

Neurologie & Rehabilitation 2005; 11 (4): 196–203

Die Umsetzung der ICF im Spannungsfeld von Kontext und neurorehabilitativer Intervention

P. O. Bucher, I. Dommen-Nyffeler, H. P. Rentsch

Rehabilitation, Kantonsspital Luzern

Zusammenfassung

Der Artikel befasst sich mit der Bedeutung des Kontextes für den Rehabilitationsprozess und die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rehabilitationsteam. Drei Schwerpunkte stehen dabei im Vordergrund: 1) Es werden die Umsetzung der ICF im interdisziplinären Rehabilitationsteam, insbesondere deren Einfluss auf die interdisziplinäre Kommunikation sowie auf die Organisation der Zusammenarbeitsmodelle und die Kontextausrichtung von Rehabilitationsmaßnahmen diskutiert, 2) Der Nutzen der ICF als Ordnungssystem für den Zielsetzungsprozess wird dargestellt und 3) Es wird über Erfahrungen mit der »Shared Care« berichtet. Darunter versteht man ein ambulantes Rehabilitationskonzept, das auf einem Zusammenarbeitsmodell zwischen dem spezialisierten Rehabilitationszentrum und den regional basierten Rehabilitationsverantwortlichen beruht. Blickwinkel der Betrachtungsweise bilden der Umweltkontext und die Partizipationsziele.

Schlüsselwörter: ICF, Rehabilitation, Kontext, Zielsetzung, Shared Care

Implementation of the ICF between contextual factors and neurorehabilitative treatment

P. O. Bucher, I. Dommen-Nyffeler, H. P. Rentsch

Abstract

This paper deals with the impact of contextual factors for the process of rehabilitation and interdisciplinary teamwork. Key aspects presented here are: 1) Implementation of the ICF in daily practice of an interdisciplinary rehabilitation team. Thereby, special emphasis is put on possible approaches to interdisciplinary communication and to organizational models of collaboration as well as on inclusion of contextual factors into treatment procedures. 2) The benefit of the ICF-framework is shown for goal setting in rehabilitation, 3) Positive experience with the »Shared Care Model« is reported. This describes a model of cooperation in patient management among a specialised centre of rehabilitation and rehabilitation specialists responsible for the outpatient treatment of patients in their residential areas.

Key Words: ICF, rehabilitation, contextual factors, goal setting, shared care

© Hippocampus Verlag 2005

Wer sich über viele Jahre mit Rehabilitation befasst, erkennt einen Paradigmenwechsel im rehabilitativen Denken und Handeln. Eine dominierende kurative Behandlungsstrategie ist Interventionsmaßnahmen mit biopsychosozialer Ausrichtung gewichen [2]. Die ganzheitliche Betrachtungsweise eines Menschen mit Gesundheitsproblemen stellt explizite Fragen nach der Alltagsrelevanz. Die Bedeutung der Individualität, der sozialen und materiellen Umweltfaktoren (Kontext) wurde erkannt. Folgerichtig wurde bei der Gesundheitsbeurteilung eines Menschen die defizitorientierte Sichtweise durch eine Ressourcenexploration ergänzt. Diese neue Ausrichtung verlangt infolge ihrer Wechselwirkung nach Strukturen. Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähig-

keit, Behinderung und Gesundheit ICF schafft Grundlagen für die Einschätzung der Gesamtsituation eines Menschen sowie für strukturiertes Vorgehen im rehabilitativen Handeln. Denn sie bietet eine mehrdimensionale Klassifikation in einer Sprache für alle Berufsdisziplinen des Gesundheitswesens an [18, 20, 21, 28]. Dies hat in der Praxis grundlegende Konsequenzen für die Beurteilung einer Gesundheitssituation und beeinflusst sowohl die Diagnostik und Therapie als auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Vermehrt erkennen medizinische Fachbereiche die Bedeutung der ICF und leiten daraus konkrete Umsetzungsmaßnahmen ab [17]. In der Neuro-Rehabilitation zeichnen sich erfolgversprechende Möglichkeiten einer ICF-Anwendung ab.

ICF: biopsychosoziale Einschätzung eines Menschen

In den einzelnen Fachbereichen der Rehabilitation geht es nicht mehr nur um die Frage, welche Therapiemaßnahmen zu treffen sind, um eine Reduktion von Störungen zu erreichen, bei chronischen Schädigungsfolgen ist eine Restitutio ad integrum ohnehin nicht mehr zu erwarten. Die biopsychosoziale Denkweise fordert die Fachdisziplinen heraus, neben einer fachspezifischen Diagnostik die aktuelle Leistungsfähigkeit zu beurteilen. Es geht jedoch auch um das Leistungspotential, die psychosozialen Möglichkeiten und die neue Lebenssituation eines Menschen mit Gesundheitsproblemen, einschließlich der neuen Anforderungen an den betroffenen Menschen und seine Umgebung.

Interdisziplinarität und ICF

Ein Austausch zwischen den Fachdisziplinen drängt sich bei dieser Neuausrichtung auf und bringt gleichzeitig weitreichende Synergien im rehabilitativen Handeln hervor. Die neu formierte Zusammenarbeit zwischen den Fachbereichen der Rehabilitation muss auf einer gemeinsamen Sprache und einer relevanten Situationsbeurteilung sowie Vorgehensstrategie beruhen [15, 16]. Im interdisziplinären Austausch steht nicht mehr eine fachspezifische Auflistung detaillierter Schädigungen im Vordergrund, sondern eine relevante Analyse des aktuellen Aktivitäts- und Partizipationsprofils in Wechselwirkung mit den Kontextfaktoren. Der fachspezifische Inhalt wird in einer neuen Sprache abgebildet, die auf der ICF basiert. Die Gesundheitssituation des betroffenen Menschen wird interdisziplinär beurteilt und transdisziplinär angegangen. Dabei werden gemeinsame Ziele gesetzt und die entsprechend notwendigen Interventionsmaßnahmen definiert. Das Zusammenwirken der Fachbereiche schafft dadurch ein neues Kooperationsmodell, steigert die rehabilitative Interventionseffizienz und verleiht dem multidisziplinären Team einen neuen Informationsaustausch. In Teamgesprächen können, basierend auf der gemeinsamen Sprache der ICF, übereinstimmende und divergierende Beobachtungen sachlicher und effizienter diskutiert werden. Außerdem wird die Definition von Problemen erleichtert.

