

Vorwort

Jeder, der sich die Aufgabe gestellt hat eine Dissertation zu verfassen, kennt die Wichtigkeit einer gut funktionierenden sozialen Unterstützung. Nur so ist es möglich, die teilweise krisenhaften Phasen abzupuffern und gut zu überstehen. Daher möchte ich an dieser Stelle für die Unterstützung, die ich in den letzten Jahren erfahren und wahrgenommen habe, danken.

Mein größter Dank gilt Frau Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier, die einerseits den Freiraum für die Erstellung dieser Arbeit gewährte und andererseits in den verschiedenen Entstehungsphasen durch gemeinsame Diskussionen wichtige inhaltliche Impulse gab. Wohltuend ist ihre Gabe Kritik so zu äußern, dass immer noch ein Lob daraus zu hören ist. Sie war es, die nie daran zweifelte, dass ich es schaffen werde und mir immer wieder Mut machte, wenn Motivation notwendig war.

Dank auch an Berater, Freunde und Helfer, die darüber hinaus die Arbeit unterstützten: Prof. Dr. Peter Martus und Andrea Stroux für ihr Engagement bei der statistischen Betreuung und Unterstützung des Evaluationsprojektes; Bärbel Aschemeier, die nicht müde wurde Entwürfe zu lesen und zu kommentieren und Antje Erler für ihre konstruktiven Kritiken und Vorschläge. Die Aufgabe des Lektorates und Mithilfe beim Layout übernahmen Katja Kummer, Inga Twachtmann und Inge Kuhlo, die damit wesentlich zur Form dieser Arbeit beigetragen haben. Dafür sei auch ihnen an dieser Stelle besonders gedankt.

Nicht zuletzt herzlicher Dank an meine Familie. Sie ist ein Indiz für die Verlässlichkeit familiärer Unterstützung. Ferner gab es durch sie immer wieder Anlässe für angenehme Unterbrechungen. Diese ermöglichten auch den zeitweise notwendigen Abstand zur Arbeit.

Ein besonderer Dank an meine Freunde; häufig haben Sie in den letzten Jahren zurückstehen müssen. Trotzdem gaben sie den notwendigen emotionalen Halt und machten Mut. Sie sorgten für mein Wohl an Körper und Seele und waren immer ein Ort, an dem ich Kraft schöpfen konnte.

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINFÜHRUNG	1
	1.1 Einleitung	1
	1.2 Ausgangslage	2
	1.3 Problemstellung und Zielstellung	6
2	THEORIEN UND KONZEPTE MEDIZINISCHER REHABILITATION	9
	2.1 Allgemeine Handlungsprinzipien	9
	2.1.1 Handlungsprinzipien medizinischer Rehabilitation	9
	2.1.2 Handlungsprinzipien geriatrischer Rehabilitation	22
	2.2 WHO-Klassifikation	32
	2.2.1 International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps	33
	2.2.2 International Classification of Impairments, Activities and Participation	36
	2.2.3 International Classification of Functioning, Disability and Health. ICF	38
	2.2.3.1 Begriffe der ICF	39
	2.2.3.2 Konzept der ICF	41
	2.2.3.3 Anwendung und Grenzen der ICF	46
	2.2.4 Bedeutung der WHO-Klassifikation für die Rehabilitation	47
	2.3 Theoriemodell der Rehabilitation nach Gerdes & Weis	50
	2.4 Zwischenfazit	56
3	FORSCHUNGSDESIGN UND METHODISCHE ASPEKTE	61
	3.1 Differenzierte Ziele und Fragestellungen	61
	3.2 Empirische Erhebung in der orthopädischen Rehabilitation	64
	3.2.1 Studienentwurf	64
	3.2.2 Erhebungsinstrumente und ausgewählte Befragungskomplexe	66
	3.2.3 Datenerhebung und Auswertung	71
	3.3 Qualitative Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring	74
	3.4 Methodenkritik	79

