

DGSMP-Arbeitskreis Prakt. Sozialmedizin/Rehabilitation

Frankfurt, 09. Dezember 2010

Rehabilitation als interdisziplinäre Aufgabe und Schnittstellenmanagement-Herausforderung.



Johann
Wolfgang
Goethe-Univ.



Kardiozentrum Frankfurt



DGSMP-Arbeitskreis Prakt. Sozialmedizin/Rehabilitation

Frankfurt, 09. Dezember 2010

Rehabilitation als ganzheitlicher Ansatz...

↻ komplexe Therapie ↻ interdisziplinäre Aufgabe !



Klinik Wetterau



Klinik Taunus II



Klinik Taunus I - Ödemklinik



Gliederung

- Charakterisierung der AHB- und MRA-Patienten gestern und heute
- Welche Berufsgruppen sind am Reha-Prozeß im Reha-Zentrum beteiligt ?
- Kasuistiken mit multiprofessionellen Prozessen
- Wo (Institutionen, Teams) ist der interdisziplinäre Ansatz außerhalb des Reha-Zentrums erforderlich ?
- Kasuistiken mit externen Schnittstellen



Liegedauer nach akutem Myokardinfarkt bis 1970

Betruhe. Körperliche Ruhigstellung ist zur allgemeinen Entspannung und zur Verminderung der Herzarbeit eine der vordringlichsten Maßnahmen während der ersten Krankheitswochen. Von vielen Autoren wird auch heute noch die Ansicht vertreten, daß eine 4 – 6wöchige Betruhe notwendig sei. Freilich richtet sich die Zeitdauer der zu verordnenden absoluten Ruhigstellung auch nach der Schwere des Krankheitsbildes. Da sich die meisten Todesfälle innerhalb der ersten drei Krankheitswochen ereignen, sollte zumindest eine 3wöchige Betruhe eingehalten werden.

Es wird allgemein die Ansicht vertreten, daß die körperliche Ruhe so lange ausgedehnt werden soll, als die Herzmuskelnekrose durch ein festes Narbengewebe ersetzt worden ist.

*Schmiert, G. et al: Die Coronarerkrankungen.
Handbuch der Inneren Medizin, S. 1442 (1960)*



Stufenweise Mobilisierung bei unkompliziertem MI

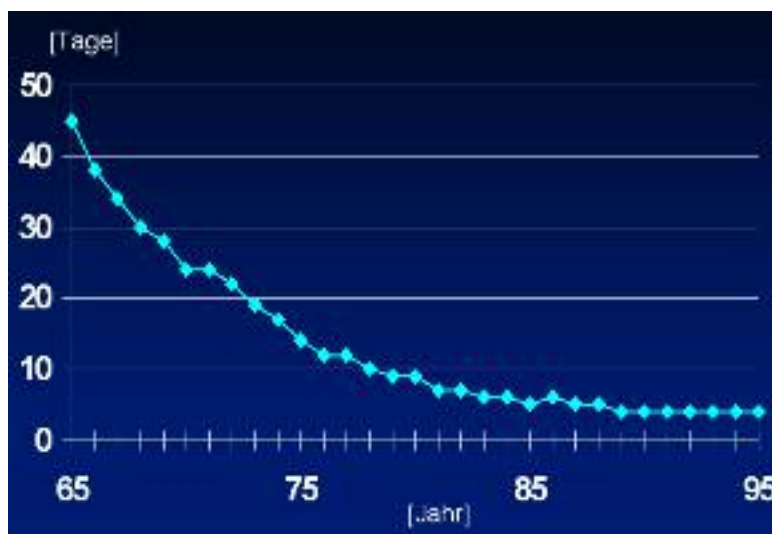
Mittelpunkte - individuell variieren

	Individuelle Mobilisierung	Individuelle Mobilisierung	Individuelle Mobilisierung	Individuelle Mobilisierung	Individuelle Mobilisierung
Tag und Mobilisierungsstufe	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10
PROPHYLAXIS	1. Antikoagulation und 2. ACE-Hemmer 3. Statine 4. Beta-Blocker 5. Diuretika 6. Nitratrelease 7. Aspirin	1. ACE-Hemmer 2. Statine 3. Beta-Blocker 4. Diuretika 5. Nitratrelease 6. Aspirin	1. ACE-Hemmer 2. Statine 3. Beta-Blocker 4. Diuretika 5. Nitratrelease 6. Aspirin	1. ACE-Hemmer 2. Statine 3. Beta-Blocker 4. Diuretika 5. Nitratrelease 6. Aspirin	1. ACE-Hemmer 2. Statine 3. Beta-Blocker 4. Diuretika 5. Nitratrelease 6. Aspirin
Diagnostik	Kardiogramm	gibt für TOCOT?	gibt für TOCOT?	gibt für TOCOT?	gibt für TOCOT?
Diagnostik	1. Echokardiogramm 2. Labordiagnostik 3. Röntgen 4. EKG 5. Nitratrelease 6. Aspirin	1. Echokardiogramm 2. Labordiagnostik 3. Röntgen 4. EKG 5. Nitratrelease 6. Aspirin	1. Echokardiogramm 2. Labordiagnostik 3. Röntgen 4. EKG 5. Nitratrelease 6. Aspirin	1. Echokardiogramm 2. Labordiagnostik 3. Röntgen 4. EKG 5. Nitratrelease 6. Aspirin	1. Echokardiogramm 2. Labordiagnostik 3. Röntgen 4. EKG 5. Nitratrelease 6. Aspirin
Diagnostik	1. Echokardiogramm 2. Labordiagnostik 3. Röntgen 4. EKG 5. Nitratrelease 6. Aspirin	1. Echokardiogramm 2. Labordiagnostik 3. Röntgen 4. EKG 5. Nitratrelease 6. Aspirin	1. Echokardiogramm 2. Labordiagnostik 3. Röntgen 4. EKG 5. Nitratrelease 6. Aspirin	1. Echokardiogramm 2. Labordiagnostik 3. Röntgen 4. EKG 5. Nitratrelease 6. Aspirin	1. Echokardiogramm 2. Labordiagnostik 3. Röntgen 4. EKG 5. Nitratrelease 6. Aspirin

Kardiologie
Uniklinik
Frankfurt
(1990)



Liegedauer nach akutem Myokardinfarkt



Inselspital,
Uni Basel
(n. Dubach)



Frühmobilisation nach akutem Ereignis 2004

Tag	Unkompl. STEMI	NSTEMI	Herz-OP
1	Bettfahrrad	Druckverband	beatmet
2	Nachtstuhl	Bel.-EKG	Drainagen >
3	Umhergehen	→ AHB	Normalstation Atemgymn. Treppe gehen
..5	Bel.-EKG → AHB		AHB



Warum kann heute früher mobilisiert werden?



