



Newsletter IGPTTRK 2 /2009

Wetzikon, 14. November 2009

Liebe PRT-Kolleginnen und PRT-Kollegen

Aus aktuellen Gründen verzichte ich aufs philosophieren und füge Euch hier die aktuellen GOLD-Empfehlungen für unsere COPD Patienten ein:

What can people with COPD do to protect themselves from getting the H1N1-virus?

A. Professor Rodriguez-Roisin: A vaccine against H1N1 is currently being tested, and is expected to be available in many countries as the fall flu season begins in the Northern Hemisphere. So, one important thing you can do is contact your health care provider or local health authority to find out if the vaccine is available in your area.

In addition, since the mode of transmission of H1N1 seems to be similar to that of seasonal flu, other prevention strategies are similar too. According to the World Health Organization (WHO), the following measures will help prevent infection:

- Avoid touching your mouth and nose
- Wash your hands thoroughly with soap and water, or cleanse them with an alcohol-based hand rub on a regular basis (especially if touching the mouth and nose, or surfaces that are potentially contaminated)
- Avoid close contact with people who might be ill
- Reduce the time spent in crowded settings if possible
- Improve airflow in your living space by opening windows

Finally, there are other steps that people with COPD can take that don't specifically prevent H1N1 infection, but that can help make sure your lungs are as healthy as possible if you do get the flu. Talk to your doctor and make sure you have a medication plan and know what to do if your breathing gets worse. Make sure you have an adequate supply of your medications and take them the way your doctor has told you to. Practice good health habits such as getting adequate sleep, eating nutritious food, and keeping physically active as much as you can

Hebed Eu Sorg!

Kaba Dalla Lana
Ehrenpräsidentin IGPTTRK



Ressort Patientenschulung

Kaba Dalla Lana, dipl. Physiotherapeutin
PRT, Ehrenpräsidentin IGPTRKP

Einiges hat sich bei mir wieder verändert, seit März dieses Jahres arbeite ich am Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich in der Forschungsgruppe, Abteilung Chronic Care. Mein Thema ist, wer hätte es gedacht ... COPD ☺! (Diese Leidenschaft schein grenzenlos....)

Datenevaluation

Zurzeit evaluiere ich die Daten unseres einjährigen Patientenschulungs Pilotprojektes „Besser Leben mit COPD“ und verfolge unsere geschulten Patienten weiterhin mittels einem telefonischen Follow up. Die Publikation wird folgen.

Auch planen wir das Schulungsangebot ganz vom Spitalsetting zu lösen. Strukturen zu schaffen, Abläufe zu verbessern und diejenigen Dienstleistungen anzubieten, die Innovation und eine Verbesserung in der Betreuung von COPD Patienten bringen erachte ich als eine spannende und notwendige Aufgabe. Denn...

... die Zukunft ist chronisch

Laut WHO werden im Jahr 2020 weltweit zwei Drittel aller Krankheiten chronisch sein. Um eine wesentliche Besserung der Behandlung von chronisch Kranken beizutragen, entwickelten Wagner et al. das „Chronic Care-Model“ (CCM): Dieses Modell wurde von der WHO übernommen und findet heute grosse Akzeptanz. Das CCM ist ein auf der Grundversorgung basiertes Evidenz basiertes Versorgungskonzept, das die Bedürfnisse chronisch Kranker stärker berücksichtigt und den kompletten Versorgungsprozess und -organisation nach diesen ausrichtet. Das CCM basiert auf sechs Versorgungselementen welche zu einer besseren Abstimmung der behandelnden Institutionen und zu besser informierten und motivierten Patienten führen sollen. Die sechs Konzeptelemente sind:

- 1 Organisation der Gesundheitsversorgung (Health Care Organisation)
- 2 Gestaltung der Leistungserbringung (Delivery System Design)
- 3 Angebot von Entscheidungshilfen (Decision Support)
- 4 Klinisches Informationssystem (Clinical Information System)
- 5 Unterstützung und Förderung des Selbstmanagement (Self-management Support)
- 6 Mobilisierung wohnortnaher Ressourcen (Community Resources)



Abbildung 1 veranschaulicht das Zusammenspiel bzw. die Integration der sechs Systemkomponenten

Auch wir Physiotherapeuten können auf verschiedensten Ebenen in diesem Modell mitwirken!

