

Remobilisation/ Nachsorgestation unter Leitung von Fachärzten für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation

Positionspapier der Österreichischen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation
und des Berufsverbands Physikalische Medizin und Rehabilitation

Die Autoren haben sich einheitlich auf männliche Endungen festgelegt, um eine bessere Lesbarkeit zu gewährleisten. Dies bedeutet nicht, dass Frauen nicht der nötige Respekt entgegengebracht würde.

Präambel

Das Gesundheitswesen ist großen Veränderungen unterworfen. Zunehmend mehr Menschen, die eine schwere Krankheit oder ein Trauma überlebt haben, sehen sich dann komplexen Problemen mit funktionellen Defiziten gegenüber. Viele dieser Menschen sind zum Zeitpunkt des Ereignisses noch jung und eine intensive Frührehabilitation vermindert bleibende Funktionsstörungen.

Die epidemiologischen Daten belegen einen hohen Bedarf an Rehabilitation in Europa (1).

Bis Ende der 80er Jahre wurde die Rehabilitation als Behandlungsphase gesehen, die erste nach Abschluss der Akutbehandlung folgt. 2002 wurde von der WHO eine Klassifikationsgrundlage für die Rehabilitation veröffentlicht: ICF - International Classification of Functioning, Disability and Health. Rehabilitation ist daher ein komplementärer Teil eines medizinischen Gesamtbetreuungskonzeptes. Die entsprechenden rehabilitativen Maßnahmen haben daher parallel zu den sogenannten akutmedizinischen - kurativen Aufgaben zu erfolgen.

Die Institute für Physikalische Medizin und Rehabilitation der KAV Krankenhäuser führen die Aufgabe der Frührehabilitation bereits jetzt kompetent durch: Hier werden mittels mobiler Teams von Rehabilitationsexperten (FachärztInnen PM&R, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, MTF, Masseur) alle Abteilungen des Krankenhauses in enger Kooperation mit diesen konsiliarisch betreut mit dem Ziel das Risiko für Komplikationen zu reduzieren und die Mechanismen der Plastizität so effektiv und so früh wie möglich zu nützen. (2)

Eine Konzentration der Patienten mit komplexen Funktionsstörungen auf einer Abteilung unter Leitung von Fachärzten für Physikalische Medizin und allgemeine Rehabilitation nützt Synergien und steigert die Effizienz.

Remobilisation / Nachsorgestation- (RNS)

Im ÖSG 2006 wurden RNS-Abteilungen folgendermaßen definiert:

Definition

Abgestufte Form der Akutversorgung zur fächerübergreifenden Weiterführung der Behandlung akutkranker Patientinnen und Patienten aus anderen Abteilungen (Fachbereichen), **unabhängig von deren Alter**, vorzugsweise in größeren Krankenanstalten (Schwerpunkt-, erweitertes Standardkrankenhaus) mit breiter Fächerstruktur; beinhaltend Diagnostik und Therapie in eingeschränktem Umfang sowie Leistungen zur Wiederherstellung der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung.

Ziele

Einrichtung eines Bindeglieds zwischen primärer Akutversorgung und Rehabilitation bzw. ambulanter Weiterbehandlung zur Entlastung der Krankenanstalten im Bereich der primären Akutversorgung; Frühremobilisation von Patientinnen und Patienten, die entsprechend ihres Krankheitsbildes über die durchschnittliche Belagsdauer in der primären Akutversorgung hinausgehend einer ärztliche, pflegerische und therapeutische Versorgung benötigen.

Zielgruppen

Vorwiegend Patientinnen und Patienten mit erhöhter Belagsdauer im Akutkrankenhaus und Bedarf an abgestufter Akutversorgung zur Wiederherstellung der Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung, insbesondere mit Einschränkungen der ICF- Subskala Mobilität bei Indikationen wie z.B.

