

Die Überleitung onkologischer Patienten aus der Akutversorgung in die Rehabilitation: Ergebnisse der Studie OPTIREHA

The transition of cancer patients from acute care to rehabilitation: results of the OPTIREHA study

Abstract

Introduction: Multiple symptoms and functional restrictions might impair workability and participation. Rehabilitation for cancer patients aims to achieve improvement of reintegration, participation and quality of life. Studies show insufficient cooperation and flow of information regarding patients' individual condition and needs between primary care and rehabilitation.

Method: The study aimed to develop and pilot-test a modular assessment tool based on standard nursing assessments and ICF criteria in order to optimize patient transition between acute care and rehabilitation. The qualitative dominant mixed methods study was carried out comprising 4 phases: 1st semi-structured survey of heads of German rehabilitation clinics (n=138), 2nd analysis of exemplary patient records and structured survey of health care professionals (HCP) with respect to care transition, 3rd development and consent (Delphi-survey) of optimization measures and 4th pilot-testing of developed material in order to obtain first results regarding feasibility and acceptance.

Results: The first study phase indicated insufficient assessment, documentation and communication of functional impairments and partly insufficient patient information. Standardized patient-information and an assessment tool based on nurse routine documentation and ICF criteria were developed. The pilot-testing showed reasonable time frames for completing the OPTIREHA-Assessment. Rehabilitation experts valued the information summarized in the OPTIREHA-Assessment.

Conclusion: First results indicate feasibility and possible benefit of the OPTIREHA-Assessment. Additional studies are needed to investigate further clinical benefit.

Keywords: patient transition, nursing assessment, rehabilitation, cancer

Zusammenfassung

Einleitung: Die Belastung onkologischer Patienten durch multiple Symptome und Funktionseinschränkungen als Folge der Erkrankung oder Therapie kann zu psychosozialen Folgen, Einschränkungen der Lebensqualität und der Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben führen. Ziele der onkologischen Rehabilitation bestehen in einer weitgehenden Reduktion dieser Beeinträchtigungen sowie einer Reintegration. Die Rehabilitation stellt daher ein wichtiges Element im Nachsorgeprozess dar. Aktuelle Studien und Gutachten zeigen jedoch eine mangelnde Vernetzung und Schnittstellenprobleme v.a. hinsichtlich der Gesundheitsinformation zwischen ambulanter und stationärer Akutbehandlung und Rehabilitation.

Methoden: Das Ziel der Studie war die Entwicklung und Pilotierung eines modularen an der ICF orientierten Assessments auf Grundlage der be-

Heike Schmidt¹

Katrin Beutner¹

Ute Berndt²

Christian Wylegalla³

Gerhard Faber⁴

Karin Jordan⁵

Dirk Vordermark⁶

Margarete

Landenberger¹

Patrick Jahn⁷

1 Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland

2 Universitätsklinikum der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Universitätsklinik für Gynäkologie, Halle (Saale), Deutschland

3 Klinik für Tumorbologie Freiburg, Deutschland

4 Teufelsbad Fachklinik Blankenburg GmbH, Blankenburg, Deutschland

5 Universitätsklinikum der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Klinik für Innere Medizin IV Hämatologie/Onkologie, Halle (Saale), Deutschland

6 Universitätsklinikum der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie, Halle (Saale), Deutschland

stehenden pflegerischen Routinedokumentation zur Optimierung der Überleitung onkologischer Patienten in die Anschlussrehabilitation. Das Assessment soll strukturierte Informationen für die behandelnden Ärzte, das Pflegepersonal und den Sozialdienst für eine gezielte Reha-Antragstellung und Überleitung zur Verfügung stellen und als Basis zur Verbesserung eines klinikübergreifenden Informationsaustausches zwischen Akutkrankenhaus und Rehabilitationseinrichtung dienen. Es wurde ein qualitativ dominanter Mixed-Methods-Ansatz gewählt. 1) Teilstrukturierte Querschnittsbefragung (n=138) leitender Ärzte deutscher Rehabilitationskliniken mit onkologischem Schwerpunkt, 2) Stichprobenartige Analyse relevanter Akten (n=12) an 2 Zentren bezüglich Erfassung und Weiterleitung Reha-relevanter Informationen, 3) Erarbeitung und Konsentierung (Delphi-Verfahren) von Optimierungsvorschlägen und 4) Pilot-Testung der entwickelten Materialien an 4 Zentren, um erste Ergebnisse bezüglich Anwendbarkeit, Akzeptanz und potentielltem Nutzen zu erhalten.

Ergebnisse: Der erste Studienabschnitt ergab Hinweise auf eine teilweise ungenügende Erfassung und Weiterleitung Reha-relevanter Patienteninformationen sowie ungenügende Information der Patienten zu Inhalten und Zielen der Rehabilitation. Die Aktenanalyse ergab Anhaltspunkte für Optimierungsvorschläge, die im dritten Abschnitt in der Entwicklung einer patientengerechten Informationsbroschüre sowie eines Überleitungsbogens zur poststationären Behandlung (OPTIREHA ASSESSMENT) resultierten. Letzterer soll die systematische Erfassung des Reha-Bedarfs sowie die Weiterleitung Reha-relevanter Befunde unterstützen. Die Pilottestung der entwickelten Materialien an 4 Zentren ergab positive Rückmeldungen hinsichtlich Anwendbarkeit und potentielltem Nutzen.

Fazit: Die Ergebnisse deuten auf gute Anwendbarkeit und potentiellen klinischen Nutzen des Überleitungsbogens zur poststationären Versorgung hin. Weitere Studien sollten durchgeführt werden, um den klinischen Nutzen zu prüfen und die Optionen für einen standardisierten Einsatz zu klären.

Schlüsselwörter: Patientenüberleitung, Assessment, Rehabilitation, Krebs

7 Stabsstelle Pflegeforschung
Universitätsklinikum Halle
(Saale), Deutschland

Einleitung

Die Zahl der Menschen, die an Krebs neu erkranken, steigt auch aufgrund des demografischen Wandels. Nach Schätzung der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) erkrankten im Jahr 2012 insgesamt etwa 480.000 Personen in Deutschland neu an Krebs [1]. Von den an Krebs erkrankten Patienten nahmen im Jahr 2015 159.493 Menschen eine Rehabilitation in Anspruch, im Jahr 2014 waren es 152.260 Menschen [2]. Die Möglichkeit der Rehabilitation ist für Krebspatienten von großer Bedeutung, da sowohl die Erkrankung als auch die Therapie häufig mit hoher Symptombelastung und damit verbundenen Funktionseinschränkungen sowie psychosozialen Folgen einhergehen, die die Teilhabe am gesellschaftlichen und beruflichen Leben beeinträchtigen können [3]. Zudem ist etwa die Hälfte der Krebspatienten, die 5 Jahre nach Diagnosestellung noch leben, im erwerbsfähigen Alter. Die Reduktion oder Beseitigung krankheits- und therapiebedingter Beeinträchtigungen ist daher ein wichtiges Ziel der onkologischen Rehabilitation bzw. Anschlussheilbehandlung

(AHB) [4], die somit ein bedeutendes Element in der Behandlungskette darstellt [5], [6], [7]. Um die Möglichkeiten der Rehabilitation ausschöpfen zu können, ist es wesentlich, dass die Patienten zum richtigen Zeitpunkt in eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme übergeleitet werden [3]. Besonders für Anschlussheilbehandlungen ist die frühzeitige, bedarfsgerechte und Reha-zielgerichtete Initiierung unter Berücksichtigung der individuellen Einschränkungen aber auch der Ressourcen der Patienten von Bedeutung. Um eine am Patientennutzen orientierte Überleitung aus der Akutbehandlung in die Rehabilitation zu gewährleisten, ist eine frühzeitige Einschätzung des poststationären Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs sowie eine diesbezügliche Informationsübermittlung notwendig [8]. Die Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs und -potentials sollte dabei unter Berücksichtigung der Auswirkungen der Erkrankung auf Funktionalität und Teilhabe sowie der individuellen Kontextfaktoren, Ressourcen und Belastungen erfolgen. Dies lässt sich auf Basis der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) beschreiben [9]. Die ICF hat sich mit ihrem mehrdimensionalen und interdisziplinären

Ansatz vor allem innerhalb der Rehabilitation als Grundlage für die Planung rehabilitativer, pflegerischer und therapeutischer Maßnahmen bewährt [10], kann aber auch im Akutbereich angewandt werden [11]. Das Konzept bezieht die subjektive Sicht des betroffenen Menschen ein und berücksichtigt beispielsweise auch Aspekte der Lebensführung sowie erlebte Beeinträchtigungen in Alltag und Beruf, die für die Indikation zur Rehabilitation ausschlaggebend sein können [11].