Internationales

Im Juni dieses Jahres fand der erste interdisziplinäre (auch Patienten!) World COPD Kongress in **Rom** statt. Ich spürte an diesem Kongress sehr stark, dass wir Schweizer im europäischen, gesundheitspolitischen Networking keine Rolle spielen. Wann immer europäische Zahlen präsentiert wurden gab es in der Mitte von Europa einen kleinen „white spot“.



Im September nun war ich 10 Tage als COPD-Train the Trainer an der McGill University in **Montreal/CA** engagiert. Die Auszubildenden waren zu über 90% Nurses! Ich meine hier in der Schweiz wären wir PRT-Physios bestens gerüstet um diese spannende zukünftige Funktion zu übernehmen. Was meint ihr dazu?

Euer Feedback ist mir wichtig und freut mich sehr!!

Allzeit bereit und dankbar

Kaba

kaba@dallalana.ch

Ressort Zusatzausbildung

Joachim Schmidt, dipl. Physiotherapeut
PRT, Vorstand IGPTRKP

Rückblick

An der GV vom 11. Mai 09, haben die anwesenden Mitglieder beschlossen, dass 2010 wieder eine Zusatzausbildung stattfinden und in Bern durchgeführt werden soll. Die Verantwortung dafür hat José van der Hoef an Joachim Schmidt abgegeben.

Aktueller Stand

Bereits die provisorische Ausschreibung auf der Homepage hat dazu geführt, dass sich seither zahlreiche Interessenten gemeldet haben. Die definitive Ausschreibung ist für Anfang 2010 geplant. Folgendes steht aber jetzt schon fest: Die Zusatzausbildung startet im Herbst 2010 am Inselspital in Bern und wird im Frühling 2011 mit der Prüfung beendet. Die sechs Module werden wie bisher einmal pro Monat an einem Samstag durchgeführt. Ziel ist es, die Inhalte der einzelnen Module trotz neuer Referenten auf die Vorjahre abzustimmen, sodass bisher nicht besuchte Kursteile oder nicht bestandene Prüfungen nachgeholt werden können. An dieser Stelle möchte ich die Gelegenheit nutzen, Martin Verra, dem Leiter des Instituts für Physiotherapie am Inselspital und dem Team der Pneumologischen Klinik des Inselspitals zu danken, dass sie die Zusatzausbildung grosszügig unterstützen und mithelfen, deren Durchführung in Bern zu ermöglichen.

Ausblick

Es ist nicht klar, ob oder wie die Zusatzausbildung in der zukünftigen Weiterbildungslandschaft im Gesundheitswesen bestehen kann. Über die Positionierung der Zusatzausbildung in Zukunft hat sich eine Arbeitsgruppe bestehend aus José, Kaba und Joachim Gedanken gemacht. Vermutet wird, dass die Zusatzausbildung in ihrer bisherigen Form wohl kaum eine Chance hat, sich zu behaupten. Sondierungsgespräche zum Beispiel über



eine Angliederung der Zusatzausbildung an ein bestehendes Weiterbildungsangebot der Lungenliga oder über die Zusammenarbeit mit der CF-Physio haben bereits stattgefunden, weitere, zum Beispiel mit der Berner Fachhochschule sind geplant. Ziel ist es, dass die Mitglieder an der GV 2010 über einen oder mehrere Vorschläge betreffend der Zukunft der Zusatzausbildung beschliessen werden.

Joachim Schmidt

joachim.schmidt@insel.ch

Ressort Beratung und Tarif pulmonale Rehabilitation

Evelien van Ort, dipl. Physiotherapeutin
PRT

Co-Präsidentin IGPTRKP

Im Bereich der Beratung und Tarif sind keine Anfragen eingegangen, Veränderungen oder Highlights zu berichten. Deshalb erlaube ich mir, euch auf ein Thema aus der Spitallandschaft aufmerksam zu machen: *„Spitalfinanzierung: Neues Tarifsysteem für Spitalleistungen“*. Ich habe einige Angaben zu diesem Thema zusammengesucht. Sie dienen lediglich als Orientierung; es ist also keine Stellungnahme von meiner Seite oder von Seiten der IGPTRKP.

