

Das »Shared Care Modell« als effizientes und qualitativ hoch stehendes Versorgungsprinzip in der Rehabilitation

Beispiel der Neurorehabilitation des Kantonsspitals Luzern

H. P. Rentsch

Kantonsspital Luzern

Zusammenfassung

Das »Shared Care Modell« beschreibt ein ambulantes Rehabilitationskonzept, das auf einem Zusammenarbeitsmodell zwischen dem spezialisierten Rehabilitationszentrum und den regional basierten Rehabilitationsverantwortlichen beruht. Dabei koordiniert und begleitet das spezialisierte Zentrum die Wohnregion-gebundene ambulante Rehabilitation, berät das regionale Grundversorgungsteam und bietet eine Tagesrehabilitation als kostengünstige, intensive Form der Rehabilitation an. Aufgrund unserer bisherigen Erfahrungen bildet das »Shared Care Modell« ein effizientes und kostengünstiges Modell zur Rehabilitation von Menschen mit neurologischen Schädigungen. Es überbrückt die kritischen Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Rehabilitation sowie zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation und gewährleistet die Kontinuität des Rehabilitationsprozesses.

Schlüsselwörter: Shared Care, ambulante Rehabilitation, wohnortnahe Rehabilitation

The »Shared Care-model« as an efficient and high-quality rehabilitation concept

H. P. Rentsch

Abstract

»Shared care« 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. Thereby the centre coordinates, accompanies and advises the local outpatient rehabilitation services. In addition it runs a day rehabilitation centre for patients in need of an intensive rehabilitation program on outpatient basis. Shared Care proves to be an efficient and cost saving model of rehabilitation for patients with neurological impairments. It improves the processes of patient management during the critical phases of transition between inpatient and outpatient rehabilitation as well as between medical and vocational rehabilitation.

Key words: Shared Care, outpatient rehabilitation, domiciliary oriented rehabilitation

© Hippocampus Verlag 2004

Einleitung

Das Gesundheitswesen befindet sich in einer raschen Entwicklung. Diese ist einerseits bedingt durch die Umsetzung von Forschungsergebnissen in neue Therapieprogramme und Behandlungstechnologien in den klinischen Alltag, andererseits durch die demographische Entwicklung, gekennzeichnet durch eine ständige Zunahme der betagten Bevölkerung im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung. Eine effizientere Notfallversorgung und bessere Therapiemöglichkeiten helfen, Leben zu erhalten. Viele der überlebenden Menschen leiden aber an

dauerhaften Folgeschäden. Parallel zur kontinuierlichen Zunahme der betagten und hoch betagten Bevölkerung steigt die Zahl von Menschen mit chronischen Krankheiten, Polymorbidität und Behinderung. Das Resultat der beiden aufgezeigten Entwicklungen ist eine Zunahme von Menschen mit Behinderungen. Dies bedeutet einen stetig steigenden Rehabilitationsbedarf. In Zeiten von begrenzten finanziellen Ressourcen muss deshalb eine Optimierung der zur Verfügung stehenden Mittel angestrebt werden, mit dem Ziel, den größtmöglichen Nutzen bei kleinstem möglichen finanziellen Aufwand zu erreichen [28].

Die Überlegungen, die »Managed Care« zugrunde liegen, sind getragen von der Idee, dass durch eine Verbesserung der Effizienz von Abläufen im Behandlungsprozess Geld eingespart werden kann, ohne dass die Behandlungsqualität darunter leidet, sie eventuell sogar verbessert werden kann. Rehabilitation kostet viel Geld. Traditionellerweise ist sie heute in der Schweiz sehr stark an stationäre Strukturen gebunden, oft sogar weit entfernt vom Wohnort des Betroffenen. Während in Großbritannien und den skandinavischen Ländern koordinierte ambulante Rehabilitationsmaßnahmen bereits eine lange Tradition haben, sind solche in der Schweiz erst in Ansätzen vorhanden. Die Rehabilitation hat das Ziel, einen guten Outcome auf lange Sicht zu erreichen. Dazu sind qualitativ gute und fachlich kompetente Rehabilitationsinstitutionen und eine hohe Prozessqualität im Bereich der Schnittstellen notwendig, v. a. im Bereich der Übergänge von der Akutklinik zur Rehabilitationsinstitution, von der stationären Rehabilitationsinstitution zur sozialen Wiedereingliederung und zu ambulanten Rehabilitations- und Therapiemaßnahmen sowie zur beruflichen Wiedereingliederung resp. beruflichen Rehabilitation.

Versuche, durch zum Teil rigorose Verkürzungen von stationären Aufenthalten, Kosten einzusparen, führen oft zu einem schlechteren Outcome, der auch ambulant nicht mehr gebessert werden kann, ganz einfach weil keine adäquaten ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen zur Verfügung stehen, welche die nicht erreichten Ziele weiter verfolgen können. Es wären kompetente, interdisziplinäre, koordinierte, ambulante regionale Rehabilitationsangebote notwendig. Solche müssen jedoch erst geschaffen werden, was in der heutigen gesundheitspolitischen Landschaft unpopulär ist, da diese noch oft als teure Leistungserweiterung aufgefasst werden und deshalb auf Ablehnung stoßen. Aus eigener Erfahrung erlebe ich die Folge davon. Patienten müssen länger als notwendig hospitalisiert werden oder mangels ambulanten Rehabilitationsmöglichkeiten überhaupt erst stationär aufgenommen werden. Mit anderen Worten bedeutet das, dass sich unabänderlich zwei Spiralen immer schneller drehen. Die eine treibt die Kosten ständig in größere Höhen, die andere führt zu einer zunehmenden Verschlechterung der Rehabilitationsqualität, was wiederum die Lebensqualität der Patienten beeinflusst, vermehrt Pflegeheimweisungen und ambulante Krankenpflegekosten verursacht und so die Sozialkosten stetig ansteigen lässt. Ziel dieses Artikels soll es sein, ein vernetztes Rehabilitationsmodell vorzustellen, das sowohl qualitätsfördernd für die Behandlung des Betroffenen sein kann als auch Kosteneffizienz verspricht.

