

1 EINFÜHRUNG

1.1 Einleitung

Die Rehabilitationsforschung verzeichnet in den letzten Jahren durch eine veränderte Interessenlage der Gesundheitspolitik einen deutlichen Aufschwung. Überlegungen zur Erhöhung der Effektivität und Effizienz des Versorgungssystems gewinnen angesichts der demographischen Entwicklung, dem Anstieg chronischer Erkrankungen und knapper werdender Ressourcen immer mehr an Bedeutung. Der Forschungsbereich Rehabilitation wird auch für andere Interessengruppen wichtiger. So sind Kostenträger verpflichtet, geringer werdende finanzielle Mittel für kostenintensive Behandlungen optimal einzusetzen. Neben der Rentenversicherung haben auch die gesetzlichen Krankenkassen die Bedeutung der Forschung für die Weiterentwicklung der Rehabilitation erkannt. Durch das verstärkte Interesse der Kostenträger an Maßnahmen der Qualitätssicherung geraten die Leistungserbringer der Rehabilitation zunehmend unter Druck, ihre Angebote zu evaluieren (Koch/ Bengel 2000).

In diesem Spannungsfeld zwischen verschiedenen Interessengruppen sind Vorstellungen bezüglich der Forschungsausrichtung in der Regel stark von einem direkten Verwertungsinteresse bestimmt. Dadurch stehen bisher die »theoretischen Grundlagen der Rehabilitation« als zu behandelnder Gegenstand der Rehabilitationswissenschaft im Hintergrund (Koch/ Bengel 2000).

Ein weiterer Wissenschaftsgegenstand, »die Analyse und Weiterentwicklung des Rehabilitationssystems unter sich verändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen«, fand bisher ebenfalls nicht die notwendige Aufmerksamkeit. Und dies, obwohl es für die Rehabilitationswissenschaften von Interesse sein sollte, den thematisch eher engen Forschungsgegenstand der Rehabilitation mit seinen Kernthemen Behinderungs- und Bewältigungsfolgen und soziale Integration auf die spezielle Lage einer alternden Gesellschaft und auf Probleme einer zunehmend größer werdenden geriatrischen Patientengruppe auszuweiten. Dieses auch aus medizinsoziologischer und gerontologischer Sicht wichtige Thema wurde bisher vernachlässigt, da Rehabilitationsforschung bisher primär auf die Zielgruppe der Erwerbstätigen ausgerichtet ist (Koch/ Bengel 2000).

Die zwei genannten, bisher defizitären Forschungsausrichtungen der Rehabilitation wurden während der Arbeit an einem Evaluationsprojekt, durchgeführt durch das Institut für Medizinische Soziologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, deutlich. Das von den Interessenvertretern – gesetzliche Krankenkasse und betroffene orthopädische Rehabilitationskliniken – im Rahmen der Qualitätssicherung initiierte Projekt liefert die für die Arbeit wichtige empirische Datenbasis.

Aber erst die Verknüpfung mit den beiden offenen Forschungsbereichen, bei denen es einerseits um Problemlösung und praktischen Fortschritt und andererseits um Theorieentwicklung geht, ließ die Idee zu der vorliegenden Arbeit entstehen. Sie entspricht in ihrer interdisziplinären Anlage - zwischen den Wissenschaftsgebieten der Medizinsoziologie, Geriatrie, Gerontologie und Rehabilitationswissenschaft – und in ihrem multimethodalen Vorgehen den typischen Merkmalen der Rehabilitationsforschung (Waldmann 1997).

Mit dem Anspruch der »Entwicklung eines Theoriemodells der Rehabilitation für geriatrische Patienten« soll eine interdisziplinäre theoretische Basis geschaffen und damit die Frage beantwortet werden: »Braucht die rehabilitative Praxis Theorie?«.

1.2 Ausgangslage

Ein entscheidendes demographisches Kennzeichen moderner Gesellschaften ist die Zunahme der »Langlebigkeit«. Die durchschnittliche Lebenserwartung hat sich in den letzten 50 Jahren in Deutschland bei Männern um ca. 10 Jahre auf derzeit 74 Jahre, bei Frauen um ca. 12 Jahre auf heute 81 Jahre erhöht (Scherl 2003). Mit dem **Anstieg der Lebenserwartung** steigt die Möglichkeit des gehäuften Auftretens von Krankheiten und längeren Krankheitsphasen.

