

Das Shared-Care-Modell am Beispiel der Neurorehabilitation Luzern

Im Rehabilitationskonzept Shared-Care-Modell koordiniert das spezialisierte Zentrum die ambulante Rehabilitation, berät das regionale Grundversorgungsteam und bietet eine Tagesrehabilitation als kostengünstige intensive Form der Rehabilitation an. Der Autor berichtet, wie das Shared-Care-Modell in der Neurorehabilitation des Kantonsspitals Luzern umgesetzt wird.

Hans Peter Rentsch

Die gegenwärtige gesundheitspolitische Strategie zielt darauf ab, die spitalbasierten Leistungen zugunsten von ambulanten Leistungen abzubauen. Für den neurologischen Patienten bedeutet dies, dass sich die spitalbasierte Erstrehabilitation zugunsten der ambulanten Rehabilitation verkürzt. Wenn in der Grundversorgung ausgebaute kompetente lokale Rehabilitationsmöglichkeiten verfügbar sind, können gemäss mehrerer Studien die Kosten der Rehabilitationsbehandlung dank der ambulanten Therapie optimiert werden [1].

Dafür ist jedoch ein Rehabilitationssystem nötig, das zeitgerecht und kosteneffektiv eine umfassende koordinierte rehabilitative Versorgung für

Behinderte anbietet [2]. «Case-Managing» hilft als Lenkungsmaßnahme, die verschiedenen Rehabilitationsinterventionen und Reintegrationsmassnahmen zu vernetzen. Eldar hat ein solches von ihm «Shared-Care-Modell» genanntes System beschrieben (Abbildung) [3].

Das Shared-Care-Modell

Das Shared-Care-Modell setzt sich zum Ziel, die Rehabilitation regional im Rahmen der medizinischen und therapeutischen Grundversorgung zu organisieren. Das spezialisierte Rehabilitationszentrum stellt sein Wissen und seine Erfahrung zur Verfügung. Auf Zuweisung hin koordiniert das Zentrum im Sinne eines «Case-Managing» die Rehabilitation, führt die notwendigen Nachkontrollen durch und berät und schult nach Möglichkeit die Grundversorger. Das Rehabilitationszentrum übernimmt als Kernaufgabe auch die Tagesrehabilitation. Die Leistungen der «regional basierten Rehabilitation» werden in einer Partnerschaft zwischen dem lokal tätigen Rehabilitationspersonal, den Haus-

«Die Regionalisierung signalisiert auch einen wesentlichen Entwicklungsschritt der Rehabilitationsmedizin.»

ärzten, den Gemeinden, der Familie und den Betroffenen erbracht. Es ist anzunehmen, dass die soziale Reintegration bei wohnortsnaher Behandlung erfolgreicher ist als bei wohnortsferner Behandlung. Die Re-



Hans Peter Rentsch

gionalisierung signalisiert auch einen wesentlichen Entwicklungsschritt der Rehabilitationsmedizin, der vom rein medizinischen weg- und zu einem sozialen, respektive biopsychosozialen Behandlungsmodell hinführt [4]. Die regionalen Grundversorgerangebote einer solchen Rehabilitationseinheit können ambulante und domizilorientierte Rehabilitation und institutionelle Angebote für die Betreuung von behinderten Menschen, Spitexangebote, Sozialdienste und so weiter, umfassen.

Ein solches Konzept setzt ein interdisziplinäres und teilweise transdisziplinäres Teamwork voraus, das geleitet wird durch gemeinsame Zielformulierungen und Therapievereinbarungen [5]. Dabei übernimmt eine Disziplin auch Funktionen von anderen Disziplinen, wenn ein Engpass besteht. Das bedeutet, dass der ambulante Pflegedienst allenfalls auch Mobilitätsförderung übernimmt oder die Physiotherapie ergotherapeutische Behandlungsansätze in ihr Therapieprogramm einbaut. Der Hausarzt, die ortsansässige

gen Therapeuten und die ambulante Krankenpflege bilden das verantwortliche Grundbehandlungsteam, welches die Rehabilitation in den Arbeitsprozess integriert und für die medizinisch-rehabilitative Versorgung zuständig ist. Es holt sich die notwendige fachliche und koordinative Unterstützung beim Rehabilitationszentrum [6].

