

Themengruppe «Neurorehabilitation und Spätkomplikationen»
der Zerebrovaskulären Arbeitsgruppe der Schweiz (ZAS)

Optimierung der Schnittstelle Akutklinik– Rehabilitationseinrichtung beim Hirnschlag

S. Engelter^{a,h*}, N. Urscheler^{b*},
F. Baronti^c, P. Vuadens^d,
R. Baumgartner^e, P. Combremont^c,
K. Diserens^f, H. Frank^g,
M. Frank^h, K. Schweikertⁱ,
J. Koch^j, S. Beer^k, W. Jenni^l

a Universitätsspital Basel

b Reha Rheinfelden

c Klinik Bethesda Tschugg

d Clinique Romande de Réadaptation,
Sion

e Universitätsspital Zürich

f Service de Neuropsychologie et
de Neuroréhabilitation et Service
de Neurologie, CHUV, Lausanne

g Privat-Klinik im Park
Schinznach Bad

h Felix Platter-Spital, Basel

i RehaB Basel

j Rehazentrum Leukerbad

k Rehaklinik Valens

l Rehaclinic Zurzach

* S. Engelter und N. Urscheler haben
zu gleichen Teilen zu dieser Arbeit
beigetragen.

Einleitung

Der Übertritt von der Akutklinik in eine geeignete Rehabilitationseinrichtung stellt eine wichtige Schnittstelle in der Behandlungskette des Hirnschlags dar [1–3]. Zur Planung einer optimalen Patientenversorgung und eines effizienten Einsatzes von Ressourcen sind neben administrativen Daten auch medizinische Informationen nötig. Diese sollen neben der Mitteilung der Diagnosen auch detailliert Aufschluss über Vorliegen und Ausmass von für die Rehabilitation bedeutsamen Funktionseinschränkungen geben. Sie sind zur Einschätzung des Pflegeaufwandes wichtig, ermöglichen eine Abschätzung der erforderlichen Therapien und lassen Komplikationsrisiken erkennen. Zudem minimieren sie die Gefahr von Fehlzuweisungen, die dadurch entstehen können, dass die gewählte Rehaeinrichtung nicht für die vorliegende Funktionsstörung geeignet ist (z. B. tracheotomierte, beatmete Patienten) oder aber dass interventionelle Massnahmen notwendig sind, die die Rehaeinrichtung nicht anbieten kann (z. B. PEG-Einlage). Jede Rehabilitationseinrichtung hat daher eigene, häufig unterschiedlich aufgebaute und gewichtete Zuweisungsformulare in Gebrauch, was für die zuweisenden Kliniken («Zuweiser») unübersichtlich ist, da diese in der Regel mit mehr als einer Rehabilitationseinrichtung zusammenarbeiten.

Ziel der hier vorgestellten Arbeit ist es, die Informationsschnittstelle «Übertritt Akutklinik–Rehabilitationseinrichtung für Hirnschlagpatienten» zu standardisieren und damit einen Beitrag zur Qualitäts- und Effizienzsteigerung der Abläufe zu leisten. Bei der insgesamt bereits hohen administrativen Belastung sollte der Aufwand für die Zuweiser dabei möglichst gering gehalten werden, um eine hohe Akzeptanz zu erzielen.

Methodik

Die Mitglieder der Themengruppe «Neurorehabilitation und Spätkomplikationen» der Zerebrovaskulären Arbeitsgruppe der Schweiz repräsentieren elf in der Hirnschlagrehabilitation

erfahrene Rehabilitationseinrichtungen und/oder Stroke Units in der Schweiz. In fünf Arbeitssitzungen haben die Mitglieder schrittweise im Konsensverfahren erarbeitet, welche Variablen für den Informationstransfer von Akutklinik zur Rehaeinrichtung bedeutsam sind, und wie sie dargestellt werden sollen. Ausgangspunkte bildeten die in den beteiligten Kliniken in Gebrauch befindlichen Zuweisungs- oder Übertrittsformulare, die Bedeutung der einzelnen Variablen gemäss Literatur [1] sowie die Erfahrungen der Themengruppenmitglieder. Es wurde vereinbart, den Informationstransfer in der Form eines Formulars zu kreieren und an der *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF-Klassifikation) auszurichten [4]. Die ICF-Klassifikation ermöglicht eine patientenorientierte Funktionsbeurteilung, die Körperfunktionen und -strukturen, konkrete Aktivitäten und die individuelle Partizipation berücksichtigt [5]. Als integratives Modell, das Umwelt- und persönliche Faktoren der Patienten mit berücksichtigt, ist die ICF-Klassifikation zu einem wertvollen Instrument in der interdisziplinären Rehabilitation geworden [5].