Grundlagen

Definition der Rehabilitation

Grundlage für die Definition des Rehabilitationsbegriffes bilden die von der WHO erarbeiteten Grundlagen in Zusammenhang mit der Klassifizierung über Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF=Internatio-

nal Classification of Functioning, Disability and Health) [37]. Die ICF befasst sich mit der Problematik der Folgen von Gesundheitsschädigungen bei Menschen mit chronischen Erkrankungen oder bleibenden Behinderungen. Das Schwergewicht wird auf die Erkennung und Behandlung von Folgeschäden gelegt und ergänzt deshalb rein diagnostizierende Konzepte. Das Konzept umfasst 2 Dimensionen:

- Die *funktionale, patientenbezogene Dimension*. Diese befasst sich mit Körperfunktionen und -strukturen respektive deren Schädigungen sowie den Auswirkungen auf die Handlungsfähigkeit (Aktivitäten) und die Teilhabe am sozialen Leben (Partizipation).
- Die *Kontextfaktoren*. Sie bilden den gesamten Hintergrund des Lebens und der Lebensweise einer Person, die durch äußere umweltbedingte Faktoren und innere personbezogene Faktoren bestimmt wird. Bei Behinderung haben sie einen großen Einfluss auf den resultierenden Outcome.

Die Definition der Rehabilitation leitet sich daraus ab. Man versteht darunter den koordinierten Einsatz medizinischer, sozialer, beruflicher, technischer und pädagogischer Maßnahmen zur Funktionsverbesserung, zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität und zur weitestgehenden unabhängigen Partizipation in allen Lebensbereichen, damit der Betroffene in seiner Gestaltung so frei wie möglich wird [20]. Diese Definition ist sehr umfassend und beinhaltet neben medizinischen auch soziale, berufliche, technische und pädagogische Maßnahmen.

Beschreibung des »Shared Care Modells«

Die neurologische Erstrehabilitation benötigt oft viel Zeit und zieht sich über mehrere kritische Schaltstellen und Behandlungsstufen hin. Ein gutes Casemanagement kann sich daher sowohl durch eine Qualitätsverbesserung des Rehabilitationsprozesses als auch durch eine Kostensenkung günstig auswirken. Diesbezüglich werden verschiedene Modelle und Ansätze erprobt. Für die einen soll das Casemanagement in erster Linie als ein Instrument für Kosteneinsparungen dienen, für die andern steht die Verbesserung der Behandlungsqualität und des Outcomes im Vordergrund. Je nach Sichtweise besteht ein Spannungsfeld zwischen derart verschiedenen Ansätzen. Voraussetzung für ein effizientes Casemanagement, das sowohl die Behandlungsqualität als auch die Kosteneffizienz unter einen Hut bringen kann, ist das Vorhandensein eines breit gefächerten Behandlungsnetzes. Dies beinhaltet kompetente stationäre, tagesrehabilitative, ambulante und domizilorientierte Rehabilitationsprogramme, die den Patienten die jeweils adäquate Behandlung anbieten können. Meist durchlaufen die Patienten während der Rehabilitation mehrere Angebote (Rehabilitationskette).

Es besteht großer Druck, die stationäre Rehabilitationsphase zu optimieren und möglichst effizient zu gestalten. Dabei stellt sich die Frage, ob integrierte Managed Care

im stationären Bereich die Rehabilitation kostengünstiger gestalten kann, ohne den Outcome negativ zu beeinflussen. Versuche im Akutbereich konnten diesbezüglich Verbesserungen nachweisen [4, 5, 13, 19, 22, 36]. Die integrierte Managed Care benutzt Behandlungspfade, die durch eine erfahrene Medizinalperson implementiert werden. Die verantwortliche Person überwacht dabei den Behandlungsablauf des Patienten und sorgt dafür, dass die richtigen Maßnahmen zur richtigen Zeit ergriffen werden. Ziel ist es, durch Optimierung von organisatorischen Abläufen eine Verkürzung der teuren stationären Behandlungszeit zu erreichen. Erste Erfahrungen lassen jedoch Zweifel aufkommen, ob dieses System bei der multidisziplinären Rehabilitation die gleichen Vorteile bringt. Es konnten damit im stationären Rehabilitationsprozess keine besseren funktionellen Resultate, keine besseren Entlassungsergebnisse und auch keine Verkürzung der Hospitalisationszeiten erreicht werden. Offenbar weisen Rehabilitationskliniken bereits einen sehr guten Organisationsgrad auf [32, 33].

Die gegenwärtige gesundheitspolitische Strategie zielt darauf ab, die spitalbasierten Leistungen zugunsten von ambulanten Leistungen abzubauen. Für den neurologischen Patienten bedeutet das, die spitalbasierte Erstrehabilitation zugunsten der ambulanten Rehabilitation zu verkürzen. Unter der Voraussetzung, dass im Rahmen der medizinischen Grundversorgung ausgebaute kompetente lokale Rehabilitationsmöglichkeiten verfügbar sind, konnte eine Kostenoptimierung der Rehabilitationsbehandlung durch eine frühzeitige Verlagerung auf ambulante Therapien verschiedentlich nachgewiesen werden [1, 3]. Dafür muss ein Rehabilitationssystem zur Verfügung stehen, das zeitgerecht und kosteneffektiv eine umfassende koordinierte rehabilitative Versorgung für Behinderte anbietet [34]. Dabei soll die Intervention angemessen in Intensität und Dauer sein, und es muss ein Kontinuum von Maßnahmen mit den notwendigen Angeboten zur Verfügung stehen. Diese müssen dem Betroffenen, angepasst an seinen aktuellen Zustand, jeweils zum richtigen Zeitpunkt zur Verfügung gestellt werden können.