Ursachen liegen in den eingeschränkten Reparaturmechanismen, einer verringerten homöostatischen Regulation und daraus folgend einer niedrigeren Widerstandsfähigkeit und erhöhten Anfälligkeit für Störungen (Walter/ Schwartz 1999). Durch den Wandel der Lebensbedingungen, des Lebensstandards und des individuellen Gesundheitsverhaltens sind es die lang andauernden **chronischen Erkrankungen**, die in den Vordergrund treten. Hierzu zählen Herz-Kreislaufkrankungen, bösartige Neubildungen, psychiatrische Erkrankungen und Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates. Chronische Krankheiten sind durch eine multifaktorielle Genese charakterisiert und ihr häufig progredienter und irreversibler Verlauf ist nicht selten mit schwerwiegenden sowie umfangreichen, vor allem im Alter auftretenden Spätkomplikationen verbundenen. Das Fehlen kausal ansetzender Therapien macht eine restitutio ad integrum nicht möglich. Die Gefahr funktioneller Einschränkungen durch chronische Erkrankungen nimmt mit dem Alter deutlich zu. Während sie in der Regel die Lebensdauer nicht tangieren, sind sie jedoch durch eine einschränkende Lebensqualität gekennzeichnet (Faller 1999; Herrmann 1997). Sie führen zu einer überdurchschnittlich hohen Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen und stellen neue Anforderungen an die Gesundheits- und Krankheitsversorgung alternder Menschen (BMFSFJ 2002a).

Insbesondere die quantitativ am bedeutsamsten **Erkrankungen des Bewegungsapparates** stehen in engem Zusammenhang mit der altersbezogenen Morbidität sowie mit funktionellen

Einschränkungen oder Behinderungen (Nieczaj et al. 1996; BMFSFJ 2002a). Die Prävalenz von Muskel- und Skeletterkrankungen steigt mit dem Alter stark an; einer kanadischen Studie zufolge von 0,6% bei 15- bis 24-Jährigen auf 27% bei den über 85-Jährigen (BMFSFJ 2002a). Sowohl bei den 65- bis 79-Jährigen als auch bei den über 80-Jährigen nehmen Gelenkerkrankungen Rang 1 auf der Liste der häufigsten Krankheiten ein. Bei 40% der 65- bis 79-Jährigen führt die Erkrankung zu Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Bei den über 80-Jährigen mit Gelenkerkrankungen liegt der Anteil von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sogar bei 74% (BMFSFJ 2002a). Die Geschlechterdifferenzierung zeigt bei alten Frauen eine größere Häufigkeit der Krankheitsbilder im muskuloskelettalen Bereich (Vogt 1998).

Die häufigste Gelenkerkrankung im Alter ist die Arthrose oder Osteoarthrose (OA). Untersuchungsergebnisse der Berliner Altersstudie geben die Prävalenz der mittel- bis schwergradigen Osteoarthrosen mit 31,6% sowie eine Gesamtprävalenz aller Osteoarthrosen mit 54,8% an (Steinhagen-Thiessen/ Borchelt 1996). Im Jahr 1999 standen arthrosebedingte Erkrankungen bei den Männern an zwölfter und bei den Frauen an fünfter Stelle aller Diagnosen der vollstationären Krankenhausfälle (Arnold et al. 2002). Der stationäre Aufenthalt ist in rund zwei Drittel aller Fälle mit einem operativen Eingriff verbunden. Der Gelenkersatz bei Hüft- und Knie-Osteoarthrose zieht in der Regel eine Anschlussheilbehandlung in der Rehabilitation nach sich. In der konservativen Behandlung stellt häufig der Einsatz von Schmerzmitteln die einzige Möglichkeit dar, dem Patienten Erleichterung zu verschaffen (BMFSFJ 2002a). Krankheiten des Bewegungsapparates stehen somit hinsichtlich des subjektiven Beschwerdegades ebenfalls im Vordergrund. „Deutliche bis erhebliche Beschwerden (zumeist chronische Schmerzzustände [...]) lassen sich bei insgesamt 49 Prozent der 70-Jährigen und Älteren finden, wobei die Arthrosen überwiegen (32%)“ (BMFSFJ 2001a, S. 73). Nicht die anhand der ICD-Diagnosen dargestellte objektive Gesundheit, sondern subjektive Beschwerden, Hilfsbedürftigkeit und Mobilitätseinbußen beeinflussen die Lebensqualität älterer Menschen und lassen sogar einen Zusammenhang zur Mortalität erkennen (BMFSFJ 2002a).