*Systemische
Lyse*



*Interventionelle
Revascularisation*



*β-Blocker, ACE-Hemmer,
Aldosteronantagonisten*



Hämatom nach Druckverband



LE, 36J., stent-PTCA, Hb 8,8



Akute Stentthrombose



Rhabdomyolyse durch Druckverband



SA, 76J., stent-PTCA



Der pflegeintensive AHB-Patient heute



KG, 57J., Apoplex + Parkinson



Jl, 73J., PTCA, Coxarthrose



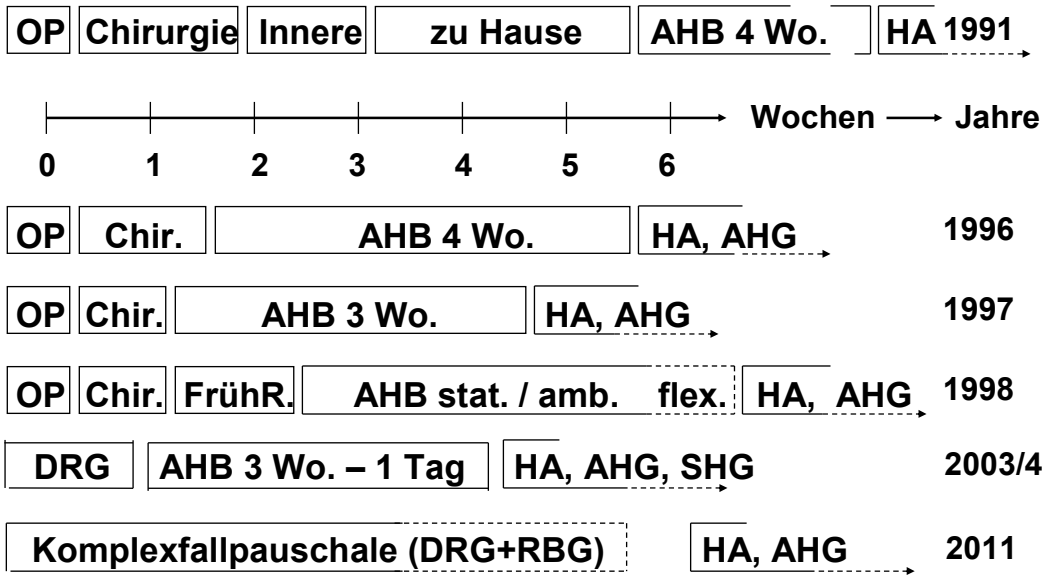
FH, 60J., CABG bei DM



FH, 60J., VWI, CPR, MRSA



Rehaverlauf post OP: gestern, heute, morgen



RV aktuell
 Fachzeitschrift und amtliche Mitteilungen
 der Deutschen Rentenversicherung

23. Nov. 2007
 11
 A 1530
 November 2007 • Jahrgang 54

Fallgruppen in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung
 Dr. Thomas Hansmeier, Dr. Hans-Günter Hauf

Fallgruppen bilden die Basis für pauschalisierte Vergütungssysteme, die zunehmend in der Gesundheitsversorgung Anwendung finden. Bei der seit längerer Zeit eingeleiteten Entwicklung von Fallgruppen für die Rehabilitation der Rentenversicherung (RV) stehen Fragen der bedarfsgerechten Steuerung im Vordergrund. Der Beitrag spezifiziert die Anforderungen, die ein Fallgruppensystem in der Rehabilitation erfüllen muss, und nimmt eine zusammenfassende Bewertung des aktuellen Entwicklungsstandes vor. Im Zentrum steht dabei die kontinuierliche Verbesserung der Praxis der Rehabilitation.

Rehabilitationsfähigkeit (allgemein)

Rehabilitationsfähig ist ein Versicherter, wenn er aufgrund seiner somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Leistung zur medizinischen Rehabilitation notwendige Belastbarkeit (ADL) und Motivation oder Motivierbarkeit besitzt.

nach BAR: Rehabilitation und Teilhabe, Wegweiser für Ärzte, S. 101 ff, 3. Auflage (2005)



Rehabilitationsfähigkeit (AHB)

Die Rehabilitandin oder der Rehabilitand muß:

- **frühmobilisiert, insbesondere in der Lage sein, ohne fremde Hilfe zu essen, sich zu waschen und auf Stationsebene zu bewegen,**
- **für effektive rehabilitative Leistungen ausreichend belastbar sein und**
- **motiviert und aufgrund seiner geistigen Aufnahmefähigkeit und psychischen Verfassung in der Lage sein, aktiv an der Rehabilitation mitzuarbeiten.**

DRV-Bund: AHB Katalog (Ausgabe 2008)



Rehabilitationsfähigkeit (AHB)

- Abgeklungene Akutphase
- Abgeschlossene Wundheilung
- Erfolgte Frühmobilisation
- **Selbsthilfefähigkeit (d.h. der behinderte Mensch soll in der Lage sein, sich ohne fremde Hilfe zu waschen, anzuziehen, zu essen, die Toilette zu benutzen etc.)**
- **Zumindest begrenzte Gehfähigkeit (d.h. der behinderte Mensch soll zumindest innerhalb der Station gehen können, ggfls. auch mit Hilfsmitteln)**
- **Transportfähigkeit**

MRSA !!!