Als Lenkungsmaßnahme in einem solchen System drängt sich ein »Case-Managing« auf, das mithilfe, die verschiedenen Rehabilitationsinterventionen und Reintegrationsmaßnahmen zu vernetzen. *Eldar* hat ein solches, von ihm »Shared Care Modell« genanntes System beschrieben (Abbildung 1) [12, 26]. Er geht davon aus, dass Rehabilitation heute vorwiegend eine spezialisierte institutionsbasierte, interdisziplinäre Behandlungsdisziplin ist, mit hochqualifiziertem Fachpersonal und Zugang zu hoch entwickelter Technologie, in der Schweiz und in Deutschland vorwiegend durch stationäre Institutionen vertreten.

Mit dem Ausbau von Rehabilitationskliniken sind in der Vergangenheit viele Fortschritte erzielt worden. Die rein zentrumsbasierte ambulante Rehabilitation erreicht oft nur eine begrenzte Anzahl Menschen, sie ist kostspielig, und Menschen in entfernten Wohnlagen profitieren davon wenig. Ein »regional basiertes Rehabilitationskonzept« setzt sich zum Ziel, die Rehabilitation regional zu organisieren,

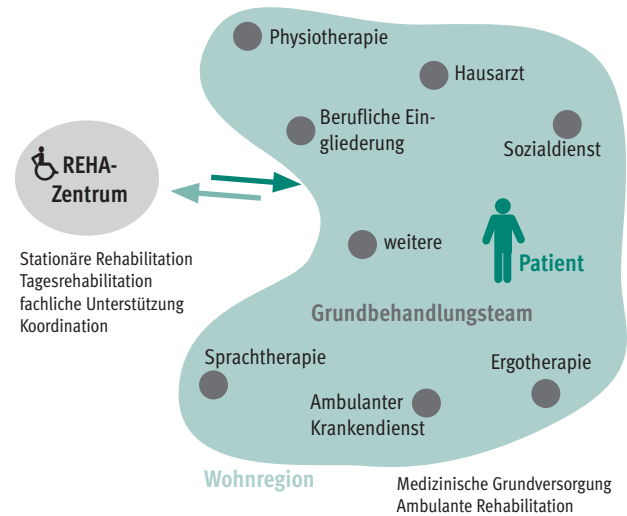


Abb. 1: Aufgabenverteilung im regional basierten Rehabilitationsmodell (Shared Care)

angeschlossen an die medizinische Grundversorgung mit einfacher Technologie. Die spezialisierten Zentren haben dabei die Aufgabe, auf Zuweisung hin Koordinationsfunktionen zu übernehmen, notwendige Nachkontrollen durchzuführen und die Grundversorger zu beraten [23]. Die direkten Leistungen der »regional basierten Rehabilitation« werden in einer Partnerschaft zwischen dem Rehabilitationspersonal, den Gemeinden, der Familie und den Betroffenen erbracht. Es ist anzunehmen, dass die Aussichten für eine erfolgreiche soziale Reintegration bei regionaler Basierung besser sind als bei wohnortsferner Zentrumsorientierung. Die Regionalisierung ist auch ein wesentlicher Entwicklungsschritt, der wegführt vom rein medizinischen hin zu einem sozialen resp. biopsychosozialen Behandlungsmodell [6].

Eine gute Rehabilitationsplanung ist anspruchsvoll. Das Finden der richtigen Balance zwischen medizinisch-therapeutischen, pflegerischen und sozialen Maßnahmen, die Berücksichtigung der richtigen Indikation, der vorhandenen Ressourcen und der Kosteneffektivität erfordert eine kompetente Koordination der geplanten Aktivitäten [24]. Im »Shared Care Modell« ist das Rehabilitationszentrum dafür prädestiniert, diese Aufgaben zu übernehmen und mit dem regionalen Betreuungs- und Behandlungsteam eine vernetzte, koordinierte Rehabilitationseinheit aufzubauen, die auf den verfügbaren lokalen Dienstleistungen basiert [12]. Das Rehabilitationszentrum stellt dabei sein Wissen und seine Erfahrung zur Verfügung. Es übernimmt Koordinationsfunktionen, bietet diagnostische und therapeutische Ressourcen an, führt notwendige Assessments durch und berät die lokalen Behandlungsteams bei rehabilitativen Problemstellungen. Als Kernaufgabe übernimmt es auch die Tagesrehabilitation. Regionale Grundversorgerangebote im Rahmen einer solchen Rehabilitationseinheit können ambulante und domizilorientierte Rehabilitations- und institutionelle Angebote für die Betreuung von behinderten Menschen, Spitexangebote, Sozialdienste etc. umfassen.

Ein solches Konzept setzt ein transdisziplinäres Teamwork voraus, das geleitet wird durch gemeinsame Zielformulierungen und Therapievereinbarungen [2, 17]. Dabei übernimmt bei Bedarf eine Disziplin auch Funktionen von anderen Disziplinen, wenn deren Verfügbarkeit begrenzt ist. Das bedeutet, dass der ambulante Krankendienst bei Bedarf auch Mobilitätsförderung übernimmt oder die Physiotherapie ergotherapeutische Behandlungsansätze in ihr Therapieprogramm einbaut.

Die Schaffung von solchen »Grundbehandlungsteams«, die in einem »Shared-Care-Modell« mit dem Rehabilitationszentrum zusammenarbeiten, wird in einem schwedischen Konzeptpapier empfohlen [10]. Der Hausarzt, die ortsansässigen Therapeuten und die ambulante Krankenpflege bilden das verantwortliche Grundversorgungsteam, das die Rehabilitation in seinen Arbeitsprozess integriert und für die medizinisch-rehabilitative Versorgung zuständig ist. Es holt sich die notwendige fachliche und koordinative Unterstützung beim Rehabilitationszentrum [9, 18, 21].

»Shared Care« am Kantonsspital Luzern

Die Neurorehabilitationsangebote

Stationäre Rehabilitation

In der Rehabilitationsklinik werden die Menschen rehabilitiert, die nicht ambulant behandelt werden können. Die stationäre Rehabilitation basiert auf einem interdisziplinären Behandlungskonzept und spielt sich in einem Umfeld ab, das die Eigenaktivität der Patienten fördert. Trotzdem stellt das Spital eine künstliche Umgebung dar, die sich sehr vom normalen Lebensumfeld der Betroffenen unterscheidet. In der Rehabilitationsklinik soll die beste Behandlung angeboten werden, und die Voraussetzungen für die Entlassung in die geeignetste Umgebung sollen auf dem schnellstmöglichen Weg erreicht werden [35].

