

## **2 THEORIEN UND KONZEPTE MEDIZINISCHER REHABILITATION**

Der in der Problembeschreibung beklagte Theoriemangel innerhalb der Rehabilitationswissenschaften und das damit verbundene Ziel, zur Theorieentwicklung beizutragen, bedarf zunächst einer präzisen Zustandsbeschreibung vorhandener theoretischer Grundlagen in der medizinischen und geriatrischen Rehabilitation. Der Fokus wird dabei sowohl auf praxisrelevante Konzepte als auch auf theoretisch-praktische Klassifikationssysteme sowie auf erste Theorieansätze gerichtet, um eine geeignete Ausgangsbasis für das weitere empirische und theoretische Vorgehen vorzulegen.

### **2.1 Allgemeine Handlungsprinzipien**

Eine Analyse auf konzeptioneller Ebene im Versorgungsbereich Rehabilitation weist zunächst auf allgemeine Handlungsprinzipien hin. Sie haben ihren Ursprung bei den verschiedenen Rehabilitationsträgern und Dachverbänden des Rehabilitationsbereiches. Diese praxisorientierten Konzepte liegen sowohl für die medizinische Rehabilitation [2.1.1] als auch für die geriatrische Rehabilitation [2.1.2] vor.

#### **2.1.1 Handlungsprinzipien medizinischer Rehabilitation**

Die Rehabilitation gehört neben der Vorsorge und der akutmedizinischen Versorgung zum wichtigsten Leistungsbereich des Gesundheitssystems. Obwohl sich die unterschiedlichen Versorgungsbereiche idealtypisch zu einem gesundheits- und sozialpolitischen Gesamtkonzept zusammenfügen (Grigoleit et al. 2000), hat sich die medizinische Rehabilitation zu einem speziellen, relativ eigenständigen Teil der gesundheitlichen Versorgung mit eigener Zielsetzung entwickelt. Während die Akutmedizin primär auf die Behandlung von Erkrankungen und die Behebung von Gesundheitsschäden ausgerichtet ist (Grigoleit et al. 1998; VDR 1996), zielen Vorsorgeleistungen darauf ab, durch Gesundheitsförderung, Abbau von Gesundheitsrisiken und Verbesserung des Gesundheitsverhaltens die Entstehung von (chronischen) Krankheiten zu verhindern bzw. hinauszuschieben. Im Unterschied dazu stehen in der Rehabilitation die Folgen (dauerhaft) bestehender Gesundheitsschäden im Mittelpunkt (Grigoleit et al. 2000). Im Sinne der WHO (1980) geht es darum, diejenigen „Bedingungen günstig zu beeinflussen, die zu funktionellen Einschränkungen oder sozialen Beeinträchtigungen führen [...] und beeinträchtigte(n) Personen zu befähigen, die soziale und berufliche Integration zu erhalten oder zu erreichen“ (Grigoleit et al. 2000, S. 0-2).

Diese umfassende Sichtweise beinhaltet Maßnahmen zur Wiederbefähigung krankheits- oder behinderungsbedingter körperlich und psychisch eingeschränkter Fähigkeiten, zur Vor-

beugung von Sekundärprozessen und zur Reintegration in Beruf, Familie und Gesellschaft. Die Verbesserung, Erhaltung und bestmögliche Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit in Alltag und Berufsleben kann nur erreicht werden, wenn somatische, psychische und soziale Dimensionen einer Erkrankung und ihrer Folgen berücksichtigt werden. Demzufolge liegt der Rehabilitation ein bio-psycho-soziales Modell von Krankheit und Behinderung zugrunde, welches Gesundheit und Krankheit als Ineinandergreifen physiologischer, psychischer und sozialer Vorgänge beschreibt (Grigoleit et al. 1998; VDR 1996).

Trotz der hier beschriebenen Differenzierung und Eigenständigkeit der medizinischen Rehabilitation erscheint eine Trennung oder Abgrenzung zur kurativen Medizin und Prävention in der Praxis nicht sinnvoll. Der interdisziplinäre Ansatz verpflichtet zur Nutzung medizinisch-wissenschaftlicher Grundlagen und der Wissensbestände von Psychologie, Soziologie und Sozialarbeit/Sozialpädagogik (Weber-Falkensammer/ Vogel 1997). Integraler Bestandteil der Rehabilitationsmedizin sind Methoden und Verfahren der kurativen Medizin sowie Maßnahmen der Prävention (Grigoleit et al. 2003). Das rehabilitative Gesamtkonzept beinhaltet die erforderliche Diagnostik und Therapie von Gesundheitsschäden zur gezielten Verbesserung beeinträchtigter Funktionen und gleichzeitig die über lange Zeiträume begleitend durchzuführenden Maßnahmen zur Umstellung der Lebensgewohnheiten mit dem Ziel, Belastungen abzubauen und Lebensqualität zu steigern (Laschet 2002; Weber-Falkensammer/ Vogel 1997).

Dem Wortsinn medizinischer Rehabilitation »Wiederfähig machen«, durch gesundheitliche Schadensereignisse oder Entwicklungen verloren gegangener Fähigkeiten (VDR 1996), ist die Nähe zum Begriff »Behinderung« zu entnehmen (Grigoleit et al. 2003). Behinderung wird als eine Abweichung von einem »Normalzustand« verstanden. Wie dieser Normalzustand definiert wird, ist abhängig von den in einer Gesellschaft geltenden Anschauungen und Wertungen, die jedoch einem Wandel, z. B. dem medizinischen Fortschritt, unterliegen können. Zur Feststellung von Behinderung bedarf es also eines Vergleichsmaßstabes (Bengel/ Maurischat 2002). Beeinträchtigungen können aufgrund biologischer Abbauprozesse entstanden sein oder von einer äußeren Schädigung herrühren. Dies umfasst sowohl körperliche, seelische als auch geistige Behinderungen. Behinderungen sind in der Regel lebensbegleitend und bedeuten oft eingeschränkte Selbstständigkeit und erhöhte soziale Abhängigkeit (BAR 2001), d. h. mit Einschränkung an der Teilhabe sozialer Beziehungen und mit der »Andersartigkeit« im Alltag zu leben. Für Behinderte kann sich die Entwicklung einer eigenen Rolle in der Gesellschaft und der Aufbau einer eigenen Identität schwierig gestalten (Bengel/ Maurischat 2002).

Rehabilitation beinhaltet das Bemühen, einem Menschen, der an einem angeborenen oder erworbenen Leiden erkrankt ist, zu einem Leben zu verhelfen, das ihm die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ermöglicht. Dabei sollte Rehabilitation bei Bedürftigkeit ohne Anse-

hen des Geschlechts, des Alters oder der sozialen Herkunft gewährt werden (Paeslack 1998). Nicht immer ist es möglich, das gewohnte Fähigkeitsniveau, das z. B. durch Folgen eines Akutereignisses eingeschränkt wurde, wiederzuerlangen. Häufig müssen Menschen lernen, trotz Funktionseinschränkungen mit bleibenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu leben (Weber-Falkensammer/ Vogel 1997).

Die erschwerte gesellschaftliche Teilhabe eines behinderten Menschen ist unabhängig davon, ob eine Behinderung angeboren oder im Verlauf des Lebens erworben wurde und welche Ursache ihr zugrunde liegt (BAR 2001). So erfolgte in den 70er Jahren eine Trennung vom Kausalitätsprinzip<sup>1</sup> und die Einführung des Finalitätsprinzips<sup>2</sup>. Damit wurde eine sozialrechtliche Gleichstellung der von Geburt an Behinderten mit Menschen, die z. B. wegen Kriegs- oder Unfallverletzungen behindert waren, erreicht. Aufgrund dieser gesetzlichen Festlegung haben nun auch Kinder, Jugendliche und alte Menschen ein Recht auf Rehabilitation.

Eine getrennte Begriffsbestimmung von Behinderung und chronischer Krankheit ist nicht immer eindeutig möglich. Diese beiden unterschiedlichen Konstrukte beinhalten jeweils Merkmale des anderen und ergänzen sich gegenseitig. Chronische Krankheiten sind charakterisiert durch individuell stark variierende Krankheitsverläufe, basierend auf dynamischen Verlaufsprozessen, der Abhängigkeit von Kontextfaktoren und häufig begleitender Multimorbidität (BAR 2001; Bengel/ Maurischat 2002).

Obwohl die Grenzen zwischen »behindert« und »chronisch krank« verwischen (Schwager 1996), wird in der Rehabilitation zwischen einem »krankheitsorientierten« und einem »behinderungsorientierten« Ansatz unterschieden [vgl. Abbildung 1]. Die medizinische Rehabilitation ist ein Leistungsbereich, der sich primär mit der Behandlung chronisch Kranker auseinandersetzt, also einen krankheitsorientierten Ansatz verfolgt (Schuntermann 1998).

International ist der behinderungsorientierte Ansatz, der von den individuellen Behinderungen ausgeht und nach möglichen Interventionen sucht, verbreiteter. In Deutschland spielt der krankheitsorientierte Ansatz eine bedeutende Rolle. Lediglich in klassischen Einrichtungen der Behindertenhilfe (beispielsweise Behindertenwerkstätten, Sonderschulen oder Umschulungseinrichtungen) wird eine behinderungsorientierte Rehabilitation praktiziert, die der (Wieder-)Eingliederung Betroffener in das Erwerbsleben dienen soll. In der medizinischen Rehabilitation geht es, sofern keine oder eine nur geringfügige Disability vorliegt, um das Auftrainie-

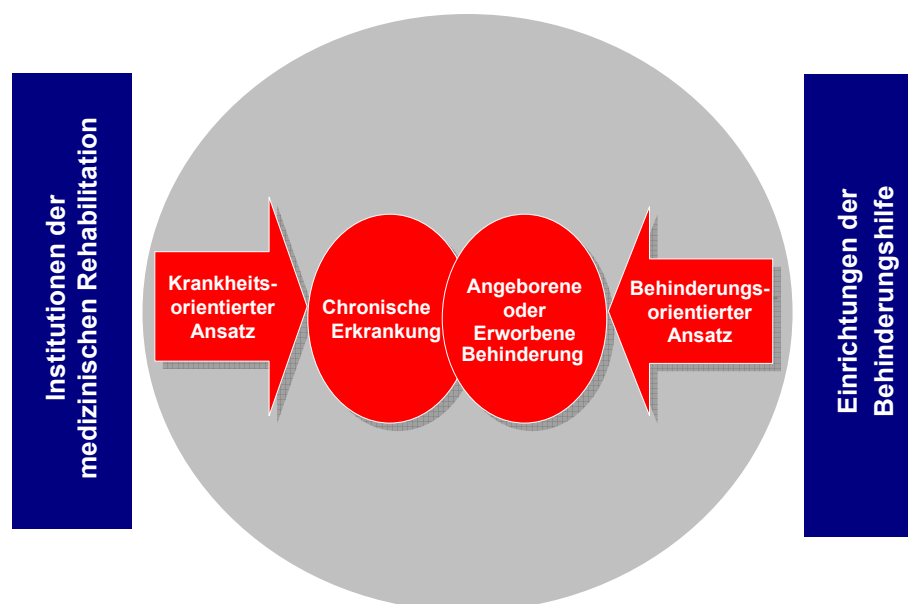
---

<sup>1</sup> Laut dem Kausalitätsprinzip wurden nur dann rehabilitative Leistungen erbracht, wenn bestimmte Voraussetzungen für die Entstehung der Behinderung erfüllt wurden (z. B. Arbeitsunfall, Kriegsschäden). Heute ist dieses Prinzip lediglich bei der Abklärung des zuständigen Rehabilitationsträgers relevant.

<sup>2</sup> Mit der Einführung des Finalitätsprinzips wurden nun jedem Behinderten oder von einer Behinderung bedrohten Menschen rehabilitative Leistungen gewährt. Dies geschieht nun unabhängig von der Ursache der Behinderung und wird auch mit dem Schlagwort »Zweckbestimmtheit« bezeichnet.

ren von Fähigkeiten und Fertigkeiten, insbesondere zur Prävention von Folge- und Begleiterkrankungen, sowie um die Krankheitsverarbeitung und den Abbau von psychosozialen Belastungen (Schuntermann 1998).