In einer dreimonatigen Pilotphase hauptsächlich in der Nordwestschweiz wurde die Praxistauglichkeit des Formulars für Hauptzuweiser und Rehabilitationseinrichtungen untersucht.

Resultate

Abbildung 1 stellt das Formular dar. Im Anfangsteil werden neben administrativen Informationen (Kostenträger, Versicherungsklasse usw.) die wichtigsten medizinischen Informationen wie die exakte Diagnose, rehabilitationsrelevante Nebendiagnosen sowie die Medikation erfragt. Diese Angaben stammen sinnvollerweise von ärztlicher Seite. Die weiteren Variablen betreffen die Einschränkungen von Körperfunktionen wie Bewusstsein, Sprache/Sprechen, Motorik, Kontinenz usw., deren Auswirkungen im (Spital-)Alltag und benötigte Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl). Diese Informationen werden in der Regel von Seite der Pflegepersonen ausgefüllt. Je nach Organisation der Akutklinik können diese Informa-

Korrespondenz:
Dr. med. Niklaus Urscheler
Reha Rheinfelden
Salinenstrasse 98
CH-4310 Rheinfelden
Tel. 061 836 52 37
Fax 061 836 53 53
n.urscheler@reha-rhf.ch

Formular: Stationäre Rehabilitation von Hirnschlagpatienten	
REHA-INSTITUTION	ZUWEISER-INSTITUTION
Telefon	Name
Fax	Telefon
Wir melden folgende Patientin / folgenden Patienten an:	
Name	Geschlecht <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m
Vorname	Geburtsdatum
Adresse	Zwistand
PLZ/Ort	Telefon-Nr.
Beruf	Sprache
Krankenversicherer	
Mitgl./Versich. Nr.	
Kranken-Zusatzversicherer	
Mitgl./Versich. Nr.	
Unfallversicherer	
Mitgl./Versich. Nr.	
Versicherungsklasse	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> allgemein
Übertrittszeitpunkt	<input type="checkbox"/> baldmöglichst <input type="checkbox"/> innerhalb 1 Woche <input type="checkbox"/> später, am
Kostengutsprache	<input type="checkbox"/> noch nicht angefragt <input type="checkbox"/> angefragt <input type="checkbox"/> vorliegend
Zuständige Pflegeperson	Name
Bezugsperson	Name
	Telefon-Nr.
	Telefon-Nr.
Hirnschlag-Diagnose	
Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen	
Aktuelle Medikation	
Für Rückfragen:	
Klinik / Abt.	Name (Stempel) / Unterschrift des zuweisenden Arztes:
Kontaktperson / Tel.:	
Ort / Datum:	