*nach BAR: Rehabilitation und Teilhabe, Wegweiser für Ärzte,
S. 101 ff, 3. Auflage (2005)*



Rehabilitationsfähigkeit (AHB) bei MRSA

Die hohen Anforderungen an die Rehabilitationsfähigkeit für eine AHB erfordern eine sorgfältige Indikationsstellung, um einen angemessenen Rehabilitationserfolg zu gewährleisten. Danach kommen Patienten, die den besonderen Anforderungen wegen andauernder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderungen nicht gewachsen sind, für eine AHB nicht in Betracht. Spezielle akute Infektionen, wie zum Beispiel eine floride Tuberkulose oder eine Methicillin-resistente-Staphylococcus-aureus-(MRSA)-Infektion, schließen Rehabilitationsfähigkeit aus. Bei asymptomatischer MRSA-Besiedlung und vorliegender Rehabilitationsbedürftigkeit sowie positiver Rehabilitationsprognose im Sinne der Rentenversicherung muss im Einzelfall geklärt werden, ob angemessene Rehabilitationsziele auch bei ggf. vorzunehmenden Isolierungsmaßnahmen erreicht werden können. Die Rehabilitationsdauer orientiert sich am indikationsspezifischen Rahmen unabhängig von der MRSA-Besiedlung.

nach DRV-Bund: AHB-Katalog (Ausgabe 2008)



Neuer AHB-Katalog → zum Thema MRSA

Eine MRSA-Infektion schließt eine Rehafähigkeit aus (ohne Ausnahme).

Eine asymptomatische MRSA-Besiedelung kann (auch bei ggfls. vorzunehmenden Isolierungsmaßnahmen) im Einzelfall aufgenommen werden.



*FH, 60J.,
VWI, CPR, MRSA*

DRV-Bund: AHB Katalog (Ausgabe 2008)



Neuer AHB-Katalog → zum Thema MRSA

Theoretische Konsequenz:

1. Forderung an Akut-Krankenhäuser, ihrer screening-Verpflichtung nachzukommen.
2. Aufnahme von AHB-Patienten erst dann, wenn das einheitliche Ergebnis des Abstrichs vorliegt !



DRV-Bund: AHB Katalog (Ausgabe 2008)



Fazit zur Reha-Fähigkeit: Beschleunigung an der Schnittstelle

Akutmedizin und Rehabilitation wachsen aufeinander zu und verschmelzen miteinander.

Stichwörter früher: *nach* Abschluß der Wundheilung
= Fäden entfernt,
auf Stationsebene mobilisiert

Stichwörter heute: Liegendtransport,
liegende Katheter, Schläuche, Kabel
MRSA
eitrige / blutige Verlegung



Der chirurgische Patient im DRG-Zeitalter



Deutsch Ärztebl 104: B 825-6 (06.04.2007)



Der herzoperierte AHB-Patient heute



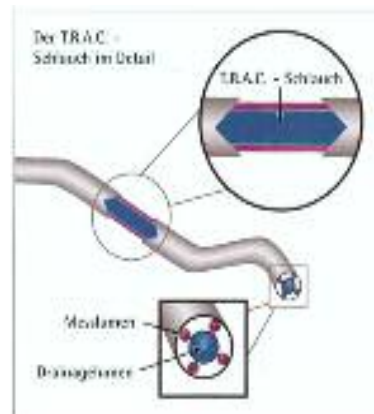
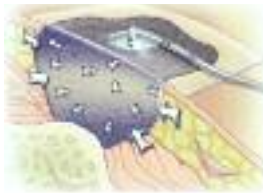
SG, 76J., MKE, bei Aufnahme (6. post OP Tag) und nach 5 Wochen



LH, 59J., CABG + 3-K-Defi, Klebeelektroden, Fäden, Kabel



Komplette arterielle Revaskularisation



12/04

*SA, 62J., arterielle
CABG 12/04*

Vakuumpumpentherapie (V.A.C.)



Komplette arterielle Revaskularisation



12/04



1/05



4/05

SA, 62J., arterielle
CABG 12/04



Der kardiologische AHB-Patient 2010...

- kommt früher (CABG ab 4. post-OP Tag)
- ist teils älter (95. J), teils jünger (17 J.)
- oft mehrfach voroperiert, häufig multimorbide
- hat neue Therapien (interv., operativ, elektr., V.A.C.)
- und neue Komplikationen (Leiste, MRSA, ...)
- ist zunehmend pflegeintensiv
- spricht oft wenig deutsch
- ist kognitiv manchmal weniger eingeschränkt



Der kardiologische AHB-Patient 2010...

Sozialmedizinische Aspekte:

- Rehafähigkeit (körperlich, mental, psychosozial, RSA) ?
- Rehaprognose ?
- Kontextfaktoren
- Nebendiagnosen (Multimorbidität → Rehabedarf) !
- Stufenweise Wiedereingliederung / LTA

Weitere Aspekte:

- Kosten



Interdisziplinäre Aufgabe

Der MRA-Patient heute



*FH, 58J., metabolisches Syndrom,
Diabetes mit Insulinpumpe*



*BR, 46J., metabolisches Syndrom,
215 kg*



Der übergewichtige MRA-Patient heute

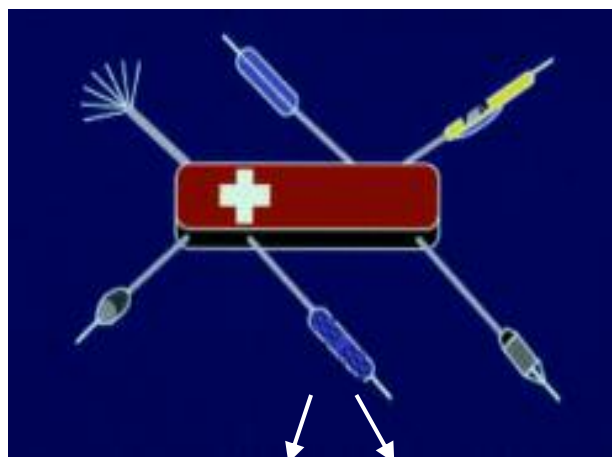


Problem 1: zugelassenes Höchstgewicht bei Hockern, Massage-Liegen, Ergometern, Betten, Stühlen

