung zur Optimierung der Schnittstellen und der Behandlungsprozesse ist ein multidisziplinäres Behandlungsteam mit klar definierten Rollen und Verantwortlichkeiten.

Abbildung 1 zeigt auf, in welchen Phasen des Patientenpfades welche Daten erhoben werden.

Erstes Reha-Assessment

Bereits präoperativ werden die Patientinnen und Patienten zu einem ersten Rehabilitations-Assessment aufgebeten (Abbildung 1, Position 1 im Prozess). Bei diesem Assessment

«Nach dem Eingriff wird in Frühreha-Zwischenberichten geprüft, ob die vorgesehene Triage-Kategorie für die Nachbehandlung die richtige war.»

wird die Patientin oder der Patient nicht nur über den Ablauf der Intervention und des Akut-Spitalaufenthaltes orientiert, sondern auch zu wichtigen, das Outcome beeinflussenden Parametern befragt, wie zum Beispiel Interventionsart, Kontextfaktoren, allgemeine Gesundheit. Dabei werden für jede Intervention standardisierte und international validierte Assessment-Instrumente (z.B. Fragebogen zur allgemeinen Gesundheit, wie SF 36, Euroqol, und interventionsspezifische Fragebogen, wie WOMAC, NASS usw.) angewendet, die zur Qualitätssicherung und zur Ergebnismessung eingesetzt werden. Neben dem interventions-

«Leider wurden die meisten stationären Reha-Strukturen in den frühen Fünfziger- und Sechzigerjahren wohnortfern realisiert.»

spezifischen Assessment wird auch ein Komorbiditäts-Assessment durchgeführt. Dabei werden die wichtigsten Komorbiditäten der Patientin oder des Patienten mit Hilfe des Instrumentes «Qualitouch» in einem dreidimensionalen Score erfasst (DDD-Score: Disease, Drugs,

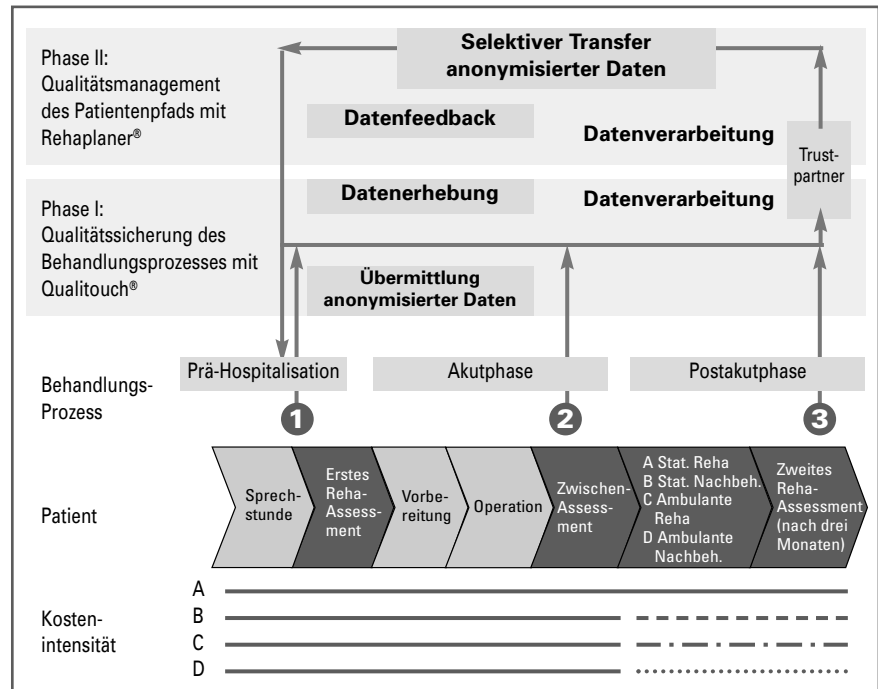


Abbildung 1: Qualitätsmanagement des Behandlungspfades (Datenerhebung zur kontinuierlichen Prozessoptimierung, zur Planung der individuellen Nachbehandlung und zur Qualitätsmessung)