Die beschriebenen Probleme sind Ausgangsbasis für die **Interventionsgerontologie**. „Es handelt sich um einen komplexen, interdisziplinären Ansatz, der das Ziel der Herbeiführung eines größtmöglichen psychologischen Wohlbefindens alter Menschen verfolgt“ (Garms-Homolová 1991, S. 324f.). Dieses Konzept unterscheidet nicht zwischen behandelnden und korrektiven Maßnahmen auf der einen Seite und präventiven Maßnahmen auf der anderen Seite. Ziele der Interventionsgerontologie sind: Optimierung der Entwicklung und Förderung, Prävention von Krankheit und Leistungsabbau, Korrektur von Gesundheitsschäden, Rehabilitation von Krankheit und Behinderung sowie das Management von Problemen und Problemsituationen.

Gezielte **geriatrische Rehabilitation** kann, selbst wenn bereits eine Behinderung als Folge einer Krankheit vorliegt, einem Verschlechterungsprozess signifikant entgegenwirken. Das vorrangige Ziel der Rehabilitation für den älteren Menschen ist, seine größtmögliche Selbstständigkeit zu erhalten (BMFSFJ 2001b). Es unterscheidet sich damit von Rehabilitationszielen für Erwerbstätige, wie z. B. der Erhalt oder die Wiederherstellung von Arbeitsfähigkeit. Die Ergebnisse aus geriatrischen Einrichtungen zeigen, dass Rehabilitation sowohl kurz- als auch langfristig gute bis sehr gute Erfolge erbringt.¹ Gemäß Martin et al. (2000) spielt bezüglich der Erfolgsmaße, in geriatrisch-medizinischen und psychosozialen Aspekten der Lebensqualität, das Lebensalter fast keine Rolle. Deutliche Auswirkungen zeigen hingegen die Diagnosen. „Ebenso wie in früheren Lebensabschnitten ist auch im Alter von den Prinzipien einer an den bestehenden Kompetenzen, Neigungen, Interessen, Bedürfnissen und Werten der einzelnen Person orientierten Förderung und Betreuung auszugehen“ (BMFSFJ 2001b, S. 95).

Trotz vorliegender Belege für die Effektivität der Rehabilitation ist sie beim alten Menschen weiterhin mit gewissen Legitimationsproblemen behaftet. Diese ergeben sich daraus, dass die Reichweite der Rehabilitation im Alter Beschränkungen unterliegt, die wiederum aus gesellschaftlichen Strukturen resultieren. Auch wenn der individuelle Sinn der Rehabilitation einleuchtend scheint, kann geriatrischer Rehabilitation im Alter nicht die Relevanz zugeschrieben werden, die sie benötigt, solange sich gesellschaftliche Wertvorstellungen hinsichtlich des Alters nicht verändern.

Bisher **ungenutztes Rehabilitationspotenzial** ist jedoch auf die geringe Zahl geriatrisch ausgewiesener Rehabilitationseinrichtungen zurückzuführen, deren Behandlungsschwerpunkt zudem häufig bei Schlaganfallpatienten liegt und nicht bei den auf Rang 1 stehenden orthopädischen Erkrankungen. Im Jahre 2000 gab es 9722 Betten in stationären akutgeriatrischen Einrichtungen und 6398 Betten in stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen.² Bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 23 Tagen in ersteren und 27 Tagen in letzteren Einrichtungen sowie einer Auslastung der Kliniken von 89% bzw. 84% werden 207.000 Patienten pro Jahr in diesen Einrichtungen versorgt. Dies ergibt einen von der 4. Altenberichtskommission geschätzten zusätzlichen Versorgungsbedarf von 300.000 bis 500.000 Patienten pro Jahr für alle geriatrischen Einrichtungsformen. Obwohl zwischen 1997 und 2000 die Zahl der akutgeriatrischen Einrichtungen von 141 auf 184 und die Zahl der stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen von 95 auf 134 Kliniken anstieg, und da-

¹ Bereits 1992 legten Meier-Baumgartner et al. eine Literaturrecherche im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren vor, basierend auf 300 Publikationen, die die Effektivität von Rehabilitationsmaßnahmen bei älteren Menschen belegte.