Obwohl von großer Bedeutung, gibt es bislang keine Vorgaben zur standardisierten Erfassung und Weitergabe solcher Informationen in Akutkliniken. Defizite in der Informationsweitergabe, mangelnde Vernetzung und Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer Akutbehandlung und Rehabilitation wurden in Studien festgestellt [3], [8], [12], [13].

Oft ist den Prozessbeteiligten nicht bewusst, welche Informationen in welcher Hinsicht für die Behandlungsplanung in der nachversorgenden Einrichtung notwendig sind. So müssen evtl. diagnostische Maßnahmen nachgeholt oder wiederholt werden, was zu Mehrkosten im Gesamtbehandlungsprozess führen kann [14]. Schnittstellenprobleme und ungenügender Informationsfluss können außerdem dazu führen, dass Patienten mit einem Rehabilitationsbedarf die Rehabilitation nicht bzw. zu spät erreichen [12] oder aufgrund von schlechter körperlicher Verfassung die Angebote der stationären Rehabilitation nicht nutzen können [15]. Fehlende Informationen über Inhalte und Methoden der Reha können die Motivation potentiell geeigneter Patienten mindern und das Formulieren konkreter Rehabilitationsziele erschweren [12]. Wesentliche Einflussfaktoren für eine erfolgreiche Rehabilitation sind die Qualität der Kommunikation, die zielgerichtete Informationsweitergabe zwischen den Beteiligten der Akutversorgung und den Rehabilitationseinrichtungen [16], [17] sowie der gesundheitliche Zustand der Patienten. Bezüglich des gesundheitlichen Zustands der Patienten hat die multizentrische REDIA-Studie für kardiologische und orthopädische Indikationen gezeigt, dass die Patienten – bedingt durch verkürzte Liegezeiten in den Akutkliniken – zu Reha-Beginn zunehmend einen schlechteren Gesundheitszustand sowie eine eingeschränkte Belastbarkeit und Therapiefähigkeit aufweisen und dadurch der notwendige medizinisch-therapeutische Betreuungsaufwand in der Rehabilitation steigt [18]. Dies wiederum kann insbesondere bei mangelnden Informationen zum vorliegenden Gesundheitszustand der Patienten zu Mehraufwand und Beeinträchtigungen des Reha-Ablaufs führen [15]. Auch für onkologische Patienten wurden im Rahmen der Studie von Assman et al. [8] Defizite im Überleitungsprozess von der Akutbehandlung in die AHB festgestellt, die die Einschätzung des Patientenzustands, Informationsübermittlung und Beratung betreffen.

Übergreifendes Ziel dieser Studie war es daher, die beschriebene Problematik für die Gruppe der onkologischen Patienten aufzugreifen und Vorschläge zu entwickeln, wie die Überleitung onkologischer Patienten aus der Akutbehandlung in die Anschlussrehabilitation optimiert werden kann.

Methoden

Die Studie wurde in mehreren Abschnitten durchgeführt. Im ersten Studienabschnitt wurden nach einer orientierenden Vorabbefragung mittels teilstrukturierter Querschnittsbefragung 138 leitende Ärzte deutscher Rehabilitationskliniken mit onkologischem Schwerpunkt befragt, um Probleme bei der Überleitung onkologischer Patienten aus der Akutklinik und Optimierungsbedarf aus Sicht der Rehabilitationskliniken zu erheben.

Im zweiten Studienabschnitt wurden eine Mitarbeiterbefragung sowie eine stichprobenartige Analyse relevanter Patientenakten durchgeführt. Die strukturierte schriftliche Befragung richtete sich an Mitarbeiter des Pflegedienstes (convenience sample), des Sozialdienstes sowie Ärzte der drei teilnehmenden Zentren und diente der Erfassung kliniküblicher Dokumentationsstandards bezüglich der Reha-Antragstellung und des Überleitungsprozesses. Die Analyse relevanter Patientenakten wurde an 2 teilnehmenden Zentren durchgeführt, mit dem Ziel Optimierungsmöglichkeiten bezüglich der Erfassung und Weiterleitung Reha-relevanter Patienteninformationen zu spezifizieren. Anhand einer Checkliste sollte stichprobenartig in 20 Akten (mind. 5/Zentrum) bis zur inhaltlichen Sättigung erfasst werden, welche Informationen bei der Routinedokumentation erhoben werden und ob bzw. welche zusätzlichen standardisierten Assessmentinstrumente eingesetzt werden.

Aufbauend auf den Ergebnissen der ersten beiden Studienabschnitte wurden anschließend in Zusammenarbeit mit allen beteiligten Berufsgruppen der kooperierenden akutmedizinischen Zentren sowie Experten der Rehabilitationsmedizin Vorschläge zur Optimierung des Überleitungsprozesses in Form eines einheitlichen Überleitungsbogens und einer patientenorientierten Informationsbroschüre entwickelt und mittels einer Experten-Delphi-Befragung konsentiert.

Im vierten Studienabschnitt erfolgte eine speziell hierfür entwickelte interdisziplinäre Schulung aller an der Behandlung und Betreuung der Patienten Beteiligten durch Mitarbeiter des Projektes. Anschließend wurden die entwickelten Materialien (Überleitungsbogen und Informationsbroschüre) pilothaft an den teilnehmenden Zentren implementiert, um erste Erkenntnisse bezüglich der Anwendbarkeit im Klinikalltag und des potentiellen klinischen Nutzens zu gewinnen und Optimierungsvorschläge der Anwender einzubeziehen. An den teilnehmenden Zentren sollten jeweils mind. 5 Überleitungsbögen ausgefüllt werden. Anhand einer Checkliste zur Evaluation erfolgte die Bewertung der Materialien und Dokumentation von Änderungswünschen durch die Anwender.

Ergebnisse

Ergebnisse 1. Studienabschnitt

Von den angeschriebenen 138 leitenden Ärzten von Rehabilitationskliniken mit onkologischem Schwerpunkt in Deutschland beteiligten sich 47 (34%). Aufgrund der geringen Beteiligung sind die Ergebnisse der Befragung nicht repräsentativ. Die Antworten des strukturierten Befragungsteils sind in Abbildung 1, Abbildung 2 und Abbildung 3 grafisch zusammenfassend dargestellt. Die Auswertung der strukturierten Befragung und der Freitextantworten ergab Hinweise auf drei zentrale Problem-bereiche:

1. **Fehlende Informationen zu Reha-Beginn (Abbildung 1):** Der Informationsfluss zwischen Akutklinik und Rehaklinik wird von den Befragten als ungenügend erachtet, v.a. bezüglich der körperlichen, psychischen und kognitiven Verfassung sowie der sozialen Lage der Patienten. Fehlende Informationen zu *Verlauf und Befunden* werden mit 19,1% (häufig) und 51,1% (öfter); zum *psychischen Zustand* mit 28,3% (häufig) und 47,8% (öfter) und zu *sozialen Problemen* mit 38,5% (häufig) und 44,7% (öfter) angegeben. Ein Zitat aus den Freitextantworten verdeutlicht die Problematik: „*Pat. werden im Akuthaus zu sozialen Problemen so gut wie nie befragt*“. Aufgrund fehlender oder verspätet eintreffender Patienteninformationen kann das Potential der Rehabilitation für die Patienten z.B. durch einen verzögerten Beginn der Rehabilitation nicht voll ausgeschöpft werden. Knapp 75% der befragten Rehakliniken gaben an, dass fehlende Informationen über die Patienten häufig (21,3%) bzw. öfter (53,2%) zu einem erhöhten Reha-Aufwand beitragen (siehe Abbildung 3).
2. **Reha-Vorbereitung der Patienten (Abbildung 2):** Hier gaben die Rehakliniken an, dass Patienten in 40,4% (häufig) bzw. 34% (öfter) nicht über Reha-Ziele und in 29,8% (häufig) bzw. 48,9% (öfter) nicht über den Reha-Ablauf informiert werden (Abbildung 2 und Abbildung 3). Unklare oder falsche Erwartungen bezüglich der Inhalte und Methoden einer Rehabilitation können die Motivation der Patienten und deren aktive Beteiligung an den Angeboten beeinträchtigen. Die folgenden Zitate aus der Analyse der Freitextantworten illustrieren diese Angaben: „*Die Patienten haben wenige Vorstellungen, was sie erwartet.*“; „*In der Regel werden die Patienten in den Akutkliniken nicht auf die Reha vorbereitet oder sinnvoll informiert. Wir sind froh, wenn Reha überhaupt angesprochen und empfohlen wird.*“; „*Ich erwarte nicht, dass die Akutklinik ausführlicher zum Reha-ablauf informiert – Akutklinik informiert cursorisch. Auch Reha-Ziele spezifiziert sollten erst in Rehaklinik festgelegt werden. Reha-Erfahrung ist dazu erforderlich.*“; „*Wichtig ist eine gute Motivation der Patienten zur Reha im Akut-KH, optimal wenn einige Ziele schon definiert sind und der Patient diese auch hat.*“

3. **Gesundheitszustand der zugewiesenen Patienten:** Als mögliche Ursache für einen erhöhten Reha-Aufwand wurde z.B. zusätzlicher fachärztlich-internistischer Behandlungsbedarf in 23,9% (häufig) und 62,2% (öfter) angegeben (Abbildung 3).

Die Analyse der Freitextantworten zeigte, dass aus Sicht der teilnehmenden Reha-Kliniken v.a. Einschränkungen des körperlichen („*Wunden*“ oder „*teure Therapien*“) und/oder kognitiven Zustands der Patienten eine Erhöhung des Reha-Aufwands mit sich bringen können („*Patienten mit kolorektalen Tumoren haben häufig Wundheilungsstörungen mit einem erhöhten Wundbehandlungsbedarf; alte Patienten (>80 Jahre) werden in unserem Patientengut zunehmend häufiger und weisen häufig neurologische und/oder psychiatrische (Demenz) Störungen auf.*“ Aber auch: „*Patienten mit den hier genannten Störungen werden von uns aktiv aus selektioniert, z.B. lehnen wir Patienten mit einem Barthel-Index <70 ab; die hier genannten Probleme treten damit insgesamt bei uns eher selten auf.*“).

Die schwierige Situation der Rehabilitationskliniken wird durch das folgende Zitat deutlich: „*Wir bemühen uns, grenzwertig bzw. kaum rehabilitationsfähige Patienten eher nicht zurückzuverlegen aus humanen Überlegungen. Dies hat dann einen deutlich höheren Ressourcenverbrauch zur Konsequenz, als eigentlich im Rahmen der onkologischen Reha zur Verfügung steht. Die ausbleibende ‚erzieherische‘ Maßnahme der Rückverlegung wirkt bei den Akutkliniken allerdings gewissermaßen als Bestätigung ihres Vorgehens.*“

Als Optimierungsmöglichkeit wurde in den Freitextantworten vor allen die Kommunikation zwischen Akutklinik und Rehabilitationsklinik benannt: „*Enge Kommunikation, idealerweise durch Arzt-Arzt-Gespräch vor Antritt der AHB erwünscht, um evtl. medizinische Probleme direkt abklären zu können.*“; „*Bessere Vernetzung, Teilnahme Tumorkonferenz oder über Telemedizin*“; „*Wichtig sind persönliche Absprachen z.B. dann, wenn eine Direktverlegung aus dem Akut-KH erfolgt, der Patient noch nicht vollständig Reha-fähig ist, aber gutes Reha-Potential vorliegt. Häufig stabilisieren sich die Patienten während der ersten Tage, wenn sie sehr individuell betreut und therapiert werden.*“

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Ergebnisse der teilstrukturierten Querschnittsbefragung, obwohl nicht repräsentativ und nicht generalisierbar, auf einen Optimierungsbedarf der Überleitung stationärer Patienten aus der Akutbehandlung in die Rehabilitation hinweisen. Diese Ergebnisse wurden in den weiteren Studienabschnitten aufgegriffen.

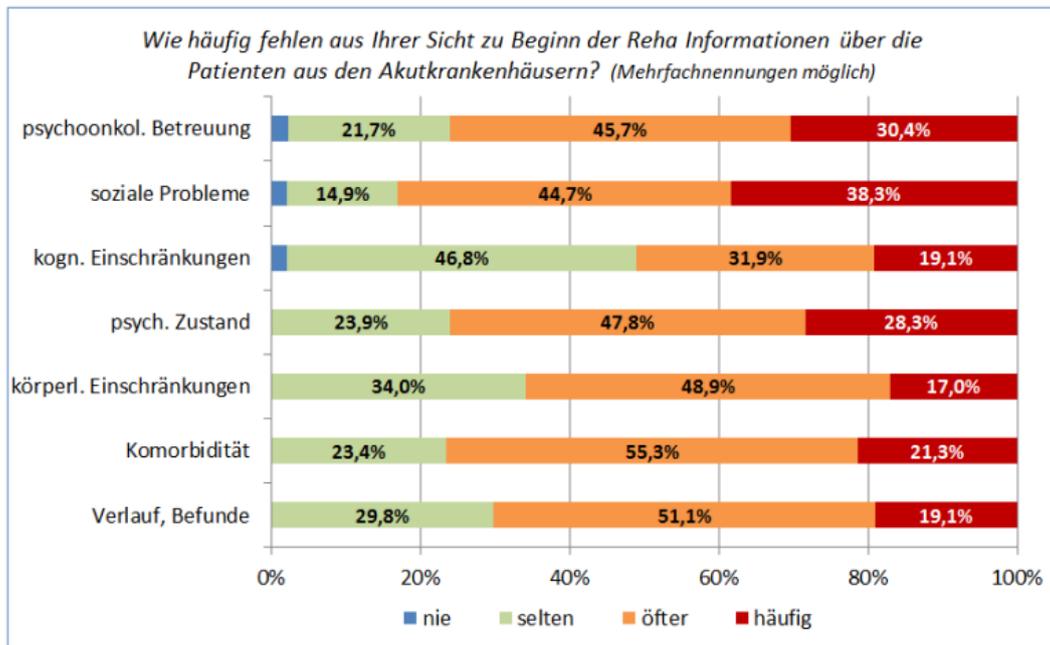


Abbildung 1: Ergebnisse der Befragung leitender Ärzte von Reha-Kliniken (n=47) zur Qualität der Informationsweiterleitung