· Zustand nach orthopädischen, unfallchirurgischen bzw. neurochirurgischen Eingriffen mit Funktionseinbußen im Bereich des Bewegungs- und Stützapparats

· chronisch therapieresistenten Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats bzw. Schmerzzuständen

· chron. internistischen Erkrankungen mit längerer Rekonvaleszenzdauer und Dekonditionierungssyndrom (modifiziert nach 3).

In Deutschland besteht seit Einführung des neuen Sozialgesetzbuches (SGB IX) 2001 die gesetzliche Verpflichtung, Leistungen zur Frührehabilitation als Bestandteil der akutstationären Versorgung zu betrachten (4). Seither wurden zahlreiche Stationen für Frührehabilitation in Akutkrankenhäusern eröffnet (5). Der Grundgedanke dabei ist es, dem Patienten im Verlaufe seines stationären Aufenthaltes jene Behandlung – in Abhängigkeit von seinem Zustand – zukommen zu lassen, die adäquat für ihn ist: Zu Beginn, in der Akut-Abteilung des jeweiligen medizinischen Faches, anschließend daran Verlegung in eine sog. *Nachsorgeabteilung*, mit dem Schwerpunkt der Remobilisation. Der Patient befindet sich damit jeweils in der seinem Zustand entsprechend optimalen Einrichtung als weitere Prämisse gilt, dass die Nachsorge ein Teil der Primärversorgung des Patienten darstellt und nichts mit einer Rehabilitationseinrichtung bzw. einem Pflegeheim zu tun hat.

Die vorliegende Konzeption soll Basis für eine klare Organisationsstruktur darstellen, um im Interesse der Patienten die Versorgung zu optimieren.

Vorbemerkung

Das vorliegende Konzept entstand auf Basis österreichischer Publikationen (6,7,8) und beruht auf Ergebnissen der neu errichteten Abteilungen für Frührehabilitation in

Hamburg (Allgemeines Krankenhaus St.Georg, Abteilung für fachübergreifende Frührehabilitation und Physikalische Medizin, Leitung Dr. Jean-Jacques Glaesener ; www.ak-stgeorg.lbk-hh.de) in

München (Städt. Krankenhaus München-Bogenhausen, Abt. für Physikalische Medizin und Medizinische Rehabilitation, Leitung Dr. Reiners ; www.kh-bogenhausen.de) und

Ingolstadt (Klinikum Ingolstadt, Institut für Physikalische und rehabilitative Medizin, Fachübergreifende Frührehabilitation, Leitung Dr. Beate Berleth; www.khzvi.de)

Zu letzterem wurde eine wissenschaftliche Begleitevaluation (9) vorgenommen (Fachübergreifende Rehabilitation im Akutkrankenhaus – durchgeführt im Klinikum Ingolstadt, Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands e.V., 1994 im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, publiziert August 1998.)

Als **Grundmodell dient die ICF** (International Classification of Functioning, Disability and Health, 9) der WHO., die in Ergänzung zu der Klassifikation der Krankheiten (ICD- 10) eine gesamtheitliche Betrachtung der Funktionsfähigkeit erlaubt.(11)

Das vorliegende Konzept soll Basis für den zukünftigen Ablauf einer Remobilisationsstation/ Nachsorgestation im KAV TU1 sein. Änderungen im Detail sind daher abhängig von den Ergebnissen laufender Evaluation und Diskussion.(12):

Es beruht auf dem Modell einer abgestuften, integrierten Versorgung der Patienten im Sinne einer Behandlungskette entsprechend der gesamtmedizinischen Anforderungen und den Bedürfnissen des Patienten in 4 Phasen -entsprechend dem Phasenmodell der Rehabilitation(13)

Phase I:Frühmobilisation im Akutkrankenhaus

Stufe 1 „Akutphase“ Betreuung an der entsprechenden Fachabteilung des Akutkrankenhauses

Stufe 2: Remobilisation“Betreuung an einer RNS Station eines Akutkrankenhauses.

Phase II Weiterversorgung in Form einer stationären Rehabilitation. Die “ ambulante oder teilstationäre Rehabilitation” stellt bereits in dieser Phase eine Ergänzung der stationären Rehabilitation dar.