² Die Daten einer von Loos et al. (2001) durchgeführten Untersuchung stützen die Annahme, dass in beiden Einrichtungstypen sowohl akutmedizinische als auch rehabilitative Elemente die Behandlung prägen.

mit das Bettenangebot von 7818 auf 9722 bzw. von 4684 auf 6398 angehoben wurde, liegt das Angebot noch weit unter den empfohlenen 50 bis 60 Betten je 100.000 Einwohner (BMFSFJ 2002b).¹

Existierende **orthopädische Rehabilitationseinrichtungen** sind häufig nicht geeignet, angemessene Rehabilitationsangebote für ältere Menschen vorzuhalten, da sie die speziellen Risikofaktoren und speziellen Bedürfnisse der geriatrischen Patienten nicht in der geforderten Weise berücksichtigen. Bauliche und personelle Bedingungen der Rehabilitationskliniken sind vorrangig auf mobile und orientierte Patienten ausgerichtet (Kühnert 1996). So werden in der Regel nur Patienten mit Diagnosen akzeptiert, die den Klinikkonzeptionen entsprechen, die keine besonderen Pflegeleistungen benötigen und an den angebotenen Maßnahmen zur Rehabilitation für jüngere Patienten teilnehmen können. Ausschlusskriterien für die Aufnahme sind häufig Inkontinenz, Multimorbidität oder Verwirrtheitszustände (Kruse 1993). Der geriatrische Patient bedarf jedoch im Regelfall gleichzeitig akutmedizinische Behandlung bzw. Überwachung und rehabilitative Maßnahmen (Loos et al. 2001).

Ob **Behandlungskonzepte** und Methoden, die für die Rehabilitation jüngerer Menschen entwickelt wurden, auch in der Rehabilitation älterer Menschen ohne Berücksichtigung der Merkmale geriatrischer Patienten mit Erfolg angewandt werden können, ist fraglich. Im Vergleich mit der Rehabilitation jüngerer Patienten werden andere Anforderungen an das Rehabilitationsteam gestellt (Kruse 1993). Jedoch fehlt in den nicht geriatrisch ausgewiesenen Rehabilitationskliniken das hierfür geschulte Personal. Bezeichnend für die mangelhafte Etablierung der geriatrischen Rehabilitation ist, dass in einem 740 Seiten umfassenden Standardwerk der Rehabilitation für die Aus- und Weiterbildung von Medizinern z. B. den „Besonderheiten der Rehabilitation Älterer“ lediglich 25 Seiten gewidmet werden (Füsgen 1998).

Bei der Betrachtung der konzeptionellen Ebene stellt sich grundsätzlich die Frage nach einer wissenschaftlichen Fundierung der rehabilitativen Praxis und nach einer geeigneten **Theorie der Rehabilitation**, insbesondere nach einer Theorie, die spezifische gesundheitliche Aspekte und Lebensbedingungen älterer Menschen berücksichtigt. Unter Rehabilitationsexperten besteht Konsens, dass eine erhebliche Diskrepanz zwischen den hohen Aufwendungen für rehabilitative Maßnahmen einerseits und dem geringen Einsatz für wissenschaftliche Grundlagen andererseits existiert. Das Interesse an universitär geprägten, langfristigen Forschungskonzeptionen, die für die Theorieentwicklung einer Rehabilitationswissenschaft notwendig sind, scheint gering (Koch/ Bengel 2000).

¹ Auffällig ist dabei, dass sich eine große Zahl geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen auf wenige Bundesländer, z. B. Bayern und Baden-Württemberg, konzentriert und es z. B. in Schleswig-Holstein und Thüringen keine Einrichtungen gibt (Fuhrmann 2001).