Einleitung

Quelle: Medienmitteilung vom 9. Juli 2009

Die von den Gesundheitspartnern in den vergangenen fünf Jahren entwickelte neue, gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur zur Abgeltung von stationären Leistungen in Spitälern und Geburtshäusern hat eine höhere Transparenz bezüglich Leistungen und Preisen der Spitäler zu Gunsten der Patientinnen und Patienten und der Kostenträger zum Ziel. Gleichzeitig wird damit eine höhere unternehmerische Flexibilität der Spitäler gefördert. Zudem soll die kantonsübergreifende Spitalplanung vereinfacht werden.

Die SwissDRG AG als gemeinsame Institution der Leistungserbringer (Spitalverband H+ und FMH), der Versicherer (santésuisse und MTK) und der Kantone (GDK) hat gemäss Art. 49 KVG nun am 9. Juli 2009 das erste Gesuch für die Genehmigung des SwissDRG-Fallpauschalensystems beim Schweizerischen Bundesrat eingereicht.

Was ist DRG?

Quelle: Wikipedia



Diagnosis Related Groups (kurz DRG, deutsch Diagnosebezogene Fallgruppen) bezeichnen ein ökonomisch-medizinisches Klassifikationssystem, bei dem Patienten anhand ihrer Diagnosen und der durchgeführten Behandlungen in Fallgruppen klassifiziert werden, die nach dem für die Behandlung erforderlichen ökonomischen Aufwand unterteilt und bewertet sind. DRGs werden in verschiedenen Ländern zur Finanzierung von Krankenhausbehandlungen verwendet. Während in den meisten Ländern die DRGs krankenhausbegleitend zur Verteilung staatlicher oder versicherungsbezogener Budgets verwendet werden, wurde in Deutschland das 2003 eingeführte DRG-System zu einem Fallpauschalensystem umgestaltet und seither zur Vergütung der einzelnen Krankheitsfälle verwendet.

DRGs wurden in den USA an der Yale-Universität von Robert Barclay Fetter und John Devereaux Thompson ab 1967 entwickelt. Sie wurden ursprünglich allerdings nicht als Vergütungssystem entwickelt, sondern als ein reines Patientenklassifikationssystem, welches als Managementwerkzeug die Messung, Evaluierung und Steuerung der Behandlungen im Krankenhaus ermöglichen sollte. Als prospektives Vergütungssystem wurden sie in den USA dann ab 1983 im Medicare-Bereich eingeführt. Es kam dadurch zur Verschiebung von stationären zu mehr ambulanten Leistungen.

Die Selbstverwaltungsorgane des deutschen Gesundheitswesens waren im Jahr 2000 durch die Politik aufgefordert ein bereits existierendes DRG-System als Grundlage des aufzubauenden deutschen Systems auszuwählen. Die Entscheidung fiel auf das System des australischen Bundesstaates Victoria, genannt ‚Australian Refined Diagnosis Related Groups‘ (AR-DRG). Durch Überarbeitung in jährlichen Abständen soll eine Anpassung an die deutsche Behandlungswirklichkeit erreicht werden. Beauftragt ist damit das im Mai 2001 gegründete Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus in Siegburg (InEK).

Im Dezember 2005 entschied sich das zuständige Gremium der Schweiz zur Einführung eines DRG-Systems auf Grundlage des deutschen Modells. Durch den Prozess der Helvetisierung (Anpassung an die schweizerische Behandlungswirklichkeit) werden daraus die SwissDRG entstehen.

Was bringen SwissDRG?

Quelle:

http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Tarife___Preise/Projekt_Swiss_DRG/Das_Projekt_SwissDRG.pdf

Sie teilen Spitalleistungen in Leistungsgruppen auf. Diese werden dann in der ganzen Schweiz nach denselben Kriterien bewertet, auch hinsichtlich Qualität. Damit werden erbrachte Spitalleistungen vergleichbarer. SwissDRG verstärken den Anreiz, bei gleich bleibend hoher Qualität die durchschnittlich sehr lange Aufenthaltsdauer in Schweizer Spitälern zu senken und damit Kosten zu sparen.