4	ERGEBNISSE DER EMPIRISCHEN ERHEBUNG	81
4.1	Probandenbeschreibung	81
4.1.1	Demographische Daten	81
4.1.2	Erkrankung und schwere der Erkrankung	85
4.2	Ergebnisse aus gerontologischer und geriatrischer Perspektive	91
4.2.1	Aktivitätsstörungen	91
4.2.2	Gesundheitsstörungen	99
4.2.3	Persönliche Ressourcen	104
4.2.4	Umweltfaktoren	108
4.2.5	Lebensqualität	113
4.2.5.1	Allgemeine Lebensqualität	113
4.2.5.2	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	123
4.2.6	Ziele der Rehabilitanden	135
5	ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION DER EMPIRISCHEN ERGEBNISSE	149
6	ERGEBNISSE DER INHALTSANALYTISCHEN AUSWERTUNG	161
6.1	Gesundheitsstörung aus geriatrischer Perspektive	161
6.2	Aktivität(ssstörung) aus gerontologischer Perspektive	171
6.3	Persönliche Ressourcen aus gerontologischer Perspektive	178
6.4	Bewältigungsprozesse aus gerontologischer Perspektive	186
6.5	Gesundheitsverhalten aus gerontologischer Perspektive	195
6.6	Umweltfaktoren aus gerontologischer Perspektive	203
6.7	Partizipation aus gerontologischer Perspektive	211
7	AUSDIFFERENZIERUNG DES THEORIEMODELLS DER REHABILITATION	221
7.1	Bedeutung gerontologischer Erkenntnisse für die Rehabilitation	221
7.2	Die Außensicht und Innensicht der Rehabilitation	228
7.3	Die Perspektive der Interventionsgerontologie	233
7.4	Zusammenhang zwischen den Dimensionen des Theoriemodells	237
8	ZUSAMMENFASSUNG	243
9	LITERATUR	245
	ANHANG	

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1	Krankheits- und behinderungsorientierter Ansatz in der deutschen Rehabilitation	12
Abb. 2	Sozialpolitische, rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen der Rehabilitation	29
Abb. 3	Dimensionen der Manifestation einer Gesundheitsstörung	35
Abb. 4	Modell der Krankheitsfolgen nach Wood (1980)	36
Abb. 5	Verständnis der Interaktionen innerhalb der Dimensionen der ICIDH-2	37
Abb. 6	Bio-psycho-soziale Modelle der ICF	46
Abb. 7	Theoriemodell der Rehabilitation	51
Abb. 8	Ansatzpunkte für therapeutisches Handeln in der Rehabilitation	54
Abb. 9	Ziel und Fragestellung in der Übersicht	61
Abb. 10	Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell	77
Abb. 11	Altersverteilung der Rehabilitanden	81
Abb. 12	Geschlechtsverteilung in den groben Altersstufen	82
Abb. 13	Bildungsniveau der Probanden im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung	84
Abb. 14	Schweregrad der Haupterkrankung differenziert nach Alter	90
Abb. 15	Aktivitätsstatus bei Aufnahme und Entlassung differenziert nach Alter	92
Abb. 16	Aktivitätsstatus bei Aufnahme und Entlassung differenziert nach ICD-Diagnose	93
Abb. 17	Verbesserung des Aktivitätsstatus differenziert nach Altersgruppen	97
Abb. 18	Veränderung der Schmerzen differenziert nach Behandlungsbereich	100
Abb. 19	Vergleich der Muskelkraft bei Patienten mit Dorsopathien vor und nach der Rehabilitation, differenziert nach Alter	102
Abb. 20	Geschlechtsspezifischer Vergleich der Muskelkraft bei Patienten mit Dorsopathien vor und nach der Rehabilitation	103
Abb. 21	Familienstand der Rehabilitanden differenziert nach Alter	104
Abb. 22	Vergleich der sozialen Situation weiblicher und männlicher Rehabilitanden	106
Abb. 23	Zufriedenheit mit der sozialen Unterstützung differenziert nach Geschlecht zu T1/T2 und T3	108
Abb. 24	Häufigkeit von krankheitsbezogenen Wohnproblemen	109
Abb. 25	Krankheitsbezogene Wohnprobleme differenziert nach Altersgruppen	110