Problem 2: Gesäßbreite bei Stühlen mit Armlehne



Der MRA-Patient heute - Kathetertechniken



BMS
bare metal stent

DES
drug eluting stent



Der MRA-Patient heute – Kathetertechniken

**Sirolimus-Stent
nach 3 Monaten**



keine Intimahyperplasie

**Bare metal stent
nach 3 Monaten**



**In-stent-Restenose
durch Intimahyperplasie**



Der MRA-Patient heute

Dänisches Register bestätigt duale Plättchenhemmung nach PCI

Erhöhtes Risiko beim DES erst nach dem Absetzen der Medikation

Gibt es Unterschiede zwischen Metallstent und beschichteten Stents hinsichtlich der Häufigkeit von Stentthrombosen? Diese Frage beschäftigt die Kardiologen aus Skandinavien. Wie häufig werden Stentthrombosen bei Patienten mit beschichteten Stents (DES) im Vergleich zu Patienten mit Metallstents (BMS) beobachtet? Diese Frage wurde im Rahmen des Dänischen Register für Percutaneous Coronary Intervention (DANES) untersucht. In der Studie wurden 10.000 Patienten mit einer koronaren Intervention (PCI) eingeschrieben. Die Patienten wurden in zwei Gruppen unterteilt: eine Gruppe mit beschichteten Stents (DES) und eine Gruppe mit Metallstents (BMS). Die Patienten wurden über einen Zeitraum von 12 Monaten beobachtet. Die Ergebnisse zeigen, dass das Risiko für Stentthrombosen bei Patienten mit DES im Vergleich zu Patienten mit BMS höher ist, wenn die doppelte Plättchenhemmung (DAPT) abgesetzt wird. Dies deutet darauf hin, dass die beschichteten Stents ein höheres Risiko für Stentthrombosen aufweisen, wenn die doppelte Plättchenhemmung abgesetzt wird. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle dargestellt:

Gruppe	Anzahl Patienten	Stentthrombosen (n)	Risiko (%)
DES	5.000	1.160	23,2
BMS	5.000	0	0

In dem in dieser Zeit unter dem Haupttitel 11.360 Stent-Patienten auf niedrigem N...

ACC New Orleans 2007

Cardio news 4/2007



Der MRA-Patient heute

Schwere Myokardinfarkte aufgrund von späten und sehr späten Stentthrombosen nach Implantation medikamentenbeschichteter Koronarstents

Severe myocardial infarction due to late and very late stent thrombosis after coronary artery stenting with drug-eluting stents

Asteron

B. Krausegrill¹, E. Erdmann¹, M. Fleisch¹

DMW 133: 2014-2017 (2008)

**Fall 1: DES vor 9 Monaten, Doppelantiaggregation für 6 Monate,
Fall 2: DES vor 3 Jahren, Doppelantiaggregation für 18 Monate,
d.h. 10 Wochen bzw. 18 Monate nach Absetzen des Clopidogrels!**



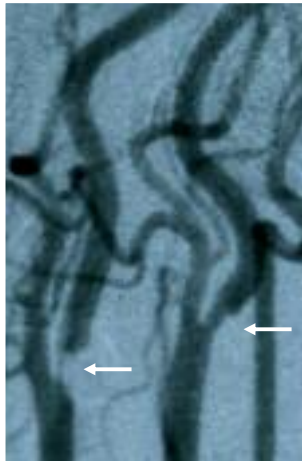
Der MRA-Patient heute



***BT, 42J., metabolisches Syndrom,
Rehaantrag vom niedergel. Chirurgen,
internistischerseits unbehandelt,
Rehafähigkeit?***



Der MRA-Patient heute



MH, 54J., Apoplex plus Hypertonie, keine Vordiagnostik



Der MRA-Patient heute



*SR, 30J., Ulcera crurium mit Pseudomonasbesiedelung,
Krankenpfleger auf chirurgischer Allgemeinstation,
kommt AF, will arbeiten !!!*



Der MRA-Patient heute



**JH, 63J.,
klaffendes
Sternum
(2 J. post OP)**



Krankheitsverarbeitung des Künstlers



Der MRA-Patient heute

Reha aufgrund langer AU (§ 51 SGB V, § 125 SGB III)



The image shows a yellow 'Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung' (AU) form. At the top right, it says 'Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse'. Below this, there are several checkboxes for different types of certificates: 'Erstbescheinigung', 'Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung', 'Folgebescheinigung', and 'Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit'. The 'Folgebescheinigung' checkbox is circled in red. To the right of the form, there is a white arrow pointing to the text 'RV, BA'. At the bottom right of the form, there is a small circular logo with a red and grey design.

⇒ RV, BA

Der kardiologische MRA-Patient 2010...

- kommt z.T. sehr spät
- ist häufig unzureichend vordiagnostiziert und –therapiert
- hat schwierige soz.-med. Fragestellungen (ICD, DES)
- hat Probleme am Arbeitsplatz (mobbing, Kurzarbeit...)
- ALG II / § 51 / § 125 ←→ hoch motiviert
- große Erwartungshaltung (Massagen etc.)
- Sprachproblematik



Der kardiologische MRA-Patient 2010...

Sozialmedizinische Aspekte:

- Rehafähigkeit ?
- Rehaprognose ?
- Kontextfaktoren
- Nebenwirkungen !
- Arbeitsmarktsituation, Existenzangst

Weitere Aspekte:

- Kosten, Haftung



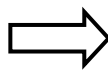
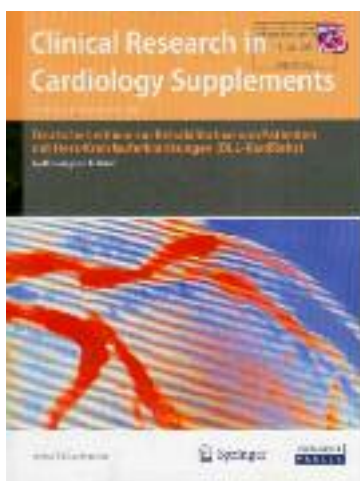
Interdisziplinäre Aufgabe

Gliederung

- ✓ Charakterisierung der AHB- und MRA-Patienten gestern und heute
- Welche Berufsgruppen sind am Reha-Prozeß im Reha-Zentrum beteiligt ?
- Kasuistiken mit multiprofessionellen Prozessen
- Wo (Institutionen, Teams) ist der interdisziplinäre Ansatz außerhalb des Reha-Zentrums erforderlich ?
- Kasuistiken mit externen Schnittstellen



Leitlinien in der kard. Reha 2007



Prozeß-Leitlinien der DRV-Bund: 1. Kardiologie



- ETM 1 Ausdauertraining
- ETM 2 Körperliches Fähigkeitstraining
- ETM 3 Sport- und Bewegungsspiele
- ETM 4 Kraft- und Muskelaufbautraining
- ETM 5 Ernährungsschulung
- ETM 6 Information und Motivation
- ETM 7a,b Basis- / Risikogruppenschulung
- ETM 8 Psychologische Beratung
- ETM 9 Stressbewältigung
- ETM 10 Entspannungstraining
- ETM 11 Nichtrauchertraining
- ETM 12a – c Klinische Sozialarbeit



Das interdisziplinäre medizinische Reha-Team (BAR, DGPR)

- Ärzte (kardiol. / sozialmed. / rehabilitat. / sportmed.)