Erfahrungen mit dem neurorehabilitativen Versorgungskonzept in Luzern

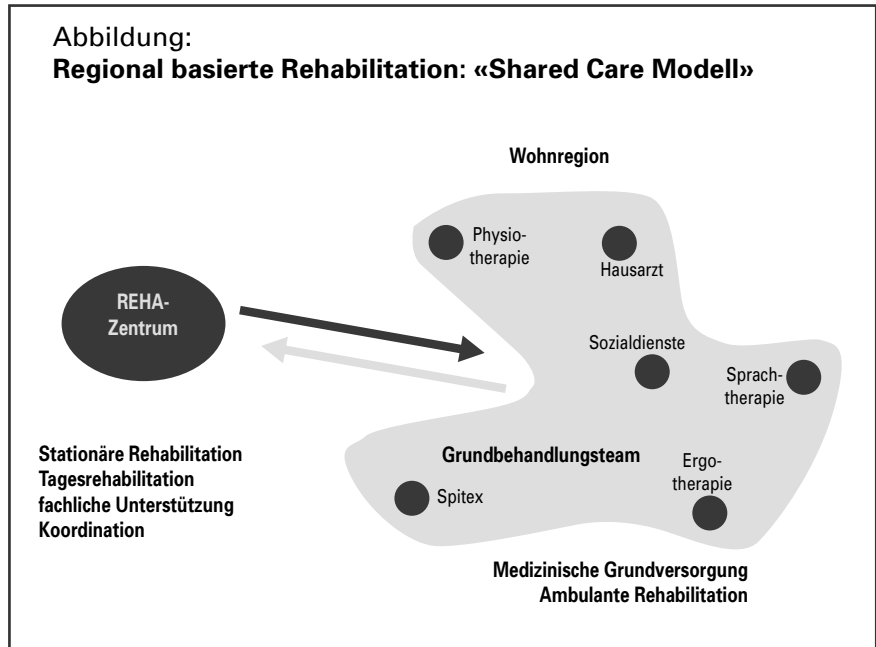
Die Grundphilosophie der rehabilitativen Behandlung in Luzern entspricht dem 2000 beschriebenen Shared-Care-Modell [3]. Leider bestehen jedoch erhebliche Versorgungslücken, deshalb kann nur ein Teil der Patienten davon profitieren.

Das Luzerner Konzept bietet verschiedene klar definierte Rehabilitationsstufen, welche die soziale Reintegration erleichtern sollen. Es sind dies die domizilorientierte Rehabilitation von stationären Patienten, die Tagesrehabilitation, die ambulante Domiziltherapie sowie 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. Mit diesem Konzept können mit kleinem Personalaufwand sehr viele Patienten betreut werden.

Tagesrehabilitation

In Luzern ist die Tagesrehabilitation¹ 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 zwei bis fünf Tagen pro Woche erfolgen. Die Behandlungsdauer ist

¹ Die Tagesrehabilitation darf nicht mit geriatrischen Tageskliniken und Tagesheimen verwechselt werden, welche vor allem bezwecken, dass die Betreuungsperson entlastet wird.



begrenzt. Dank der Tagesrehabilitation können Patienten oft früher aus der stationären Behandlung entlassen werden, sie kann oft auch eine stationäre Behandlung ersetzen [7]. Die Tagesrehabilitation bietet sowohl ein spezialisiertes therapeutisches als auch ein soziales Milieu an. Vorteilhaft ist, dass die zu Hause gemachten Erfahrungen im Rehabilita-

«Mit diesem Konzept können mit kleinem Personalaufwand sehr viele Patienten betreut werden.»

tionsprogramm berücksichtigt werden können [8]. Unsere Erfahrungen nach sieben Betriebsjahren sind äusserst positiv. Die kombinierte Rehabilitationsphase bewirkt bei den meisten Patientinnen und Patienten grosse weitere Fortschritte und beschleunigt die funktionellen Gewinne. Nur schon den Weg zum Spital zu bewältigen bildet einen wesentlichen Schritt bezüglich Mobilität und Selbstständigkeit.

Ambulante Rehabilitationsmassnahmen und Domiziltherapie

Die ambulante Rehabilitation basiert auf Therapieangeboten (wie

Physiotherapie, Ergotherapie und Sprachtherapie), die in der Wohnregion oder an Zentren verfügbar sind. Eine spezielle Therapieform bildet dabei die Domiziltherapie. Der Patient wird an seinem Wohnort behandelt und muss nicht transportiert werden. Ziel der Domiziltherapie ist, dass die Patienten im engsten Lebensbereich möglichst eigenständig und unabhängig von externer Hilfe werden. Wir setzen Domiziltherapien oft ein, vor allem im Bereich Ergo- und Physiotherapie [7].

Koordination

Nach der stationären Rehabilitation gehen die PatientInnen verschiedene Wege:

- 1) Die Rehabilitation kann über die Tagesrehabilitation weitergeführt werden.
- 2) Die Patienten werden mit oder ohne Therapieverordnungen nach Hause entlassen, und das weitere Prozedere wird dem Grundversorger überlassen.
- 3) Es werden Domiziltherapien über die Grundversorger eingeleitet. Wenn bei der Entlassung die Rehabilitationsprobleme noch besonders komplex sind, so koordiniert die Rehabilitation am Kantonsspital Luzern zusammen mit den Grundversorgern die weitere Rehabilitation noch über vier bis 18 Monate, mit Terminintervallen von vier bis sechs Monaten.

Die Rehabilitation Luzern koordiniert auch in der Übergangsphase zwischen der medizinischen Rehabilitation und der beruflichen Eingliederung. Sie ist mit der Berufsberatung der IV und mit den Fallmanagern der SUVA institutionell vernetzt. Diese Zusammenarbeit erweist sich als fruchtbar für alle Beteiligten, ist äus-

«Die Zusammenarbeit verhindert Doppelspurigkeiten und oft auch Konfliktsituationen.»

serst effizient und verhilft zu einem nahtlosen Übergang zwischen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation. Die Rehabilitation Luzern engagiert sich direkt bei der Betreuung der Rehabilitanden des Zentrums für berufliche Abklärung (ZBA), das auf dem Spitalareal liegt. Dies wirkt stark unterstützend [7].