Abb. 26	Ausmaß der im Alltag empfundenen Sicherheit zu T3 in Abhängigkeit von Geschlecht, ICD-Diagnose, Schweregrad und Chronifizierung der Erkrankung	112
Abb. 27	Veränderung der allgemeinen Lebensqualität von T1 nach T2 differenziert nach Alter	114
Abb. 28	Veränderung der allgemeinen Lebensqualität von T1 nach T3 (T2) differenziert nach Alter	115
Abb. 29	Allgemeine Lebensqualität zu allen drei Zeitpunkten differenziert nach Geschlecht	116
Abb. 30	Veränderung der allgemeinen Lebensqualität von T1 nach T2 differenziert nach Geschlecht	117
Abb. 31	Veränderung der allgemeinen Lebensqualität von T1 nach T2/T3 differenziert nach Schweregrad der Erkrankung	118
Abb. 32	Veränderung der allgemeinen Lebensqualität von T1 nach T2/T3 differenziert nach ICD-Diagnose	120
Abb. 33	Antworten auf die Frage: „Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?“ zu den Zeitpunkten T1, T2 und T3	121
Abb. 34	Subjektiver körperlicher und psychischer Gesundheitszustand zu T1, T2 und T3	124
Abb. 35	Subjektiver körperlicher Gesundheitszustand zu T1, T2 und T3 differenziert nach Alter	125
Abb. 36	Subjektiver psychischer Gesundheitszustand zu T1, T2 und T3 differenziert nach Alter	126
Abb. 37	Subjektiver körperlicher Gesundheitszustand zu T1, T2 und T3 differenziert nach Geschlecht	127
Abb. 38	Subjektiver psychischer Gesundheitszustand zu T1, T2 und T3 differenziert nach Geschlecht	128
Abb. 39	Subjektiver körperlicher Gesundheitszustand zu T1, T2 und T3 differenziert nach Schweregrad der Erkrankung	129
Abb. 40	Subjektiver psychischer Gesundheitszustand zu T1, T2 und T3 differenziert nach Schweregrad der Erkrankung	130
Abb. 41	Verbesserung des subjektiven körperlichen Gesundheitszustandes differenziert nach Chronifizierung der Haupterkrankung	131
Abb. 42	Verbesserung des subjektiven psychischen Gesundheitszustandes differenziert nach Chronifizierung der Haupterkrankung	132
Abb. 43	Subjektiver körperlicher Gesundheitszustand zu T1, T2 und T3 differenziert nach drei Hauptdiagnosegruppen	133
Abb. 44	Subjektiver psychischer Gesundheitszustand zu T1, T2 und T3 differenziert nach drei Hauptdiagnosegruppen	134
Abb. 45	Verwirklichung von Zielen zu T2 differenziert nach Alter, Geschlecht und Hauptdiagnosegruppen	140

Abb. 46	Verwirklichung von Zielen zu T3 (T2) differenziert nach Alter, Geschlecht und Hauptdiagnosegruppen	141
Abb. 47	Ziele, die nicht verwirklicht wurden zum Zeitpunkt T3 in Abhängigkeit vom Alter	144
Abb. 48	Verwirklichung von Zielen zum Zeitpunkt T2 in Abhängigkeit vom Alter	145
Abb. 49	Verwirklichung von Zielen zum Zeitpunkt T2 in Abhängigkeit vom Geschlecht	147
Abb. 50	Verwirklichung von Zielen zum Zeitpunkt T3 (T2) in Abhängigkeit vom Geschlecht	148
Abb. 51	Krankheit im Alter – Nosologisches und funktionelles Modell	164
Abb. 52	Chancen auf ein gesünderes Altern	167
Abb. 53	Das Alltagskompetenzmodell von Baltes et al.	175
Abb. 54	Selbsteinschätzung im höheren Alter	181
Abb. 55	Das Unterstützungsmodell	185
Abb. 56	Das Zwei-Prozess-Modell der Bewältigung	192
Abb. 57	Scheckliste zum »Gesunden Leben« aus der Broschüre „Gesundheit im Alter fördern“	200
Abb. 58	Erweiterte Darstellung des Rubikon-Modells der Handlungsphasen	202
Abb. 59	Räumliche, infrastrukturelle und technische Umwelten alter Menschen	210
Abb. 60	Einfluss des Pflegekontexts auf die Selbstständigkeit von hilfs- und pflegebedürftigen alten Menschen	213
Abb. 61	Heuristisches Modell des Wohlbefindens	216
Abb. 62	Theoriemodell der Rehabilitation aus gerontologischer Perspektive	222
Abb. 63	Die Patientenperspektive im Theoriemodell der geriatrischen Rehabilitation	229
Abb. 64	Rehabilitationspotenziale im Theoriemodell der geriatrischen Rehabilitation	234
Abb. 65	Zusammenhänge im Theoriemodell der geriatrischen Rehabilitation	238
Abb. 66	Das „Theoriemodell der geriatrischen Rehabilitation“	242

TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1	Überblick über die allgemeinen und orthopädischen Zielstellungen der rehabilitativen Medizin, gegliedert nach spezifischen Bereichen	16
Tab. 2	Konkrete Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation	19
Tab. 3	Gründe für die Integrierte Nachsorge	21
Tab. 4	Wesentliche Unterschiede zwischen Rehabilitation jüngerer und älterer Patienten	24
Tab. 5	Prinzipien geriatrischer Rehabilitation	27
Tab. 6	Nachsorgeangebote geriatrischer Rehabilitation	32
Tab. 7	Vergleich des Behinderungsbegriffs nach ICF und SGB IX	40
Tab. 8	Kontextfaktoren der ICF	45
Tab. 9	Differenzierte Altersverteilung der männlichen und weiblichen Probanden	83
Tab. 10	Häufigkeit der Diagnosegruppen bei Aufnahme	86
Tab. 11	Verhältnis von ICD-Diagnosen und Altersklassen	87
Tab. 12	Verhältnis von ICD-Diagnosen und Geschlecht	89
Tab. 13	Aktivitätsstatus bei Aufnahme und Veränderung bei Entlassung	94
Tab. 14	Aktivitätsstatus 75- bis 79- Jähriger bei Aufnahme und bei Entlassung	96
Tab. 15	Aktivitätsstatus weiblicher und männlicher Patienten bei Aufnahme und bei Entlassung	98
Tab. 16	Veränderung der Schmerzen differenziert nach Alter, Geschlecht und Diagnose	101
Tab. 17	Lebensqualitätsurteil nach Diagnose und Schweregrad der Erkrankung zu T2 und T3	123
Tab. 18	Ziele der Rehabilitanden	136
Tab. 19	Zielsetzung in Abhängigkeit vom Alter	138
Tab. 20	Zielanpassung im Zeitverlauf von T1, T2 und T3	139
Tab. 21	Verwirklichung von Zielen der Rehabilitanden	143
Tab. 22	Klassifikation chronischer Alterskrankheiten	166
Tab. 23	Alltagsaktivitäten in Skalen zur Erfassung der Selbständigkeit älterer Menschen	173
Tab. 24	Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation nach Baltes & Baltes	190
Tab. 25	Wohlfahrtsposition	217

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abb.	Abbildung
ADL	activities of daily living
AHB	Anschlussheilbehandlung
AR	Anschlussrehabilitation
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BASE	Berliner Altersstudie
BKK	Betriebskrankenkasse
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BOLSA	Bonner Gerontologische Längsschnittstudie
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d. h.	das heißt
e. V.	eingetragener Verein
ebd.	ebenda
et al.	und andere
etc.	et cetera
f.	folgende
ggf.	gegebenenfalls
GRB	Geriatrische Rehabilitationsbehandlung
HIV	human immunodeficiency virus
IADL	instrumental activities of daily living
ICD	International Classification of Disease
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
ILSE	Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters
IRES-2	Indikatoren des Reha-Status
m. E.	meines Erachtens
MIO.	Millionen
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
MDS	Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen

n.	nach
ÖPNV	Öffentlicher Personen-Nah-Verkehr
o. g.	oben genannt
OA	Osteoarthrose
QS-GKV	Qualitätssicherungsprojekt der Gesetzlichen Krankenversicherung
REHA	Rehabilitation
s.	siehe
S.	Seite
Schwbg	Schwerbehindertengesetz
s. o.	siehe oben
s. v.	sich vom
SF-12	short form des Health Survey (12 Items)
SF-36	short form des Health Survey (36 Items)
SGB	Sozialgesetzbuch
sog.	sogenannt
SPSS	Statistikprogramm für Sozialwissenschaften
SST	Sozioemotionale Selektivitätstheorie
T1	erster Erhebungszeitpunkt
T2	zweiter Erhebungszeitpunkt
T3	dritter Erhebungszeitpunkt
u. a.	unter anderem
u. U.	unter Umständen
usw.	und so weiter
v. a.	vor allem
VDR	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organisation
WHOQOL-100	World Health Organisation Quality of Life Assessment
WHOQOL-BREF	World Health Organisation Quality of Life Assessment – brief form
WIGG	Wolfsburger Institut für Gesundheitsforschung und Gesundheitsförderung
z. B.	zum Beispiel
zit. n.	zitiert nach