Das interdisziplinäre medizinische Reha-Team (BAR, DGPR)

- **Ärzte (kardiol. / sozialmed. / rehabilitat. / sportmed.)**
 - 1997 waren 10 000 Ärzte arbeitslos
 - Seit 2005 sind 5000 Stellen vakant
 - Von 2007 bis 2012 werden:
 - 41 000 weitere Stellen frei,
 - allein in der Klinikgruppe der DRV-Bund scheiden 50% der Ärzte aus,
 - es kommen lediglich 38 000 Hochschulabsolventen hinzu.

Brückner, Hahn, Klinikleitertagung, Berlin, 27.11.2008



Das interdisziplinäre medizinische Reha-Team (BAR, DGPR)

- **Ärzte (kardiol. / sozialmed. / rehabilitat. / sportmed.)**
 - Gleichzeitig werden wegen Personalabbaus anderenorts (HV) oder in anderen Berufsgruppen (Empfang) immer mehr arztfremde Aufgaben an Ärzte übertragen.
 - Hinzu kommen neue Aufgaben in der Dokumentation und Codierung (DRG, ICF?)
 - Hinzu kommen die Beschleunigung sowie die Anforderungen an das Arbeitszeitgesetz.



Das interdisziplinäre medizinische Reha-Team (BAR, DGPR)

- **Ärzte (kardiol. / sozialmed. / rehabilitat. / sportmed.)**



ver.di



Marburger Bund



Ärztmangel heute

Deutsches Ärzteblatt
vom 12.02.2010:

Für die Klinikgruppe
der DRV-Bund
wurden Anfang 2010 für
verschiedene Standorte
**13 Oberärzte und
mehrere Ass-Ärzte
gesucht !**



Das interdisziplinäre medizinische Reha-Team (BAR, DGPR)

- **Ärzte (kardiol. / sozialmed. / rehabilitat. / sportmed.)**
- **Psychologen (mit Erfahrungen bei Herzkrankheiten)**



Das interdisziplinäre medizinische Reha-Team (BAR, DGPR)

- **Ärzte (kardiol. / sozialmed. / rehabilitat. / sportmed.)**
- **Psychologen (mit Erfahrungen bei Herzkrankheiten)**
- **Sportlehrer, Gymnastiklehrer**



Das interdisziplinäre medizinische Reha-Team (BAR, DGPR)

- Ärzte (kardiol. / sozialmed. / rehabilitat. / sportmed.)
- Psychologen (mit Erfahrungen bei Herzkrankheiten)
- Sportlehrer, Gymnastiklehrer
- Physiotherapeuten, Masseur, Lymphtherapeuten



Das interdisziplinäre medizinische Reha-Team (BAR, DGPR)

- Ärzte (kardiol. / sozialmed. / rehabilitat. / sportmed.)
- Psychologen (mit Erfahrungen bei Herzkrankheiten)
- Sportlehrer, Gymnastiklehrer
- Physiotherapeuten, Masseur, Lymphtherapeuten
- Ergotherapeuten, Kunsttherapeuten, Logopäden



Kombination Ergotherapie / Bewegungstherapie



Das interdisziplinäre medizinische Reha-Team (BAR, DGPR)

- Ärzte (kardiol. / sozialmed. / rehabilitat. / sportmed.)
- Psychologen (mit Erfahrungen bei Herzkrankheiten)
- Sportlehrer, Gymnastiklehrer
- Physiotherapeuten, Masseur, Lymphtherapeuten
- Ergotherapeuten, Kunsttherapeuten, Logopäden
- Ernährungsberater



Das interdisziplinäre medizinische Reha-Team (BAR, DGPR)

- Ärzte (kardiol. / sozialmed. / rehabilitat. / sportmed.)
- Psychologen (mit Erfahrungen bei Herzkrankheiten)
- Sportlehrer, Gymnastiklehrer
- Physiotherapeuten, Masseur, Lymphtherapeuten
- Ergotherapeuten, Kunsttherapeuten, Logopäden
- Ernährungsberater
- Funktionsschwestern



Das interdisziplinäre medizinische Reha-Team (BAR, DGPR)

- Ärzte (kardiol. / sozialmed. / rehabilitat. / sportmed.)
- Psychologen (mit Erfahrungen bei Herzkrankheiten)
- Sportlehrer, Gymnastiklehrer
- Physiotherapeuten, Masseur, Lymphtherapeuten
- Ergotherapeuten, Kunsttherapeuten, Logopäden
- Ernährungsberater
- Funktionsschwestern
- Rehaberater / Sozialarbeiter



Das interdisziplinäre medizinische Reha-Team (BAR, DGPR)

- Ärzte (kardiol. / sozialmed. / rehabilitat. / sportmed.)
- Psychologen (mit Erfahrungen bei Herzkrankheiten)
- Sportlehrer, Gymnastiklehrer
- Physiotherapeuten, Masseur, Lymphtherapeuten
- Ergotherapeuten, Kunsttherapeuten, Logopäden
- Ernährungsberater
- Funktionsschwester
- Rehaberater / Sozialarbeiter
- Pflegekräfte, Arzthelferinnen
(med. Fachangestellte), Zivi



Das interdisziplinäre med. Reha-Team...

...zuständig für die medizinischen Kernprozesse.