Phase III Stabilisierung der in Phase II erreichten Effekte im Rahmen einer wohnortnahen (ambulanten) Rehabilitation.

Phase IV langfristige ambulante Nachsorge im wohnortnahem, niedergelassenem Bereich.

1. Ziele

- Verbesserung des Gesundheitszustandes auf allen Ebenen der ICF unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren durch Schmerztherapie und funktionell orientierte Therapien wie z.B. Bewegungstherapie, Training, sowie durch adäquate Hilfsmittelversorgung und psychosoziale Unterstützung
- Rehabilitation als bio-psycho-soziale Maßnahme im Sinne einer „abgestuften Versorgung“.

- Beurteilung der individuellen Rehabilitationsprognose durch Assessment des Rehabilitationspotential und der Rehabilitationsfähigkeit und dadurch optimale Weichenstellung für die poststationäre Weiterversorgung.

2. Kriterien

2.1. Aufnahmekriterien

Entsprechend dem Auftrag des Krankenhausträgers werden in die Remobilisationsstation (*Akut*) Patienten aller Fachgebiete für durchschnittlich 21 Tage aufgenommen, die aufgrund einer Störung auf der Körperfunktionsstrukturebene zusätzlich eine Aktivitäts- und/oder eine Partizipationsstörung haben und bei denen aufgrund von Kontextfaktoren eine Entlassung aus der fachspezifischen Abteilung direkt nach Hause bzw. eine anschließende Betreuung zu Hause nicht möglich ist. Kürzere oder längere Aufenthalte sind Ausnahmen nach klinischen Kriterien.

Die Voraussetzung zur Aufnahme ist eine **physische Mindestleistungsfähigkeit**. Bei jedem Patienten muss ein **Rehabilitationspotenzial** (beschreibt das theoretisch erreichbare Ergebnisniveau des Patienten in den ICF-Ebenen Körperstruktur und -funktion, Aktivität und Partizipation ohne Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren) und eine **Rehabilitationsfähigkeit** (Rehabilitationspotential mit Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren) gegeben sein.

2.2. Ausschlusskriterien

- Patienten, die überwiegend akutmedizinischer (kurativer) Versorgung bedürfen.
- Schwere kognitive Defizite inkl. Verwirrheitszuständen und Demenz, die eine aktiver Mitarbeit des Patienten nicht ermöglichen
- Vollständige Pflegeabhängigkeit (PPR - „A 3“) in der allgemeinen Pflege (Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Mobilität) und PPR - „S 2“ in der speziellen Pflege.

2.3. Mindestkriterien

Der Pat. muss in der Lage sein

- *kognitiv*, alltägliche (selbstpflegerische) und therapeutische Aufgabenstellungen zu verstehen, zu verarbeiten und aktiv (ggf. mit Unterstützung und / oder Anleitung) umzusetzen.
- Mindestbelastbarkeit des *Stütz- und Bewegungsapparates* für Transfers (vgl. unten) und aktive therapeutische Belastungen mit Teil- und Ganzkörperbelastungen (Festlegungen zur Belastbarkeit durch den Operateur bzw. Zuweiser)

- Mindestbelastbarkeit des *kardio-pulmonalen Systems* für aktive therapeutische Belastungen mit Teil- und Ganzkörperbelastungen (Abklärung und Freigabe durch Innere Medizin)

2.4. Selbständigkeitskriterien

- Entsprechende FIM oder Barthelpunkte

3. Prozesse

3.1. Prozedere der Anmeldung und Aufnahme

KOMPETENZEN:

Die fachspezifischen Rahmenrichtlinien (z.B. mechanische, kardiopulmonale und/oder metabolische Belastbarkeit) und die Ziele für die Nachbehandlung werden gemeinsam mit den zuweisenden Fachdisziplinen festgelegt

Die inhaltliche und organisatorische Fachkompetenz für die rehabilitativen Maßnahmen obliegt der Abteilung Physikalische Medizin und Rehabilitation (PMR).