Von Pflege auszufüllen	Beschreibung des Patienten (in Klammer: ICF-Code) Datum
Name Patient	
SCHÄDIGUNG DER KÖRPERFUNKTIONEN	
Bewusstsein (b110)	Transfers (d420)
<input type="checkbox"/> keine Schädigung	<input type="checkbox"/> selbständig
<input type="checkbox"/> Delir	<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson
<input type="checkbox"/> Vigilanzschwankungen	<input type="checkbox"/> nicht möglich
<input type="checkbox"/> Somnolenz	Selbstversorgung
<input type="checkbox"/> Koma	Sich waschen (d510)
<input type="checkbox"/> vegetativer Zustand	<input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung
Orientierung (b114)	<input type="checkbox"/> wenig Hilfe / Anleitung / Supervision
<input type="checkbox"/> keine Schädigung	<input type="checkbox"/> viel Hilfe
<input type="checkbox"/> teilweise orientiert	Blasentleerung (d5300)
<input type="checkbox"/> stark desorientiert	<input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung
Emotionale Funktionen (b152) Antrieb (b130) und Psychomotorik (b147)	<input type="checkbox"/> teilweise inkontinent
<input type="checkbox"/> keine Schädigung	<input type="checkbox"/> inkontinent
<input type="checkbox"/> erregt / agitiert	Darmentleerung (d5301)
<input type="checkbox"/> antriebsarm	<input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung
<input type="checkbox"/> depressiv	<input type="checkbox"/> teilweise inkontinent
Sprache (b167)	<input type="checkbox"/> inkontinent
<input type="checkbox"/> keine Schädigung	Sich kleiden (d540)
<input type="checkbox"/> leichte Aphasie	<input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung
<input type="checkbox"/> schwere Aphasie	<input type="checkbox"/> wenig Hilfe / Anleitung
Artikulation (b320) und Schlucken (b5104)	<input type="checkbox"/> viel Hilfe
<input type="checkbox"/> keine Schädigung	Essen (d550)
<input type="checkbox"/> Dysarthrophonie	<input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung
<input type="checkbox"/> Dysphagie	<input type="checkbox"/> nach Vorbereitung selbständig
Muskelkraft (b730)	<input type="checkbox"/> mit Hilfe / Supervision
<input type="checkbox"/> keine Schädigung	<input type="checkbox"/> Eingabe notwendig / Sonde
<input type="checkbox"/> Hemiparese / -plegie Seite:.....	Trinken (d560)
<input type="checkbox"/> Tetraparese / -plegie	<input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung
<input type="checkbox"/> anderes...	<input type="checkbox"/> mit Hilfe / Supervision
BEEINTRÄCHTIGUNG DER AKTIVITÄT UND TEILHABE	<input type="checkbox"/> Eingabe notwendig / Sonde
Kommunikation (d310, d315, d330)	KONTEXTFAKTOREN
<input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung	Angepasste Kost (e110)
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Weichkost / pürierte Kost
<input type="checkbox"/> keine Verständigung möglich	Diät:
Mobilität	Hilfsmittel (e 115)
Stehen (d4104)	<input type="checkbox"/> PEG
<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> nasogastrale Sonde
<input type="checkbox"/> mit Hilfe / Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Trachealkanüle
<input type="checkbox"/> nicht stehfähig	<input type="checkbox"/> transurethraler Katheter
Gehen (d450)	<input type="checkbox"/> suprapubischer Katheter
<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> persönliche Mobilität (e140)
<input type="checkbox"/> mit Hilfe / Hilfsmittel / Supervision	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> nicht gehfähig	<input type="checkbox"/> Rollator
Hand- und Armgebrauch (d445)	<input type="checkbox"/> Gehstöcke
<input type="checkbox"/> keine Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Sicherheit
<input type="checkbox"/> Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> Bettgitter
Treppen steigen (d4551)	<input type="checkbox"/> Sturzhelm
<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> Suchanlage
<input type="checkbox"/> mit Hilfe / Hilfsmittel / Supervision	<input type="checkbox"/> Sitzwache (e340)
<input type="checkbox"/> nicht möglich	andere:
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

tionen auch im Rahmen einer Therapeutenbesprechung, durch den Sozialdienst oder aber durch andere Personen im Behandlungsteam der Akutklinik, die kompetent über diese Variablen Auskunft geben können, gegeben werden.

Während der Pilotphase stellte sich heraus, dass das Formular nicht nur als Anmelde- und Überweisungsformular eingesetzt wird. Einige Kliniken nutzten das Formular zur Übermittlung von Informationen am Vortag vor dem geplanten Übertritt und somit als Übertritts- oder Verlegungsformular. In einer Rehaeinrichtung wurde das Formular von einer die Eintritte koordinierenden Pflegefachfrau benutzt, die telefonisch die gelisteten Variablen in der Akutklinik erfragte. Generell wird von allen Beteiligten eine einfache Handhabung konstatiert und eine hohe Akzeptanz festgestellt.

Diskussion

In der Rehabilitation sind Schnittstellenprobleme häufig durch unzureichenden Informationsfluss gekennzeichnet [6, 7]. Für Hirnschlagpatienten optimiert das erarbeitete Formular die Schnittstelle des Übertritts von der Akutklinik in

die Rehabilitationseinrichtung, in dem es den Informationsfluss für die Weiterbetreuenden sicherstellt. Der Aufwand für die Akutkliniken bleibt durch den Formularcharakter überschaubar. Für die Rehabilitationsmediziner werden wichtige Variablen übermittelt, die den gezielten Einsatz von therapeutischen Ressourcen ermöglicht. Es ist anzunehmen, dass durch den verbesserten Informationsfluss mit entsprechend verbesserter Ressourcenplanung auch der Zeitpunkt für den Übertritt optimiert werden kann. Zudem sollte das Risiko von Fehlbelegungen («inappropriate beds») [3, 8] reduziert werden können, was sowohl ökonomisch wie auch unter Qualitätsaspekten sinnvoll ist, auch wenn dies nicht explizit untersucht werden konnte. Eine Optimierung des Informationsflusses von der Akut- in die Rehabilitationseinrichtung wird in Zukunft noch an Bedeutung gewinnen, da mit Einführung von Diagnosis-Related Groups (DRG) Auswirkungen auf diese Schnittstelle zu erwarten sind, wie Erfahrungen aus Australien zeigen [9].