**Abb. 1: Krankheits- und behinderungsorientierter Ansatz in der deutschen Rehabilitation**



**Quelle:** Eigene Darstellung in Anlehnung an Schuntermann 1998

Zum 1. Juli 2001 trat das **Neunte Buch des Sozialgesetzbuches** (SGB IX) in Kraft und stellte den Begriff der Teilhabe – in Anlehnung an das »Partizipationsmodell« der WHO (2001) [vgl. Kapitel 2.2.3.2] – in den Mittelpunkt (Grigoleit et al. 2003). Demnach richtet sich die Rehabilitation an Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen, „um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegen zu wirken“ (SGB IX §1)<sup>1</sup>. Im Engeren geht es darum, die Einschränkungen der Erwerbstätigkeit oder der Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, die Teilhabe am Arbeitsleben zu sichern und schließlich darum, „die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und [...] eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen“ (SGB IX § 4). Damit wird deutlich, dass alle Leistungen zur Rehabilitation der Bewältigung der Krankheitsfolgen und somit langfristig der sozialen Integration dienen müssen (Grigoleit et al. 2003).

<sup>1</sup> Die Angaben der Gesetzestexte aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) sind der Ausgabe Stand 1. Januar 2004 entnommen.

Die wichtigsten rechtlichen Prinzipien der Sozialgesetzbücher sind:

- Rechtsanspruch für Betroffene bei Vorliegen von Rehabilitationsbedürftigkeit<sup>1</sup>
- Rechtliche Gleichstellung von Behinderten und von Behinderung bedrohter Personen
- Mitwirkungspflicht für Betroffene zur Teilnahme an Rehabilitationsmaßnahmen
- Zulassung zu stationären Maßnahmen nur, wenn ambulante nicht ausreichen

(Gülich/ Jäckel 2004).

Mit dem SGB IX wurde ein Gesetz geschaffen, das mit seiner Definition der Behinderung den Vorteil der Einheitlichkeit für alle Träger der Rehabilitation (Gesetzliche Renten- und Krankenversicherung) bietet (Laschet 2002). Dies ist im gegliederten System der Rehabilitation mit unterschiedlichen Zielsetzungen und Sektoralisierungen bedeutsam (Morfeld/ Koch 2002). Der § 2 des SGB IX besagt, dass eine Person dann behindert ist, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“ (SGB IX § 2 Abs. 1). Ist eine derartige Beeinträchtigung zu erwarten, so gelten Betroffene per Gesetz als von Behinderung bedrohte Personen. Behinderung ist damit nicht allein durch Krankheit charakterisiert, sondern durch die daraus resultierenden Folgen und Reaktionen des sozialen Umfeldes und beruflichen Bereiches sowie durch die notwendige Verarbeitung durch den Betroffenen. Das Ausmaß von Behinderung ist somit nicht nur durch objektiv feststellbare Schädigungen bestimmt<sup>2</sup> (Grigoleit et al. 2003).

Die wesentlichen Aussagen über krankheitsübergreifende Zielsetzungen, Aufgaben und Perspektiven der medizinischen Rehabilitation sind in **Rahmenkonzepten** festgelegt. So entwickelte im Jahre 1992 die gesetzliche Rentenversicherung als größter Träger der medizinischen Rehabilitation Deutschlands das Rahmenkonzept für die stationäre medizinische Rehabilitation, welches per Vorstandsbeschluss des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) im Jahre 1996 in Kraft gesetzt wurde (Hackhausen 2001). Das Rahmenkonzept stellt einen übergreifenden Zusammenhang für die indikationsspezifischen Rehabilitationskonzepte her. Neben den bereits genannten Zielvorgaben und Aufgaben der medizinischen Rehabilitation erfolgt einerseits eine Abgrenzung zwischen kurativer medizinischer Versorgung und traditioneller Kur; andererseits werden Kooperationen mit anderen am Re-

---

<sup>1</sup> Nach WHO-Verständnis [vgl. Kapitel 2.2] setzt Rehabilitationsbedürftigkeit voraus, dass Betroffene in ihrer Funktionsfähigkeit gemindert sind oder durch unterschiedliche Einwirkungen in der Ausübung bestimmter Fähigkeiten beeinträchtigt und dadurch in der Wahrnehmung sozialer Rollen beziehungsweise in ihrer Integration im sozialen und beruflichen Umfeld behindert sind (Weber-Falkensammer/ Vogel 1997).

<sup>2</sup> Zur ausführlichen Darstellung des Behinderungsbegriffs nach WHO-Verständnis und nach SGB IX siehe Kapitel 2.2.3.1

habilitationsprozess beteiligten Einrichtungen (Nachsorge und berufliche Wiedereingliederung) thematisiert (Grigoleit et al. 1998).

Der Gesetzlichen Krankenkasse<sup>1</sup> als weiterer Rehabilitationsträger kommt die Aufgabe zu, Rehabilitationsleistungen zu erbringen, die von anderen Trägern der Sozialversicherung nicht erbracht werden können (»subsidiäre Leistungsverpflichtung«). In diesen Fällen dienen medizinische Rehabilitationsmaßnahmen der Vorbeugung, Beseitigung bzw. Verminderung von Behinderungen bzw. Pflegebedürftigkeit oder sollen einer Zustandsverschlechterung entgegenwirken. Die Krankenkasse setzt Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit<sup>2</sup> und eine positive Rehabilitationsprognose voraus (Gülich/ Jäckel 2004).

Neue Impulse zur Verbesserung der Rehabilitation gehen von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) aus. Sie formuliert zentrale Ansatzpunkte, die dazu dienen, Theorie und Praxis den veränderten Verhältnissen anzupassen. Hierbei geht es um die Veränderung des Rollenverständnisses von einer »objektorientierten« zur »subjektorientierten« Rehabilitation sowie um eine Umorientierung vom ursächlichen Schaden zu Folgen der Behinderung und zu Möglichkeiten konkreter Lebensführung (BAR 2001). Qualitätsentwicklung und -beurteilung sollen sich weniger an institutionellen, sondern an personalen und partizipativen Aspekten orientieren und Rehabilitation nicht als Versorgung, sondern als „umfassende Eingliederung und Förderung in einem vorrangig offenen, regionalisierten System von Unterstützung und Assistenz“ (BAR 2001, S. 182) verstehen.

Wesentliche **Grundsätze** der Rehabilitation ergeben sich sowohl aus den gesetzlichen Vorgaben gemäß SGB X, SGB IX und SGB XI als auch aus den Rahmenkonzepten. Dazu gehören: „Rehabilitation vor Rente“, „Rehabilitation vor Pflege“ und „ambulant vor teilstationär bzw. teilstationär vor stationär“ (Gülich/ Jäckel 2004 S. 266). Der Rehabilitationsbedarf sollte frühzeitig erkannt und Rehabilitation rechtzeitig begonnen werden sowie durch Zügigkeit, Kontinuität und Nahtlosigkeit geprägt sein. Alle notwendigen Leistungen werden integriert und auf den Einzelfall ausgerichtet, unter Berücksichtigung der individuellen Lebens- und Arbeitsbedingungen des Rehabilitanden (wohnortnah).

Letztendlich verpflichtet sich Rehabilitation dem grundsätzlichen Idealziel der Wiederherstellung körperlicher, psychischer und geistiger Integrität (Bengel/ Maurischat 2002). Die Umsetzung erfordert, sich einem ganzheitlichen Ansatz zu verpflichten, der die physischen, psychischen und sozialen Aspekte der Rehabilitation aufgreift (Grigoleit et al. 1998). Die Maßnah-

---

<sup>1</sup> Gesetzliche Krankenkassen sind in der Regel für die Rehabilitation Nichterwerbstätiger (z. B. Schüler, Studenten, Hausfrauen/-männer) oder nicht mehr erwerbstätiger Personen (z. B. Altersrentner, Pensionäre) zuständig. Es besteht keine Mindestversicherungszeit (Gülich/ Jäckel 2004).

<sup>2</sup> Die Rehabilitationsfähigkeit ist insbesondere bei einer Anschlussheilbehandlung bedeutsam. Medizinische Voraussetzungen sind: abgeklungene Akutphase, abgeschlossene Wundheilung, erfolgte Frühmobilisation, Selbsthilfefähigkeit, zumindest begrenzte Gehfähigkeit und Transportfähigkeit (BAR 1994).

menplanung orientiert sich dabei an einem durch Normalität geprägten Leben. Dieses »Normalisierungsprinzip« eignet sich als Prüfkriterium für die Angemessenheit rehabilitativer Angebote (BAR 1994). Ein enger Zusammenhang ist zwischen dem Normalisierungsanspruch und dem Grundsatz »Hilfe zur Selbsthilfe« erkennbar und steht für einen nachhaltigen Erfolg der Rehabilitation. Dies bedeutet, ein Verständnis für Entstehung und Verlauf der Gesundheitsstörung zu erlangen (Grigoleit et al. 1998; VDR 1996), als auch das Selbsthilfepotenzial und die Effektivität von Adaptationsleistungen (Coping) zu stärken, einschließlich der Nutzung vorhandener sozialer Ressourcen, d. h. Unterstützungs-Möglichkeiten im familiären und engeren sozialen Bereich (BAR 1994).

Aus den allgemeinen Grundsätzen und Prinzipien der Rehabilitation lassen sich eine Vielzahl an **übergeordneten**, krankheitsspezifischen [vgl. Tabelle 1] und individuellen **Zielen** formulieren. Im Mittelpunkt steht dabei die Förderung der Teilhabe bzw. Partizipation (WHO 2001) chronisch kranker und behinderter Menschen am gesellschaftlichen Leben, am Alltags- wie am Arbeitsleben. Das heißt trotz Gesundheitsschäden und deren Folgen, die Anforderungen des täglichen Lebens und die damit verbundenen Rollenverpflichtungen in Familie, Beruf und Gesellschaft erfüllen zu können (Gülich/ Jäckel 2004). Das Ziel der (Wieder-)Eingliederung in das Erwerbsleben ergibt sich aus der volkswirtschaftlichen Bedeutung der Rehabilitation.

Das vordergründige Ziel der medizinischen Rehabilitation ist die Wiederherstellung der Gesundheit oder die schnellere Genesung bzw. Besserung einer Erkrankung (Greul 1995). Eine »restitutio in integrum« (Wiederherstellung einzelner Funktionen) oder »restitutio ad integritatem« (Wiederherstellung der geistigen Integrität) ist aber nicht immer ein erreichbares Ziel (Schwager 1996). Nach Möglichkeit sollen durch die Besserung der funktionalen Einschränkung die erforderlichen Voraussetzungen zur sozialen und beruflichen Rehabilitation geschaffen werden.

Die Rentenversicherung unterscheidet zwei Schwerpunkte der allgemeinen Zielformulierung: die „Restitution und Stabilisierung von Funktionsfähigkeit bei erheblich gefährdetem Leistungsvermögen“ und die „Kompensation und Adaptation bei bereits eingetretenen Gesundheitsschädigungen und Fähigkeitsstörungen“ (VDR 1996, S. 657).