Akutphase	Postakutphase			
	Ambulante Nachbehandlung	Ambulante Reha	Stationäre Nachbehandlung	Stationäre Reha
Ort	zu Hause	zu Hause	Hotel Kurhaus	Reha-Klinik
Medizinische Therapie	Problemorientierte Physiotherapie	Koordinierte Team-Therapie	Problemorientierte Physiotherapie	Koord. Team-Therapie 2-3 h/Tag
Medizinische Pflege (dipl. Pers.)	Wenig Nicht spezialisiert	Keine	Wenig Nicht spezialisiert	Spezialisierte Pflege
Fremde Hilfe (z.B. Partner/in)	Wenig (+)	Wenig (+)	Mittel (++)	Viel (+++)
Ärztlicher Dienst	Wenig Nicht spezialisiert	Viel Reha-Arzt	Wenig	Viel Reha-Arzt

Abbildung 2: Triage-Kategorien in der muskuloskelettalen Rehabilitation

Disability). Dieser Score bildet die Nebendiagnosen der Patientin oder des Patienten, die wegen Multimorbidität eingenommenen Medikamente sowie die subjektive Behinderung durch die einzelnen Komorbiditäten ab. So ergibt sich ein dreidimensionales, so genannt «verschlüsseltes» Morbiditätsprofil

der Patientin und des Patienten, das sich der ICF⁴ annähert. Dieses Profil ist sowohl für die Akutphase (z.B. für die Anästhesie) als auch für die

⁴ ICF: «International Classification of Functioning, Disability and Health»; beschreibt die Funktionsfähigkeit und deren Beeinträchtigungen auf den Ebenen der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten des Individuums sowie der sozialen Partizipation.

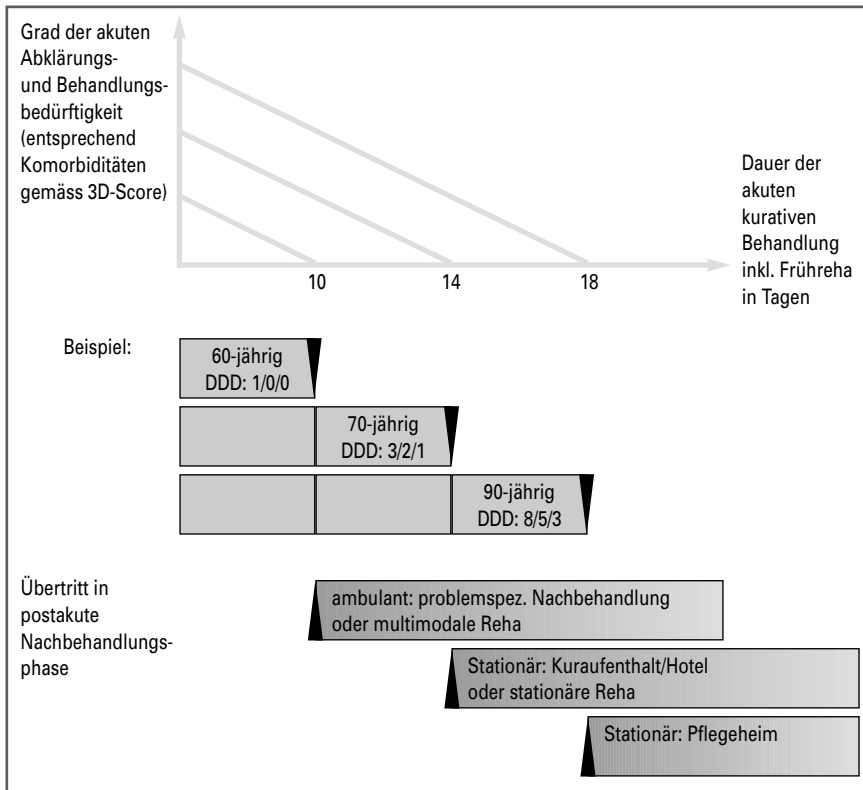


Abbildung 3: Typische Dauer des Klinikaufenthaltes im Akutspital (kurative Behandlung und Frührehabilitation) mit drei Beispielen von Patienten mit unterschiedlichem Morbiditätsprofil/DDD-Score

Nachbehandlung in der Postakutphase relevant. Zusätzlich werden relevante nichtmedizinische Kontextfaktoren, wie zum Beispiel soziale Situation und häusliche Verhältnisse, erfasst, sodass bereits vor dem Eingriff eine erste Triage im Hinblick auf die Nachbehandlung möglich wird.