Die Tatsache, dass in der Pilotphase das Formular je nach Bedürfnis als Anmeldeformular,

als Übertrittsformular oder als Vorlage für eine Telefonbefragung eingesetzt wurde, inhaltlich aber ohne relevante Veränderungswünsche blieb, verdeutlicht unseres Erachtens, dass für den Inhalt eine hohe Akzeptanz bestand.

Es gilt kritisch anzumerken, dass dieses Formular die direkte Kontaktaufnahme zwischen den beteiligten Ärztinnen und Ärzten nicht ersetzen kann. Insbesondere bei komplexen medizinischen Situationen oder bei besonders schwer betroffenen Patienten, die einer Behandlung auf der neurologischen Frührehabilitation zugeführt werden müssen, ist der direkte ärztliche Kontakt weiterhin notwendig. Auch kurzfristige Änderungen der klinischen Situation sind sinnvollerweise weiterhin telefonisch abzusprechen. Unsicherheiten über die Indikation zu einer stationären Rehabilitation können ebenfalls nicht anhand des Formulars gelöst werden. Als weitere Einschränkung ist festzuhalten, dass die bisherigen Erfahrungen mit dem Formular begrenzt sind. Daher kann die Frage, ob dieses auch für die Rehabilitation anderer (neurologischer) Erkrankungen Anwendung finden könnte, nicht hinreichend beantwortet werden.

Zusammenfassend hat die Themengruppe «Neurorehabilitation und Spätkomplikationen» im Konsensusverfahren ein Formular erstellt, das bei Hirn Schlagpatienten den Informations-transfer beim Übertritt von der Akutklinik in die Rehabilitationseinrichtung optimieren und standardisieren kann. Der Einsatz dieses Formulars kann empfohlen werden. Dabei kommt dem Inhalt eine grössere Bedeutung zu als den Einsatzmodalitäten, welche an lokal-regionale Erfordernisse adaptiert werden können.

Danksagung

Für die kritische Durchsicht des Manuskriptes und die wertvollen Kommentare möchten wir uns bei Thierry Ettlin, René Müri, Hans-Peter Rentsch sowie den Mitgliedern des ZAS-Komitees herzlich bedanken.

Literatur

- 1 Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, et al. Management of adult stroke rehabilitation care. A clinical practice guideline. *Stroke*. 2005;36:100-43.
- 2 Donkin BH. Rehabilitation after Stroke. *N Engl J Med*. 2005;352:1677-84.
- 3 Gangnon D, Nadeau S, Tam V. Ideal timing to transfer from an acute care hospital to an interdisciplinary inpatient rehabilitation program following a stroke: an exploratory study. *BMC Health Services Research*. 2006;6:151 (www.biomedcentral.com/1472-6963/6/151).
- 4 Rentsch H, Bucher P. ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag. Herausgeber Tesak J. *Das Gesundheitsforum*. Idstein: Schulz-Kirchner; 2005.
- 5 Weber M. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): Eine gemeinsame Basis für den funktionsorientierten, rehabilitativen Zugang zur Gesundheit. *Schweiz Med Forum*. 2008;8(24):456-7.
- 6 Deck R, Heinrichs K, Koch H, Kohlmann T, Mittag O, Peschel U, Ratschko KH, Welk H, Zimmermann M. «Interface problems» in medical rehabilitation: development of a brief questionnaire for assessing the need for information and communication among general practitioners. *Gesundheitswesen*. 2000;62(8-9):431-6.
- 7 Victorian Government Health Information, Australia. Quality and care continuity branch. Acute health division. Sub-Acute / Acute Interface Project – Final Report. May 2001. www.health.vic.gov.au/emergency/bgddocs/subfinal.pdf (accessed March 31st 2008).
- 8 Poulos CJ, Eagar K, Poulos RG. Managing the interface between acute care and rehabilitation – can utilisation review assist? *Aust Health Rev*. 2007; 31 Suppl 1:S129-40.
- 9 Köhler F. Impact of the DRG System for Subacute and Rehabilitative Treatment in Sydney, New South Wales, Australia. *Rehabilitation*. 2007;46(6):340-8.