**Tab. 1: Überblick über die allgemeinen und orthopädischen Zielstellungen der rehabilitativen Medizin, gegliedert nach spezifischen Bereichen**

Bereiche	Allgemeine Ziel	orthopädische Ziele
Medizinische, Funktionelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Heilung</li> <li>▪ Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit</li> <li>▪ Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit</li> <li>▪ Wiederherstellung verlorener bzw. beeinträchtigter Fähigkeiten</li> <li>▪ Vermeidung von Pflege</li> <li>▪ Kompensiert irreparable Folgezustände</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kräftigung der paravertebralen Muskulatur</li> <li>▪ Verbesserung der Wirbelsäulenbeweglichkeit</li> <li>▪ Schmerzbefreiung und -reduktion</li> <li>▪ Rückgewinnung oder weitgehende Normalisierung motorischer Funktionen</li> <li>▪ Verbesserung restlicher Funktionsstörungen</li> </ul>
Prophylaktische	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verhinderung bzw. Verzögerung des Voranschreitens einer chronischen Erkrankung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Motivation zur Verhaltensänderung im Rahmen einer sekundären Prävention</li> <li>▪ Information und Anleitung zu Bewegung und Sport</li> </ul>
Psychologische	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zustimmung zur Behandlung (Compliance)</li> <li>▪ Selbstkontrolle</li> <li>▪ Vulnerabilitäts- Stress -Coping</li> <li>▪ Empowerment</li> <li>▪ Krankheitsbewältigung (Coping)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verminderung emotionaler Belastungen wie Angst, Depressivität, Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls und Verminderung des Selbstwirksamkeitserlebens</li> <li>▪ Verbesserung des Umgangs mit Mobilitätseinschränkungen</li> <li>▪ Inanspruchnahme von Selbsthilfegruppen für orthopädische/ rheumatische Erkrankungen</li> </ul>
Individuelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Annahme und Akzeptanz der Krankheit oder des chronischen Leidens durch den Rehabilitanden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verbesserung der Information über Ätiologie und Verlauf orthopädischer/ rheumatischer Erkrankungen,</li> </ul>
Berufliche, Soziale	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dauerhafte Eingliederung körperlich, seelisch und geistig Behinderter in Familie, Gesellschaft und Beruf</li> <li>▪ Entwicklung von Kräften und Fähigkeiten zur selbstständigen Bewältigung des täglichen Lebens chronisch Kranker</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verbesserung der Funktionsfähigkeit im Alltag und Beruf</li> <li>▪ ggf. Information über bzw. Einleitung von beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen</li> <li>▪ Kompensation von Behinderungen durch spezielle Trainings im Bereich der Alltagsbewältigung</li> </ul>
Sozialpolitische	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Minderung der Armut</li> <li>▪ Ermöglichung einer Erwerbsfähigkeit</li> <li>▪ Eingliederung in Beruf und Gesellschaft</li> <li>▪ Sicherung der Renten</li> <li>▪ Selbstbestimmtes Leben</li> <li>▪ Findung des eigenen Arbeitsplatzes (Habilitation)</li> </ul>	

Quelle: Bullinger/ Ravens-Sieberer 2000; Faller 1999; Greul 1995; Gülich/ Jäckel 2004; Schwager 1996



**Differenzierte Ziele** beziehen sich einerseits auf die vorliegende Erkrankung, wie beispielsweise des Haltungs- und Bewegungsapparates [vgl. Tabelle 1], welche ca. 43% der Rehabilitationsindikationen darstellt<sup>1</sup> (Gülich/ Jäckel 2004). Andererseits verlangt der Paradigmenwechsel zur Patientenorientierung in der Rehabilitation, verbunden mit einer veränderten Einstellung und Erwartungshaltung des Patienten, **individuelle Ziele**. Unterstützt durch ein vielfältiges Informationsangebot in den Medien über Risiken der Behandlung und alternative Behandlungen, will der Patient an rehabilitativen Entscheidungen beteiligt werden und Manager seiner eigenen Gesundheit sein (Schwager 1996). Einzelfallbezogene Ziele der Rehabilitation variieren nicht nur entsprechend „dem Beschwerde- und Befundmuster; dem Profil der funktionellen Einschränkungen und sozialen Beeinträchtigungen; ihrer Rückbildbarkeit und der Prognose; [sowie] der Existenz von Risiko- oder Protektionsfaktoren in der Person des Kranken, seiner Primärgruppe, am Arbeitsplatz oder in der weiteren sozialen Umgebung“ (BAR 1994, S. 27), sondern auch nach den individuellen Vorstellungen des Betroffenen. Damit sich der gesamte Rehabilitationsprozess an individuellen Zielen orientieren kann, sollten eine Reihe von Bedingungen erfüllt werden; es gilt, individuelle Rehabilitationsziele zu setzen. Diese müssen:

- „die spezifischen Problemlagen der Patienten reflektieren,
- mit den Erwartungen und Möglichkeiten der Patienten abgestimmt sein,
- eindeutig und in operationalisierter Form definiert sein,
- therapeutische Interventionen indizieren können,
- im Prinzip durch Interventionen beeinflussbar und bei optimalen Rahmenbedingungen auch tatsächlich erreichbar sein,
- für alle am Rehabilitationsprozess Beteiligten verständlich, bedeutsam und akzeptabel sein,
- bei aller Individualität ein gewisses Maß an Generalisierbarkeit aufweisen,
- sich in Zielhierarchien einordnen lassen, in denen kurzfristige Therapieziele in mittel- und langfristige Rehabilitationsziele überführt werden können“

(Gerdes et al. 2000, S. 11f.).

Laut des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) liegen die wesentlichen **Aufgaben der Rehabilitation** „darin, eine Besserung des Gesundheitszustandes zu erreichen, ein Fortschreiten des Krankheitsprozesses aufzuhalten, bereits eingetretene Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen weitestgehend zu reduzieren und dem Auftreten dauerhafter Benachteiligungen vorzubeugen“ (VDR 1996, S. 637f.). Behandlungskonzepte

---

<sup>1</sup> Mit fast 200.000 Maßnahmen pro Jahr stellen Rückenschmerzen laut VDR-Statistik 2001 die häufigsten Indikationen in der orthopädischen Rehabilitation dar (Gülich/ Jäckel 2004; Bullinger/ Ravens-Sieberer 2000).

und Organisationsstrukturen sollten das gehäufte Auftreten von Multimorbidität berücksichtigen (Grigoleit et al. 1998; VDR 1996).

Der Paradigmenwechsel stellt Leistungen und Methoden zur Rehabilitation auf individueller Ebene in den Mittelpunkt (Schwager 1996). Wesentlich sind dabei die psychologische Diagnostik und Betreuung der Patienten (Gülich/ Jäckel 2004; Weber-Falkensammer/ Vogel 1997), denn ausschließliches Funktionstraining „bleibt letztendlich erfolglos, wenn der Betroffene sich nicht angemessen auf seine Behinderung und Krankheit einstellen kann“ (Paar et al. 2003, S. 544). Konkrete Aufgaben in diesem Zusammenhang sind: Förderung einer angemessenen Einstellung zur Erkrankung, Anleitung und Schulung zum Selbstmanagement der Erkrankung, Verhaltensmodifikation hinsichtlich einer gesundheitsförderlichen Lebensweise (Hackhausen 2001).

Letztendlich werden unter der medizinischen Rehabilitation sämtliche Maßnahmen [vgl. Tabelle 2] zusammengefasst, „die geeignet sind, chronische [...] Leiden, Unfallfolgen oder Schäden nach eingreifenden Therapien soweit wie möglich zu bessern oder auszuheilen“ (Greul 1995, S. 10). All diese Maßnahmen gilt es, auf das jeweilige Krankheitsbild abzustimmen (Gülich/ Jäckel 2004), unter Berücksichtigung der Individualität des Betroffenen und der Besonderheit seiner Problemlage, und im Sinne eines **Reha-Gesamtplanes** als kontinuierlicher (u. U. als lebenslanger) und verschiedene Behandlungseinrichtungen übergreifender Prozess anzulegen (BAR 1994, S. 27).

Im Zusammenhang mit den hier beschriebenen Aufgaben und Maßnahmen muss die Anschlussheilbehandlung<sup>1</sup> (AHB) Erwähnung finden, insbesondere, da aktuelle Zahlen vermuten lassen, dass sich die Leistungen der Rehabilitationseinrichtungen stärker in diese Richtung verschoben haben (Reister 2000). Die AHB unterscheidet sich grundsätzlich nicht in ihren Zielen und in der Durchführung von anderen stationären Heilbehandlungen zur Rehabilitation. Sie sollte lediglich möglichst nahtlos an den Krankenhausaufenthalt, d. h. möglichst unmittelbar an eine akute Behandlung, spätestens jedoch zwei Wochen nach Krankenhausentlassung, anschließen. Daraus ergeben sich besondere Anforderungen an die Reha-klinik hinsichtlich apparativer Diagnostik und personeller Ausstattung, hervorgerufen durch einen in der Regel höheren Rehabilitationsbedarf des zugrunde liegenden Leidens (Gülich/ Jäckel 2004; Weber-Falkensammer/ Vogel 1997).

---

<sup>1</sup> Die Anschlussheilbehandlung ist den gleichen sozialrechtlichen und sozialmedizinischen Voraussetzungen unterworfen wie die allgemeine Rehabilitationsbehandlung.

Die Anschlussheilbehandlung (AHB) – auch Anschlussrehabilitation – (AR) stellt eine organisatorische Sonderform der medizinischen Rehabilitation dar. Unterschiede bestehen hinsichtlich der Zuweisungssteuerung. Die Bewilligung erfolgt im Eilverfahren auf der Basis eines vom Krankenhausarzt ausgestellten Befundberichtes.

Tab. 2: Konkrete Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation

Maßnahmen	Im Detail
Ergänzende <b>Diagnostik</b> Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ der Erkrankung selbst</li> <li>▪ des Gesundheitsschadens</li> <li>▪ im Sinne von Funktionsdiagnostik, d. h., Diagnostik der körperlichen, mentalen und psychischen Leistungsmöglichkeiten und -grenzen der psychosozialen Diagnostik</li> </ul>
Erstellung eines individuellen <b>Rehabilitationsplanes</b> für den Patienten, aufbauend auf:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ den Behandlungskonzepten der vorbehandelnden Therapeuten</li> <li>▪ den Ergebnissen der Diagnostik in der Reha-Einrichtung mit abschließender Beurteilung</li> <li>▪ den individuellen Voraussetzungen des einzelnen Patienten (sozialmedizinische Gutachten), einschließlich seiner speziellen beruflichen und privaten Anforderungen</li> </ul>
Umfassende <b>Information</b> des Rehabilitanden	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ über seine Erkrankung und ihre Folgen</li> <li>▪ auch im Sinne einer sekundären und tertiären Prävention</li> </ul>
<b>Optimierung</b> und Anpassung der medizinischen Beratung und Therapie z. B.:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Training der Restfunktionen und Fertigkeiten zur Kompensation funktioneller Einschränkungen sowie ihre <b>Ergänzung</b> und <b>Erweiterung</b> durch andere Therapieformen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bewegungs- und Physiotherapie</li> <li>▪ Psychologische Betreuung und Therapie</li> <li>▪ z. B. Selbstkontrolltraining und Anleitung zu Copingstrategien im Umgang mit der Erkrankung</li> </ul> </li> </ul>
Förderung einer angemessenen <b>Einstellung zur Erkrankung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Akzeptanz der Behinderung</li> <li>▪ aktive Krankheitsverarbeitung</li> <li>▪ Aufbau von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen</li> </ul>
Verhaltensmodifikation/ Aufbau eines <b>krankheitsadäquaten Ernährungs-, Bewegungs- und Freizeitverhaltens</b> und Abbau gesundheitsschädlicher Gewohnheiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ernährungsschulung/ Gesundheitstraining (Information, Motivation, Schulung und Aufklärung)</li> <li>▪ Anleitung und Schulung zum eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung</li> </ul>
<b>Beratung der Angehörigen und Bezugspersonen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ über den richtigen Umgang mit dem Rehabilitanden und seiner Erkrankung</li> </ul>
<b>Sozialmedizinische Beurteilung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ der Leistungsfähigkeit des Patienten</li> </ul>
<b>Beratung und Hilfen des Patienten</b> ausgehend vom neu erreichten Leistungsvermögen	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ in Bezug auf seine Berufstätigkeit</li> <li>▪ seinen Alltag,</li> <li>▪ zur beruflichen und sozialen Wiedereingliederung</li> </ul>
Planung und Anregung von <b>weiteren Maßnahmen</b> und Vorbereitung des Patienten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organisation eines Nachsorgekonzeptes</li> <li>▪ Hilfsmittel, z. B. Prothesen, Schuhänderung, aber auch Sitzmöbelberatung, Arbeitsplatzgestaltung</li> </ul>

Quelle: Greul 1995; Grigoleit et al. 1998; Gülich/ Jäckel 2004; Paar et al. 2003; VDR 1996

Entsprechend der **grundsätzlichen Anforderungen** an Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation, müssen die erforderlichen räumlichen und personellen Voraussetzungen zur Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes gewährleistet sein. Darüber hinaus obliegt den Einrichtungen die Ausarbeitung eines differenzierten Rehabilitationskonzeptes, das den Anforderungen der jeweiligen indikationsbezogenen Rehabilitation entspricht (Grigoleit et al. 1998). Zentraler Bestandteil des Konzeptes ist das interdisziplinäre Rehabilitationsteam. Nur im Rahmen einer interdisziplinären Kooperation, in der therapeutische Aktivitäten des Rehabilitationsteams koordiniert und aufeinander abgestimmt sind, kann ein ganzheitlicher Ansatz, unterstützt durch alle beteiligten Therapeuten, realisiert und dem Rehabilitanden schlüssig vermittelt werden (Grigoleit et al. 1998; VDR 1996).