Teambesprechung im Rahmen der mtl. BL-Sitzung



Medizinischer Kernprozess: Verweildauer

Reha-Zentrum Bad Nauheim Klinik Wetterau	Qualitätsmanagement-Handbuch Teil C – Prozesslandkarte	
	Verweildauer	C-K.4.3

I. Deckblatt

1. Ziele
Festlegen der endgültigen Rehadauer in Abstimmung mit den individuellen Rehadzielen.

2. Anwendungs- und Geltungsbereich
Arzt, Schwester, MA Patientenaufnahme, MA Sozialdienst, BiS, Sekretärin LA

3. Prozessauslöser und Prozessende
Auslöser: Bewilligte Rehadauer
Ende: Rehadauer steht fest



Medizinischer Kernprozess: Verweildauer

II. Prozessbeteiligte

Beteiligte

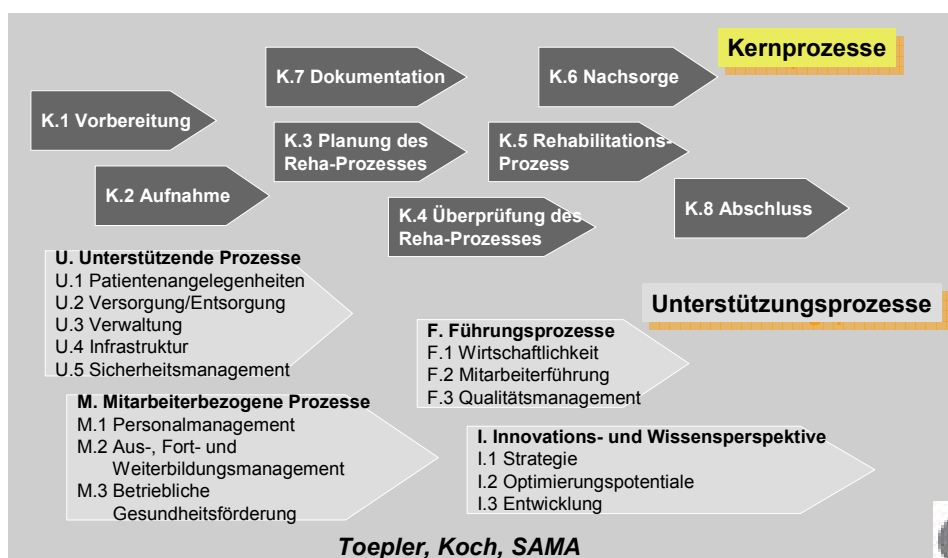
Aufgabenfolge	Arzt	Schwester	MA Pat.-Aufnahme	MA Sozialdienst	BiS	Sekretärin LA
Nr. Aufgabe						
000 Verkürzung/verlängerung?	v					
005 Mit Patient abstimmen	v	d				
007 Zustimmung?	v	d				
010 Pat.-Aufnahme prüft freie Kapazität	i		v			
012 Feststellen, ob Verlängerungsantrag notwendig ist	i		v			
015 Bei Bedarf Verlängerungsantrag erstellen und verschicken	v		i	i	m	m
020 Kostenübernahme klären	i		i	v		
025 Entscheidung mitteilen (Ablehnung/Bewilligung)	i	i	v	m		
030 Patient benachrichtigen	v	m				



Wer ist außerdem am Reha-Prozeß beteiligt ?



Die Reha-Prozeßlandkarte

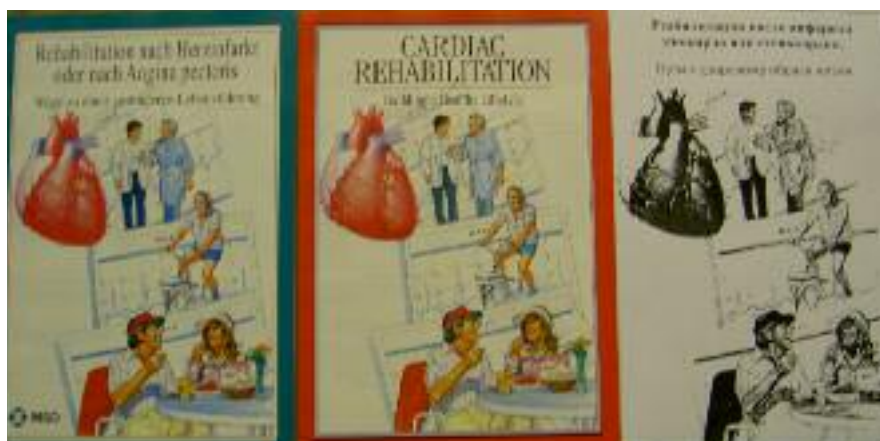


Das interdisziplinäre „Verwaltungsteam“ in der Patientenversorgung

- QMB
- Therapieplanung
- Schreibkräfte
- Sekretariate
- Dolmetscher...
- Datenschützer
- Aufnahme und Empfang
- Küche und Servierdienste...
- Zimmerreinigung
- Fahrer
- Einkauf
- Technik...



Mehrsprachiges Gesundheitstraining




Vorhanden: deutsch
In Arbeit:

italienisch **englisch**

griechisch **russisch**



Multiprofessionelles Team Küche

- Verwaltungsleiter** → Küchenchef: Einkauf, Speiseplan (Kosten)
Hygiene, HACCP
- Köche, Gehilfen, Servierpersonal
- Fahrer (Zentralküche)
- Leitender Arzt** → Diätassistenten: Sonderkostformen
Frische, Vielfalt (Kosten)
- 



Multiprofessionelles Team Internetschulung

- Verwaltungsleiter** → Technischer Leiter
- Elektriker
- IT-Fachmann
- Leitender Arzt** → Schulungsärzte
- Therapieplanung
- Schulungsschwestern




Azubis aus Medizin und Verwaltung in der Patientenversorgung



Neue Berufe in der Patientenversorgung !!!

Bachelor of science (Psychologie)
Bachelor Sportmanagement
Bachelor Sportwissenschaft
Bachelor Sport- und Bewegungspädagogik
Bachelor Gesundheitsförderung

Master Sportmanagement
Master of science (Intelligenz und Bewegung)
Master of arts (physical activity and health)
Master of arts (Sportwissenschaft)
Master of arts (Sport und Ernährung)



Neue Berufe in der Patientenversorgung ???