Domizilorientierte Rehabilitation (DOR):

Die domizilorientierte Rehabilitation in Luzern ist eine stationäre Maßnahme zur Unterstützung der Eingliederung zu Hause bei Patienten, deren Reintegration unsicher oder stark erschwert ist. Ziele der DOR sind:

- 1) Erreichen der Selbständigkeit in bezug auf Alltagsaktivitäten im gewohnten oder neuen sozialen Umfeld mit einer guten Lebensqualität.
- 2) Ermöglichen der Auseinandersetzung mit der Realität zu Hause für die Betroffenen und deren Bezugspersonen bereits vor Entlassung aus der stationären Behandlung. Die betroffenen Personen können die im Verlaufe der Rehabilitation wieder erworbenen Aktivitäten unter Anleitung im persönlichen Umfeld erproben und notwendige Anpassungen veranlassen. Die Angehörigen und der reale Lebensraum werden in die Therapie miteinbezogen. Damit wird eine erfolgreiche Reintegration erleichtert oder sogar erst ermöglicht.

Nach dem DOR-Konzept rehabilitiert werden ausschließlich Patienten, deren Reintegration Interventionen von TherapeutInnen und/oder Pflegepersonen im persönlichen Umfeld des Betroffenen erfordert, unter Einbezug von weiter betreuenden Personen oder Institutionen. Die rehabilitativen Interventionen erfolgen je nach Problemstellung durch eine Berufsgruppe oder interdisziplinär. Sie unterliegen einer klaren Indikationsstellung. Diese ist sehr nützlich bei einer als realistisch eingeschätzten Eingliederungsmöglichkeit in den angestammten oder einen neuen Lebensraum zur Vorbereitung der Entlassung in den Alltag. Die Indikation ist gegeben:

- bei PatientInnen mit starken Einschränkungen auf der Aktivitätenebene und/oder erschwerenden Kontextfaktoren (z. B. Alleinstehende),
- bei fehlender Möglichkeit, die Reintegration über eine ambulante Nachbetreuung oder mit Hilfe von Angehörigen durchzuführen. Bei einer fraglichen Reintegrierbarkeit ist eine sehr limitierte DOR im Sinne eines Assessments angezeigt, um die notwendigen Entscheidungsgrundlagen zu liefern [11].

Tagesrehabilitation

Mit der Tagesrehabilitation können Patienten, die nicht mehr spitalbedürftig sind, einer interdisziplinären Rehabilitation zugeführt werden. Sie bietet sowohl ein therapeutisches als auch ein soziales Milieu an und hat alle Möglichkeiten des spezialisierten Zentrums zur Verfügung. Vorteilhaft ist, dass die zu Hause gemachten Erfahrungen für die Gestaltung des Rehabilitationsprogramms berücksichtigt werden können [8, 14, 25, 29]. Dank der Tagesrehabilitation können Patienten oft früher aus der stationären Behandlung entlassen werden, sie kann oft auch eine stationäre Behandlung ersetzen. Die Tagesrehabilitation darf jedoch nicht mit geriatrischen Tageskliniken und Tagesheimen verwechselt werden, wo die soziale Entlastung für die Betreuer im Vordergrund steht. In Luzern ist die Tagesrehabilitation in die Spitalabteilung integriert und basiert auf einem zielorientierten interdisziplinären Behandlungskonzept. Die Patientinnen und Patienten kommen jeweils am Morgen auf die Abteilung und gehen am Nachmittag nach der letzten Therapie wieder nach Hause. Die Behandlung kann an 2–5 Tagen pro Woche erfolgen. Die Behandlungsdauer ist begrenzt.

Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen

Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen basieren entweder auf Angeboten der spezialisierten Zentren oder auf lokalen rehabilitativen Fachangeboten in den Wohnregionen. Eine spezielle Therapieform bildet dabei die Domiziltherapie. Der Betroffene wird an seinem Wohnort behandelt und muss nicht transportiert werden. Er steht im Zentrum eines individuellen Programms, das auf seinen Aktivitäts- und Partizipationseinschränkungen im eigenen Lebensumfeld aufbaut [7, 15, 16, 30, 31]. Ziel von domizilrehabilitativen Maßnahmen ist das Erreichen einer möglichst hohen Eigenständigkeit im engsten Lebensbereich und eine Re-

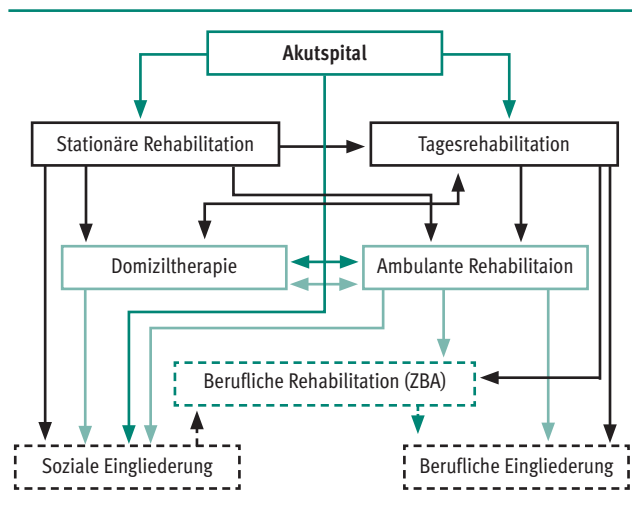


Abb. 2: Vernetzungsschema des Luzerner Neurorehabilitationskonzepts

duktion der Abhängigkeit von externer Hilfe. In Luzern arbeiten wir als Koordinatoren oft mit Domiziltherapien, v.a. mit Ergotherapien und Physiotherapien zusammen. Koordinationsfunktionen übernimmt die REHAB Luzern auch in der Übergangsphase zwischen der medizinischen Rehabilitation und der beruflichen Eingliederung. Hier besteht eine institutionalisierte Vernetzung mit der Berufsberatung der Schweizerischen Invalidenversicherung (IV) und mit den Fallmanagern der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA). Diese Zusammenarbeit erweist sich als fruchtbar für alle Beteiligten, ist äußerst effizient und verhilft zu einem nahtlosen Übergang zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation. Stark unterstützend ist dabei das direkte Engagement der REHAB bei der Betreuung der Rehabilitanden des Zentrums für berufliche Abklärung (ZBA), das im Spitalareal des KSL liegt (Abbildung 2) [26].