Die Strukturverantwortung im Hinblick darauf, dass die erforderlichen Rehabilitationsangebote und -konzepte vorhanden sind und bedarfsgerecht weiterentwickelt werden, übernehmen die Rehabilitationsträger (Weber-Falkensammer/ Vogel 1997).

So haben die Rentenversicherungsträger z. B. das Konzept **der integrierten Nachsorge** entwickelt und es teilweise in die Routine überführt. Zielgruppe hierfür sind Versicherte, die eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen haben, aber aus unterschiedlichen Gründen [vgl. Tabelle 3] nachsorgende Leistungen erhalten müssen. Häufig können Ziele einer Rehabilitation während der stationären Rehabilitationsmaßnahme, deren Dauer in der Regel nur drei Wochen beträgt, nicht vollständig erreicht werden (Grigoleit et al. 1998; Steinke/ Heine 2002; VDR 1996).

Nachsorgeleistungen haben vor allem die Aufgabe, die Ergebnisse der vorangegangenen stationären Rehabilitation nachhaltig zu sichern bzw. zu verbessern. Nachsorge soll einen Beitrag dazu leisten, Eigenaktivität zu stärken, Selbsthilfepotenziale zu wecken, Selbstwirksamkeitseffekte zu verstärken, eventuell noch eingeschränkte Fähigkeiten zu verbessern und langfristig einen positiven Einfluss auf gesundheitsschädigende Lebensweisen zu nehmen. Das während der Rehabilitation Gelernte soll einerseits alltagstauglich transformiert und andererseits sollen persönliche sowie soziale Kompetenzen gefördert werden. Im Sinne der Sekundärprävention muss ggf. eine Änderung des Lebensstils herbeigeführt werden. Schließlich kann das Heilverfahren nur dann als Erfolg gewertet werden, wenn Verhaltensänderung dauerhaft in die Zukunft wirkt und nicht auf die Rehabilitation beschränkt bleibt (BAR 2001; Grigoleit et al. 1998; Schäfer/ Döll 2000; VDR 2001).

Nachsorgeleistungen sollten möglichst unmittelbar an die medizinische Rehabilitation anknüpfen.<sup>1</sup> Gerade eine denkbar nahtlose und kontinuierliche Therapie ist wichtig, um die

---

<sup>1</sup> Der VDR beschloss beispielsweise diesbezüglich in seinem Rahmenkonzept zur Nachsorge, dass derartige Leistungen (bis auf vereinzelte Ausnahmen) maximal drei Monate nach dem Ende der stationären Rehabilitation ansetzen sollen (VDR 2001).

Nachhaltigkeit der erreichten Reha-Erfolge zu sichern. Aus diesem Grunde sollen insbesondere solche Leistungen erbracht werden, die im vorangegangenen stationären Heilverfahren bereits begonnen wurden oder die auf diesen aufbauen. Das können z. B. Kurse zur Gesundheitsbildung (Ernährungsberatung, Stressbewältigungs- und Entspannungstraining, Rückenschule) oder Krankengymnastik, Muskelaufbautraining sowie psychotherapeutische Maßnahmen sein. Diese Leistungen können von niedergelassenen Therapeuten oder von ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen erbracht werden. Aber auch Selbsthilfegruppen, ambulante Sportgruppen und Volkshochschulen sind denkbare Leistungserbringer von Nachsorgeleistungen (Schäfer/ Döll 2000). Wichtig ist vor allem, dass sie wohnortnah angeboten und durchgeführt werden.

**Tab. 3: Gründe für die Integrierte Nachsorge**

<b>Einleitung von Nachsorgemaßnahmen</b>
Das gewünschte Rehabilitationsziel der stationären Rehabilitationsmaßnahme konnte innerhalb der drei Wochen nicht vollständig erreicht werden, es besteht noch Trainingsbedarf bei fortbestehenden Fähigkeits- bzw. Funktionsstörungen.
Um eine dauerhafte Erhaltung des bereits erreichten Rehabilitationserfolgs zu sichern, muss er im Rahmen einer Nachsorge stabilisiert werden.
Im Rahmen der stationären Rehabilitation wurde erkannt, dass neben der ursprünglichen Zielstellung noch weitere spezielle Maßnahmen gebraucht werden, um eine Wiedereingliederung zu ermöglichen.
Das während der Rehabilitation erworbene Wissen kann vom Rehabilitanden im Alltag aufgrund gewohnter Verhaltensformen in der Familie und im Beruf nicht umgesetzt werden.
Informationsvermittlung und Motivationserzeugung sind innerhalb von drei Wochen möglich, aber keine Veränderung von gesundheitsbezogenen Verhaltensmustern und Lebensstil.
Es werden Hilfen zur Unterstützung der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung (psychosoziale Unterstützung) benötigt.
Ein kontinuierliches Monitoring hinsichtlich der Patienten-Compliance sowie die Klärung von Ursachen und Bedingungen von Non-Compliance ist allein durch Rehabilitationsmaßnahmen nicht realisierbar.
Eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit oder eine stufenweise Wiedereingliederung erfordert weiterführende Maßnahmen.
Es besteht längerfristiger Unterstützungs- und Beratungsbedarf bei berufsbezogenen Problemen.

**Quelle:** BAR 2001; Grigoleit et al. 1998; Reschke/ Mohs 2001; Schäfer/ Döll 2000; VDR 2001

Die Rehabilitationsklinik muss unter Berücksichtigung vorhandener Leistungsangebote (auch der Rehabilitationseinrichtungen selbst) die Inanspruchnahme von Nachsorgeleistungen anregen und möglichst auch einleiten. Erfolgt diese Vermittlung und Anregung nicht durch die Verantwortlichen der Reha-Klinik, so sollten sich die Rehabilitationsträger dafür verantwortlich zeigen. Bei Bedarf sind vom Rehabilitationsträger neue Leistungsangebote zu schaffen. Grundsätzlich ist im Sinne des Patienten eine enge institutionelle Zusammenarbeit mit den übrigen Trägern im Gesundheitssektor anzustreben (Grigoleit et al. 1998; Schäfer/ Döll 2000; VDR 1996). Es bedarf übergreifender Koordinierungs- und Kooperationsformen, um eine kontinuierliche Versorgung sicherzustellen. An dieser Stelle soll die Bedeutung des Hausarztes im gesamten Rehabilitationsprozess, insbesondere in der Nachsorge, nicht unerwähnt bleiben. Die Notwendigkeit der Einbindung des niedergelassenen Fach- bzw. Hausarztes ist zu empfehlen, da er in der Regel die individuelle berufliche und familiäre Situation seines Patienten kennt. Insgesamt kann die Nachsorge dazu beitragen, vorhandene Schnittstellenprobleme in der derzeitigen Gesundheitsversorgung zu minimieren (BAR 2001; Grigoleit et al. 1998; Schäfer/ Döll 2000; VDR 1996, 2001).

Die Nachhaltigkeit von Rehabilitationserfolgen liegt nicht nur im Interesse der Patienten, sondern aus wirtschaftlichen Gründen auch in dem der Leistungsträger. Die rechtlichen Grundlagen hierfür sind in den entsprechenden Gesetzestexten verankert.

### 2.1.2 Handlungsprinzipien geriatrischer Rehabilitation

Der **Rehabilitationsbegriff** in der Geriatrie ist sehr weit gefasst und beinhaltet „alle Maßnahmen, die dazu dienen, Abhängigkeit Älterer zu vermeiden bzw. zu mindern“ (Füsgen 1998, S. 715). Geriatrische Rehabilitation dient der Rückführung zur größtmöglichen Selbstständigkeit in einen selbstbestimmten Alltag nach einer Akuterkrankung oder bei drohender oder eingetretener Behinderung oder Pflegebedürftigkeit (Runge/ Rehfeld 1995) unter Verwendung wissenschaftlich begründeter und in der Praxis bewährter Ansätze zur Steigerung der Kompetenz des Patienten. Sie ermöglicht ihm die Auseinandersetzung mit eingetretenen Einschränkungen und Verlusten unter Nutzung seiner Ressourcen (Olbrich 1998).

Dem Leitgedanken der Amerikanischen Geriatrischen Gesellschaft folgend gilt es, »den Jahren mehr Leben und nicht dem Leben mehr Jahre« zu geben. Mit anderen Worten, es geht darum, Behinderung, Pflegebedürftigkeit und Pflegeabhängigkeit zu verhindern oder auf ein Minimum im Leben des älteren Menschen zu reduzieren. Unter Bezugnahme auf die International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) der WHO (1980) sollen in der geriatrischen Rehabilitation körperliche und psychische Schäden (impairments), dadurch hervorgerufene Fähigkeitsstörungen (disabilities) sowie daraus resultierende soziale

Beeinträchtigungen (handicaps) gelindert werden. Diese Ziele unterscheiden sich grundsätzlich nicht von den Zielen der Rehabilitation bei jüngeren Patienten. Das wesentliche Ziel der geriatrischen Rehabilitation ist es, den älteren Menschen wieder in die Lage zu versetzen, ein selbstverantwortliches und selbstständiges Leben zu führen, entsprechend seiner Auffassungen und seinem bisherigen Leben (BAR 1994).

Eine Verbesserung der Selbstversorgungsfähigkeit ist nicht denkbar ohne Fortschritte in der Mobilität der Betroffenen. Daher sind Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten und Maßnahmen zum Erhalt einer möglichst weitgehenden Selbstständigkeit des Patienten bei den Verrichtungen des täglichen Lebens nicht voneinander zu trennen. Geriatrische Rehabilitationsziele berücksichtigen immer die sozialen Ressourcen des älteren Menschen. Zur Stützung sozialer Kontakte ist häufig die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit ein wesentlicher Zielparameter (Becker 1997; Meier-Baumgartner et al. 1996).

Als umfassende Ziele der geriatrischen Rehabilitation stehen die Verbesserung der Lebensqualität und Lebensaktivität im Mittelpunkt. Vor diesem Hintergrund müssen am Beginn der Behandlung individuelle Rehabilitationsziele formuliert werden. Sie sollten die persönlichen Bedürfnisse des älteren Menschen, seine Motivation, Fähigkeiten und Möglichkeiten einbeziehen und darauf ausgerichtet sein, die vor der Erkrankung bestehenden Fähigkeiten soweit wie möglich wiederzuerlangen. Somit kann am Ende der Behandlung kein maximales, sondern nur ein optimales Niveau erreicht werden. Dieses optimale Ziel kann unter Umständen auf einer sehr niedrigen Stufe liegen (Becker 1997; Füsgen 1998; Greul 1995; Paeslack 1998). Man sollte „Mut zur Intervention, aber auch Mut zur Bescheidenheit haben – nicht alles ist veränderbar. [...] Gerade mit Blick auf dementiell erkrankte ältere Menschen und mit Blick auf ältere Menschen mit schweren chronischen somatischen Einschränkungen treten [...] auch die Grenzen der Veränderbarkeit von pathologisch geprägten Alternsprozessen klar zutage. Dennoch: Jeder noch so kleine Erfolg von vernünftiger Dauer zählt!“ (Wahl/ Tesch-Römer 1998, S. 84). Letztendlich geht es um ein würdiges und sinnvolles Alter und um das Recht des älteren Menschen auf ein Leben in Selbstbestimmung und Eigenverantwortung (Paeslack 1998).