Konkret hat dies zur Folge, dass der interdisziplinäre Austausch im Rahmen einer institutionalisierten gemeinsamen Besprechung klare formale und inhaltliche Vorgaben erhält, die auf der ICF beruhen. Es werden nicht mehr in stereotypem Ablauf aus den einzelnen Fachbereichen isoliert detailbehaftete Differentialbefunde (z. B. ausführliche Tonusverteilung am Körper, differenzierte sprachliche Befunde) rapportiert, sondern es fließen kompatible, der gemeinsamen Rehabilitationsstrategie dienende Beiträge ein. Je nach Domäne der Komponente Aktivität/Partizipation unterscheidet sich die Beitragskompetenz einer Fachperson. Die mehrdimensionale, ganzheitliche Betrachtungsweise lässt jedoch Beiträge aus verschiedenen Fachbereichen zur gleichen Aktivitäts- und Partizipationsthematik zu. Die Fachpersonen erlernen einen neuen Kommunikationsaustausch, der nicht nur Synergien bei rehabilitativen Interventionen her-

vorrufft, sondern gleichzeitig die gegenseitige Akzeptanz und Wertschätzung der anderen Fachbereiche fördert. Die transdisziplinäre Ausrichtung, geleitet von ICF-Strukturen, erleichtert das gemeinsame Gewichten einer Problematik und die daraus abgeleitete Zielsetzung, indem fachspezifische Interessen sich dem rehabilitativen Hauptanliegen unterordnen. Konsekutiv werden die gemeinsam erarbeiteten Rehabilitationsmaßnahmen in konkrete Therapieschritte im eigenen Arbeitsbereich umgesetzt. Die interdisziplinäre Verlaufsevaluation und Zielreflexion erfolgt ebenfalls in einem standardisierten Gesprächsablauf. Schließlich wird durch diese enge Verknüpfung der verschiedenen Fachbereiche der Ruf nach einer gut abgestimmten, wenn nicht sogar fachübergreifenden gemeinsamen Berichterstattung immer lauter. Die gemeinsame Sprache der ICF erleichtert eine solche Dokumentation und steigert die administrative Kompatibilität und Effizienz. Die rehabilitative Fachperson erfährt durch die ICF-geleitete inhaltliche und formale Vorgehensweise eine Qualitätssteigerung in der Rehabilitation, was wiederum zu höheren Qualitätsansprüchen führt. So verlangt die biopsychosoziale Beurteilung eines Menschen mit Gesundheitsproblemen nach einem fundierten Assessment. Diesbezüglich bestehen in der Rehabilitation jedoch noch Lücken an brauchbaren Instrumenten, insbesondere in Bezug auf die ICF-Komponente Aktivität und Partizipation und die Erfassung des Schweregrades einer Beeinträchtigung. Um so bedeutungsvoller ist es für das Rehabilitationsteam, unter gut funktionierenden interdisziplinären Rahmenbedingungen die Gesundheitssituation eines betroffenen Menschen fachlich breit zu erfassen und dementsprechend Interventionen durchzuführen.

Kontexteinbezug in der Rehabilitationsausrichtung

Die durch die ICF geförderte Alltagsrelevanz und der Kontexteinbezug in der rehabilitativen Ausrichtung schlägt sich auch in der wichtigen Unterscheidung von Leistungsfähigkeit (capacity) und Leistung (performance) nieder [28]. In der ICF ist die Leistungsfähigkeit als höchstmöglicher Grad an Funktionsfähigkeit definiert. Die spezifische Leistungsfähigkeit eines Menschen wird in einer standardisierten Situation erfasst (Untersuchungssituation) und stellt das Können (unter idealen Bedingungen) dar. Dies bedeutet nicht, dass das Können auch tatsächlich im Alltag umgesetzt wird. Denn die Umsetzung im Alltag – die Leistung – ist in besonders hohem Maße vom Kontext, dem personbezogenen Kontext und den aktuellen sozialen und materiellen Umwelteinwirkungen, geprägt. Die personbezogenen Kontextfaktoren werden vor allem bestimmt durch Geschlecht, Alter, sozialen Status, Ausbildung, Beruf, persönliche Interessen, Persönlichkeit (Verhaltenseigenheiten, Lebenserfahrung) und vorbestehenden Gesundheitszustand. Diese Faktoren bestimmen mit, wie sich der Betroffene den realen Alltagsanforderungen stellen kann. Aber auch die Umweltfaktoren wie Produkte und Technologien, die natürliche und vom Menschen geschaffene Umwelt, die sozialen Beziehungskonstellationen und das Sozialwesen

prägen fördernd oder hindernd die tatsächliche Umsetzung des Könnens, woraus schließlich die Leistung eines Menschen und so auch die maßgebende Partizipation (Teilhabe in einem Lebensbereich) resultiert. Der Wechselwirkung aus Können und Kontext sind Zielsetzung, Interventionsmaßnahmen und schließlich das Rehabilitationsergebnis in starkem Maße ausgesetzt. Dies erklärt auch, dass die Rehabilitation, das Wiedererlangen der Selbständigkeit, bei ähnlichem Schädigungsprofil einen sehr unterschiedlichen Verlauf nehmen kann und die Interventionsmaßnahmen in unterschiedlichem Ausmaß erfolgen müssen. Die biopsychosoziale Betrachtungsweise hält die Rehabilitationsfachleute an, ihr Rehabilitationsvorgehen auf das Individuum mit seinem spezifischen Umfeld auszurichten und die Förderfaktoren und Barrieren in die Beurteilung des Rehabilitationsergebnisses miteinzubeziehen. Dementsprechend haben sich rehabilitative Interventionsmaßnahmen neben der Therapie zum Schädigungsabbau (Verbesserung der Funktionen) auch auf eine gezielte Berücksichtigung und Anpassung des Kontextes zu konzentrieren (Kontextmaßnahmen). Die ICF bietet einen äußerst nützlichen Zugang zu diesem systemischen Ansatz.