Zusammenarbeit der regionalen Grundbehandlungsteams mit dem Zentrum

Die integrative Zusammenarbeit zwischen dem Zentrum und der Peripherie ist in Luzern auf verschiedenen Ebenen verwirklicht. Systematisch erfolgt sie bei jungen Patienten mit Hirnschädigungen im Anschluss an stationäre oder tagesrehabilitative Behandlung oder nach ambulanter Zuweisung durch Hausärzte. Hier steht die oft langdauernde und schwierige Phase der beruflichen Rehabilitation und beruflichen Eingliederung bevor. Der Betroffene und seine nächsten Angehörigen, die behandelnden TherapeutInnen und evtl. beteiligte Sozialdienste aus dem Grundversorgungsteam, bei Berufsfragen der zuständige Vertreter der Invalidenversicherung, der Casemanager der zuständigen Versicherung, der Arbeitgeber und die noch involvierten Exponenten des Rehabilitationszentrums (meist der Rehabilitationsarzt und der Neuropsychologe, evtl. noch involvierte Therapiebereiche) werden zu einer Rehabilitationsbesprechung am Zentrum eingeladen. Die Besprechung

wird vom Vertreter des Zentrums geleitet. Sie ist klar in vier Teile gegliedert. Der erste Teil dient der Bestandsaufnahme respektive der Evaluation der bisherigen Zielerreichung, dann erfolgt die Bestätigung oder Anpassung der Gesamtzieldefinition, davon ausgehend werden die nächsten Zwischenziele mit Terminvorgaben festgelegt. Dann wird der Rehabilitationsplan ausgearbeitet, die Aufgaben an die Beteiligten verteilt und die Kommunikationswege und Zuständigkeiten abgesprochen. Oft muss dabei eine Person des Grundversorgungsteams das zwischenzeitliche Casemanagement übernehmen. Am Schluss wird der Termin der nächsten gemeinsamen Besprechung festgelegt und abgesprochen, wer daran teilnehmen muss. Der Moderator der Rehabilitationsbesprechung erstellt anschließend ein Besprechungsprotokoll und versendet es an alle Beteiligten sowie an den Hausarzt des Betroffenen.

In all den Jahren haben wir mit diesem Betreuungsschema sehr gute Erfahrungen gemacht. Sie gibt für alle Beteiligten einen klaren Rahmen vor und verhindert Doppelspurigkeiten und oft auch Konfliktsituationen. Fachtherapeuten und Betreuungspersonen des Grundversorgungsteams zeigen sich sehr motiviert und schätzen diese Form der Zusammenarbeit. Bei zwischenzeitlich auftretenden Problemen geht der Kontaktweg in erster Linie über die in der Rehabilitationsbesprechung bestimmte Kontaktperson und von dieser bei Bedarf an die zuständige Person im Zentrum. Solche Kontakte erfolgen meist telefonisch, gelegentlich auch auf schriftlichem Weg.

Erfahrungen

Die Abteilung für Rehabilitation ist anerkanntes zentralschweizerisches Erstrehabilitationszentrum für hirnerkrankte Menschen. Ein Team von erfahrenen und kompetenten Fachspezialistinnen und Fachspezialisten, die wohnortsnahe Lage und die inzwischen aufgebaute Vernetzung der Rehabilitationseinrichtungen von der Intensivstation bis zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung in der Wohnregion ermöglichen den hier behandelten Patienten und Patientinnen eine lückenlose Versorgung im vertrauten Lebensraum [27, 28]. Die Grundphilosophie der rehabilitativen Behandlung entspricht dem 2000 beschriebenen »Shared Care Modell« [12]. Leider bestehen jedoch erhebliche Versorgungsengpässe, welche das Behandlungsprinzip nur einem Teil der Patienten, die davon profitieren könnten, zugänglich machen. Eine gründliche Evaluierung des Kontextes gehört bereits zum Eintrittsassessment. Im Wissen darum, dass zur Zielerreichung die funktionelle Rehabilitation unter Einbezug der Kontextfaktoren für den Rehabilitationserfolg bestimmend ist, werden Angehörige frühzeitig am Rehabilitationsprozess beteiligt, und bei Wochenend- und Nachturlaube wird das gewohnte Lebensumfeld ins Behandlungskonzept integriert. Die Wohnortsnähe kommt uns dabei entgegen. Sie ermöglicht einen kontinuierlichen, koordinierten Übergang von einem stationären zu einem ambulanten Behandlungsprogramm und erlaubt es, die Re-

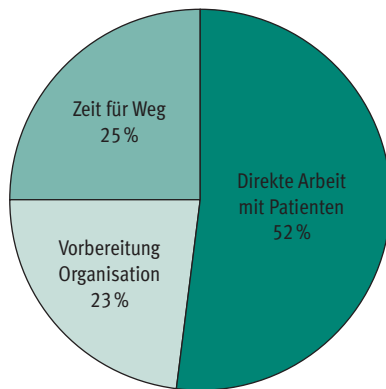


Abb. 3: Zeitlicher Aufwand für Domizilorientierte Rehabilitation (DOR); 62 Patienten 2000–2003. Mittlerer Zeitaufwand pro Patient: 11,1 Stunden

habilitation sukzessive vom geschützten, künstlichen Rahmen, den die Klinik notgedrungen bietet, in den gewohnten Lebensraum der Betroffenen zu verlagern. Das Luzerner Konzept bietet dabei verschiedene klar definierte Rehabilitationsstufen, welche die soziale Reintegration erleichtern sollen. Es sind dies die domizilorientierte Rehabilitation von stationären Patienten, die Tagesrehabilitation, die ambulante Domiziltherapie, die ambulante Koordination im Rahmen der sozialen und/oder beruflichen Eingliederung. Therapeutische und betreuerische Maßnahmen werden im Sinne des »Shared Care Modells« durch die Grundversorger erbracht, während die stationäre Rehabilitation, die Tagesrehabilitation sowie Koordinations- und Beratungsfunktionen Aufgabe des Zentrums sind. In einem solchen Konzept können mit sehr kleinem Personalaufwand sehr viele Patienten betreut werden [26, 29].