Der Mangel an einer theoretischen Auseinandersetzung im Bereich der Rehabilitation führt zunächst zur „International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH)“ (WHO 1980). Obwohl in der Rehabilitationsmedizin die ICIDH als ein „optimale[s] konzeptionelle[s] Bezugssystem und ein hervorragendes terminologisches Referenzmanual für die rehabilitative Medizin“ (Leistner 2001, S. 1/33) gilt, kann sie nicht als »die Theorie der Rehabilitation« bezeichnet werden. Gerdes & Weis zufolge sollte eine Theorie den „Zusammenhang der Dimensionen untereinander und die Richtung ihrer Einwirkung“ (2000, S. 47) besser beschreiben als die WHO-Klassifikation. Forderungen nach einer Theorie der Rehabilitation bzw. nach einer Theorie der Interventionen in der Rehabilitation wurden artikuliert (Koch/ Bengel 2000). So entstand unter weitgehender Verwendung der Terminologie aus der ICIDH-2 ein Vorschlag für ein **Theoriemodell der Rehabilitation** (Gerdes/ Weis 2000). Dies ist in der deutschsprachigen Rehabilitationsliteratur der einzige dokumentierte Versuch der Entwicklung einer Rehabilitationstheorie. Damit sind erste Überlegungen und Ansätze formuliert, die Diskussion steht jedoch noch am Beginn. Aufgrund der oben beschriebenen Ausführungen und im Hinblick auf eine zunehmende Zahl geriatrischer Patienten im Bereich der medizinischen Rehabilitation muss eine solche Theorie ein geeignetes Bezugssystem, insbesondere für die adäquate Versorgung älterer Menschen, z. B. in der orthopädischen oder kardiologischen Rehabilitation, darstellen.

1.3 Problemstellung und Zielstellung

Es lassen sich drei wesentliche Aspekte im Hinblick auf die zunehmend wichtiger werdende rehabilitative Versorgung älterer Menschen problematisieren.

Erstens existiert trotz zu erzielender Rehabilitationserfolge und einem grundsätzlich vorhandenen Rehabilitationspotenzial eine zu geringe Anzahl geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen, die der Versorgung älterer Menschen gerecht werden kann.

Es besteht zweitens die berechtigte Annahme, dass eingeschränkte Bedingungen und eine nicht angemessene Kompetenz in der Behandlung geriatrischer Patienten eine defizitäre Versorgung dieser Patientengruppe in fachfremden Einrichtungen, z. B. der Orthopädie zur Folge hat, sofern die spezifischen Merkmale älterer Patienten und der Kenntnisstand der Gerontologie/ Geriatrie¹ keine Berücksichtigung finden.

Antworten auf diese für die Rehabilitationswissenschaft typische Problemlage und die sich daraus ergebenden Fragestellungen finden sich angesichts ihrer Komplexität nur interdisziplinär und auf theoretischer Ebene. Insbesondere im Bereich der **Theoriebildung** besteht

¹ Der im folgenden Text überwiegend verwendete Begriff »Gerontologie« bzw. »gerontologisch« schließt die Erkenntnisse des Fachgebietes der Geriatrie mit ein.

als dritter zu kritisierender Aspekt, nach Meinung der noch am Anfang der Entwicklung stehenden Rehabilitationswissenschaft, **ein erhebliches Forschungsdefizit**.

Die durchgeführte Recherche ergab lediglich einen dokumentierten Versuch der Theoriebildung (Gerdes/ Weis 2000). Die am Anfang stehende Diskussion berücksichtigt noch nicht spezielle Fragestellungen, wie z. B. solche, die sich aus der besonderen Patientengruppe älterer Menschen ergeben. Der Rehabilitationsforschung kommt in diesem Fall die Aufgabe der Integration und Richtungsweisung zu: „Sie holt Fachkompetenzen der für eine Fragestellung spezialisierten Fachrichtungen ein, führt deren Ergebnisse in einer bewertenden Analyse zusammen, zieht daraus Schlüsse und leistet so den Trägern des Rehabilitationssystems Entscheidungshilfe“ (Waldmann 1997, S. 31).

Die vorliegende Arbeit soll diese Integrationsleistung zwischen der Gerontologie und den Fachrichtungen der Rehabilitation, wie der Orthopädie, erbringen, um damit einen Beitrag zu einer adäquaten rehabilitativen Versorgung älterer Menschen zu leisten. Von der geplanten Untersuchung sollen wesentliche Impulse zur Theorieentwicklung in der medizinischen und geriatrischen Rehabilitation ausgehen.

Die **zentrale Frage**, die dafür in der vorliegenden Arbeit beantwortet werden soll, lautet:

Kann die „Theorie der Rehabilitation“ (Gerdes/ Weis 2000) als theoretisches Bezugssystem für die Versorgung älterer Menschen in der orthopädischen Rehabilitation dienen oder bedarf sie der Modifikation?