Auch bei der systemischen Betrachtungsweise der Behinderungsproblematik bleibt die Rehabilitationsausrichtung auf den Betroffenen fokussiert. Der Individualität wird große Aufmerksamkeit geschenkt. Den mentalen Möglichkeiten entsprechend ist der Betroffene in die Evaluation seines Gesundheitsproblems und in den daraus folgenden Zielsetzungsprozess aktiv mit eingebunden. Dabei sind vor allem die personbezogenen Kontextfaktoren zu berücksichtigen. Nicht selten ruft dies, vor allem in der Anfangsphase einer Rehabilitation, eine Divergenz der Zielvorstellungen zwischen dem Fachteam und dem betroffenen Menschen und seinen Angehörigen hervor. Prozesshaft gilt es, im Verlauf der Rehabilitation eine möglichst kongruente Zielsetzung anzustreben, um dieses Spannungsfeld abzubauen. Dies gelingt nur dadurch, dass die Betroffenen mit den realen Bedingungen im Alltag konfrontiert, in den dabei hervorgerufenen kritischen Situationen aber durch konstruktive Interventionen unterstützt werden.

Veränderte Rahmenbedingungen in der rehabilitativen Arbeit

Die Umsetzung der ICF in das rehabilitative Handeln verändert die Arbeitsweise einer Fachperson, die es von der Ausbildung, aber auch vom Arbeitsstil her gewöhnt ist, möglichst fundierte fachspezifische Befunde losgelöst von anderen Fachbereichen zu erheben und die Intervention danach auszurichten. Sie hat ihre Tätigkeit neu zu organisieren und tritt in ein neues Spannungsfeld mit ihren Nachbardisziplinen. Dabei hat sie sich nicht mit Abgrenzungsproblemen zu beschäftigen, sondern erfährt ein multidisziplinäres Rehabilitationsteam, das fachübergreifend Zielausrichtung und Interventionen angeht. Auf Handlungsebene entsteht dadurch ein Hierarchieabbau der einzelnen Fachbereiche. Dies fördert das Engagement und rehabilitative Mitverantwortungsgefühl jeder einzelnen Fachperson.

Bewusstsein für Zielsetzungen

Die spezifische interdisziplinäre Zielsetzung in der Rehabilitation hat einen großen Stellenwert, sie ist ein wichtiger Ausdruck fachlicher Qualität. Sie bedeutet auch eine hohe Anforderung an die Fachpersonen. Zudem verlangen straffe Zeitgrenzen in der Rehabilitation nach klaren Zielsetzungen. Das Bewusstsein für Zielsetzungen muss vom Behandlungsteam, aber auch von den Betroffenen und ihren Angehörigen entwickelt werden.

Die Rehabilitation orientiert sich an den alltäglichen Aktivitäten der behinderten Person. Diese geschehen in einem bestimmten Kontext, zu Hause in einem individuell geprägten Umfeld. In diesem Rahmen muss das Rehabilitationsteam befähigt sein, die relevanten Aspekte des Alltags zu erkennen und die Anforderungen in direktem Zusammenhang mit dem entsprechenden Umfeld zu definieren. Ziele sollen sich auf die funktionellen Einschränkungen beziehen, die für den Patienten bedeutungsvoll sind [10]. Sie beinhalten Aktivitäten der betroffenen Person, können aber auch auf Veränderungen der Umwelt gerichtet sein. Sie sollen positiv formuliert werden, die Inhalte müssen verständlich und transparent sein.

Das wichtigste Ziel für alle Betroffenen ist, »so nah dem gewohnten Lebensstil« zu kommen wie nur irgend möglich. Der Zeitfaktor spielt dabei eine wichtige Rolle. Nach einer einschneidenden Erkrankung braucht die betroffene Person Zeit zu erfassen, von welcher Tragweite die veränderten Möglichkeiten sein werden. Die Erwartungen sind geprägt von der Lebensgeschichte, dem Informationsgrad über die Erkrankung und der gesamten Lebensphilosophie. Es ist Aufgabe des Behandlungsteams, mit dem Patienten einen realistischen Konsens zu erarbeiten. Die Motivation des Patienten ist abhängig von der Kongruenz seiner Zielvorstellungen mit denen des Teams [25, 26].

Systematisches Vorgehen bei Zielsetzungen

Ein systematisches Vorgehen bietet den Rahmen, in dem eine individuelle realistische Zielsetzung Platz hat. Die ICF bietet hier eine optimale Struktur. Die SUVA-Klinik in Bellikon hat sich konzeptuell mit der Zielformulierung befasst. Sie schlägt die Benutzung von Zielkategorien auf Partizipationsebene vor [4]. In Luzern wurde diese Grundidee übernommen und für die eigenen Patientengruppen weiterentwickelt.

Durch die Interaktion der Domänen Körperfunktionen, Aktivitäten sowie Kontext wird das Rehabilitationsteam in seinen Überlegungen und seiner Zielfindung geleitet. Die rehabilitativen Interventionen werden von Anfang an realitätsnah geplant. Dies gilt sowohl für das individuelle Patientenziel als auch für den »gesundheitspolitischen Kontext«.

Als Orientierungshilfe in der Zielfindung wurden Zielkategorien definiert [17]. Sie leiten die Fachpersonen im Definieren von Teilzielen, aber auch im Identifizieren von Schlüsselproblemen (siehe Tabelle 1).