8,4% aller stationären Patienten von 1999–2003 erhielten domizilorientierte Maßnahmen während des stationären Aufenthaltes (Abbildung 3). Insgesamt braucht die DOR im Mittel 4–5 Interventionen pro Patient und einen Gesamtaufwand von ca. 11 Stunden. Die Hälfte der Zeit wird mit direktem Patientenkontakt verbracht, die andere Hälfte des Aufwands fällt auf organisatorische Aufgaben und Wegstrecke. Dies imponiert insgesamt als großer Aufwand. Unter Berücksichtigung des üblichen täglichen Therapieangebots von 2,5–3 Therapiestunden im normalen stationären Alltag erweisen sich die domizilorientierten Maßnahmen jedoch nicht als wesentliche Mehrbelastung, da die Patienten an den Interventionstagen in der Regel keine zusätzlichen stationären Therapiezeiten in Anspruch nehmen.

Der Patientenweg nach Entlassung aus der stationären Rehabilitation nimmt bei unseren über Jahre kontrollierten Patienten verschiedene Wege:

- 1) Die begonnene Rehabilitation kann über die Tagesrehabilitation weitergeführt werden.
- 2) Die Patienten werden mit oder ohne Therapieverordnungen nach Hause entlassen und das weitere Prozedere dem Grundversorger überlassen.

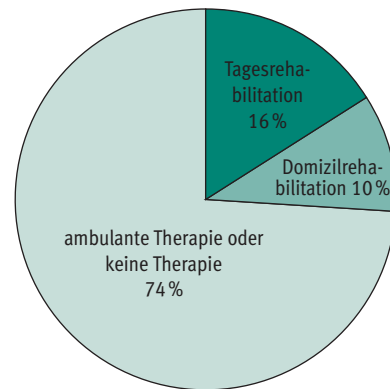


Abb. 4: Nach Hause entlassene stationär rehabilitierte Patienten 1999–2003. Angeordnete Rehabilitationstherapien nach Entlassung; 754 Patienten

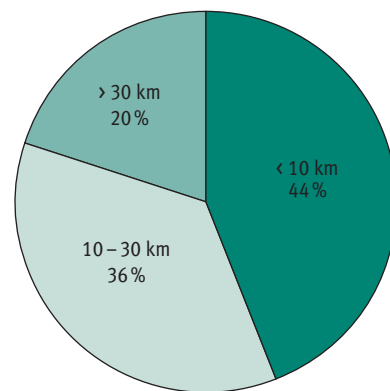


Abb. 5: Tagesrehabilitation: Distanz zwischen Wohnort und Ort der Tagesrehabilitation 1994–2002; 348 Patienten

- 3) Es werden Domiziltherapien über die Grundversorger eingeleitet. Zeigen sich zum Zeitpunkt der Entlassung die Rehabilitationsprobleme noch als besonders komplex und schwierig lösbar, so übernimmt das Zentrum die weiteren koordinativen Aufgaben in Zusammenarbeit mit den Grundversorgern. Je nach konkreter Situation werden solche Koordinationsfunktionen in einem Zeitraum von 4 bis zu etwa 18 Monaten übernommen, mit Terminintervallen von 3–6 Monaten.

1994 bis 2003 wurden insgesamt 399 Patienten über die Tagesrehabilitation rehabilitiert. Unsere Erfahrung zeigt, dass v. a. jüngere Patienten von dieser Behandlungsform profitieren, sind doch 90% noch im erwerbsfähigen Alter. 16% der aus der stationären Behandlung entlassenen Patienten sind anschließend in die Tagesrehabilitation aufgenommen worden (Abbildung 4).

Sofern Therapieplätze verfügbar sind, werden auch Patienten direkt ab Akutbehandlung in die Tagesrehabilitation aufgenommen. Damit kann eine teure stationäre Rehabilitation umgangen werden. Die Gesamtdauer der Tagesrehabilitation erstreckt sich im Mittel über zweieinhalb Monate, bei effektiven 24 Therapietagen. Wegstrecken von mehr als

30 km sind oft kein Hinderungsgrund für den regelmäßigen Tagesrehabilitationsbesuch (Abbildung 5).

Unsere Erfahrungen nach neun Betriebsjahren sind äußerst positiv. Die kombinierte Rehabilitationsphase – Leben zu Hause einerseits und tagesrehabilitative Behandlung im Spital andererseits – bewirkt bei den meisten Patientinnen und Patienten weitere große Fortschritte und beschleunigt aus Sicht der TherapeutInnen die funktionellen Gewinne. Oft bildet schon die Bewältigung des Weges zum Spital einen wesentlichen therapeutischen Schritt im Hinblick auf das Wiedererlangen von Mobilität und Selbständigkeit. Dort, wo die Tagesrehabilitation möglich ist, können Patienten merklich früher aus der Spitalbehandlung entlassen werden. Aufgrund mehrjähriger Erfahrungen ist die poststationäre, ambulante Domizilrehabilitation besonders sinnvoll für Patienten mit reduziertem Mobilitäts- und Selbständigkeitsgrad, bei funktionell besseren Patienten allenfalls auch im Rahmen der Durchführung eines Arbeitsversuches als Maßnahme zur Wiedereingliederung am Arbeitsplatz. Für schwer betroffene Patienten geht es darum, ihre Eigenständigkeit möglichst in ihrem eigenen Haushalt und dessen nächster Umgebung zurückzugewinnen. Dies ist am effizientesten dann, wenn die Therapie im realen eigenen Lebenskontext stattfindet und auf konkrete Aktivitätsziele ausgerichtet ist. Bei 10% der stationär entlassenen Patienten werden domiziltherapeutische Maßnahmen eingeleitet [29] (Abbildung 4).