Zusammenarbeit Grundbehandlungsteam-Zentrum

Das Zentrum und die Peripherie arbeiten in Luzern auf verschiedenen Ebenen zusammen. Systematisch wird bei jungen Patienten mit Hirnschädigungen nach der stationären oder tagesrehabilitativen Behandlung oder nach Zuweisung durch Hausärzte zusammengearbeitet. Hier geht es oft um die langdauernde und schwierige Phase der beruflichen Rehabilitation und Eingliederung.

Das Zentrum lädt die Beteiligten zur Rehabilitationsbesprechung ein: den Betroffenen und seine nächsten Angehörigen, die behandelnden TherapeutInnen und eventuell beteiligte Sozialdienste aus dem Grundversorgungsteam, bei Berufsfragen den zuständigen Vertreter der IV, den Case-Manager der zuständigen Versicherung, den Arbeitgeber und die involvierten Exponenten des Rehabilitationszentrums (meist der Rehabilitationsarzt und der Neuropsychologe, eventuell TherapeutInnen). Die Besprechung wird vom Vertreter des Zentrums geleitet. Sie ist klar in vier Teile gegliedert: Der erste Teil dient der Bestandaufnahme, die

bisherige Zielerreichung wird evaluiert. Im zweiten Teil wird die Gesamtzieldefinition angepasst oder bestätigt, davon ausgehend werden die nächsten Zwischenziele mit Terminvorgaben festgelegt. Im dritten Teil werden der Rehabilitationsplan erarbeitet, die Aufgaben an die Beteiligten verteilt und die Kommunikationswege und Zuständigkeiten abgesprochen. Oft muss dabei eine Person des Grundversorgungsteams die zwischenzeitliche Koordination übernehmen. Im vierten Teil wird der Termin der nächsten Besprechung festgelegt und abgesprochen, wer daran teilnehmen muss. Der Moderator der Rehabilitationsbesprechung erstellt anschliessend ein Protokoll und versendet es an alle Beteiligten sowie an den Hausarzt. Diese Zusammenarbeit hat sich sehr gut bewährt. Sie gibt allen Beteiligten einen klaren Rahmen 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 wird in erster Linie die an der Besprechung bestimmte Koordinationsperson kontaktiert, meist

«Viele stationäre Rehabilitationen könnten abgekürzt oder ganz vermieden werden.»

telefonisch, gelegentlich auch schriftlich. Bei Bedarf wendet diese sich an die zuständige Person im Zentrum.

Schlussfolgerungen

Das Shared-Care-Modell ist ein viel versprechender Ansatz, der regional kompetente interdisziplinäre Rehabilitationsangebote anbieten will. Mit relativ geringem Personalaufwand kann in der gewachsenen Grundversorgungsstruktur eine rehabilitative Behandlungskette aufgebaut werden, welche die Lebensbedingungen der Patienten einbezieht

und realitätsnah und zielorientiert rehabilitieren kann. Ein solches Konzept ist flexibel, es kann sich relativ einfach wechselnden Verhältnissen anpassen.

Wir sind überzeugt: Wenn regionale Rehabilitationsangebote verfügbar sind, könnten viele stationäre Rehabilitationen abgekürzt oder ganz vermieden werden. Studien belegen, dass solche Modelle kostengünstiger sind als eine stationäre Rehabilitation. Erst müssen jedoch die notwendigen Versorgungsstrukturen geschaffen werden, was in der heutigen gesundheitspolitischen Landschaft unpopulär ist, da dies als teure Leistungserweiterung aufgefasst und deshalb abgelehnt wird. Im Kanton Luzern ist ein entsprechendes Projekt kürzlich an den Sparanstrengungen der Politik gescheitert. ■

Autor:
Dr. med. Hans Peter Rentsch
 Leitender Arzt
 Abteilung für Rehabilitation
 Kantonsspital
 6000 Luzern 16
 E-Mail: hanspeter.rentsch@ksl.ch

Literaturangaben

1. Beech R., Rudd A.G., 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.
2. Symington D.C.: Megatrends in rehabilitation. *International Journal of Rehabilitation Research* 1994; 17: 1-14.
3. Eldar R.: Integrated institution-community rehabilitation in developed countries: a proposal. *Disability and Rehabilitation* 2000; 22: 266-74.
4. 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.
5. Bakheit A.M.O.: Delivery of rehabilitation services - an integrated hospital-community model. *Clinical Rehabilitation* 1995; 9: 142-9.
6. Murphy E.: Community care: problems. *British Medical Journal* 1987; 295: 1505-8.
7. Rentsch H.P.: Rehabilitation: Ihre Stellung im gesundheitspolitischen Umfeld. *Ars Medici*, 2003; 119-124, 174-178.
8. Forster A., Young J.: Day hospital and stroke rehabilitation. *Int Disabil Studies* 1989; 11: 181-3.