Zielkategorie	Partizipationsziel
0 Gesundheitliche Stabilität erreichen	0 Primär auf Körperfunktionen/-strukturen ausgerichtete Ziele
A Wohnen	A1 gesundheitliche Zustandserhaltung Integration in eine Pflegeinstitution
	A2 Betreutes Wohnen in Institution Wohnen zu Hause
	A3 Mit Unterstützung durch im gleichen Haushalt lebende Bezugspersonen (mit und ohne externe Unterstützung)
	A4 Selbständiges Wohnen mit externer Unterstützung
	A5 Selbständiges Wohnen (inkl. aller Aktivitäten, die auf die eigene Person ausgerichtet sind)
	A6 Selbständiges Wohnen mit zusätzlichen Aufgaben (alles, was nicht nur auf die eigene Person gerichtet ist)
B Teilnehmen an sozio-kulturellem Leben außerhalb des Hauses	B1 Unterstützte Teilnahme
	B2 Selbständige Teilnahme
C Arbeiten	C1 Beschäftigung/Nischenarbeit in geschütztem Rahmen Erwerbstätigkeit
	C2 Berufliche Umorientierung
	C3 Berufliche Umschulung
	C4 Teilzeitarbeit in der angestammten Tätigkeit
	C5 Volle ursprüngliche Tätigkeit

Tab. 1: Zielkategorien auf der Ebene der Partizipation

Zielfindung bei Schwerst-Hirnverletzten

Bei Schwerst-Hirnverletzten sind die Zielsetzungen auf Körperfunktionen und -strukturen ausgerichtet. Es handelt sich um die Zielkategorie »gesundheitliche Stabilität« (Stufe 0). Sie konzentriert sich auf das Leben in der ersten Phase nach der Hirnverletzung und reflektiert den Zustand der Basiszielsetzung im akuten Setting. In der neurologischen Frührehabilitation ist die medizinische Situation noch unstabil. Die Instabilität betrifft vitale Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems (b410–429), teilweise Funktionen des Stoffwechsel- und endokrinen Systems (b549–b559) und unkontrolliertes Anfallsleiden. Eine Stabilisation dieser Körperfunktionen ist Voraussetzung für eine weiterführende Rehabilitation. Gesundheitliche Stabilität ist auch Bedingung für ein Leben in einer Pflege-Institution. Die rehabilitativen Interventionen richten sich bei dieser Patientengruppe auf die Stimulation von Wahrnehmungs- und Bewegungsfunktionen und die Koordination von Schlucken und Atmung, Ernährungs- und Ausscheidungsfunktionen. Bei Abschluss der Frührehabilitation wird auch das Ausmaß der Unterstützung klar, auf die eine betroffene Person nach Entlassung angewiesen sein wird. Dabei stellen sich Fragen wie: Welche Leistungen sind absolut notwendig? Welche Entwicklung ist zu erwarten? Welche Kriterien für die Evaluation eines Verlaufs kann man definieren? Diese Fragen sind essentiell, wenn bei Schwerst-Hirnverletzten einer Rehabilitation in weiteren Phasen Rechnung getragen werden soll (siehe Tabelle 2).

Zielkategorien – Orientierungshilfe für die Zielfindung

Es wurden grundsätzlich drei Partizipationszielkategorien definiert. Sie betreffen das Wohnen, die Teilnahme am sozio-kulturellen Leben und die Arbeitstätigkeit (siehe Tabelle 1)

Beispiele aus den Zielkategorien:

Wohnen:

In Tabelle 3 und 4 sind die Hauptkriterien aufgeführt, die erfüllt werden müssen, damit ein Mensch mit Behinderungen wieder in die eigene Wohnumgebung zurückkehren kann. Die Kategorie A3 zeigt die Voraussetzungen für die Zielerreichung, wenn die betroffene Person wieder zu ihren Bezugspersonen zurückkehren will, A4, wenn sie alleinstehend ist. Die dargestellte Struktur lässt ahnen, wie komplex sich neurorehabilitative Interventionen darstellen. Der direkte Bezug zum individuellen Kontext leitet die Zielsetzung – der Bezug zum gesundheitspolitischen Kontext prägt sie (Finanzierungsregelungen, Bestimmungen über Aufenthaltsdauer usw.). Je nach Behinderung der betroffenen Person kann z. B. das stundenweise Alleinseinkönnen ein Schlüsselproblem darstellen. Eine realistische Zielsetzung kann hier bezüglich Alleinseinkönnen getroffen werden. Es stellen sich Fragen: Wie lässt sich dies ohne Sicherheitsbedenken aufbauen? Welche Kontextmaßnahmen müssen ins Auge gefasst werden? Beträchtlich größer sind die Anforderungen beim selbständigen Wohnen (Kategorie A4). Ein Schlüsselproblem in dieser Kategorie kann die Selbständigkeit nachts bedeuten. Sie beinhaltet Körperfunktionen wie Blasenkontrolle, die Fähigkeit, sich auch nachts sicher bewegen zu können, und »komplexe Aktivitäten«, wie die Toilette zu benutzen.

Teilnahme am sozio-kulturellen Leben

Ins soziokulturelle Leben eingebunden zu sein, sei es Freundschaften auswärts zu pflegen, an öffentlichen Veranstaltungen (kulturell, politisch, religiös) teilzunehmen, zu reisen u. a. m. ist offensichtlich geprägt durch die Wechselwirkung von möglichen Aktivitäten und Kontext. Die persönlichen Voraussetzungen spielen dabei eine wesentliche Rolle. Hinzu kommt die Tatsache, dass das Umfeld bereit ist, sich mit den Einschränkungen einer Person zu arrangieren (siehe Tabelle 5).