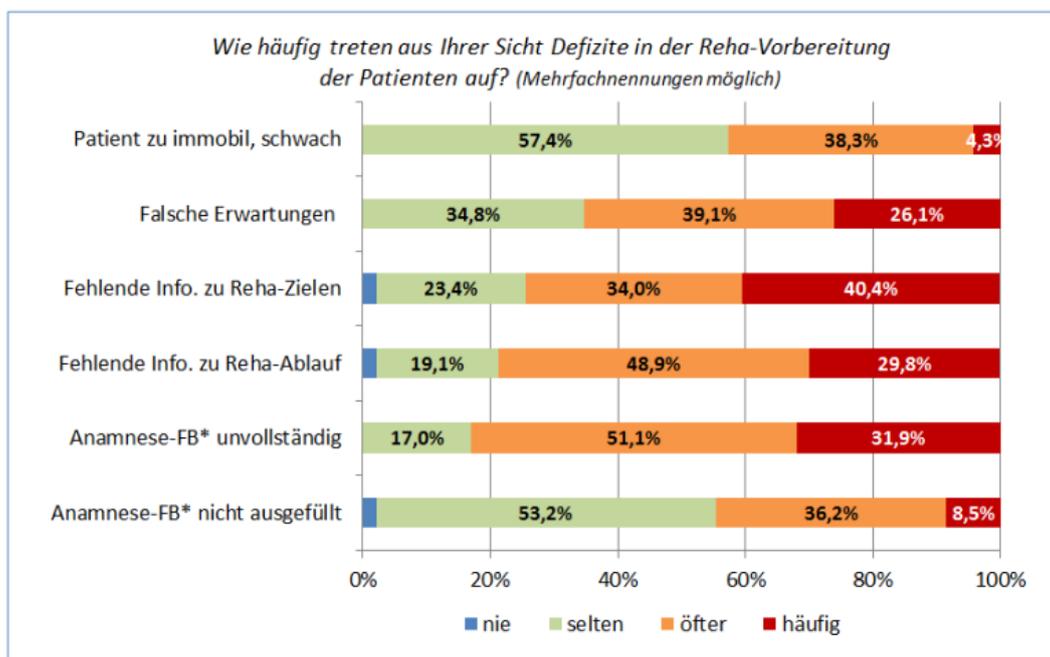


Abbildung 2: Ergebnisse der Befragung leitender Ärzte von Reha-Kliniken (n=47) zu Defiziten in der Reha-Vorbereitung

Ergebnisse 2. Studienabschnitt

Für die schriftliche Mitarbeiterbefragung zu kliniküblichen Assessment- und Dokumentationsstandards wurden 15 Vertreter der Berufsgruppen, die am Prozess der Reha-Antragstellung und Überleitung beteiligt sind, zur freiwilligen Teilnahme eingeladen (convenience sample). Unter den 15 Teilnehmern waren 7 Ärzte, 4 Pflegenden, 1 Belegungsmanager, 2 Mitarbeiter des Sozialdienstes und 1 Psychoonkologe. Für die orientierende, stichprobenartige Analyse kliniküblicher Dokumentationsstandards bezüglich der Reha-Antragstellung und des Überleitungsprozesses

wurden von den teilnehmenden 2 Zentren 12 relevante Patientenakten zur Verfügung gestellt, deren Analyse bezogen auf die Fragestellung eine inhaltliche Sättigung ergab. Anschließend wurden die Ergebnisse der schriftlichen Mitarbeiterbefragung mit denen der Aktenanalyse abgeglichen. Aufgrund der kleinen Stichprobe waren auch diese Ergebnisse nicht generalisierbar, sondern dienen lediglich als „Ist-Stand-Analyse“ der beteiligten Kliniken und als Ausgangspunkt für die Entwicklung von Vorschlägen zur Prozessoptimierung.

In den befragten Berufsgruppen zeigte sich ein uneinheitliches Bild bezüglich der Kenntnisse zu berufsspezifischen Assessment- und Dokumentationsstandards der jeweils

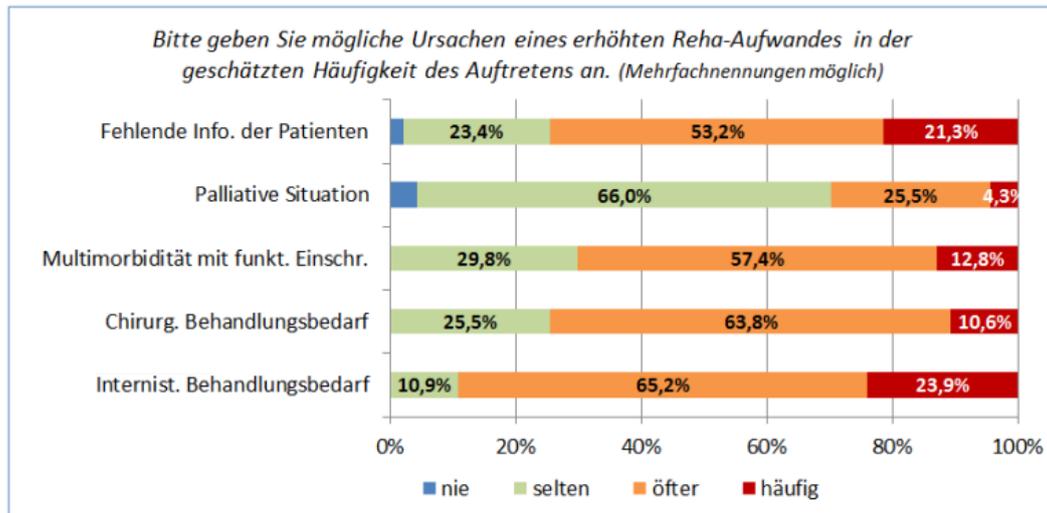


Abbildung 3: Ergebnisse der Befragung leitender Ärzte von Reha-Kliniken (n=47) zu möglichen Ursachen für erhöhten Reha-Aufwand

anderen beteiligten Berufsgruppen. Die von den Befragten geäußerte Ansicht, dass ICF-Kriterien im Rahmen der Routinedokumentation berücksichtigt werden, konnte im Aktenabgleich nicht bestätigt werden. Während die Beschreibung von Einschränkungen der Funktionalität im Rahmen der Pflegeanamnese detailliert erfolgte (z.B. Barthel Index), wurden Auswirkungen dieser Funktionseinschränkungen auf die Teilhabe sowie fördernde oder hindernde Kontextfaktoren in Bezug auf die festgestellten Einschränkungen der Funktionalität sowie nähere Angaben zur familiären, sozialen und beruflichen Situation nicht erfasst. Die Angaben zur Erfassung der Funktionalität in der Mitarbeiterbefragung und die Analyse der Dokumentation spiegeln ein unterschiedliches Verständnis von den inhaltlichen Anforderungen wider, die an eine differenzierte, an der ICF orientierte Erfassung von Einschränkungen, Teilhabe und Kontextfaktoren gestellt werden.

Der Prozess der Reha-Einleitung – von der Identifikation geeigneter Patienten bis hin zur Überleitung – erfordert eine klare Aufgabenteilung und gute Dokumentation. Daher lässt sich zusammenfassend für den zweiten Studienabschnitt sagen, dass sich trotz mangelnder Generalisierbarkeit Hinweise auf einen Schulungsbedarf bei den beteiligten Berufsgruppen bezüglich folgender Bereiche zeigten:

- Indikationen und funktionelle Voraussetzungen für Rehabilitationsbehandlungen zur Identifikation geeigneter Patienten
- Assessmentverfahren und Dokumentationsstandards der beteiligten Berufsgruppen
- Differenzierte, an der ICF orientierte Erfassung von Einschränkungen, Teilhabe und Kontextfaktoren sowie
- Information der Patienten bezüglich Angeboten und Möglichkeiten der Rehabilitation unter Berücksichtigung der persönlichen Teilhabeziele der Patienten.