Eine konsiliarische Betreuung durch Vertreter des entsprechenden Fachgebietes dient zur Sicherung der „belastbarkeitsvoraussetzenden“ fachspezifischen Therapieformen.

3.2. Aufnahme/ Transferierung und Entlassung: Patientenselektion durch eine rehabilitationsspezifische Untersuchung vor Aufnahme.

Das Behandlungsziel und der voraussichtliche Zeitrahmen wird mit dem Patienten, den Angehörigen, nachfolgenden Institutionen und/ oder dem Hausarzt geklärt.

Aufnahmetag

- Aufnahmeuntersuchung, Assessment, rehabilitationsspezifische Untersuchungen
- Festlegung der Therapieziele im Sinne einer Vereinbarung mit dem Patienten
- (ev. Angehörigen) und dem therapeutischen Team
- gemeinsames Erstellen eines Behandlungsplanes
- Pflegeanamnese und Pflegeprozess gemeinsam mit dem Patienten (Festlegung der Pflegeziele)
- Beginn der therapeutischen Maßnahmen

Entlassungsmanagement

- Rechtzeitig vor Entlassung Festlegung des Entlassungstermines und Organisation der nötigen sozialen und nachbetreuenden Dienstes
- ca. 3 – 4 Tage vor Entlassung: Ist eine weitere Betreuung notwendig, wird im Einverständnis mit

dem Patienten ein Kurzbericht (elektronisch) an den Hausarzt sowie an ambulante Institutionen geschickt.

Organisation von Hilfsmittel und Heilbehelfen.

- ca. 2 – 1 Tage vor Entlassung: Abschlussuntersuchung (Assessment, Evaluation)
- Am Entlassungstag erhält der Patient den Abschlussbericht als Brief. Wenn der Patient es wünscht, ergeht der Brief auch an seinen Hausarzt.

3.3. Verlauf

- täglich Visite durch einen Facharzt für PMR (therapeutisch-rehabilitativer Schwerpunkt)
- 1 mal/Woche Visite durch einen Arzt des primär zuweisenden Fachgebietes (Konsiliarvisite), bei Bedarf Konsiliaranforderung
- wöchentliche, multiprofessionelle und interdisziplinäre Teambesprechung
- tägliche Besprechung der Neuaufnahmen

4. Therapie

Basis ist ein die Eigenaktivität förderndes, kontinuierlich angepasstes, aufbauendes Therapiekonzept.

Ziele:

- Verbesserung von Kraft, Koordination, Ausdauerfähigkeit, Bewegungsausmaß von Gelenken
- Verbesserung von Selbsthilfefähigkeit, Kognition und Stimmung
- Schmerzreduktion und Förderung der Wundheilung

Die Patienten sollen entsprechend ihrer Belastbarkeit den ganzen Tag aktiv sein bzw. aktiviert werden. Ziel ist eine Aktivitäts- /Therapiezeit von 3- 4 Stunden am Tag. Das ermöglicht ausreichende Ruhezeiten und notwendige soziale Kontaktzeiten mit Angehörigen, Besuchern und anderen Patienten

Notwendig sind eine psychologische Betreuungsmöglichkeit und Mitarbeit von Sozialarbeitern

Der Therapieplan wird regelmäßig evaluiert und gegebenenfalls adaptiert.

5. fähigkeitsbezogene Funktions-Diagnostik (Assessment):

Ziele:

- Individuelle Zuordnung zu den einzelnen Therapieformen entsprechend der Funktionsdefizite
- Individuelle Dosierung des Rehabilitationsprozesses
- Evaluation der Therapie (Interventionen) im Sinne eines Qualitätsmanagement (Ergebnisqualität)

6. Dokumentation:

Die Dokumentation dient der Erfassung medizinischer Daten und Befunde der Patienten sowie der diagnostischen und therapeutischen Leistungen. Die Basis sind ICD 10, ICF und international anerkannte Scores und Skalen.