Arbeitstätigkeit

Auch hier ist die Einteilung der Zielkategorien hierarchisch gegliedert. An unterster Stelle steht die Beschäftigung, oft auch in Form einer Nischenarbeit in geschütztem Rahmen, ohne Bezahlung. Es folgt das Wiedererlangen von teilweiser Erwerbstätigkeit durch berufliche Umorientierung, gefolgt von beruflicher Umschulung bis hin zur Teilzeitarbeit und/oder vollen Arbeit im angestammten Tätigkeitsfeld. Die aus der ICF abgeleiteten Zielkategorien geben einen Rahmen, um die notwendigen Teilziele in all ihren Facetten frühzeitig zu erkennen und auf sie hinzuarbeiten.

Hauptkriterien Körperfunktionen/-strukturen	Hauptkriterien Aktivität/Partizipation	Hauptkriterien Kontextfaktoren
medizinisch/vegetativ stabile Situation schwere somatische und/oder mentale Beeinträchtigungen mit stark reduzierter Orientierung	erarbeitete Alltagsaktivitäten und Tagesstruktur werden mehrheitlich von Drittpersonen übernommen erarbeitete Aktivitäten orientieren sich an den (personellen und fachlichen) Ressourcen der nachbetreuenden Institution	Einverständnis von Patient und/oder Angehörigen/rechtlicher Vertretung Verlaufsplanung und Verantwortlichkeiten sind bekannt und dokumentiert Institution gewährleistet erarbeitete Alltagsaktivitäten finanzielle Regelung/Sozialversicherungen

Tab. 2: A1: Integration in eine Pflegeinstitution, gesundheitliche Zustandserhaltung

Hauptkriterien Körperfunktionen/-strukturen	Hauptkriterien Aktivität/Partizipation	Hauptkriterien Kontextfaktoren
bezüglich Kontext und erforderlicher Aktivitäten ausreichende bewegungsbezogene und mentale Funktionen kein oder bekanntes, kontrolliertes medizinisches Sicherheitsrisiko	Mithilfe bei tägliche Routineaufgaben minimale selbständige oder unterstützte Kommunikation: Gestik/Wort/Schrift sicherer Umgang mit Alarmgerät, Lageveränderungen, Transfers, sichere Fortbewegung innerhalb der Wohnung mit Hilfsperson und/oder Hilfsmittel Teilselbständigkeit in der Selbstversorgung kürzere Zeiteinheiten am Tag alleine in der Wohnung verbringen können eigenständige Beschäftigung Akzeptanz und Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit Betreuungspersonen	Netz von Bezugspersonen u. evtl. externen Hilfsdiensten bietet Unterstützung tags und nachts erforderliches Umfeld ist gewährleistet (Wohnung, Einrichtungen, Hilfsmittel) Entlastungsangebote für Angehörige (wie Tagesheim, Ferienbett, Pro Infirmis, Pro Senectute, Selbsthilfegruppen) sind organisiert und/oder bekannt finanzielle Regelung/Sozialversicherungen

Tab. 3: A3: Wohnen zu Hause mit Unterstützung durch im gleichen Haushalt lebende Bezugspersonen (mit oder ohne Unterstützung)

Hauptkriterien Körperfunktionen/-strukturen	Hauptkriterien Aktivität/Partizipation	Hauptkriterien Kontextfaktoren
bezüglich Kontext und erforderlicher Aktivitäten ausreichende bewegungsbezogene und mentale Funktionen kein oder bekanntes, kontrolliertes medizinisches Sicherheitsrisiko	einfach Alltagsprobleme bewältigen, Entscheidungen treffen können, tägliche Routine durchführen ausreichende oder unterstützte Kommunikation: Gestik/Wort/Schrift sichere Fortbewegung in- und außerhalb der Wohnung mit od. ohne Hilfsmittel weitgehende Selbständigkeit in der Selbstversorgung, Nacht kein Problem für die Person wichtige Teilaufgaben übernehmen (evtl. Geräte bedienen, z. B. Telefon, Alarmsystem, Kochherd etc.) seine Hilfsbedürftigkeit realistisch einschätzen können und fremde Hilfe annehmen können	erforderliches Umfeld und Betreuung (Wohnung, Einrichtungen, Hilfsmittel, Unterstützung durch Angehörige, ext. Hilfsdienste wie Spitex, weiterführende Therapien) sind gewährleistet finanzielle Regelung/Sozialversicherungen

Tab. 4: A4: Selbständiges Wohnen mit externer Unterstützung

Hauptkriterien Körperfunktionen/-strukturen	Hauptkriterien Aktivität/Partizipation	Hauptkriterien Kontextfaktoren
ausreichende motorische und mentale Funktionen Belastbarkeit über mehr als 2 Stunden	Fähigkeit, mit komplexen Situationen umzugehen (d240) sichere Mobilität für entsprechende externe soziokult. Aktivitäten wichtige Aspekte der Selbstversorgung gewährleistet (adäquat gepflegt und gekleidet, Blasen-Darmkontrolle, Essen, Trinken) Fähigkeit zu adäquaten interpersonellen Interaktionen und Beziehungen (d 710 – 760) den geforderten Aktivitäten (Bildung, Freizeit, Kultur, Religion, Politik) gewachsen sein (d 810, d910 – 930)	Bereitschaft des Umfelds, eine Teilnahme zuzulassen entsprechend angepasstes Umfeld (architektonisch, organisatorisch) den Erfordernissen der Person angepasste Betreuung

Tab. 5: B1 und B2: Teilnahme am soziokulturellen Leben außerhalb des Hauses

Kontextorientierte Rehabilitation im »Shared Care Modell«

Shared Care – Eine Zukunftsperspektive für die Rehabilitation?