Die Geriatrische Rehabilitation weist im Vergleich zur Rehabilitation jüngerer Patienten [vgl. Tabelle 4], trotz gleicher Grundhaltung, **einige Besonderheiten** auf. Spezielle Wege und Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation, die nicht ohne weiteres von den üblichen Rehabilitationskliniken zu leisten sind, ergeben sich aus den besonderen gesundheitlichen und physiologischen Bedingungen des alternden und alten Menschen. Zu diesen gehören die eingeschränkte psychophysische und konstitutionelle Belastbarkeit oder u. U. begrenzte Selbstständigkeit. Es kann eine Vielzahl von Krankheitsbildern vorliegen, häufig als Multi-

morbidity und nicht als alleiniger isolierter Schaden (Füsgen 1998; Paeslack 1998; Weber-Falkensammer/ Vogel 1997). Akute Erkrankungen gehen im Alter häufig mit sozialer und psychischer Verunsicherung bis hin zur Resignation einher; eine verlängerte Rekonvaleszenz, Komplikationen, Chronifizierung oder Pflegebedürftigkeit können die Folge sein (Füsgen 1998).

**Tab. 4: Wesentliche Unterschiede zwischen Rehabilitation jüngerer und älterer Patienten**

	Jüngere	Ältere
<b>Prämisse</b>	Rehabilitation vor Berufsunfähigkeit Rehabilitation vor Rente	Rehabilitation vor Pflege
<b>Geisteshaltung</b>	leistungsorientiert	Willen zum Erhalt der Selbstständigkeit
<b>Schaden</b>	oft ein Schaden z. B. Herz-Kreislauf- oder Muskel-Skelett-System	meist Schäden in mehreren Organsystemen (Multimorbidität)
<b>Rehabilitationsziel</b>	Restitutio ad integrum	Restitutio ad optimum
<b>Verlaufskontrolle</b>	meist isoliert auf den Schaden	engmaschig z. B. Herz-Kreislauf
<b>Therapieänderung</b>	selten	häufiger
<b>Begleitdiagnostik</b>	selten	häufig notwendig

**Quelle:** Greul 1995, erweitert und modifiziert

Die **Indikation** für eine geriatrische Rehabilitation orientiert sich dabei nicht an einer speziellen medizinischen Diagnose. Voraussetzung ist jedoch immer, insbesondere aus Sicht der Leistungsträger, dass eine drohende oder bestehende Behinderung und Gefahr der Verschlimmerung bzw. eine drohende oder bestehende Pflegebedürftigkeit oder Gefahr der Verschlimmerung vorliegen. Darüber hinaus müssen zwingend ein höheres Lebensalter und Multimorbidität vorliegen und zusätzlich entweder eine drohende soziale Dekompensation oder kognitive Störungen und intellektuelle Beeinträchtigungen (Gerkens et al. 1999). Diese Indikationen fordern zugleich von der geriatrischen Rehabilitation eine Orientierung an der gesamten Lebenssituation des älteren Menschen, also auch an seiner sozialen und psychischen Situation (Petrich/ Runge 2000).

Bei jedem Akutereignis und jeder neuen Funktionseinschränkung, aber auch bei jeder Weichenstellung im Betreuungsverlauf eines geriatrischen Patienten, sollte die Rehabilitationsbedürftigkeit sowie Rehabilitationsfähigkeit überprüft und Rehabilitationsmaßnahmen erwo-



gen werden (Gerkens et al. 1999). Es ist von großer Bedeutung, dass Rehabilitation so früh wie möglich einsetzt, damit keine gravierenden Nachteile entstehen. Bereits während der Akutbehandlung (Frührehabilitation) oder im direkten Anschluss an die Akutversorgung, z. B. einer Schenkelhalsfraktur oder eines Schlaganfalls, muss die rehabilitative Behandlung ohne Zeitverzögerung beginnen. Sie ist von Anfang an integraler Bestandteil der geriatrischen Behandlung (Gerkens et al. 1999, Weber-Falkensammer/ Vogel 1997), auch vor einer Einweisung ins Pflegeheim sollte jeder ältere Patient rehabilitativ behandelt werden. Der Prämisse »Rehabilitation vor Pflege« folgend darf im Prinzip keine Direkteinweisung stattfinden (Becker 1997; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1994).

Grundsätzlich geht die Rehabilitation von Entwicklungspotenzialen älterer Menschen hinsichtlich deren physischen, psychischen und kognitiven Fähigkeiten aus, die für die Anwendung von Interventionsmaßnahmen notwendig sind (Olbrich 1998). Die Rehabilitationspotenziale alternder Menschen sind z. B. hinsichtlich der Trainierbarkeit von Kraft, Ausdauer und Beweglichkeit gut belegt (Olbrich, 1998; Tesch-Römer 2002). Daher erscheinen selbst im sehr hohen Lebensalter Rehabilitationsmaßnahmen nicht nur sinnvoll, sondern auch unbedingt notwendig (Kruse 1992).

In der Planung und Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen ist immer von der individuellen Situation des alten Menschen auszugehen. Eine individuelle Behandlung findet Ausdruck in geeigneten Rehabilitationsmaßnahmen, die einerseits dem spezifischen Krankheitsbild des Patienten und seinem funktionalen Alter entsprechen sowie andererseits ihn in seinen persönlichen Bedürfnissen und eigenen Bemühungen zur Bewältigung der komplexen Situation motivieren, unterstützen und festigen (Kruse 1992). Eine Abgrenzung zwischen medizinischen, sozialen oder psychischen Maßnahmen ist dabei nicht möglich (Füsgen 1998). Damit verbietet sich in der geriatrischen Rehabilitation die Anwendung eines schematischen Maßnahmenkatalogs, sondern sie muss bei dem individuellen Fähigkeitsprofil ansetzen (Paeslack 1998). „Bei jeder Person ist zu fragen: (1) Welche Funktionsbereiche sind intakt, in welchen Bereichen zeigt sich eine besonders ausgeprägte Kompetenz? (2) Welche Funktionsbereiche sind geschädigt? (3) Inwieweit lassen sich die Schädigungen durch Rehabilitation verringern?“ (Kruse 1992, S. 335). In der Rehabilitation wird daher ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt (Füsgen 1998), indem u. a. die Art und Weise, wie der ältere Mensch die Krankheit erlebt und sich mit dieser auseinandersetzt, sowie biographische Erfahrungen Berücksichtigung finden (Kruse 1992).

Voraussetzung für die Umsetzung eines ganzheitlichen Rehabilitationskonzeptes ist das komplexe Zusammenwirken verschiedener Therapien und Maßnahmen durch das interdisziplinäre Team mit seinen erfahrenen Therapeuten und Fachkräften (Gerkens et al. 1999). Der Wissensstand und persönliche Arbeitsaufwand einzelner Teammitglieder sollte im Niveau

ausgeglichen sein. Dies kommt nicht nur dem Patienten zugute, sondern stabilisiert das Team, welches sich mit der therapeutischen Gesamtaufgabe identifizieren muss. Jeder der Beteiligten bringt ein eigenes Berufsverständnis und unter Umständen unterschiedliche Zielvorstellungen in die Behandlung ein. Wichtig ist, dass diese zu einem gemeinsamen therapeutischen Ziel für den Patienten zusammengeführt werden (Nehen 1998). Das heißt auch, dass die beruflichen Inhalte der anderen Professionen bekannt sein müssen und bei vielen eigenen Aktivitäten in das Handlungsspektrum einbezogen werden. Neubart bezeichnet diese Anforderungen, welche sich durch alle Bereiche der Geriatrie ziehen, als »Transdisziplinarität«; sie „ist nur nach einer umfangreichen Wissensvermittlung sowie langjähriger Teamerfahrung wirklich perfekt zu beherrschen“ (Neubart 2002, S. 65).

Auch wenn das gesamte Team in der Regel unter ärztlicher Leitung und Verantwortung steht, wird über gemeinsame Interaktionen in regelmäßigen Teamsitzungen gegenseitige Kontrolle ausgeübt. Somit werden Fehlentscheidungen auf ein Minimum reduziert und jedem wird die Möglichkeit geboten, konstruktive Ergänzungen einzubringen. Gleichzeitig wird eine Erfolgskontrolle der Behandlung, die nicht nur medizinische Parameter, sondern das Urteil eines jeden beteiligten Teammitgliedes einbezieht, möglich. Jede vorhandene personelle Ressource wird damit optimal genutzt. Die Leitung des Teams ist dafür verantwortlich, dass ausreichend Personen im Team arbeiten, um die Anforderungen, die aus dem Gesamtkonzept entstehen, zu bewältigen (Gerkens et al. 1999; Nehen 1998). In diesem Zusammenhang verweist v. Kardorff (1999) kritisch auf eine ausgeprägte Dominanz der ärztlichen Profession und damit des medizinisch-geriatrischen Denkens bei der Versorgung, die in der (Alters-)Rehabilitation überwiegend von nicht-ärztlichem Personal durchgeführt wird.

Abstimmung des therapeutischen Vorgehens in der Rehabilitation heißt neben der Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation des Patienten auch Berücksichtigung der häuslichen Situation im Behandlungskonzept. Dies beinhaltet auch, die Angehörigen soweit wie möglich mit einzubeziehen und mit ihnen die Therapien sowie das vereinbarte Rehabilitationsziel abzusprechen. Sie können so den älteren Menschen in persönlicher Form motivieren und unterstützen. Ohne ihren Beistand ist häufig der Erhalt der weitgehenden Selbstständigkeit des Betroffenen nicht möglich (Görres 1999). Um Angehörige in angemessener Form zu beteiligen und frühzeitige Vorbereitungen auf eine gut organisierte Entlassung zu treffen, ist eine wohnortnahe Rehabilitation in einer geriatrischen Einrichtung von besonderer Bedeutung. Zusammenfassend lassen sich für die geriatrische Rehabilitation die in Tabelle 5 aufgeführten Prinzipien formulieren.

Ein weit gefasster Rehabilitationsbegriff, der alle Maßnahmen, die dazu dienen, Abhängigkeit Älterer zu vermeiden oder zu mindern, beinhaltet, deutet implizit auf ein viele Facetten umfassendes Rehabilitationsspektrum hin. Geriatrie beinhaltet immer Rehabilitation und auch

der gesunde ältere Mensch, dessen Leistungs- und Adaptionsfähigkeit infolge des Alterns abnimmt, bedarf Rehabilitationsmaßnahmen, um diesem Trend entgegenzuwirken und zu kompensieren (Füsgen 1998). Diese Haltung wird in der formellen Unterteilung in präventive, allgemeine und gezielte geriatrische Rehabilitation deutlich (Görres 1999; Nehen 1998). In einer komplexen Therapie sind diese drei Formen der Rehabilitation jedoch miteinander verzahnt und müssen gleichzeitig angewandt werden (Meier-Baumgartner 1998).

**Tab. 5: Prinzipien geriatrischer Rehabilitation**

PRINZIPIEN FÜR DIE GERIATRISCHE REHABILITATION
Differenzierte Beurteilung des Patienten (geriatrisches Assessment):
Berücksichtigung des individuellen sozialen Kontextes,
Aufstellung eines individuellen Behandlungs- bzw. Rehabilitationskonzepts,
interdisziplinäres Handeln im Team unter ärztlicher Leitung und Verantwortung,
regelmäßige Kontrolle der Durchführung und Beurteilung des Rehabilitationserfolgs,
Mitbestimmung und aktive Mitwirkung des Rehabilitanden,
Einbeziehung seiner Angehörigen,
Realisierung möglichst in Wohnortnähe.

**Quelle:** Gerkens et al. 1999, modifiziert

**Präventive Rehabilitation** dient der Optimierung der Lebensbedingungen und beinhaltet alle Handlungen der Primär- und Sekundärprävention. Sie verfolgt das Ziel, vorhandene körperliche und geistige Leistungsfähigkeiten des gesunden alten Menschen zu erhalten und Erkrankungen zu verhindern, die nachweislich zu Behinderungen führen (Meier-Baumgartner 1998; Görres 1999).

Gesundheitsbewusstes Verhalten, wie körperliche Aktionen, gesunde Ernährung und geistige Aktivität ist eine prophylaktische Maßnahme zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit und nimmt positiv Einfluss auf das Altern (Nehen 1998). Jedoch stehen diesem Verhalten häufig biographisch verfestigte Lebensbedingungen und Lebensgewohnheiten gegenüber.