9.6.2 Physiotherapeut/Krankengymnast

- Staatliche Anerkennung als Physiotherapeut/Krankengymnast ggf. mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation oder Weiterbildung und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Physiotherapeut/Krankengymnast in einer Rehabilitationseinrichtung.

9.6.3 Masseur und Medizinischer Bademeister

- Staatliche Anerkennung als Masseur und Medizinischer Bademeister ggf. mit indikationsspezifischer Zusatzqualifikation oder Weiterbildung und
- Grundlagenkenntnisse in Bewegungslehre und medizinischer Aufbau- und Physiotherapie und
- mind. 2 Jahre vollzeitige Berufserfahrung als Masseur und Medizinischer Bademeister in einer Rehabilitationseinrichtung.

Rahmenempfehlungen amb. kard. Reha, BAR (2005)



Gliederung

- ✓ **Charakterisierung der AHB- und MRA-Patienten gestern und heute**
- ✓ **Welche Berufsgruppen sind am Reha-Prozeß im Reha-Zentrum beteiligt ?**
- **Kasuistiken mit multiprofessionellen Prozessen**
- **Wo (Institutionen, Teams) ist der interdisziplinäre Ansatz außerhalb des Reha-Zentrums erforderlich ?**
- **Kasuistiken mit externen Schnittstellen**



Lymphol. Kasuistik 2 für ein interdisziplinäres Team

W., Annett, 40 J., 156cm, 92 kg.

Malerin und Dekoriererin für Glas und Keramik, seit 1995 anhaltend arbeitssuchend. Aufnahme als MRA af.

Vorgeschichte: Abgesehen von einer Mammareduktionsplastik bei Makromastie nie ernsthaft krank gewesen.

Ödemanamnese: Schon immer übergewichtig und kräftige Beine, seit 2003 zunehmend, 2005 erstes Erysipel linkes Bein → 2006 zu Hausärztin → Verd. Lymphödem, bislang keinerlei Therapie.

Jetzige Beschwerden: Schweregefühl der Beine.



Lymphol. Kasuistik 2 für ein interdisziplinäres Team

Aufnahmebefund: ein mehrere Monate alter Verband schnürt die rechte Fessel ein.



Lymphol. Kasuistik 2 für ein interdisziplinäres Team

Aufnahmebefund: Säbelzahnähnliche, bis 7 cm lange, verpilzte Nägel.



Pudrige Masse auf beiden Beinen → nach Reinigung



Lymphol. Kasuistik 2 für ein interdisziplinäres Team

Berufsgruppen im Kernprozeß

Aufnahme

Stationsarzt

Pflege

Podologin

Therapieplanung

Lymphtherapeut

Wäscherei

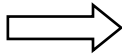
Sanitätshaus

Sozialdienst (Verlängerungsantrag)



Lymphol. Kasuistik 2 für ein interdisziplinäres Team

Entlassungsbefund (n. 6 W.): li. – 2630ml, re. – 2940 ml



Lymphol. Kasuistik 2 für ein interdisziplinäres Team

Entlassungsbefund (n. 6 W.): li. – 2630ml, re. – 2940 ml



**Kniestrümpfe Klasse 3 ohne Spitze mit Fußkappen.
Sozial reintegriert.
Entlassung af.**



Sozial/med. Kasuistik 4 für ein interdisziplin. Team



✓ 5-fach CABG

- Zust. n. HWI und VWI
- Reduzierte LV-Funktion
- Perikarderguß
- Mitralklappenrekonstruktion
- 3-Kammer-ICD (CRT)

- pAVK St. IV, blaue Plastikhauben
- Liegende Schrittmacherelektroden
- EKG-Klebelektroden !!!
- Soziale Anamnese...

LH, 60 J., Übernahme am 20. Tag.
AHB-Anmeldung als komplikationsloser
Verlauf nach CABG ohne Begleiterkrankungen



Sozial/med. Kasuistik 4 für ein interdisziplin. Team

LH, soziale Anamnese:

- Lebte drei Monate neben seinem verstorbenen LP
- Polizei kam wegen Verwesungsgeruch
- Einweisung in die Psychiatrie
- Entlaufen → wohnungslos, keine soziale Bindung
- Kollaps → Liegendaufnahme
→ Diagnostik → CABG



Sozial/med. Kasuistik 4 für ein interdisziplin. Team

Berufsgruppen im Kernprozeß

Aufnahme

Stationsarzt

Pflege

Therapieplanung

Psychologe, psych. Konsil

Physiotherapeut

Wäscherei

Verwaltungsleiter

Vormundschaftsrichter

Sozialdienst...



LH, Maßnahmen durch den Sozialdienst während der AHB (hatte 60 Monate als Schneider einbezahlt)

- Klärung der Kostensituation → Aufnahme in die ARGE = Taschengeld
- Keine KV → Aufnahme in AOK
- Schwerbehindertenstatus (GdB 100, AG B)
- Anregung und Umsetzung gesetzliche Betreuung
- Grundausstattung Kleidung durch MAs und Spenden
- Orthopädische Schuhversorgung
- Gehwagen
- Brillenversorgung
- Komplette Sanierung und Prothesenversorgung Gebiß
- Ende der AHB → Verlegung Pflegeeinrichtung



Gliederung

- ✓ Charakterisierung der AHB- und MRA-Patienten gestern und heute
- ✓ Welche Berufsgruppen sind am Reha-Prozeß im Reha-Zentrum beteiligt ?
- ✓ Kasuistiken mit multiprofessionellen Prozessen
- Wo (Institutionen, Teams) ist der interdisziplinäre Ansatz außerhalb des Reha-Zentrums erforderlich ?
- Kasuistiken mit externen Schnittstellen



Externe Konsiliare in der Patientenversorgung

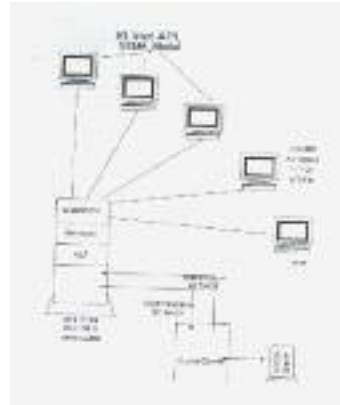
- Radiologen
- Augenärzte
- Chirurgen
- Urologen
- Dermatologen
- Dialyse
- Orthopäden
- Gynäkologen
- Neurologen, Psychiater
- Krankenhaushygieniker