Pilotstudien in der Rehabilitation beschäftigen sich intensiv mit den Zusammenhängen zwischen Rehabilitationsprozess, Wirtschaftlichkeit und Dauer von Behandlungsmaßnahmen und mit der Bedeutung des Kontextes [3, 6, 7, 11, 12, 14, 22–24, 27]. Daraus resultierte die Erkenntnis, dass für Eingliederungen in den sozialen und beruflichen Alltag angepasste Interventionen auf verschiedenen Ebenen mit

unterschiedlichen Zielsetzungen und Intensitäten über längere Zeiträume notwendig sind. Die stationäre Rehabilitation bildet nur das erste Glied einer längeren Rehabilitationskette. Individuell abgestimmte Rehabilitationsmaßnahmen auf funktionaler Ebene mit Berücksichtigung der für den Patienten relevanten Kontextfaktoren bestimmen letztlich das Rehabilitationsergebnis. Maßnahmen müssen inhaltlich und zeitlich koordiniert ablaufen und jeweils dem Rehabilitationsstand der Betroffenen angepasst sein. Die Finanzierbarkeit engt den Spielraum für Patienten und Rehabilitationssachleute ein [19]. Für die Interventionen muss deshalb

ein Kontinuum von Maßnahmen mit den notwendigen Angeboten zur Verfügung stehen. Diese müssen zum richtigen Zeitpunkt bereit gestellt werden können. Lenkungshilfe ist ein »Case-Managing«, das die verschiedenen Rehabilitationsinterventionen und Reintegrationsmaßnahmen vernetzt. *Eldar* hat ein solches von ihm als »Shared Care Model« genanntes System beschrieben (Abbildung 1) [3, 12].

Heute präsentiert sich die Rehabilitation noch mehrheitlich als eine spezialisierte institutionsbasierte, interprofessionelle Behandlungsdisziplin mit hochqualifiziertem Fachpersonal und mit Zugang zu hochentwickelter Technologie. Sie ist vorwiegend in Zentren organisiert, die als Kernaufgabe stationäre Rehabilitation betreiben. Die Zentren verfügen über eine große Erfahrung und ein großes fachspezifisches Wissen. Sie liegen jedoch häufig weit weg vom Lebensumfeld der betreuten Patienten. Der für die Rehabilitation so wichtige Umweltkontext kann deshalb nur sehr begrenzt ins Rehabilitationsprogramm einbezogen werden. Nach Entlassung aus der stationären Behandlung profitieren Menschen in entfernten Wohnlagen meist nicht mehr vom Angebot des Zentrums. Das »Shared Care Prinzip« verfolgt das Ziel, ein ambulantes, regional basiertes Rehabilitationskonzept in der Wohnregion der Betroffenen zugänglich zu machen, ohne auf das Know-how des Zentrums verzichten zu müssen. Die Patienten werden durch die ansässigen medizinischen und rehabilitativen Grundversorger behandelt und betreut. Dabei handelt es sich um Hausärzte, Rehabilitationsfachtherapeuten, soziale Institutionen und weitere Personen. Diese arbeiten im unmittelbaren Beziehungs- und Lebensumfeld der Betroffenen und können den Umweltkontext voll ins Rehabilitationsprogramm einbeziehen. Rehabilitation eingebettet in den aktuellen Kontext kann fehlende hoch spezialisierte Möglichkeiten des Zentrums aufwiegen. Bei der »Shared Care« bleibt es jedoch mitbeteiligt. Das Zentrum ist mit seinem Wissen prädestiniert dafür, die geplanten Aktivitäten kompetent zu koordinieren. Mit den regionalen Betreuungs- und Behandlungsstellen baut es eine vernetzte, koordinierte Rehabilitationseinheit auf, die auf den bestehenden Gesundheitsstrukturen basiert. Neben der Koordinationsfunktion bietet es diagnostische und therapeutische Ressourcen an, führt notwendige Assessments durch und berät die lokalen Behandlungsteams bei rehabilitativen Problemstellungen. Zudem können die zuständigen Sozialversicherungen und Kostenträger gut in ein solches Modell integriert werden [8]. Im Shared Care Modell werden die direkten Rehabilitationsleistungen vom ansässigen Rehabilitationspersonal, den Gemeinden, der Familie und den Betroffenen erbracht. Das Zentrum vermittelt sein Wissen und seine Erfahrung an die Partner in der Peripherie und stellt eine permanente Vernetzung sicher.

Shared Care in Luzern

In Luzern konnte eine integrative Zusammenarbeit für verschiedene Patientengruppen verwirklicht werden. Systematisch erfolgt sie bei jungen Patienten mit Hirnschädigungen im Anschluss an stationäre und tagesrehabilitative Behand-

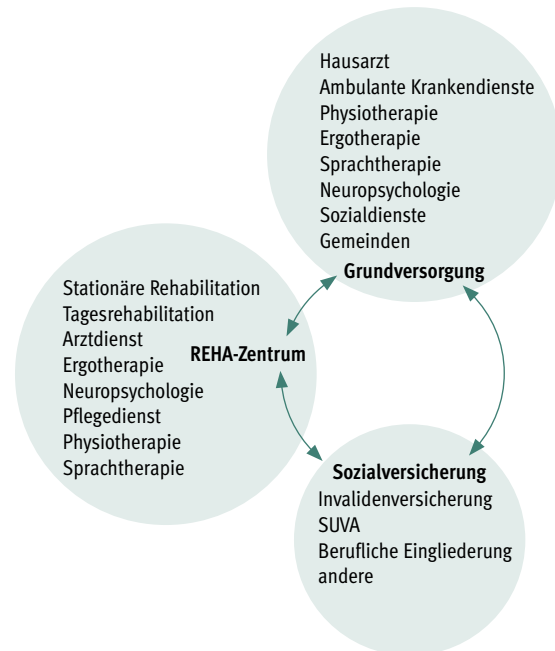


Abb. 1: Shared Care Modell: Vernetzung zwischen dem Rehabilitationszentrum und den Grundversorgern sowie den Institutionen der Sozialversicherungen

lungen oder nach ambulanter Zuweisung durch Hausärzte. Mit allen Beteiligten wird eine Rehabilitationsplanung erarbeitet, die sich an definierten Zielen orientiert. Dabei wird angestrebt, die richtige Balance zwischen medizinisch-therapeutischen, pflegerischen und sozialen Maßnahmen zu finden [3, 9, 11]. Aufgebaut auf gemeinsamen ICF-orientierten Zielformulierungen und Therapievereinbarungen setzt ein solches Konzept manchmal auch ein transdisziplinäres Teamwork voraus [1, 5]. Das bedeutet, dass eine Disziplin manchmal auch Funktionen von anderen Disziplinen übernehmen muss, sofern deren Verfügbarkeit begrenzt ist.