Präventive Rehabilitation versucht hier durch Aufklärung sowie durch körperliche und geistige Aktivierung positiv Einfluss zu nehmen. Wichtig sind in diesem Zusammenhang Vorsorgeuntersuchungen und Routinekontrollen zur Früherkennung von Erkrankungen, damit rechtzeitig eine Behandlung einsetzen kann. Eine wesentliche Rolle übernimmt dabei der Hausarzt. Darüber hinaus werden, in seiner Funktion als Vermittler und Koordinator, über ihn notwendige Leistungen wie umfassende Beratung oder Unterstützung durch ambulante

Dienste in die Wege geleitet. Neben der Erhaltung körperlicher Funktionen hat die Unterstützung sozialer Beziehungen eine große Bedeutung und sollte bis ins hohe Alter erhalten bleiben. Ein bedeutsames Element der präventiven Rehabilitation ist nicht nur die Führung des Patienten, sondern auch die Beratung seiner Angehörigen (Meier-Baumgartner 1998; Görres 1999; Nehen 1998).

Die **allgemeine Rehabilitation** setzt ein, wenn chronische Krankheiten bereits vorliegen. Sie ist Bestandteil der Tertiärprävention und zielt darauf, zusätzliche Behinderungen und Komplikationen bei bereits vorliegender Erkrankung oder Behinderung zu vermeiden. Insbesondere beim Ausbleiben einer spontanen Rekonvaleszenz kommt die Allgemeinrehabilitation zum Einsatz. Hier heißt es, eine negative Entwicklung in Richtung Immobilität aufzuhalten, um die Gefahr einer völligen Abhängigkeit abzuwenden. Allgemeine Rehabilitation ist unabhängig von der Art des Grundleidens, allgemeine Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen werden nicht passiv akzeptiert (Meier-Baumgartner 1998; Görres 1999; Nehen 1998).

Für alle Beteiligten im therapeutischen Team bedeutet der Einsatz des Konzepts der allgemeinen Rehabilitation, sich einem entscheidenden Prinzip zu verpflichten: Der therapeutische Einsatz erfolgt unter der Prämisse »fördern durch fordern« (Meier-Baumgartner 1998, S. 144), d. h., Mobilisierung setzt frühzeitig ein und vorhandene Leistungsreserven werden aktiviert. Rückzug, Ruhe sowie Hilfe ohne Forderung und Einbeziehung von Restfähigkeiten wirken in dieser Phase kontraproduktiv. Das Rehabilitationspotenzial, welches bei richtiger Förderung vorhanden ist, wird ausgeschöpft. Die Prämisse der Pflege in der allgemeinen Rehabilitation heißt »aktivierende Pflege« (Meier-Baumgartner 1998, S. 144). Auch hier wird der Patient soweit wie möglich gefordert und in alle Handlungen einbezogen. Seine vorhandenen Ressourcen werden genutzt ohne ihn zu überfordern, indem ein therapeutisches Milieu aufgebaut wird (Meier-Baumgartner 1998; Nehen 1998).

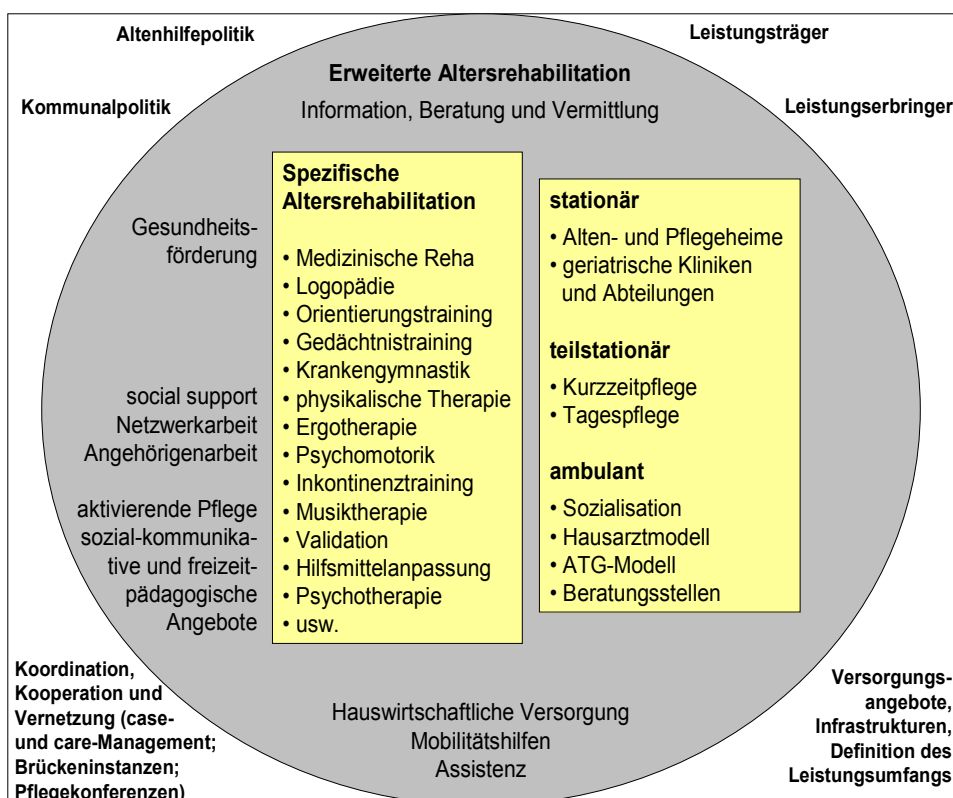
Die Umsetzung dieses Prinzips ist zeitaufwändiger, anstrengender und bedarf großer Argumentationskraft; für Therapeuten und Pflegende gehört es jedoch zum professionellen Verständnis ihrer Tätigkeit. Sie haben dabei das Ziel einer höheren Selbstständigkeit und höheren Lebensqualität vor Augen. Schwieriger ist es, diese Form des Umgangs auch den Angehörigen des älteren, chronisch Kranken oder Behinderten zu vermitteln und sie von der Notwendigkeit zu überzeugen (Meier-Baumgartner 1998; Görres 1999; Nehen 1998).

Die **gezielte Rehabilitation** ist speziell auf den aktuell im Vordergrund stehenden Schaden, auf eine bestimmte Erkrankung gerichtet. Hier wird Rehabilitation auch zur Methode, eine Orientierung am vorliegenden Krankheitsbild wird notwendig. Typische, zu behandelnde Erkrankungen in der gezielten geriatrischen Rehabilitation sind: Apoplexie, Morbus Parkinson, orthopädische Leiden, chronische respiratorische Erkrankungen oder Zustände nach Fraktu-

ren. Hierbei wird spezifisches Wissen um Ätiologie, Pathogenese und Therapie einer speziellen Erkrankung notwendig. Es kommen für die Rehabilitation Jüngerer ursprünglich entwickelte Konzepte und Methoden zur Anwendung, die auf die Situation des älteren Menschen angepasst wurden. Die Grundhaltung, die dahinter steht, ist, dass Erkrankung und Behinderung auch im Alter als beeinflussbares Geschehen gesehen werden (Füsgen 1998; Görres 1999; Meier-Baumgartner 1998; Nehen 1998).

Das Ineinandergreifen von allgemeiner und spezieller geriatrischer Rehabilitation und damit auch das Zusammenwirken von primär-, sekundär- und tertiärpräventiven Maßnahmen mit indikationsspezifischer geriatrischer und psychogerontologischer Intervention unter Berücksichtigung verschiedener disziplinärer, professioneller und institutioneller Angebote zeigt die Abbildung 2. „Konzeptionell entscheidend ist die integrierende alltagsorientierte Perspektive, in der die einzelnen Rehabilitationsmaßnahmen kontextualisiert werden müssen“ (Kardorff v. 1999, S. 600).

**Abb. 2: Sozialpolitische, rechtliche und institutionelle Rahmenbedingungen der Rehabilitation**



Quelle: Kardorff v. 1999, S. 600

Das **Versorgungssystem** der geriatrischen Rehabilitation gliedert sich, wie das gesamte Rehabilitationssystem, in ambulante, teilstationäre, stationäre Maßnahmen und Nachsorge-maßnahmen (Gerkens et al. 1999). Der Schwerpunkt der Entwicklung und Etablierung von geriatrischer Rehabilitation lag bisher überwiegend im stationären Bereich. Sie nehmen inzwischen einen besonderen Stellenwert in der medizinischen Versorgung in Deutschland ein, während sich der ambulante Sektor erst langsam über Modellprojekte entwickelt (BMFSFJ 2002b; Meier-Baumgartner et al. 1996, Meier-Baumgartner 2001): Dies, obwohl auch bei der Versorgung des älteren Patienten grundsätzlich ambulantes Handeln vorzuziehen ist. Eine wesentliche koordinierende Funktion nimmt bei der **ambulanten Rehabilitation** der Hausarzt ein. Ihm obliegt die Verantwortung für den rechtzeitigen Einsatz notwendiger Therapien durch Psychologen, Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden usw. sowie von Pflegepersonal und Sozialarbeitern (Meier-Baumgartner 1998). Die strukturellen Bedingungen für eine ambulante Rehabilitation, z. B. eine ausreichende Dichte der Behandlung, müssen optimal gestaltet sein.

Eine **teilstationäre Rehabilitation** bietet sich einerseits zur Vermeidung einer Krankenhauseinweisung an und erfolgt in diesem Fall nach Einweisung durch den Hausarzt. Andererseits kann durch diese Maßnahme ein stationärer Aufenthalt verkürzt werden. Die Maßnahme erleichtert dem Patienten und seinen Angehörigen die Rückkehr ins häusliche Umfeld. Die Selbstständigkeit kann zu Hause erprobt werden. Zuständig und verantwortlich für die teilstationäre Rehabilitation sind geriatrische Tageskliniken (BMFSFJ 2002b; Füsgen 1998; Meier-Baumgartner et al. 1996).

Der Schwerpunkt geriatrischer Rehabilitation liegt im **stationären Bereich**. Für die geriatrische Versorgung bieten sich drei verschiedene Einrichtungsformen an. Für eine Rehabilitation sind sowohl rein rehabilitative Einrichtungen geeignet als auch geriatrische Fachkrankenhäuser, die über Aufnahme- und Rehabilitationsstationen verfügen. Der Behandlungsschwerpunkt rein rehabilitativer Einrichtungen liegt häufig bei Schlaganfallpatienten. Davon abzugrenzen ist der Bereich der Akutgeriatrie, der eine akutmedizinische Versorgung geriatrischer Patienten gewährleistet (BMFSFJ 2002b; Füsgen 1998; Meier-Baumgartner et al. 1996, Meier-Baumgartner 1998, 2001).

Die Entwicklung des geriatrischen Versorgungsbereiches hat sich in Deutschland sehr unterschiedlich entwickelt. So konnten sich auf der einen Seite rehabilitative Abteilungen und geriatrische Rehabilitationsabteilungen in großen Kliniken bzw. Krankenhäusern etablieren. Diese finden sich z. B. in Hamburg und Nordrhein-Westfalen. Auf der anderen Seite werden z. B. in Bayern eigenständige spezielle geriatrische Rehabilitationskliniken bevorzugt. In Baden-Württemberg und Sachsen hingegen werden sowohl Schwerpunktabteilungen im Akutversorgungsbereich als auch Rehabilitationsabteilungen als notwendig erachtet. Die Anglie-

derung an ein Krankenhaus der Akutversorgung eröffnet die Nutzung einer Vielzahl von Maßnahmen des gesamten medizinischen Leistungsspektrums ohne zusätzlichen investiven Aufwand. Bedarf es keiner diagnostischen und therapeutischen Leistungen oder operativen Eingriffe, bietet sich die meist kostengünstigere Behandlung in einer geriatrischen Rehabilitationsklinik an, die sich in der Regel auf das diagnostizierte Krankheitsbild spezialisiert hat (BMFSFJ 2002b; Füsgen 1998).