Ergebnisse 3. Studienabschnitt

Im dritten Studienabschnitt wurden aufgrund der Ergebnisse der ersten beiden Studienabschnitte Vorschläge zur Optimierung des Prozesses der Überleitung onkologischer Patienten vom Akutkrankenhaus in die AHB entwickelt und mit den beteiligten Klinikern und externen Experten im Rahmen einer Delphi-Befragung abgestimmt. Die entwickelten Vorschläge betreffen dabei drei Bereiche, die in den folgenden Abschnitten näher erläutert werden:

1. Berücksichtigung der Rehabilitation als Bestandteil der gesamten onkologischen Behandlungsplanung einschließlich frühzeitiger Identifizierung geeigneter Patienten
2. Berufsgruppenübergreifende Nutzung patientengerechter Informationsmaterials
3. Erfassung und Weiterleitung Reha-relevanter Patienteninformationen durch ein pflegerisches Assessment-Tool (= Überleitungsbogen zur poststationären Versorgung)

Berücksichtigung der Rehabilitation als Bestandteil der gesamten onkologischen Behandlungsplanung

Alle an der Behandlung onkologischer Patienten beteiligten Berufsgruppen müssen die Rehabilitation als Bestandteil der onkologischen Behandlung verstehen und dementsprechend handeln. Geeignete Patienten sollen frühzeitig identifiziert und strukturiert über die Anschlussrehabilitation als Bestandteil der Gesamtbehandlung informiert werden. Durch die beteiligten Berufsgruppen sollen relevante Aspekte der Funktionalität sowie entsprechende fördernde oder hindernde Kontextfaktoren erkannt, dokumentiert (vgl. Überleitungsbogen zur poststationären Versorgung) und mit den Patienten besprochen werden. Als hierfür besonders geeignete Zeitpunkte sind

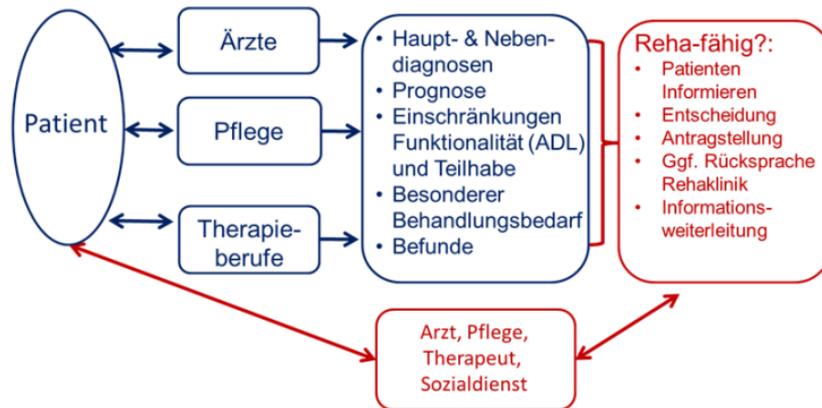


Abbildung 4: Identifikation und Information geeigneter Patienten: Reha-Fähigkeit, Reha-Bedarf, Reha Motivation: Eine gemeinsame Entscheidung!

die Erfassung des Aufnahmezustands, die konkrete Behandlungsplanung (Vorstellung Tumorboard und Patientengespräch), die Reha-Antragstellung sowie die Vorbereitung der Entlassung zu nennen.

Abläufe und Zuständigkeiten bezüglich des Assessments, der Information der Patienten, der Einleitung der Antragstellung und der Informationsweiterleitung an die Rehaklinik müssen dabei klar definiert sein (vgl. Abbildung 4). Die Entscheidung zur Reha-Antragstellung sollte unter Einbeziehung der Einschätzung aller Beteiligten getroffen werden.

Patientengerechtes Informationsmaterial

Zur patientengerechten Information über Inhalte, Ziele und Möglichkeiten der onkologischen Rehabilitation wurde die von der DRV geförderte Informationsbroschüre „So geht Reha! Informationen für den Reha-Erfolg“ [19] mit Genehmigung der Autoren der Originalbroschüre in Zusammenarbeit mit der Sachsen-Anhaltischen Krebsgesellschaft für onkologische Patienten angepasst und neu herausgegeben [20]. Sie soll von den beteiligten Akteuren in den Akutkliniken als Grundlage für die Reha-Beratung und Information der Patienten genutzt werden.

Überleitungsbogen zur weiteren poststationären Versorgung

Für die systematische Erfassung von Informationen, die zur Einschätzung des Reha-Bedarfs dienen können, wurde ein ICF-orientierter Überleitungsbogen zur weiteren poststationären Versorgung entwickelt. Dieser Bogen bietet die Möglichkeit Informationen zur körperlichen Funktionalität einschließlich krankheits- oder behandlungsbedingter Folgen und Informationen zur psychosozialen sowie beruflichen Situation einschließlich diesbezüglicher patientenbezogener Ressourcen und Barrieren zu erfassen und an die nachbehandelnde Rehabilitationsklinik weiterzuleiten. Der Bogen wird von Pflegekräften ausgefüllt, kann aber auch zur interdisziplinären Dokumentation und Informationsweitergabe im onkologischen Team genutzt werden. Der Bogen enthält so genannte

„red flags“, die den behandelnden Arzt zur direkten Kontaktaufnahme mit der nachbehandelnden Rehaklinik auffordern (Abbildung 5).

Ergebnisse 4. Studienabschnitt

Die Testung der entwickelten Materialien erfolgte im Rahmen der Pilotphase des Projektes an 4 Zentren. Bei insgesamt 18 Patienten kamen sowohl der Überleitungsbogen als auch die erarbeitete Informationsbroschüre zum Einsatz. Die Rückmeldungen der Anwender zur Informationsbroschüre waren dabei positiv und es gab keine Änderungs- oder Ergänzungsvorschläge. Zu Gestaltung und Inhalt des Überleitungsbogens wurden durch die beteiligten Berufsgruppen Verbesserungsvorschläge gemacht, die im Folgenden erläutert werden. Während die patientenbezogenen Inhalte des Überleitungsbogens ursprünglich auf einer Seite waren und die Erläuterungen auf der Rückseite gegeben wurden, wurden diese auf Anregung der Pflegekräfte neben die auszufüllenden Inhalte gesetzt. Ergänzend wurde eine Zeile für „besondere Belastungen, Krankheits- oder Behandlungsfolgen“ eingefügt sowie unter besonderer Pflegesituation die Punkte Tracheostoma und Portanlage ergänzt. Diese Änderungen wurden durch das Projektteam direkt umgesetzt, sodass die letzte in der Pilotphase eingesetzte Version des Überleitungsbogens bereits alle während der Pilottestung eingegangenen Verbesserungsvorschläge enthielt. Die minimale Bearbeitungszeit des Überleitungsbogens wurde mit durchschnittlich 5 Minuten angegeben und bezieht sich auf das Ausfüllen in einem Arbeitsgang durch eine Person (in der Regel Pflegefachkraft). Die maximale Bearbeitungszeit wurde mit durchschnittlich 15 Minuten angegeben und beinhaltete mehrere Durchgänge zum Ausfüllen bei Beteiligung und Austausch mehrerer Personen/Berufsgruppen über die Inhalte. Die Rückmeldungen der beteiligten Berufsgruppen (Pflege und Psychoonkologie) sowie der Rehabilitationskliniken bezüglich der Anwendbarkeit und des potentiellen klinischen Nutzens waren positiv.