Aufgaben und Instrumente

Hauptinstrument der Zusammenarbeit im »Shared Care Modell« ist die gemeinsame Rehabilitationsbesprechung mit möglichst allen am Rehabilitationsprozess Beteiligten: den Betroffenen und ihren nächsten Angehörigen, den behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten sowie evtl. beteiligten Sozialdiensten aus der lokalen Grundversorgung. Bei Berufsfragen werden die zuständigen Vertreter von involvierten Sozialversicherungen, der Case Manager der zuständigen Kostenträger, der Arbeitgeber und die noch eingebundenen Exponenten des Rehabilitationszentrums mit einbezogen (meist Rehabilitationsarzt und der Neuropsychologe, evtl. weitere Therapiebereiche, siehe Abbildung 1). Der Vertreter des Zentrums leitet die Besprechung, die in vier Teile gegliedert ist:

- 1) die Bestandsaufnahme, respektive die Evaluation der bisherigen Zielerreichung,

- 2) die Bestätigung oder Anpassung des Partizipationsziels,
- 3) die Festlegung der nächsten Teilziele mit Terminvorgaben und
- 4) die Ausarbeitung des Rehabilitationsplans, die Verteilung der Aufgaben an die Beteiligten, die Absprache des Informationsaustausches und der Zuständigkeiten sowie die Terminfestsetzung für die nächste Besprechung. Oft übernimmt eine Person des Grundversorgungsteams das zwischenzeitliche Case Management und die Verbindungsfunktion zum Zentrum. Der Moderator der Rehabilitationsbesprechung erstellt ein Besprechungsprotokoll und informiert damit die Beteiligten sowie den Hausarzt des Betroffenen.

Das »Shared Care Modell« ist ein attraktives Versorgungsprinzip für die rehabilitativen Grundversorger und das Rehabilitationszentrum. Es stellt jedoch auch hohe Leistungsansprüche an alle Beteiligten. Aufbau und Betrieb brauchen viel Energie, Geduld und Zeit.

Es sollte Aufgabe eines Rehabilitationszentrums sein, den Aufbau des regionalen Rehabilitationsnetzes in die Hand zu nehmen. Potentielle Partner sind alle an der Versorgung beteiligten Personen und Institutionen. Für eine erfolgreiche Umsetzung des Konzepts müssen verschiedene Bedingungen erfüllt werden:

- Die beteiligten Partner sind überzeugt von den Vorteilen eines solchen Therapieverbunds für den Patienten und die eigene Arbeit und partizipieren aus diesem Grunde.
- Die regionalen Partner akzeptieren das Zentrum und seine Funktion im »Shared Care Modell«.
- Das Zentrum trägt den Bedürfnissen der regionalen Partner Rechnung.
- Die verschiedenen Partner sind gleichberechtigt und beteiligen sich aktiv an der Entwicklung des Versorgungsnetzes.
- Das Zentrum ermöglicht gemeinsame Fort- und Weiterbildungen und ist darum bemüht, dass die Qualität und Effizienz der Rehabilitationsarbeit in der Region gewährleistet ist, respektive stetig verbessert wird.
- Aufbau- und Aufrechterhaltung der Vernetzungsarbeit ist Aufgabe des Rehabilitationszentrums.
- Sozialversicherungen und Kostenträger sind über ihre Case Manager mit eingebunden.
- Der Nutzen des rehabilitativen Versorgungsnetzes wird in der versorgten Region bekannt gemacht.
- Die Gesundheitsbehörden werden möglichst in die konzeptionelle Verantwortung mit eingebunden.
- Es ist anzustreben, die Hauptbeteiligten eines solchen Netzes in Form einer Organisation zusammenzuschließen.

Der Weg zur Verwirklichung am Beispiel Luzern

Bis heute konnten wesentliche Bausteine auf dem Weg zur Umsetzung des »Shared Care Modells« gelegt werden, weitere werden jedoch noch folgen müssen. Die ersten Schritte liegen in Luzern weit zurück. Den Anfang machten Kooperationsmodelle mit eigenen Mitarbeiterinnen

und Mitarbeitern, die sich im Einzugsgebiet selbständig gemacht haben. Später unterstützte die Rehab Luzern den Aufbau von neuen ambulanten Rehabilitationseinrichtungen in der Region und bezog sie in die Patientennachsorge mit ein. Interessierte, schon längere Zeit niedergelassene Rehabilitationstherapeutinnen und Rehabilitationstherapeuten wurden ermuntert, am Rehabilitationsnetzwerk teilzunehmen. Case Manager von Unfall-, Kranken- und Sozialversicherern wurden zu den Patientenbesprechungen eingeladen, und die Hausärzte über das Modell informiert [13]. Gemeinsam wurden Modelle zur vorberuflichen und beruflichen Rehabilitation entwickelt, und wir konnten mit Unterstützung der Behörden und der Invalidenversicherung ein Zentrum für berufliche Abklärung und Rehabilitation von Hirnverletzten (ZBA) im Spitalareal verwirklichen. Zudem wurden regelmäßig Fort- und Weiterbildungen für Fachpersonen aus der Region angeboten und dabei auch konzeptionelle Versorgungsfragen behandelt. 2005 wurde das »Shared Care Modell« auch als Grundlage für die rehabilitative Versorgung der Bevölkerung des Kantons Luzern in die kantonale Gesundheitsplanung aufgenommen.