Bei der insgesamt geringen Zahl geriatrisch ausgewiesener Rehabilitationseinrichtungen findet allerdings eine große Zahl stationärer Rehabilitationsmaßnahmen entweder als Anschlussheilbehandlung (AHB) oder als Geriatrische Rehabilitationsbehandlung (GRB) an einer auf einen Fachbereich, wie z. B. Orthopädie, Neurologie oder Onkologie, spezialisierten Rehabilitationsklinik, die für Patienten aller Altersklassen offen steht, statt (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1994; Weber-Falkensammer/ Vogel 1997). Fachbereiche, wie Kardiologie und auch Orthopädie, müssen sich damit auseinandersetzen, dass die ihnen bekannte Aufeinanderfolge verschiedener Erkrankungsphasen bei akuter Erkrankung – (Operation), Rehabilitation und Nachsorge – beim geriatrischen Patienten in der Regel aufgehoben sind. Vielmehr müssen Akutmedizin, Rehabilitation, präventive Maßnahmen, Palliativmedizin sowie die Vorbereitung der Nachsorge simultan erfolgen (Neubart 2002). „In dieser Hinsicht sprengt der geriatrische Patient unser System der Krankheitsversorgung, das eine strenge Trennung zwischen der Akutmedizin im Krankenhaus, der Rehabilitation sowie der ambulanten Versorgung vorsieht“ (Neubart 2002, S. 68).

Die **Nachsorge** zur Sicherung des Rehabilitationserfolges ist dabei von besonderer Bedeutung und muss bereits während des Aufenthalts in der vollstationären Rehabilitationsabteilung vorbereitet werden. Rehabilitation ist nicht mit der stationären Phase beendet, sondern muss im Rahmen der typischen „Patientenkarrieren“ (Görres et al. 1991, S. 67) chronisch kranker älterer Menschen als Rehabilitations-Gesamtplan formuliert werden [vgl. Tabelle 6]. Implizit wird hier noch einmal die Wichtigkeit einer wohnortnahen geriatrischen Rehabilitation deutlich. Es geht darum, nach stationärer bzw. halbstationärer Therapie die Rehabilitation mit krankengymnastischen, ergotherapeutischen und logopädischen Behandlungen weiterzuführen. Ein Teil der Patienten braucht darüber hinaus Unterstützung, welche von ambulanten sozialpflegerischen Diensten geleistet werden kann. Vielfach wird jedoch diese Rolle von den Angehörigen übernommen, die wiederum Beratung und Hilfestellung in der Umsetzung des Mobilisationsprozesses benötigen. Hierbei müssen Informationen zum zurückhaltenden Umgang gegeben werden, um den Mobilisationsprozess zu fördern (Görres 1999).

Nachsorge in der geriatrischen Rehabilitation beinhaltet jedoch weit mehr. Es geht um die Wiedererlangung einer teilweisen oder vollständigen Selbstständigkeit, die häufig von der Lösung von Alltagsproblemen abhängt. Alltagsbewältigung wird durch Umfeldangebote, wie

die Anlieferung von Lebensmitteln und Medikamenten oder durch eine Verbesserung der Wohnsituation, die z. B. spezielle Mobilitätsprobleme berücksichtigt, erleichtert. Hier helfen Beratungsinstitutionen bei der Kenntnisnahme und Vermittlung der vielfältigen Angebote (Füsgen 1998).

**Tab. 6: Nachsorgeangebote geriatrischer Rehabilitation**

<b>NACHSORGEANGEBOTE</b>
ambulante Rehabilitation, einschließlich aller notwendigen therapeutischen Maßnahmen
Vermittlung von Angeboten der Sozialstationen
Beratung des Rehabilitanden und seiner Angehörigen
Hilfe zur Selbsthilfe
Hilfsmittelberatung und -versorgung, Wohnraumgestaltung

**Quelle:** Gerken et al. 1999, modifiziert

Voraussetzung einer effektiven Nachsorge ist die Zusammenarbeit und die gegenseitige Information aller Beteiligten. Im Sinne einer Optimierung der Therapiekette müssen nachsorgende Stellen und spätere Bezugspersonen bereits in die Behandlungsabläufe integriert werden (Gerken et al. 1999). Nachsorge schließt Versorgungslücken nach der Entlassung aus der Rehabilitation und verhindert einen so genannten »Drehtüreffekt«, der zur stationären Wiederaufnahme führt. Sie gewährleistet, dass erzielte Verbesserungen nicht wieder verloren gehen und sichert damit das erzielte Rehabilitationsergebnis. Oftmals versetzt eine solche gezielte Nachsorge den älteren Patienten in die Lage, sein Leben auch mit einer verbliebenen Behinderung zu bewältigen und vermeidet damit eine Heimeinweisung (Füsgen 1998; Görres 1999).

## 2.2 WHO-Klassifikation

Zur Entwicklung der Rehabilitation in allen Fachrichtungen hat maßgeblich das Klassifikationssystem der WHO beigetragen. Bereits 1980 reagierte die WHO mit der Publikation der ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps) auf die komplexen Probleme in der medizinischen Behandlung und Betreuung bei Behinderung und chronischer Krankheit. Obwohl die ICDH [2.2.1] nie beanspruchte, eine Theorie der Rehabilitation zu sein, und auch nicht als solche bezeichnet werden kann, hat sie das rehabilitative Denken geprägt (Gerdes/ Weis 2000). Die Erfahrungen mit der ICDH zeigten allerdings einige Schwächen und unberücksichtigte Sachverhalte im begrifflichen Schema, so dass eine



Revision unausweichlich wurde. 1997 lag der Entwurf der revidierten Fassung, ICDH-2, (International Classification of Impairments, Activities, and Participation) [2.2.2] für die praktische Erprobung vor (Schuntermann 1997). Sie wurde 2001 von der WHO mit weiteren Ergänzungen als ICF (International Classification of Functioning, Disability, and Health) [2.2.3] verabschiedet<sup>1</sup>. Die Bedeutung, die die WHO-Klassifikation für die Rehabilitation erlangte, kann an ihrer Anwendung aufgezeigt werden [2.2.4].

### **2.2.1. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH)**

Die von Wood und Badley entwickelte ICDH war eine dem biopsychosozialen Krankheitsmodell adäquate Klassifizierung von Krankheitsauswirkungen (Leistner 2001), welche erstmals systematisch die Aufmerksamkeit auf die Folgen von (nicht heilbaren) Krankheiten und Gesundheitsschäden lenkte. Sie führte die Begriffe »disability« (Fähigkeitsstörung) und »handicap« (Beeinträchtigung) ein, die mit den Begriffen »disease« (Krankheit) und »impairment« (Gesundheitsschaden) gleichrangig waren (Gerdes/ Weis 2000). Mit ihrer Klassifikation wollten die Autoren einerseits die Größenordnung der gesundheitspolitischen Bedeutung von Behinderung veranschaulichen; andererseits verfolgten sie den Zweck, Arten der Behinderungen zu beschreiben und ihren Schweregrad zu messen (Leistner/ Raspe 1995). Als komplementäre Klassifikation zur ICD beschrieb sie mit Hilfe der drei Konstrukte: Körper, Individuum und Gesellschaft – als final orientiertes Konzept – den Gesundheitszustand als Manifestation einer Gesundheitsstörung auf drei Ebenen (Leistner 2001).

**(1) Ebene der Schädigung »Impairment«**, d. h. „Störung der biologischen und/ oder psychischen Struktur und Funktion“ (Jochheim/ Matthesius 1995, S. 5). Die Schädigungen werden als gegenwärtiges Zustandsbild beschrieben und können sowohl einen vorübergehenden als auch ein dauerhaften Zustand erfassen. Die Nähe zur üblichen medizinischen Einordnungsweise nach betroffenen Organen ist deutlich erkennbar. Jegliche Veränderungen des Leidens (in Pathogenese und/ oder Manifestation) erfordern eine erneute Klassifizierung (Jochheim/ Matthesius 1995).

**(2) Ebene der Fähigkeitsstörung »Disability«**, d. h. „Störung der Fähigkeiten der betroffenen Person zur Ausführung zweckgerichteter Handlungen“ (Jochheim/ Matthesius 1995, S. 5). Auf dieser Ebene geht es um die Beschreibung der Fähigkeiten eines Menschen, die zur Bewältigung von Alltagsaktivitäten notwendig sind. Es werden gesundheitsbedingte Abweichungen von der normalen Funktion altersgleicher Menschen im entsprechenden Kulturraum erfasst (Jochheim/ Matthesius 1995).

---

<sup>1</sup> Eine tabellarische Gegenüberstellung der drei Versionen befindet sich im Anhang.

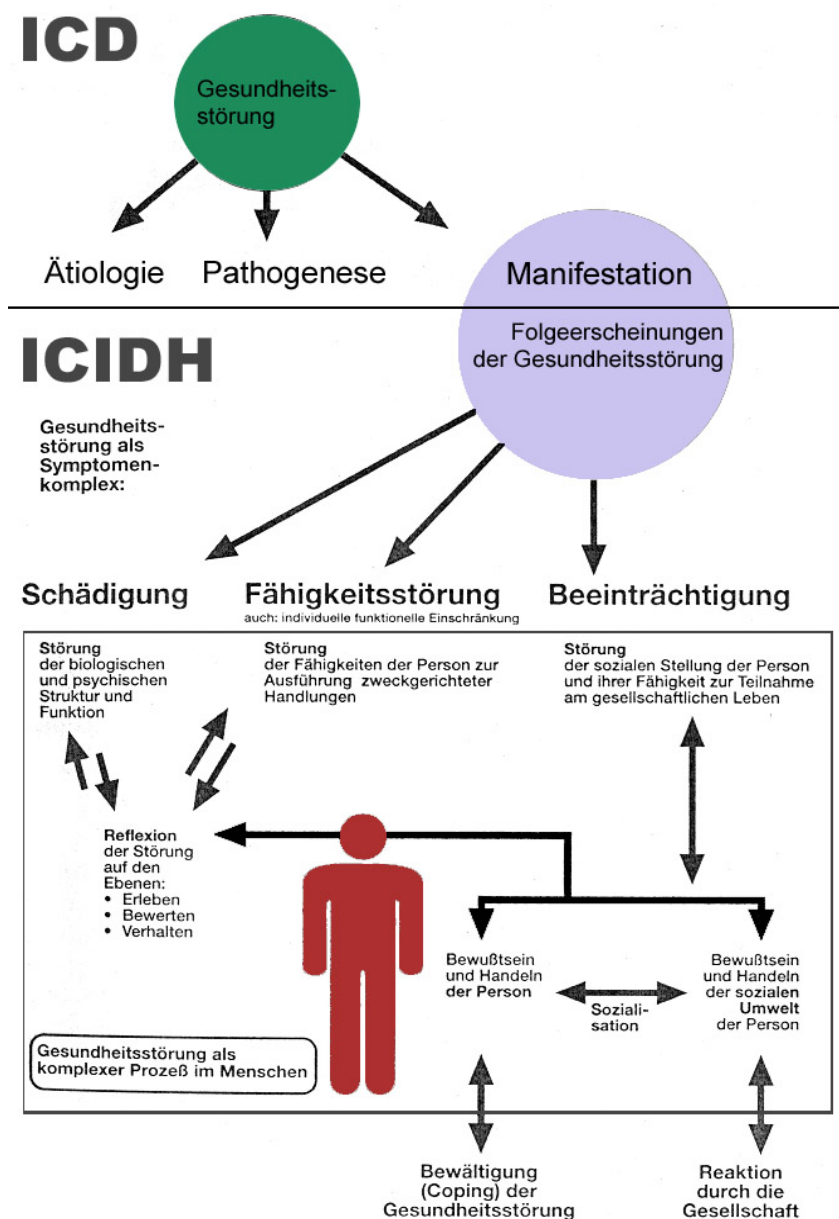
**(3) Ebene der (sozialen) Beeinträchtigung »Handicap«**, d. h. „Störung der sozialen Stellung oder Rolle der betroffenen Person und ihrer Fähigkeiten zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben“ (Jochheim/ Matthesius 1995, S. 5). Eine Beeinträchtigung entsteht aus dem Zusammenwirken von Fähigkeitsstörungen mit sozialen und umweltbedingten Barrieren und führt zu einer objektiv bestehenden oder subjektiv erlebten Ausgrenzung im Leben innerhalb von Familie, Arbeit oder Gesellschaft (Schuntermann 1995). Diese Dimension ist im Zusammenhang mit der Reflexion der Störung durch die betroffene Person (Krankheitsbewältigung) und der Reaktion der Gesellschaft auf Krankheit und Behinderung zu sehen. Obwohl „gerade diese Dimensionen [...] die Herausforderungen von heute sind“ (Schuntermann 1996, S. 111), wurde sie bisher am wenigsten systematisch genutzt (Jochheim/ Matthesius 1995).