Externe Konsiliare in der Patientenversorgung

Laboranbindung

- Routinelabor
- 24-h-Notfalllabor
- MRSA-screening
- Kulturen
- Keimstatistik



cave firewalls → IT-Schnittstellenintegrator



Externe Berufsgruppen in der Patientenversorgung

- Kurseelsorge
- Sicherheitsdienste
- Feuerwehr
- RTW, NAW
- TÜV / MedGV



Gregor Rettinghaus
Kath. Seelsorger

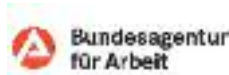


Barbara Wilhelmi
Ev. Pfarrerin



Externe Institutionen in der Patientenversorgung

- Hausarzt, D-Arzt
- Betriebsärzte
- BBWs und BFWs
- JobCom / BA /ARGE
- Apotheke
- Sanitätshäuser
- Büchereien
- Kostenträger
- Servicestellen



Externe Institutionen in der Patientenversorgung

- Herzstiftung
- DGPR
- KfH
- Akademie (61)
- DRV-Bund
- DRV-Hessen
- GKV



Nachsorgeangebote

- **Selbsthilfegruppen**
 - Brustkrebs*
 - Marfan*
 - Bechterew*
 - KHK*
 - Antikoagulation*
 - Arthrose*
- **Herzgruppen**
- **IRENA**



Nachsorgeangebote (extern)

- **Amb. Reha**
- **Fitneßstudios**



Externe Schnittstellen in der Patientenversorgung

- Lymphtag
- Kneipp-Tag
- Reha-Tag
- Hessen-Tag
- Herzmonat
- Gesundheitstage
- Tag der offenen Tür



Veranstaltungen für nichtärztliche Berufsgruppen

- Übungsleiter-Tagungen (DGPR)
- Sozialdienst-Tagungen



Die präoperative AHB-Infoveranstaltung



Herzchirurgie, Uni-Klinik Frankfurt



Die präoperative AHB-Infoveranstaltung - kooperierende Reha-Kliniken -

Bad Kissingen

Bad Nauheim

Bad Orb

Bad Schwalbach

Bad Soden-Salmünster

Königstein

Deegenbergklinik

RehaZentrum DRV-Bund

Klinik am Südpark

RehaZentrum Sprudelhof

Küppelsmühle

Spessart Klinik

Montanus Klinik

Rheingau-Taunus Klinik

Rhönblick Klinik

Klinik Königstein



Pressearbeit in der Patientenversorgung

- Herzstiftung
- Funk und TV



→ Pressesprecher / Pressemitteilungen



Gliederung

- ✓ Charakterisierung der AHB- und MRA-Patienten gestern und heute
- ✓ Welche Berufsgruppen sind am Reha-Prozeß im Reha-Zentrum beteiligt ?
- ✓ Kasuistiken mit multiprofessionellen Prozessen
- ✓ Wo (Institutionen, Teams) ist der interdisziplinäre Ansatz außerhalb des Reha-Zentrums erforderlich ?
- Kasuistiken mit externen Schnittstellen



Kasuistik 1 mit externen Schnittstellen

**Ein Angestellter wird 1980 EU dauerberentet (BfA).
Nimmt 1985 Anstellung als Arbeiter an (LVA-Nordrhein).
Stellt 1990 Antrag auf med. Reha (Träger: LVA-N.).
Antrag wird genehmigt, Patient reist an.
Reha-Klinik (Vertragshaus der BfA und LVA) fordert
Vorbefunde an, versehentlich bei BfA...**



Kasuistik 3 mit externer Schnittstelle: AHB-Verlängerungsantrag bei der GKV

**80-jährige Patientin nach Aortenklappenersatz.
Schon früh wird deutlich, dass 3 Wochen AHB nicht aus-
reichen → 1. Verlängerungsantrag Ende der 1. Woche:
zu früh.
→2. Verlängerungsantrag Ende 2. Woche:
→Kein Bescheid bis 1 Tag vor Ende der 3 Wochen.
→Anruf beim SB der KK → weitergeleitet an AL. Meine
Argumentation: Kann die Patientin morgen noch nicht nach
Hause entlassen. Wenn keine Kostenzusage für
Verlängerung, muß ich ins Akutkrankenhaus legen. Dort
kostet sie pro Tag ca. EUR 300,-, in Reha EUR 110. Antwort:
anderer Topf.
Ergebnis: Patientin zahlte Verlängerungswoche
aus eigener Tasche.**



Kasuistik 5 mit externer Schnittstelle: Stufenweise Wiedereingliederung

Langzeit-AU-Rehabilitand (Bezug von Übergangsgeld) soll stufenweise WE.

Krankenkasse fordert noch während der Reha dazu auf, den Antrag vor Entlassung zu stellen.

Patient bittet Reha-Team inständig darum, den Antrag durch den Hausarzt stellen zu lassen, warum?

Wenn Antrag während Reha → WE zu Lasten der RV → Übergangsgeld.

Wenn Antrag nach Entlassung aus der Reha → WE im Rahmen des Hamburger Modells zu Lasten der GKV → Krankengeld (= höher als Übergangsgeld)



Zusammenfassung:

Interdisziplinäre Aufgabe und Schnittstellenmanagement

- **Heutige AHB- und MRA-Rehabilitanden weisen verschiedenste Anforderungen auf, welche interdisziplinär in kürzester Zeit gemanagt werden müssen.**
- **Eine zentrale Rolle nimmt dabei der Arzt ein, wobei hier ein zunehmender Ärztemangel offenbar wird.**
- **Rehafähigkeit ist das zentrale Problem beim Schnittstellenmanagement Akut- → Reha-Klinik**
- **Neben den klassischen medizinischen Berufen in der Rehabilitation kommen (verwaltungs-,) technische, juristische und QM-/Doku-Aufgaben hinzu.**
- **Darüber hinaus strömen neue Berufsabschlüsse (master, bachelor) in die Reha.**