Dies ermöglicht neben einer standardisierten Evaluation (Qualitätssicherung) auch diverse Benchmark Projekte

Die gesamte Dokumentation soll EDV gestützt erfolgen. Derzeit läuft die Ausschreibung für ein Abteilungssystem PMR für alle Abteilungen PMR des Wiener KAV. Eine Schnittstelle zum KIS ist unbedingt notwendig

7. Strukturkriterien

7.1 Personal

Das therapeutische Team besteht grundsätzlich aus

- 1.) Fachärzten PM&R
2. Pflegepersonal
3. Medizinisch technischer Dienst (insbesondere Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden)
4. Medizinisch Technischer Fachdienst
5. Medizinischer Masseur/Heilmasseur
6. Sozialarbeiter
7. Psychologe
8. Wünschenswert "Sporttherapeuten"

Die Zahl der jeweiligen Personen richtet sich nach den jeweiligen Zielen der Abteilung und nach der jeweiligen Infrastruktur des Hauses. Insbesondere für den Nachtdienst ist auf Synergismen mit anderen Abteilungen des jeweiligen Hauses zu achten.

7.2. Geräte

Neben den Standardgeräten einer Abteilung für Physikalische Medizin und Tehabilitation sind entsprechende Vorkehrungen zur Durchführung des Assessments erforderlich. Die therapeutischen Räume müssen sowohl für Einzeltherapie als auch für Gruppentherapie geeignet sein Eine medizinische Trainingstherapie inklusive Gangschulung muss durchgeführt werden können. Eine Unterwassertherapie ist wünschenswert.

Literatur

1. Weißbuch Physikalische und Rehabilitative Medizin in Europa, Phys Med Rehab 2006; 16: 1-38
2. Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 . ÄAO 2006, BGBl. II Nr. 286/2006

3. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hrsg). Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2006, ÖSG 2006 (inkl. Großgeräteplan) gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 28. Juni 2006, verfasst vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien, Juni 2006
4. Stier- Jarmer M, Stucki G. Frührehabilitation im Akutkrankenhaus- Gesetzliche Grundlagen, Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin. 2002;12:129-133.
5. Stucki-G; Stier-Jarmer-M; Berleth-B; Gadomski-M. Indikationsübergreifende Frührehabilitation. Physikalische-Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin. 2002;12(3):146-156.
6. Prager C et al für den Sachausschuss „Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation“ des Berufsverbandes Österreichischer Fachärzte für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Abteilung für Physikalische Medizin und Rehabilitation. ÖZPMR 1999, 9,1: 22-24,
7. Pils K et al für Berufsverbandes der Österreichischen Fachärzte Physikalische Medizin und Rehabilitation. Rehabilitation: Grundlagen und Voraussetzungen in medizinischen Einrichtungen. ÖZPMR 8,2:95-105, 1998.
8. Prager C, Ammer K et al. für den Arbeitskreis „Physikalische Medizin und Rehabilitation im LKF“ der Österreichischen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Struktur- und Prozessqualitäten in der medizinischen Rehabilitation. ÖZPMR 9,2:60-64, 1999.
9. Fuhrmann R., Liebig O.: Frührehabilitation im Krankenhaus – Zeit für Strukturveränderungen. Rehabilitation 1999; 38,2: 65-71,
10. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva. 2001 www.who.int/icf.
11. Stucki G, Cieza A, . Ewert T, Kostanjsek N., Chatterji S, . Bedirhan Üstün T Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in clinical practice. Disabil Rehabil. 2002;24(5):281-2.
12. Leistner K, Stier-Jarmer, Berleth B, Braun J, König E, Liman W. et al. Frührehabilitation im Krankenhaus – Definition und Indikation. Physikalische Medizin Rehabilitationsmedizin Kurortmedizin. 2005;15:157-168.
13. Danzer D, Fülöp G, Nemeth C, Pichlbauer E. Rehabilitationsplan 2004 im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), Wien November 2004

Korrespondenzadresse für die Autoren

Prim Dr. Christine Prager

Institute für Physikalische Medizin und Rehabilitation,
im Donauespital, Langobardenstr 122, 1220 Wien

Email: christine.prager@wienkav.at