Bedenken und Reaktionen

SWISS REHA

Quelle: SWISS REHA News, Ausgabe Nr.7, November 2007

SWISS REHA sieht das Gesundheitssystem in der Schweiz vor folgende Probleme gestellt:

- Bei gleichbleibender Verweildauer der Patienten in der Rehabilitationsklinik müssen Massnahmen zu einem späteren Zeitpunkt geballt vollzogen werden. Dies schadet dem Heilungsprozess.
- Die notwendige Behandlungszeit in den Rehabilitationseinrichtungen verlängert sich.
- Der pflegerische, therapeutische, medikamentöse und diagnostische Aufwand in der Rehabilitationseinrichtung steigt. Die notwendigen Personalressourcen der Rehabilitationseinrichtungen nehmen dadurch zu.
- Die Verlagerung vom Akut- in den Rehabilitationsbereich verlangt nach zusätzlichen Investitionen. Rehabilitations-



einrichtungen müssen diese finanzielle Zusatzbelastung selbst aufbringen.

Personalverbände

Quelle: 7.5.2009 - Medienmitteilung der Personalverbände

Die Einführung der schweizweiten Fallkostenpauschalen (DRGs) ist beschlossene Sache. Noch wenig bekannt und kaum diskutiert sind die Auswirkungen auf Patienten und Personal der Spitäler. Die Erfahrungen aus Deutschland zeigen, dass sie gravierend sein können. Die Personal- und Berufsverbände aus dem Gesundheitswesen starten deshalb eine Petition. Damit verlangen sie flankierende Massnahmen bei der Einführung sowie eine umfassende Begleitforschung.

Zahlreiche Berufsverbände im Gesundheitswesen (u.a. auch Physioswiss, siehe Homepage) wollen deshalb den Bundesrat mit einer Petition auffordern, bis Ende 2009 unter Einbezug aller Betroffenen konkrete Massnahmen zu ergreifen, damit die Patienten und das Personal vor den negativen Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung geschützt sind. Das bedeutet:

- Die Qualität der Versorgung muss gewährleistet sein.
- Die Arbeitsbedingungen des Gesundheitspersonals müssen gesetzeskonform sein.
- Die orts- und branchenüblichen Löhne müssen eingehalten werden.
- Personalschlüssel sind definiert und dürfen nicht unterschritten werden.
- Die Finanzierung der Aus- und Weiterbildung ist geregelt.
- Die Begleitforschung ist spätestens am 1.1.2011 gestartet.

Es geht den Personalverbänden nicht darum, die Einführung der DRGs zu verhindern, sondern vielmehr sich dafür einzusetzen, dass diese sozialverträglich und ohne negative Auswirkungen auf Patienten und Personal eingeführt werden.

Alltag

Die Codierung stellt sich in der Klinik Barmelweid als arbeitsintensiv und kompliziert aus. In der Klinik wurde eine separate Stelle mit 90% Pensum für diese Aufgabe geschaffen.

Ich wünsche euch ein sonniger Spätsommer und farbvoller Herbst.
Mit herzlichen Grüssen

Aarau, November 2009,

Evelien

evelien.vanoort@hispeed.ch



Ressort PTR (Dachverband)

Antoinette Blanc, dipl. Physiotherapeutin
PRT
Vorstand IGPTRKP

Die PTR hatte bis im August 2009 vier Vorstandssitzungen und eine Klausurtagung durchgeführt. Eine weitere Sitzung sowie ein Strategieworkshop wurde zusammen mit der Arbeitsgruppe Assessments, vertreten waren alle Buchautoren, organisiert.

Kommunikationskonzept

Im Anschluss an die Klausurtagung in Blatten wurde das von einer Arbeitsgruppe erarbeitete Kommunikationskonzept für die PTR und die IG's zur Vernehmlassung in die Vorstände verteilt. Wichtige Diskussionspunkte sind eine mögliche Namensänderung und einheitliche Logo's. Bis ende Jahr werden erste Ergebnisse aus den IG's erwartet.