Bei dieser Triagierung werden die Patienten entsprechend ihrem Nachbehandlungsbedarf einer der folgenden Kategorien zugeteilt (siehe auch *Abbildung 2*):

1. Ambulante postakute Nachbehandlung mit ambulanter problemorientierter Physiotherapie
2. Ambulante Rehabilitation mit koordinierter multimodaler muskuloskelettaler Reha-Team-Therapie
3. Stationäre postakute Nachbehandlung mit problemorientierter Physiotherapie (Hotel/Kurhaus)
4. Stationäre postakute Rehabilitation mit stationärer koordinierter multimodaler muskuloskelettaler Reha-Team-Therapie (Rehabilitationsklinik).

Zwischenassessment

Nach dem operativen Eingriff (Implantation der Knie- oder Hüftprothese) wird die Patientin oder der Patient vom multidisziplinären Frühreha-Team übernommen. In Frühreha-Zwischenrapporten (*Abbildung 1*, Position 2 im Behandlungsprozess)

«Bei jüngeren Patientinnen und Patienten kann auch die Indikation für eine ambulante muskuloskelettale Rehabilitation gestellt werden.»

wird nun geprüft, ob die beim ersten Reha-Assessment vorgesehene Triage-Kategorie für die Nachbehandlung (siehe *Abbildung 2*) die richtige war. Nun wird also definitiv festgelegt, ob die Patientin oder der Patient einem Standardprozess mit problemorientierter Physiotherapie und Nachbe-

handlung (zu Hause oder im Kurhaus) zugewiesen werden kann oder ob eine aufwändige multimodale Reha (stationär oder ambulant) indiziert ist.

Bei prothetischen Eingriffen wird heute vielfach die Indikation für eine postakute Nachbehandlung mit problemorientierter Physiotherapie ge-

«Bis heute konnte nicht nachgewiesen werden, dass eine stationäre muskuloskelettale Schmerzrehabilitation einer ambulanten überlegen wäre.»

stellt. In diesem Fall erhält der Patient eine standardmässige Nachbehandlung, bezogen auf sein Problem am Bewegungsapparat, jedoch keine aufwändige komplexe muskuloskelettale Rehabilitation. Bei einem Teil der Patienten kann diese Standardtherapie ambulant durchgeführt werden. Andere benötigen aus sozialen Gründen (allein stehend oder ungünstige häusliche Verhältnisse wie z.B. kein Lift) einen stationären Aufenthalt im Hotel oder Kurhotel. Die Nachbehandlung beschränkt sich häufig auf eine problemorientierte Physiotherapie, wobei unklar ist, wie häufig und intensiv diese Therapie im Idealfall stattfinden sollte (es fehlen evidenzbasierte Studien).

Patientinnen und Patienten mit begleitender Multimorbidität und vorbestehenden Behinderungen des Bewegungsapparates und/oder anderer Organsysteme sowie schwer abschätzbarer Prognose brauchen dagegen nach orthopädischer Prothetik meist weiterhin viel Pflege und möglicherweise auch häufigere und intensivere Physiotherapie. Bei diesen Patienten wird die Indikation für eine komplexe, multimodale muskuloskelettale Rehabilitation gestellt (siehe dazu *Abbildung 3*).

Diese Rehabilitation findet oft stationär statt. Allerdings stellt man heute fest, dass eine Mehrzahl der Patientinnen und Patienten wohn-

ortnahe Nachbehandlungs- respektive Rehabilitationsstrukturen vorziehen würden. Leider wurden die meisten stationären Reha-Strukturen (Reha-Kliniken) in den Fünfziger- und Sechzigerjahren wohnortfern realisiert. Dies ist vor allem für ältere und geriatrische Patienten ungeeignet. Im Grossraum Zürich zum Beispiel gibt es nicht genügend wohnortnahe Reha-Strukturen.