Schlussfolgerungen

Managed Care Konzepte können zu einer Verbesserung der Rehabilitationsqualität beitragen, deren Effizienz fördern und zur Einsparung von Kosten führen. In Großbritannien und Skandinavien ist nachgewiesen worden, dass die ambulante, regional organisierte Neurorehabilitation sehr gute Resultate erbringen kann. Dazu müssen jedoch die folgenden klaren Voraussetzungen erfüllt sein:

Die ambulante Rehabilitation muss für den Betroffenen durchführbar sein, d.h. seine soziale Umgebung und Wohnsituation sowie sein funktionaler und gesundheitlicher Zustand müssen erlauben, dass er zu Hause oder in einer Tagesrehabilitation betreut werden kann. Im Falle einer Behandlung in der Tagesrehabilitation muss die Bewältigung der Wegstrecke zum Behandlungsort gewährleistet sein. Die Fachkompetenz zur Durchführung von interdisziplinären, koordinierten Rehabilitationsangeboten wie Tagesrehabilitation, Domizilrehabilitation und ambulanter Rehabilitation ist in der Wohnregion vorhanden.

Das »Shared Care Modell« ist ein vielversprechender Ansatz zum Aufbau von regionalen kompetenten, interdisziplinären Rehabilitationsangeboten. Mit relativ geringem Personalaufwand kann mit einem solchen Modell in den jeweils gewachsenen Grundversorgungsstrukturen eine rehabilitative Behandlungskette aufgebaut werden, die unter Einbezug der individuellen Lebensbedingungen der Patienten realitätsnah und zielorientiert wirken kann. Wir sind überzeugt, dass bei der Verfügbarkeit von regionalen

koordinierten Rehabilitationsangeboten stationäre Rehabilitationsphasen abgekürzt oder ganz vermieden werden könnten. Regionale Kompetenzzentren können auch von Patienten genutzt werden, die weit entfernt wohnen, sofern sie verkehrstechnisch zentral gelegen sind.

Ein solches auf der Grundversorgung basierendes Konzept ist auch sehr flexibel und kann sich relativ einfach wechselnden Verhältnissen anpassen. Die erwähnten englischen und skandinavischen Arbeiten zeigen zudem auf, dass solche Modelle kostengünstiger sind als die stationäre Rehabilitation. Damit das »Shared Care Modell« verwirklicht werden kann, müssen notwendige Versorgungsstrukturen aufgebaut werden. Das verlangt, dass Kostenträger und Gesundheitspolitik dies aktiv unterstützen. Im Kanton Luzern ist ein entsprechendes Projekt kürzlich an den Sparanstrengungen gescheitert. Mit den geplanten sechs zusätzlichen Tagesrehabilitationsplätzen hätten gemäß unseren Berechnungen 50 Erstrehabilitationen pro Jahr durchgeführt werden können. Mangels kompetenter ambulanter Möglichkeiten werden diese Patienten auch in Zukunft weiterhin stationär rehabilitiert werden müssen.

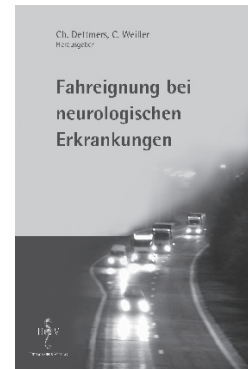
Literatur

1. Anderson C, Rubenach S, Mhurchu CN et al: Home or hospital for stroke Rehabilitation? Results of a Randomized Controlled Trial. *Stroke* 2000; 31: 1024-31
2. Bakheit AMO: Delivery of rehabilitation services – an integrated hospital-community model. *Clinical Rehabilitation* 1995; 9: 142-9
3. Beech R, Rudd AG, Tilling K et al: Economic Consequences of Early Inpatient Discharge to Community-Based Rehabilitation for Stroke in an Inner-London Teaching Hospital. *Stroke* 1999; 30: 729-35
4. Bowen J, Yaste C: Effects of a stroke protocol on hospital costs of stroke patients. *Neurology* 1994; 44: 1961-4
5. Carney RM, Freedland KE: Psychological Distress as a Risk Factor for Stroke-Related Mortality. *Stroke* 2002; 33: 5-6
6. Chermak G: A global perspective on disability: a review of efforts to increase access and advance social integration for disabled persons. *Int Disabil Studies* 1990; 12: 123-7
7. Corr S, Bayer A: Occupational therapy for stroke patients after hospital discharge. *Clinical Rehabilitation* 1995; 9: 291-6
8. Cummings V, Kerner JF, Arones S, Steinboch C: Day hospital services in rehabilitation medicine: an evaluation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 1985; 66: 86-91
9. de Pedro Cuesta J, Sandstrom B, Holm M, Stawiarz L, Widen-Holmquist, Bach-y-Rita P: Stroke rehabilitation: identification of target groups. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 1993; 25: 107-16
10. de Pedro J, Sandstrom B, Holm M, Stawiarz L, Widen-Holmquist L, Bach-y-Rita P: Stroke rehabilitation: identification of target groups and planning data. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine* 1993; 25: 107-16
11. Dommen I, Gelmi O: Domizil-orientierte Rehabilitation nach Insult: Wie das Leben zu Hause wieder Wirklichkeit wird. *Geriatric Praxis* 2004; 15 (4): 25
12. Eldar R: Integrated institution – community rehabilitation in developed countries: a proposal. *Disability and Rehabilitation* 2000; 22: 266-74
13. Falconer JA, Roth EJ, Sutin JA, Strasser DC, Chang RW: The critical path method in stroke rehabilitation: lessons from an experiment in cost containment and outcome improvement. *Quarterly Review Bulletin* 1993; 19: 8-16
14. Forster A, Young J: Day hospital and stroke rehabilitation. *Int Disabil Studies* 1989; 11: 181-3
15. Gladman JRF, Juby CC, Clarke PA, Jackson JM, Lincoln MB: Survey of a domiciliary stroke rehabilitation unit. *Clinical Rehabilitation* 1995; 9: 107-16