Homepage

Die Neugestaltung der Homepage, www.igptr.ch, konnte im April 2009 abgeschlossen werden. Nach einer Schulung wurden den Mitgliedern die Passwörter zugestellt, damit sie auch weiterhin Zugriff auf die Assessments haben. Die Homepage kann selber bewirtschaftet werden. Die Aktualität und Attraktivität der Seite liegt bei der verantwortlichen Person. Für die Erfüllung dieser Aufgabe suche ich noch ein Mitglied. Wer Lust hat, diese Aufgabe zu übernehmen und mit Freude die Seiten jeweils zu aktualisieren kann sich direkt bei mir melden. Herzlichen Dank.

Veranstaltung

Die PTR-Tagung zum Thema „Assessments im praktischen Alltag“ fand am Samstag, 24. Oktober 2009 in Bad Zurzach statt.

Zusammenarbeit mit der SAR

Die SAR ist dabei, sich neu zu strukturieren. Die PTR nahm aktiv zusammen mit den IG's an der Vernehmlassung teil. Im Oktober fand eine Konsenssitzung mit den IG-PräsidentInnen statt.

Weitere Informationen folgen.

Antoinette

Antoinette.Blanc@aarreha.ch



Ressort Assessment

Gilbert Büsching,
dipl. Physiotherapeutin PRT

Verkaufsstand Assessment Bücher- Bode-Index wurde aktualisiert - bald Assessment Lehrbuch?

Der 3. Band wurde bisher ca. 270x verkauft. Der 1. Band (Neurologie) ist jetzt wieder in der überarbeiteten 2. Auflage erhältlich. In der Zeitung Pneumologie konnten wir mit Prof. Streuli einen weiteren namhaften Rezensenten für die Werbung des 3. Buches in Deutschland gewinnen.

Bode-Index

Der Bode-Index wurde rekali­briert. Patienten mit COPD wurden mit ihrem Mortalitätsrisiko nach einem stationären Aufenthalt (Klinik Barmelweid) mit 36% unterschätzt. Eine weitere Gruppe von Patienten aus Spanien, die vor allem ambulant behandelt wurden, mit 39% überschätzt. Dafür wurden jetzt der 6min Geh­test mit höheren Punktzahlen aufgewertet und der FEV1 abgewertet. Die aktive Rehabilitation der Physiotherapie bekommt noch mehr Gewicht! Der neu definierte ADO-Index (Age-Dyspnoe-Obstruction) richtet sich vor allem an niedergelassene Ärzte, damit sie den Schweregrad ohne Aktivitätstest besser abschätzen können. Behandlung können so gezielt für einzelne Patienten eingeleitet werden. Die Autoren betonen, der Bode-Index sollte weiterhin an verschiedene Populationen validiert werden. (Lancet; 2009, 374. 704-11)

Lehrbuch Assessment?

Vertreter von der AG Assessment und des Vorstand PTR führten einen Strategie Workshop mit einem externen Experten am 11.8.09 durch. Nach der Erstellung der Kernkompetenzen wurde die Strategie auf die Zielgruppen angewandt. Für die Rehakliniken bedeutet dies der Aufbau einer messzielorientierten Datenbank mit externer Hilfe und Gleichzeitig wird es ein Lehrbuch für Assessment für die Studierenden geben.

Weitere Schritte werden dazu eingeleitet. Ein Besuch der Seite lohnt sich immer (www.igptr.ch), da in dem geschützten Bereich für Mitglieder immer neue Artikel der Zeitschrift PhysioPraxis aufgeschaltet werden.

Liebe Grüsse,

Gilbert

P.S.: In unserer Klinik evaluieren wir verschiedene **Pedometer**. Hat jemand damit schon Erfahrungen gesammelt im Anwenden und Auswerten? Darf ich Euch bitten, wenn jemand damit arbeitet, Eure Ergebnisse mir zu senden. Ich könnte sie dann auch im nächsten Newsletter vorstellen. Danke!

Gilbert

bgbuesching@sunrise.ch

Ressort Bildung

Brigitte Fiechter Lienert MPH,
dipl. Physiotherapeutin PRT, Vorstand
IGPTRKP

Aktuellste Informationen und Antworten zu Bildungsfragen findet ihr unter folgenden Links:
www.zhaw.ch
www.physio.com

Brigitte

Brigitte.Fiechter@usz.ch