Überleitungsbogen zur weiteren poststationären Versorgung I		
Diagnosen:		
Name des Patienten: (Patientenetikett)		
Kostenträger:		
Hausarzt:		
Bezugspersonen:		
PSYCHOSOZIALE UND BERUFICHE SITUATION		
<p>Sind besondere Belastungen, Krankheits- oder Behandlungsfolgen bekannt? (z.B. Amputation, Operationsfolgen, Fatigue, Lymphödem bitte kennzeichnen oder benennen)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Erläuterungen</p> <p>Erfassung „reha-relevanter“ Informationen zum Funktionsstatus und der psychosozialen und beruflichen Situation</p> <p>Um eine Rehabilitation zu beantragen, mögliche Reha-Ziele mit den Patienten zu besprechen und wichtige Informationen an die Reha-Klinik weiterzuleiten, müssen funktionelle Einschränkungen und deren Auswirkungen erfasst werden. Um die Auswirkung von Einschränkungen einzuschätzen, sind auch Faktoren wichtig, die diesen Zustand erleichtern oder zusätzlich erschweren. Z.B. sagt die Tatsache, ob jemand allein in seiner Wohnung lebt, noch nichts darüber aus, ob dieser Zustand problematisch ist oder nicht. Im persönlichen Gespräch können diese Informationen auch genutzt werden, um mit den Patienten mögliche Zielsetzungen für die Anschlussrehabilitation zu definieren.</p>
<p>Sind besondere Aspekte der psychischen Situation bekannt? (Wenn ja, welche?) (persönlich/umgebungsbezogen, fördernd/erschwerend?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Aspekte der psychischen Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> Gibt es Anzeichen für Antriebsarmut, Trauer, Angst, Sorgen, emotionale Labilität? Gibt es belastende oder stabilisierende Einflüsse / Bezugspersonen? Erfolgte bereits eine Betreuung durch Psychoonkologen? Wenn ja: Befund anfügen! <p>Aspekte der familiären Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> Sind Familienangehörige vorhanden? Ist der Kontakt zu und Unterstützung durch die Angehörigen problemlos oder schwierig? Gibt es Probleme im Alltag bei familiären und häuslichen Aufgaben? (Einkauf, Versorgung, Pflege von Anderen?)
<p>Sind besondere Aspekte der sozialen oder finanziellen Situation bekannt? (persönlich/umgebungsbezogen, fördernd/erschwerend?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Aspekte der sozialen oder finanziellen Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> Ist die Teilnahme am Gemeinschafts-, sozialen Leben, Kontaktpflege, Freizeitaktivitäten in dem vom Patienten gewünschten Ausmaß möglich? <p>Aspekte der beruflichen Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> Ist die aktuelle berufliche Situation problematisch? (Besteht körperliche / psychische Belastung durch die Arbeit? aktuelle oder drohende Arbeitslosigkeit?) Ist die Rückkehr zur Arbeit gewünscht?
<p>Sind besondere Aspekte der sozialen oder finanziellen Situation bekannt? (persönlich/umgebungsbezogen, fördernd/erschwerend?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Ziele für die Anschlussrehabilitation sollten möglichst konkret und realistisch sein (z.B. Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit bezogen auf Funktionalität im Alltag und Alltagsfähigkeiten)</p>
<p>Sind besondere Aspekte der beruflichen Situation bekannt? (persönlich/umgebungsbezogen, fördernd/erschwerend?)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Sind persönliche Ziele des Patienten für die Anschlussrehabilitation bekannt? Wenn ja, welche?</p>

Abbildung 5: Überleitungsbogen zur weiteren poststationären Versorgung Vorder- und Rückseite

Überleitungsbogen zur weiteren poststationären Versorgung II		
PFLEGE UND FUNKTIONSSTATUS Re-Assessment zum Zeitpunkt der Entlassung		Erläuterung
Barthel Index (0, 5, 10 oder 15 Pkt)	Hilfsmittel/Inkontinenzmaterialien	<p>Funktionsstatus - Barthel-Index Wird aus Gründen der Sicherheit oder wegen fehlenden eigenen Antriebs für die ansonsten selbständige Durchführung einer Aktivität Aufsicht oder Fremdstimulation benötigt, ist nur die zweithöchste Punktzahl zu wählen. Sollten (z.B. je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen.</p>
Essen		
Aufsetzen und Umsetzen		
Sich waschen		
Toilettenbenutzung		
Baden/Duschen		
Aufstehen und Gehen		
Treppensteigen		
An- und Auskleiden		
Stuhlkontrolle		
Harnkontrolle		
Summe	△ Summe < 60	
Liegt eine Einschränkung der kognitiven Funktion vor? Welche? (Befund?)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegt eine besondere Ernährungssituation vor? (z. B. Inappetenz, Gewichtsverlust, Mangelernährung Schluckstörungen, Erbrechen, parenterale Ernährung) bitte kennzeichnen oder benennen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besondere Kostform:		
Besteht eine ansteckende Krankheit? (z. B. Hepatitis, TBC, MRSA, Clostridien, ESBL, VRE) bitte kennzeichnen oder benennen (z.B. MRSA im Rachenbereich)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besteht Isolierungspflicht?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegt eine besondere Pflegesituation vor? (z.B. Wunde, spezieller Wundverband erforderlich? Mukositis, Stomaanlage, Tracheostoma, Portanlage) Wann ja, bitte benennen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input checked="" type="checkbox"/>

(Fortsetzung)

Abbildung 5: Überleitungsbogen zur weiteren poststationären Versorgung Vorder- und Rückseite

Diskussion

In dieser Pilotstudie konnten Hinweise auf Optimierungspotential bei der Überleitung onkologischer Patienten aus der Akutbehandlung in die Anschlussrehabilitation aus Sicht der teilnehmenden Rehabilitationskliniken aufgegriffen und Vorschläge zur Verbesserung des Überleitungsprozesses erarbeitet werden. Eine Informationsbroschüre zur onkologischen Rehabilitation und ein Überleitungsbogen wurden erstellt, initial pilothaft getestet und optimiert. Aufgrund des Studiendesigns als Pilotstudie und insbesondere wegen der jeweils geringen Stichproben der Teiluntersuchungen dieser Studie sind die vorgestellten Ergebnisse nicht repräsentativ und auch nicht generalisierbar. Trotz dieser Limitationen zeigen die Ergebnisse wichtigen Optimierungsbedarf hinsichtlich der Überleitung onkologischer Patienten aus der Akutbehandlung in die Rehabilitation sowie diesbezügliche Lösungsmöglichkeiten auf.

Als zentrale Aspekte sind zunächst die notwendige interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie klar geregelte und für alle Beteiligten transparente Zuständigkeiten hinsichtlich der Aufgaben im Zuge der Einleitung einer Rehabilitation herauszustellen. Dies betrifft insbesondere die gezielte und rechtzeitige Einbindung des Sozialdienstes sowie den gemeinsamen Austausch aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen über Rehabilitationsbedarf und -potential der jeweiligen Patienten. Ein lückenloser Austausch von Reha-relevanten Patienteninformationen sowie eine frühzeitige Identifikation geeigneter Patienten scheinen nur unter diesen Bedingungen realisierbar zu sein. So plädieren bspw. auch Assmann und Kollegen [21] für die frühzeitige Einbindung des Sozialdienstes sowie eine stärkere Aufklärung der Patienten über die Rehabilitation unter Berücksichtigung soziodemografischer Informationen. Zudem halten sie ein regelmäßiges Assessment zu psychosozialen Unterstützungsbedarf gerade bei onkologischen Patienten für notwendig. Der in dieser Studie entwickelte Überleitungsbogen zur poststationären Versorgung greift sowohl Aspekte der psychosozialen Situation als auch Aspekte zur familiären und beruflichen Situation sowie persönliche Motivationsziele des Patienten auf und ermöglicht eine strukturierte interdisziplinäre Dokumentation und auch Weiterleitung dieser Reha-relevanten Patienteninformationen. Durch die Erfassung der Einschränkungen können auch Patienten, die ggf. eher von einer Rehabilitationsbehandlung mit geriatrischem Schwerpunkt profitieren, erkannt werden. Da die Erstellung des Überleitungsbogens sich eng an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit [9] orientierte, wird auch der Rehabilitationsrichtlinie des GBA [22] Rechnung getragen, welche die Anwendung der ICF vorsieht (§4), um bspw. Ärzte bei der Entscheidung, ob eine Indikation für eine Rehabilitation vorliegt, zu unterstützen. Zudem kann so, dem in der Teilstudie 2 eruierten – über die Berufsgruppen hinweg – unterschiedlichen Verständnis von den inhaltlichen Anforderungen an eine differenzierte, an der