Bei geriatrischen Patienten ist der Rehabilitationsaufwand im Voraus besonders schwierig abschätzbar. Der therapeutische Aufwand hängt dabei natürlich auch von der Interventionsart ab: Primäre Arthroplastiken an den Hüften (einfache Interventionsart) benötigen meist eine weniger aufwändige Therapie als Prothesenwechsel (komplizierte Interventionsart). Bei jüngeren Patientinnen und Patienten mit niedrigem DDD-Score und günstigen Kontext-

«Systematische interne Datenerhebungen erlauben es, den Gesamtprozess und seine Schnittstellen im Sinne eines integrierten Qualitätsmanagements laufend zu optimieren.»

faktoren kann auch die Indikation für eine ambulante muskuloskeletale Nachbehandlung/Rehabilitation gestellt werden. Dies gilt zum Beispiel für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzsyndromen und andauernder muskuloskeletaler Behinderung, wie Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Diese Patientengruppe könnte in ein vordefiniertes ambulantes multimodales Reha-Programm mit definierter Intensität und vordefinierten Endpunkten überführt werden. Bis heute konnte nicht nachgewiesen werden, dass eine stationäre muskuloskeletale Schmerzrehabilitation einer ambulanten überlegen ist. Allerdings sind die ambulanten wohnortnahen Reha-Strukturen noch zu wenig ausgebildet und differenziert, und mit den Krankenversi-

chernern konnten noch keine adäquate Tarife für diese Therapien vereinbart werden.

Zweites Reha-Assessment

Beim Abschluss der Akutphase, das heisst beim Verlassen des Akutspitals, erhält die Patientin oder der Patient vom Frühreha-Team einen Termin für ein zweites Reha-Assessment (*Abbildung 1*, Position ③ im Behandlungsprozess). Dieses findet in der Regel drei Monate nach der Intervention, das heisst nach Abschluss der Postakutphase, statt. Dabei wird die interventionsspezifische Ergebnisqualität gemessen und der Patientin oder dem Patienten sowie dem behandelnden Orthopäden und dem Hausarzt als Feedback-Report mitgeteilt. Daneben werden beim zweiten Reha-Assessment weitere relevante Parameter wie die Dauer des Akutspitalaufenthaltes, Form und Intensität der durchgeführten Nachbehandlungen (Anzahl problemorientierte Physiotherapiesitzungen oder Rehabilitationsprogramme) und die Zufriedenheit der Patientin oder des Patienten mit Art und Ort der Nachbehandlung erfasst. Die kontinuierliche Erfassung dieser Daten erlaubt es, den Prozess regelmässig zu evaluieren und im Sinne eines integrierten Qualitätsmanagements laufend zu optimieren. Zu diesem Zweck werden die anonymisierten Daten in standardisierter Form im elektronischen Rehabilitationsplaner erfasst und regelmässig ausgewertet. Am Stadtspital Triemli hat sich eine Arbeitsgruppe «muskuloskeletale Frührehabilitation am Akutspital» gebildet, die es sich zur Aufgabe macht, basierend auf den Auswertungsergebnissen die Triagierung und das Schnittstellenmanagement im Bereich der muskuloskelettalen Frührehabilitation und Nachbehandlung weiter zu verbessern und so die Zusammenarbeit mit den Krankenversicherern zu erleichtern und die Transparenz bezüglich Methoden- und Prozesswirksamkeit zu verbessern.

Fazit

Die Erfahrungen am Stadtspital Triemli in den letzten 18 Monaten

zeigen, dass systematische interne Datenerhebungen und deren regelmässige anonymisierte Auswertung es erlauben, den Gesamtprozess und seine Schnittstellen im Sinne eines integrierten Qualitätsmanagements kontinuierlich zu optimieren. Allerdings ist dazu der Einsatz eines Frührehabilitationsteams am Akutspital unerlässlich; nur so wird sich eine optimierte Nachbehandlung ressourcengerecht steuern lassen. Die Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern im Prozessmanagement ist zurzeit noch ungenügend entwickelt und sollte weiter verbessert werden. Hier liegt ein grosses Potenzial, um die Effizienz in unserem Gesundheitssystem wirksam zu verbessern. ■

Autoren:

PD Dr. med. Robert Theiler

Chefarzt Klinik für Rheumatologie
und Rehabilitation
Stadtspital Triemli Zürich
Birmensdorferstrasse 497
8063 Zürich
E-Mail:
robert.theiler@triemli.stzh.ch

Jürg R. Kuster

MBA GSBA Zurich
Managing Partner
CGZ Consulting Gruppe Zürich
AG
Löwenstrasse 2
8001 Zürich
E-Mail: juerg.kuster@cgz.ch