16. Hakuno A, Ito T, Matsuba T, Watanabe S, Fuji S: Home rehabilitation project for home-bound physically disabled people in Yokohama. *Clinical Rehabilitation* 1996; 10: 283-7
17. Heruti RJ, Ohry A: The rehabilitation team. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* 1995; 74: 466-8
18. Kendrick T, Sibold B, Burus T, Feeling P: Role of general practitioners in care of long term mentally ill patients. *British Medical Journal* 1991; 302: 508-10
19. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmermann JE: An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. *Annals of Internal Medicine* 1986; 104: 410-8
20. Knuesel O, Bapst L, Boutellier H et al: ALVR Grundlagen der Rehabilitation. *Schweizerische Ärztezeitung* 1999; 80: 2970-1
21. Murphy E: Community care: problems. *British Medical Journal* 1987; 295: 1505-8
22. Patel M, Potter J, Perez I, Kalra L: The process of rehabilitation and discharge planning in stroke: a controlled comparison between stroke units. *Stroke* 1998; 29: 2448-87
23. Peat, M: Community based Rehabilitation. WB Saunders Co Ltd.; Philadelphia 1997
24. Philips VL: Community care for severely disabled people on low incomes. *British Medical Journal* 1996; 311: 1221-3
25. Rentsch HP: Am sozialen Umfeld führt kein Weg vorbei. *Geriatric Praxis* 2004; 15 (4): 1
26. Rentsch HP: Das Shared-Care-Modell: am Beispiel der Neurorehabilitation Luzern. *Managed Care* 2003; 6: 34-6
27. Rentsch HP: Rehabilitation des hirnverletzten Menschen: Das Luzerner Rehabilitationskonzept. *Rehabilitation (SAR)* 1993; 1: 11
28. Rentsch HP: Rehabilitation: Ihre Stellung im gesundheitspolitischen Umfeld. *Ars Medici* 2003; 119-24
29. Rentsch HP: Vernetzte Rehabilitation nach Insult: Jedem Patienten sein individuelles Programm. *Geriatric Praxis* 2004; 15 (4): 12-5
30. Rodgers H, Soutter J, Kaiser W, Pearson P, Dobson S, Skillbeck C, Bond J: Early supported discharge service following acute stroke: pilot study results. *Clinical Rehabilitation* 1997; 11: 280-7
31. Snir D, Kersz J, Weiss Z, Rozin W: Community rehabilitation: a model for continuity of care. *Int Disabil Studies* 1987; 9: 18-21
32. Sulch D, Kalra L: Integrated care pathways in stroke management. *Age and Ageing* 2000; 29: 349-52
33. Sulch D, Perez I, Melbourn A et al: Randomized Controlled Trial of Integrated (Managed) Care Pathway for stroke Rehabilitation. *Stroke* 2000; 31: 1929-34
34. Symington DC: Megatrends in rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research* 1994; 17: 1-14
35. Van Boxel YJ, Roest FH, Bergen MP, Stam HJ: Dimensionality and Hierarchical Structure of Disability Measurement Handicap questionnaires: what do they assess? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 1995; 76(21): 1152-1155, 97-105
36. Wentworth DA, Atkinson RP: Implementation of an acute stroke program decreases hospitalisation costs and length of stay. *Stroke* 1996; 27: 1040-3
37. WHO: International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva 2001

Korrespondenzadresse:

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



Christian Dettmers, Cornelius Weiller (Hrsg.)

Fahreignung bei neurologischen Erkrankungen

Hippocampus Verlag, Bad Honnef 2004,
 172 Seiten, zahlreiche Abbildungen, Broschur
 € 34,50, ISBN 3-936817-10-3

Neurologische Erkrankungen haben nicht selten eine Beeinträchtigung der Fahreignung durch motorische und neuropsychologische Funktionsdefizite zur Folge. In diesem Fall stoßen zwei gegensätzliche Interessen aufeinander: Dem Recht des Einzelnen zur Teilnahme am Straßenverkehr steht das Recht aller Verkehrsteilnehmer auf ein möglichst hohes Maß an Verkehrssicherheit gegenüber.

In der Neurologie wird die Frage der Fahreignung immer noch häufig umgangen. Im Studium – und damit auch in den Lehrbüchern – ist sie nicht Gegenstand des Kanons. In der Akutphase der Erkrankung wird sie meist nicht thematisiert, und die Patienten werden zu selten darüber aufgeklärt, dass ihre Erkrankung eine Beeinträchtigung der Fahreignung nach sich ziehen könnte.

Die rechtlichen Bestimmungen versuchen, die körperlichen und geistigen Voraussetzungen zur Teilnahme am Straßenverkehr zu formulieren, lassen jedoch viele Fragen offen. Auch die neuropsychologische Diagnostik hat nur begrenzte Aussagekraft. In der Praxis erweist sich die Zusammenarbeit mit einer spezialisierten Fahrschule in vielen Fällen als hilfreich bzw. unabdingbar.

Die Fahreignung ist für viele Menschen die Voraussetzung zur Teilnahme am sozialen und beruflichen Leben. Die vorliegende Zusammenstellung soll Ärzten und Psychologen in der Akutklinik, in der Rehabilitation und in der Praxis bei der Beurteilung helfen, ob ein Patient die Fahreignung besitzt oder ob seine Gesundheitsstörung diese beeinträchtigt. Auch Juristen, Versicherungsfachleute und Betroffene können von dem Werk profitieren.