ICF orientierten Erfassung von Einschränkungen, Teilhabe und Kontextfaktoren begegnet werden. Die gezielte Setzung von „red flags“ im erarbeiteten Überleitungsbogen zur poststationären Versorgung soll den direkten Austausch zwischen Akut- und Rehabilitationsklinik fördern bzw. einfordern. Dieser erweist sich als einfacher, wenn es gelingt über die Sektorengrenzen hinweg Kommunikationsstrukturen, bspw. in Form von gemeinsamen Visiten oder Reha-Konsilen, zu etablieren [23]. Dies erscheint umso wichtiger, wenn man die Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Rehabilitation [24] betrachtet. Hier wird ein Rückgang bei den Direktverlegungen von der Akutklinik in die Rehabilitation konstatiert, der u.a. auch auf eine stark eingeschränkte Reha-Fähigkeit nach der Entlassung aus der Akutklinik zurückzuführen ist. Vor allem in den ersten 7 Tagen der Reha sind die Patienten weniger belastbar als vor DRG-Einführung [24]. Das die Therapieziele der Reha trotzdem erreicht werden, ist auf eine Aufwandsverlagerung vom Krankenhaus zu den Rehabilitationskliniken im Sinne einer Aufwandserhöhung für die Reha-Kliniken zurückzuführen. Damit sich die Reha-Kliniken auf diesen erhöhten Aufwand gerade zu Beginn der Reha einstellen können, ist eine lückenlose Informationsweitergabe sowie ggf. persönliche Information durch die Akutkliniken unerlässlich. Der entwickelte Überleitungsbogen zur poststationären Versorgung soll genau dies gewährleisten. Darüber hinaus muss aber auch auf den Beratungs- und Schulungsbedarf der Ärzte im Hinblick auf die Reha-Antragstellung eingegangen werden. Dieser wurde nicht nur in den Ergebnissen der Teilstudie 2 ersichtlich sondern konnte auch in anderen Studien konstatiert werden [16], [25]. Gerade die bereits erwähnte Anwendung der ICF bei der Beschreibung von Gesundheitszuständen der Patienten erscheint defizitär und offenbart Schulungsbedarf. Hilfreich können diesbezüglich auch Forschungsarbeiten sein, die sich vor allem mit einer Vereinfachung und Vereinheitlichung der Reha-Antragstellung beschäftigen. So haben Egen und Kollegen [26] ein modular aufgebautes, einheitliches und vor allem kostenträgerübergreifendes Antragsformular entwickelt, welches den hohen administrativen Aufwand begrenzen und das Risiko für Fehler und Lücken im Reha-Antrag reduzieren soll. Das Antragsformular ist auch elektronisch nutzbar und in der Endversion für alle am Bewilligungsprozess beteiligten Berufsgruppen verfügbar (Webseite des MHH-Sozialdienstes oder Webseite der AOK Niedersachsen). Die Möglichkeit der Integration des Formulars in hausinterne Klinikinformationssysteme wird derzeit geprüft [26].

Fazit

Da vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und einer steigenden Multimorbidität im Alter von einem weiterhin zunehmendem Rehabilitationsbedarf auszugehen ist, ist der Lösung von Schnittstellenproblemen an den Sektorengrenzen weiterhin große Beachtung zu schenken. Bis 2020 ist demografiebedingt mit einem

Anstieg der Reha-Fälle von 2009 um etwa 6% zu rechnen [27]. Die Einführung des DRG-Systems oder der Grundsatz „Reha vor Rente“ beeinflussen diesen Trend besonders stark. Vor allem bei der älteren Bevölkerung gewinnt bei kürzeren Verweildauern in den Akutkliniken die medizinische Nachsorge in Rehabilitationskliniken an Bedeutung. Im Hinblick auf den Zugang zur Rehabilitation steht dabei vor allem der Abbau von administrativen Hürden im Vordergrund [27].

Eine disziplinübergreifende, strukturierte Erfassung Reha-relevanter Patienteninformationen, wie sie durch den erarbeitete Überleitungsbogen ermöglicht werden könnte, ist für eine lückenlose Antragstellung sowie rechtzeitige Information der nachversorgenden Reha-Kliniken essentiell. Bei geregelten und für alle Beteiligten transparenten Zuständigkeiten hinsichtlich der Aufgaben im Zuge der Einleitung einer Rehabilitation kann die frühzeitige Identifikation geeigneter Patienten gelingen und so der Zugang zur Rehabilitation gebahnt werden.

In diesem Zusammenhang könnten die Ergebnisse dieses Pilotprojektes die Grundlage für weiterführende Studien bilden. Es sind weitere Untersuchungen notwendig, um die berichteten Probleme im Überleitungsprozess zu quantifizieren und Zusammenhänge zu untersuchen. Eine Prüfung der Materialien, insbesondere des klinischen Nutzens des entwickelten Überleitungsbogens zur poststationären Versorgung, sollte im Rahmen einer prospektiven Folgestudie mit einer größeren Studienpopulation unter Einbeziehung der Akut- und Rehabilitationskliniken hinsichtlich des Erreichens der Rehabilitationsziele, des Erhalts der Erwerbstätigkeit oder der Lebensqualität erfolgen. Auch die Entwicklung von Zusatzmodulen bspw. für neuroonkologische Patienten erscheint sinnvoll und erfordert weitere Untersuchungen in diesem Bereich.

Anmerkungen

Hinweis

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe wie Patient, Therapeut, Arzt etc. gelten im Sinne der Gleichbehandlung für beide Geschlechter gleichermaßen.

Danksagung

Wissenschaftlicher Beirat und Experten des Delphi Panels: Prof. Dr. med. Wilfried Mau, Direktor des Instituts für Rehabilitationsmedizin, MLU Halle, Prof. Dr. med. Oliver Rick, Chefarzt der Klinik Reinhardshöhe Bad Wildungen, Sprecher der Arbeitsgruppe Onkologische Rehabilitation der Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO) in der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG), PD Dr. med. Ulf Seifart, Chefarzt der Klinik Sonnenblick Marburg, Vorsitzender des Arbeitskreises Onkologische Rehabilitation der DGHO, PD. Dr. med. Thomas Beinert, Paracelsus Klinik am See, Bad Gandersheim, Prof. Dr. med. Wolfgang

Wagner, Medizinisches Versorgungszentrum für Strahlentherapie, Radiologie, Nuklearmedizin und Innere Medizin der Paracelsus-Klinik Osnabrück, Prof. Dr. med. Hans Helge Bartsch, Ärztlicher Direktor der Klinik für Tumorbiologie Freiburg, Kerstin Paradies, Vorstandssprecherin der Konferenz onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege (KOK) der Deutschen Krebsgesellschaft e.V., Dipl. Med.-Inf. Anke Wittrich, stellvertretene Geschäftsführerin des Bundesverbandes Geriatrie (BVG), Simone Pareigis-Hoppe, Selbsthilfegruppe Leukämie- und Lymphompatienten, Halle, Arbeitskreis Rehabilitation und Sozialmedizin der SAKG, Sven Weise, Geschäftsführer der Sachen-Anhaltischen Krebsgesellschaft (SAKG), Dipl. PGW Jan Richter, Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannstrost Halle, Stabstelle Qualitätsmanagement

Förderung

Diese Arbeit wurde durch das Wilhelm-Roux Programm der medizinischen Fakultät der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg unter dem Förderkennzeichen 27/11 unterstützt.

Interessenkonflikte

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte in Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Literatur

1. Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. Atlas der Krebsinzidenz und -mortalität in Deutschland (GEKID-Atlas). Datenlieferung: Dezember 2014. Lübeck; 2015. Verfügbar unter: http://www.gekid.de/Atlas/CurrentVersion/Ergebnisse%20GEKID%20Atlas%20Deutschland_2015.pdf [Stand: 02.05.2016]
2. Deutsche Rentenversicherung Bund. Reha-Bericht. Berlin; 2015. Verfügbar unter: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03_fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/02_rehabericht_2015.pdf?__blob=publicationFile&v=4 [Stand: 20.01.2016]
3. Pottins I, Irle H, Korsukéwitz C. Deutsche Rentenversicherung: Stand und Perspektiven der onkologischen Rehabilitation. RVaktuell. 2009;8:267-75. Verfügbar unter: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/03_broschueren_und_mehr/03_zeitschriften/rv_aktuell/2009/heft_8_pottins_irle_korsukewitz.pdf?__blob=publicationFile&v=5
4. Elling D, Gellert K, Kerschgens C, Krahl D, Krüger-Corcoran D, Matthias M, Menges G, Reißhauer A, Rex G, Schostak M, Stockfleth E. Katalog zur Onkologischen Rehabilitation. 2009. Verfügbar unter: <http://www.tzb.de/fachinformationen/reha-katalog/reha-katalog.pdf> [Stand: 20.01.2016]
5. Goeckenjan G, Sitter H, Thomas M, Branscheid D, Flentje M, Griesinger F, et al. Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms [Prevention, diagnosis, therapy, and follow-up of lung cancer]. Pneumologie. 2010 Mar;64 Suppl 2:e1-164. DOI: 10.1055/s-0029-1243837

6. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF). S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Plattenepithelkarzinome und Adenokarzinome des Ösophagus. Langversion 1.0. AWMF Registernummer: 021/0230L. 2015. Verfügbar unter: <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html> [Stand: 02.05.2016].
7. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF). S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom. Langversion 1.1. AWMF Registrierungsnummer: 021-0070L. 2014. Verfügbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/021-0070L_S3_KRK_2014-08.pdf [Stand: 01.10.2014].
8. Assmann C, Iseringhausen O, Schott T, Staender J. Übergänge gestalten! Patientenorientierung und vernetzte Versorgung zwischen den Sektoren. In: Deutsche Rentenversicherung Bund. 21. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium vom 5. bis 7. März 2012 in Hamburg. Rehabilitation: Flexible Antworten auf neue Herausforderungen. 2012. S. 152-3. (DRV-Schriftenband; 98). Verfügbar unter: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_21_reha_kolloqu.pdf
9. DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information). ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Neu-Isenburg: MMI; 2005.
10. Morfeld M, Mau W, Jäckel WH, Koch U. Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren. München: Urban und Fischer; 2007.
11. BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation). ICF-Praxisleitfaden 3. Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) für das Krankenhausteam. Frankfurt am Main; 2010. Verfügbar unter: <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/datelliste/publikationen/icf-praxisleitfaeden/downloads/ICF3.pdf> [Stand: 28.01.2016]
12. Pohontsch N, Deck R. Überwindung von „Schnittstellenproblemen“ in der medizinischen Rehabilitation. Ein Pilotprojekt zur Optimierung der Zusammenarbeit von Reha-Kostenträgern, Reha-Einrichtungen und ambulanter Versorgung. Monitor Versorgungsforschung. 2010;6:40-3.
13. SVR (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen). Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. Kurzfassung. Bonn; 2012.
14. Weatherly JN. Berufsfeldübergreifende Kooperation im Gesundheitswesen – Das Beispiel eines psychiatrischen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ). In: Amelung VE, Sydow J, Windeler A, Klemann A, Hrsg. Vernetzung im Gesundheitswesen. Wettbewerb und Kooperation. Stuttgart: Kohlhammer; 2009. S. 385-98.
15. Niermann I. Anschlussheilbehandlung. „Blutige Entlassung“ verlagert Kosten in die Reha. Dtsch Ärztebl. 2007;104(14):923-6.
16. Pohontsch N, Deck R. Schnittstellen-Probleme in der medizinischen Rehabilitation – Lösungsvorschläge aus interdisziplinären Gruppengesprächen. Gesundheitswesen. 2011;73:184-6. DOI: 10.1055/s-0031-1283586
17. Schubert M, Fiala K, Grundke S, Parthier K, Behrens J, Klement A, Mau M. Der Zugang zu medizinischer Rehabilitation aus Perspektive niedergelassener Ärzte – Probleme und Optimierungsmöglichkeiten. Phys Med Rehab Kuror. 2012;22:264-70. DOI: 10.1055/s-0032-1314882
18. Schade N, Von Eiff W, Niehues C. Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Rehabilitation – Eine Befragung von Rehakliniken. In: Tagungsband des 18. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums vom 09. bis 11.03.2009 in Münster. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2009. S. 302-3. (DRV-Schriften; 83). Verfügbar unter: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=tagungsband_18_reha_kolloqu.pdf
19. Höder J. So geht Reha! Informationen für den Reha-Erfolg. Patienteninformationsbroschüre. Lübeck; 2014. Verfügbar unter: <http://www.vor-der-reha.de/wp-content/uploads/2014/08/So-geht-Reha.pdf> [Stand: 04.04.2016]
20. SAKG (Sachsen-Anhaltische Krebsgesellschaft e. V.), Hrsg. Reha für Krebspatienten Alles, was Sie über Reha wissen sollten. Ratgeber Krebserkrankung. 2015. Verfügbar unter: http://sakg.de/fileadmin/pdf/Ratgeber_Reha_2015_WEB_2015.pdf [Stand: 04.04.2016]
21. Assmann C, Becka D, Borchers U, Dörpinghaus S, Hilbert J, Iseringhausen O, Paulus W, Schott T, Staender J, Wolters P. Reha der Zukunft-Brückenschläge: Modellhafte Entwicklung vernetzter Versorgungsprozesse. Abschlussbericht. Bielefeld, Gelsenkirchen: Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft (ZIG), Institut Arbeit und Technik, Universität Bielefeld; 2013.
22. GBA (Gemeinsamer Bundesausschuss). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) in der Fassung vom 16. März 2004, zuletzt geändert am 17. April 2014. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-882/RL-Reha_2014-04-17.pdf [Stand: 24.03.2016]
23. Bartel S, Bethge M, Streibel M, Thren K, Lassahn C. Erfolgsfaktoren integrierter Versorgungsprozesse in der Endoprothetik: Ergebnisse einer qualitativen Prozessanalyse [Factors of successful integrated care settings for total knee and hip arthroplasty: findings of a qualitative process analysis]. Rehabilitation (Stuttg). 2010 Jun;49(3):138-46. DOI: 10.1055/s-0030-1249669
24. von Eiff W, Schüring S, Greitemann B, Karoff M. REDIA – Auswirkungen der DRG-Einführung auf die Rehabilitation [REDIA – impacts of DRG introduction in the acute sector on medical rehabilitation]. Rehabilitation (Stuttg). 2011 Aug;50(4):214-21. DOI: 10.1055/s-0031-1275720
25. Pohontsch N, Träder JM, Scherer M, Deck R. Empfehlungen zur Überwindung von Schnittstellenproblemen in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung [Recommendations for overcoming interface problems in medical rehabilitation of federal pension funds and statutory health insurance]. Rehabilitation (Stuttg). 2013 Oct;52(5):322-8. DOI: 10.1055/s-0032-1330005
26. Egen C, Ballüer K, Wilhelm I, Lindner HJ, Gaedtko D, Klein H, Seger W, Rohland D, Schenke N, Gutenbrunner C. Entwicklung eines bundeseinheitlichen und kostenträgerübergreifenden Antragsformulars für die Einleitung der Anschlussrehabilitation: Projektbericht und Plädoyer zum Abbau administrativer Hürden [Development of a claim form for the initiation of post-treatment rehabilitation for nationwide use by all reimbursement agencies: a report and plea for reducing administrative barriers]. Gesundheitswesen. 2015 May;77(5):368-73. DOI: 10.1055/s-0034-1372617
27. Augurzyk B, Reichert AR, Scheuer M. Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011. Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung; 2011. (RWI-Materialien; 66). Available from: <http://hdl.handle.net/10419/61139>

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Heike Schmidt
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft,
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Magdeburger
Straße 8, 06112 Halle (Saale), Deutschland
heike.schmidt2@uk-halle.de

Bitte zitieren als

Schmidt H, Beutner K, Berndt U, Wylegalla C, Faber G, Jordan K,
Vordermark D, Landenberger M, Jahn P. Die Überleitung onkologischer
Patienten aus der Akutversorgung in die Rehabilitation: Ergebnisse der
Studie OPTIREHA. *GMS Onkol Rehabil Sozialmed.* 2016;5:Doc06.
DOI: 10.3205/ors000028, URN: urn:nbn:de:0183-ors0000281

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/ors/2016-5/ors000028.shtml>

Veröffentlicht: 05.09.2016

Copyright

©2016 Schmidt et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und
steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution
4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe
<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.