Wir sind noch unterwegs. Im Versorgungsgebiet muss das Partnernetz erweitert und gefestigt werden. Systematisierte Kontakte mit zentralschweizerischen Fachgruppen sind in diesem Jahr erfolgt. Weitere werden folgen. Obwohl in Luzern immer wieder Fortbildungen für potentielle Partner angeboten wurden, ist dies nicht in einer systematischen und zielorientierten Weise erfolgt. Es ist deshalb geplant, Anfang 2006 für alle interessierten Partner ein Seminar zum Thema des »Shared Care Modells« und seiner Umsetzung in der Zentralschweiz durchzuführen. Dabei wird auch ein Meinungsaustausch stattfinden bei dem, mögliche Organisationsstrukturen erarbeitet werden sollen. Ziel wird es sein, ein definiertes, aber flexibles gemeinsames Forum zu schaffen, das die bestehenden Kooperationsmodelle ausweitet und festigt. Es soll in regelmäßigen Zeitintervallen durchgeführt werden und fachübergreifende persönliche Kontakte unter den am Netzwerk Beteiligten festigen oder neu ermöglichen. Damit hoffen wir, die Qualität und Effizienz der angestrebten Regionalisierung der Rehabilitationsarbeit vertiefen und stärken zu können.

Literatur

1. Bakheit AMO: Delivery of rehabilitation services – an integrated hospital-community model. *Clinical Rehabilitation* 1995; 9: 142-9
2. Bradley VJ, Knoll J: Shifting paradigms in services to people with disabilities. Butterworth-Heinemann, eds Karan OC und Greenspan SS, Boston 1995
3. Eldar R: Integrated institution – community rehabilitation in developed countries: a proposal. *Disability and Rehabilitation* 2000; 22: 266-74
4. Gmünder HP: in Rüter, Trentz, Wagner (Hrsg). *Unfallchirurgie*, Urban & Fischer, München, 2003
5. Heruti RJ, Ohry A: The rehabilitation team. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* 1995; 74: 466-8
6. Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Coté R et al: There's no place like home: an evaluation of early supported discharge for stroke. *Stroke* 2000; 31: 1016-23
7. Meyer-Wahl R, Dettmers C: Tätigkeitsprofil teilstationärer, wohnortsnaher Rehabilitation – zwei Jahre Neurologisches Therapiezentrum in Hamburg. *Neurol Rehabil* 2002; 8: 128-37

8. Peat M: Community based Rehabilitation. WB Saunders Co Ltd, London, 1997
9. Philips VL: Community care for severely disabled people on low incomes. *British Medical Journal* 1996; 311: 1221-3
10. Randall KE, McEven IR: Writing patient-centered functional goals. *Physical Therapy* 2000; 80: 1197-203
11. Rentsch HP: Das »Shared Care Modell« als effizientes und qualitativ hoch stehendes Versorgungsprinzip in der Rehabilitation. *Neurol Rehabil* 2004; 10: 253-60
12. Rentsch HP: Das Shared-Care-Modell: am Beispiel der Neurorehabilitation Luzern. *Managed Care* 2003; 6: 34-6
13. Rentsch HP: Shared Care – Ein Modell der vernetzten Rehabilitation. *Luzerner Arzt* 2005 (April 2005): 27-30
14. Rentsch HP: Vernetzte Rehabilitation nach Insult: Jedem Patienten sein individuelles Programm. *Geriatric Praxis* 2004; 15 (4): 12-5
15. Rentsch HP, Bucher P, Dommen-Nyffeler I et al: Umsetzung der »International Classification of Functioning, Disability and Health« (ICF) in die Alltagspraxis der Neurorehabilitation. *Neurol Rehabil* 2001; 7: 171-8
16. Rentsch HP, Bucher P, Dommen-Nyffeler I, Wolf C, Hefti H, Fluri E, Wenger U, Wälti C, Boyer I: The implementation of the »International Classification of Functioning, Disability and Health« (ICF) in daily practice of neurorehabilitation: an interdisciplinary project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland. *Disability and Rehabilitation* 2003; 25: 411-21
17. Rentsch HP, Bucher PO: ICF in der Rehabilitation: Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag. Schulz-Kirchner Verlag GmbH, Idstein 2005
18. Schuntermann M: Vorwort zur deutschen Fassung der ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2002
19. Symington DC: Megatrends in rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research* 1994; 17: 1-14
20. Ueberle M: Verwendung der ICF in der interdisziplinären Neurorehabilitation. *Schauflinger ICF-Brief* 2003
21. Üstün TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M: The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disability and Rehabilitation* 2003; 25: 565-71
22. Von Koch L, de Pedro-Cuesta J, Kostulas V et al: Randomized Controlled Trial of Rehabilitation at Home after Stroke: One-Year Follow-Up of Patient Outcome, Resource Use and Cost. *Cerebrovasc Dis* 2001; 12: 131-8
23. von Koch L, Widén Holmqvist L, Kostulas V et al: A randomized controlled trial of rehabilitation at home after stroke in southwest Stockholm: Outcome at six months. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 2000; 32: 80-6
24. Wade DT: Community rehabilitation, or rehabilitation in the community. *Disability and Rehabilitation*, 2003, 25: 875-81
25. Wade DT: Evidence relating to goal planning in rehabilitation. *Clinical Rehabilitation* 1998, 12: 465-476
26. Wade DT: Goal planning in stroke rehabilitation: How? *Top Stroke Rehabil* 1999; 6: 16-36
27. Walker MF, Gladman JRF, Lincoln N, Siemonsma P, Whiteley T: Occupational therapy for stroke patients not admitted to hospital: a randomised controlled trial. *The Lancet* 1999; 354: 278-80
28. WHO: International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva 2001

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Hans Peter Rentsch
Rehabilitation
Kantonsspital Luzern
CH-6000 Luzern 16
e-mail: hanspeter.rentsch@ksl.ch