Im Einzelnen gilt es dafür folgende Kernfragen zu beantworten:

1. Welche besonderen Merkmale des geriatrischen Patienten lassen sich empirisch sowohl aus objektiver als auch aus subjektiver Perspektive identifizieren?
2. Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse der Gerontologie sind für die Rehabilitation bedeutsam?

Die Beantwortung der Fragen erfolgt mit dem Ziel der Entwicklung eines Theoriemodells der Rehabilitation für geriatrische Patienten.

Die sowohl empirischen als auch theoretisch ausgerichteten Fragen bedürfen einer ausgewogenen quantitativen und qualitativen Bearbeitung.

Dafür werden zunächst in »Kapitel 2« vorhandene theoretische Grundlagen der medizinischen und geriatrischen Rehabilitation vertiefend dargestellt. Berücksichtigung finden dabei einerseits praxisrelevante Konzepte und andererseits das Theoriemodell der Rehabilitation nach Gerdes & Weis (2000). Die WHO-Klassifikation, als Basis jeglicher theoretischer Ansätze in der Rehabilitation, bedarf in ihren drei Entwicklungsstufen (ICIDH, ICIDH-2, ICF) einer umfassenden Beschreibung.

Auf der Grundlage eines am Ende des Kapitels *Theorien und Konzepte* formulierten Zwischenfazits wird in »Kapitel 3« das *Forschungsdesign entwickelt und das methodische Vorgehen* erläutert. Es müssen differenzierte Ziele und sich daraus ableitende Fragestellungen für das weitere Vorgehen benannt werden. Das gewählte empirische und theoretische Vorgehen orientiert sich an dem in der Rehabilitationsforschung typischen breiten und pluralistischen Methodenspektrum und ist der jeweiligen Kernfrage angepasst.

Die in »Kapitel 4« dargestellten *Ergebnisse der empirischen Erhebung* nehmen eine wichtige Basisfunktion ein. Sie sollen den geriatrischen Patienten in den orthopädischen Rehabilitationskliniken differenziert und unter Berücksichtigung seiner subjektiven Wertung vor und nach der Behandlung abbilden. Der Fokus ist dabei auf defizitäre und auffällige Rehabilitationsergebnisse gerichtet, die sich aus der Perspektive des geriatrischen Patienten und der Gerontologie ergeben.

Die wesentlichen Befunde zu Aktivitäts- und Gesundheitsstörungen, zu persönlichen Ressourcen und Umweltfaktoren, zur Lebensqualität sowie zu den Zielen der älteren Rehabilitanden werden in »Kapitel 5« *zusammengefasst* und punktuell *diskutiert*. Sie ermöglicht, die besonderen Merkmale des geriatrischen Patienten zu identifizieren und die Befunde mit bereits vorliegenden Ergebnissen anderer Untersuchungen abzugleichen.

Der theoretischen Analyse kommt für die Entwicklung des Theoriemodells der Rehabilitation eine besondere Bedeutung zu. In »Kapitel 6« erfolgt die *Deskription der Ergebnisse einer inhaltsanalytischen Auswertung* gerontologischer Grundlagenforschung. Einerseits ermöglicht dieser wissenschaftliche Diskurs eine Klärung offener Fragen der empirischen Diskussion. Andererseits wird eine Beziehung zu den sieben Dimensionen – Gesundheitsschaden/-störung, Aktivität(sstörung), persönliche Ressourcen, Bewältigungsprozess, Gesundheitsverhalten, Umweltfaktoren und Partizipation - des Theoriemodells der Rehabilitation (Gerdes/Weis 2000) hergestellt.

Die *Ausdifferenzierung des Theoriemodells der Rehabilitation* für geriatrische Patienten in »Kapitel 7« erfolgt in vier Entwicklungsstufen und berücksichtigt erstens eine gerontologische Perspektive, zweitens die Patientenperspektive und drittens den Blick der Interventionsgerontologie auf die einzelnen Dimensionen des Modells. Aus dieser neuen Betrachtungsweise lassen sich Empfehlungen für eine geriatrisch orientierte medizinische Rehabilitation ableiten. Aus der Darstellung bestehender und neuer Zusammenhänge zwischen den Dimensionen geht letztendlich das neue Rehabilitationsmodell hervor.

»Kapitel 8« fasst abschließend die einzelnen Entwicklungsschritte und wesentlichen Ergebnisse der vorliegenden Arbeit in verkürzter Form zusammen.