Ein Impairment kann als Verletzung oder Störung der körperlichen, geistigen oder seelischen Integrität einer Person betrachtet werden, ein Handicap als eine Verletzung der sozialen Integrität. Mit anderen Worten: Gesundheitliche Integrität bedeutet, dass eine Person frei ist von Impairments, Disabilities und Handicaps (Schuntermann 1997).

Die ICIDH war, aufgrund ihrer differenzierten Erfassung der drei Dimensionen, bei der Beschreibung konstanter, aber auch veränderbarer Gesundheitszustände und deren Folgen, insbesondere im Rahmen der Rehabilitation chronisch Kranker notwendig und darüber hinaus „zur Konzeption und Ordnung der Interventionsstrategien unverzichtbar“ (Jochheim/ Matthesius 1995, S. 6). Erstmals wurden durch die erweiterte Perspektive der ICIDH nicht nur die Gesundheitsversorgung und die Behandlung medizinischer Probleme betrachtet, sondern es traten auch sozial- bzw. krankheitsbedingte Einschränkungen in Beruf und Alltag in den Vordergrund [vgl. Abbildung 3]. Damit verbunden war, neben dem Ziel der Heilung von Krankheiten, das Ziel der Unterstützung einer möglichst normalen Lebensführung (Gedes/ Weis 2000).

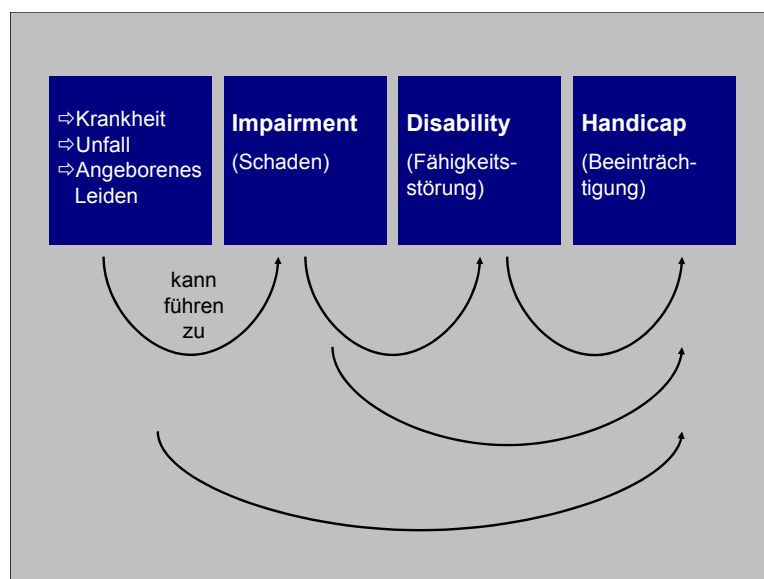
Die ICIDH lag als fast weltweit anerkannte Klassifikation in 13 Sprachen vor und erschien 1990 in einer ersten deutschen Fassung (Schuntermann 1996). In Zusammenarbeit mit Österreich und der Schweiz wurde diese Version vollständig überarbeitet und kommentiert. Das Konzept der ICIDH wurde auf den verschiedensten Ebenen angewandt, sowohl bei der Betreuung von Personen als auch auf institutioneller und auf kommunaler Ebene. Mit ihr wurden politische Entscheidungen auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene gestützt. Sie diente darüber hinaus der Betrachtung von Gesundheitsversorgungssystemen, erstens in Bezug auf ihre Evaluierung und zweitens auf ihre politischen Konzepte (WHO 1995b). Mit der ICIDH konnten Informationen strukturiert werden; sie eignete sich jedoch nicht zur Datenerfassung (Leistner/ Raspe 1995).

Abb. 3: Dimensionen der Manifestation einer Gesundheitsstörung



Quelle: Jochheim/ Matthesius 1995, S. 7

Trotz ihrer großen Bedeutung traten schließlich praktische und theoretische Probleme auf. In der Kritik stand das »Woodsche Krankheitsfolgenmodell« [vgl. Abbildung 4] (Schuntermann 1996), das sowohl theoretisch als auch in seiner empirischen Evidenz nicht einer Theorie der Behinderung entsprach. Weitere Kritikpunkte bezogen sich „auf die Definitionen der Grundbegriffe und auf die Überlappungen dieser Begriffe“ (Schuntermann 1997, S. 531).

**Abb. 4: Modell der Krankheitsfolgen nach Wood (1980)**

Quelle: Schuntermann 1996, S. 10

Ein zweiter wesentlicher Kritikpunkt bezog sich auf die nicht hinreichende Berücksichtigung „der sozialen und natürlichen Umwelt bei der Entwicklung einer Beeinträchtigung“ (Gedes/ Weis 2000 S. 46). In der Revision der ICHD sollte „die Bedeutung der Umwelt, gemeinsam mit der Rolle und Wechselwirkung sowohl individueller Merkmale als auch natürlicher und sozialer Faktoren“ unterstrichen werden (WHO 1995b, S. 219).

### 2.2.2 International Classification of Impairments, Activities and Participation. ICHD-2

Die ursprüngliche Klassifikation wurde 1997 in konzeptioneller Hinsicht weiterentwickelt und mit neuen Begrifflichkeiten versehen. Ihr Name wurde aufgrund der Anwendung positiver Begrifflichkeiten – »Activities« statt »Disabilities« und »Participation« statt »Handicaps« – in »Internationale Klassifikation der Schäden, Aktivitäten und Partizipation geändert«, unter Beibehaltung des Akronym ICHD (Schuntermann 1997, 1998). Beide Versionen können als inhaltliche Einheit betrachtet werden (Leistner 2001).

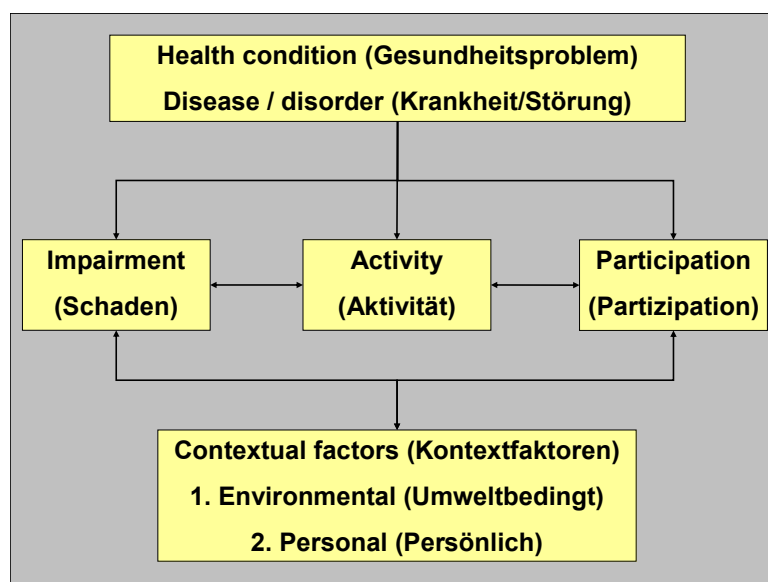
Die ICHD-2 scheint besser als die frühere Version geeignet, Interdependenzen zwischen den Dimensionen zu verdeutlichen [vgl. Abbildung 5]. Sie beugt durch Ausrichtung der Pfeile in beide Richtungen dem mechanistischen Verständnis vor, dass ein Gesundheitsschaden zwangsläufig zu Störungen der Aktivität und Partizipation führt (Leistner 2001; Gedes/ Weis 2000). Gedes & Weis kritisieren allerdings die dahinter stehende schlichte Weisheit, „alles

hänge »irgendwie« mit allem zusammen“ (Gerdes/ Weis 2000 S. 47). Die drei zum Teil erheblich weiterentwickelten Konzepte<sup>1</sup> lassen sich wie folgt beschreiben:

**Das Konzept der Körperstrukturen und -funktionen:** Der in der ICDH-1 dominierende organbezogene Ansatz erfährt eine wesentliche Erweiterung. Der Begriff »Körper« wird nun umfassend verstanden und beinhaltet „den menschlichen Organismus als Ganzes und seine intrinsischen Systeme mit ihren Strukturen und Funktionen sowie Gruppen von Systemen“ (Schuntermann 1997, S. 533). Ein Verlust von Körperstrukturen oder Funktionen oder deren Störungen werden weiterhin als »Schäden« (Impairments) bezeichnet (Schuntermann 1997).

**Das Aktivitäts- oder Leistungskonzept:** Das Disability-Konzept der ICDH-1 mit seinem Problem der operationalen Mehrdeutigkeit wird durch das Leistungs- bzw. Aktivitätskonzept ersetzt. Es wird festgestellt, ob die Person zum Zeitpunkt der Untersuchung in der Lage ist, Aktivität durchzuführen, ob Probleme dabei entstehen oder ob eine Aktivität nicht möglich ist. Dabei bleiben Urteile über Fähigkeiten und Fertigkeiten unberücksichtigt (Schuntermann 1997).

**Abb. 5: Verständnis der Interaktionen innerhalb der Dimensionen der ICDH-2**



Quelle: Gerdes/ Weis 2000 S. 47

<sup>1</sup> Die Konzepte der ICDH-2 werden nur kurz umschrieben, jedoch in ihrer Endfassung im Kapitel 2.2.3.2 „Konzepte der ICF“ definiert und weiter ausgeführt.

**Das Partizipationskonzept:** Während das Konzept der Körperstrukturen und -funktionen sowie das Aktivitäts- oder Leistungskonzept eine Fortentwicklung der ICIDH-1-Konzepte darstellt, wurde das Konzept der Partizipation nach einem Vorschlag der Kanadischen ICIDH-Gesellschaft (Fougeyrollas 1993 zit. n. Schuntermann 1997) völlig neu entwickelt und löst damit das Handicap-Konzept der ICIDH-1 ab. Es dient der Befundung von Reintegration bzw. der Integration und nimmt Bezug auf verschiedene Lebensbereiche oder Lebenssituationen. Es ist abhängig von den spezifischen – positiven oder negativen – Lebenssituationen (Kontextfaktoren) einer Person (Schuntermann 1997).

Die drei Konzepte wurden also um sog. **persönliche und umweltbezogene Kontextfaktoren** erweitert, die als »Determinanten der Partizipation« verstanden werden. Sie haben jedoch nicht den Stellenwert eines gesonderten vierten Konstrukts, da sie zu stark kulturabhängig sind (Gerdes & Weis 2000 S. 47). Bedeutsame „Aspekte der Gesellschaft und physikalischen Umwelt“, wie z. B. familiäre Unterstützung, aber auch finanzielle Absicherung durch die Rente oder ein medizinisches Hilfsmittel werden unter den Kontextfaktoren subsumiert (Schuntermann 1997, S. 537).

Die ICIDH-2 dient der Darstellung von Auswirkungen akuter oder chronischer „Krankheit, einer Schädigung oder einer Verletzung, aber auch anderer gesundheitsrelevanter Gegebenheiten wie Schwangerschaft, Altern, Stress, kongenitale Anomalien oder genetische Prädispositionen“ (Schuntermann 1997, S. 533). Sie klassifiziert Befunde und Symptome von Störungen der gesundheitlichen Integrität. Bereits heute gehört zum Vokabular der Rehabilitation die »Funktionsdiagnostik« auf Schadensebene und die »Leistungsdiagnostik« auf der Ebene der Aktivitäten. Auch die »Partizipationsdiagnostik« (Schuntermann 1997, S. 540) wird an Bedeutung zunehmen. Trotzdem fehlt bisher eine allgemeine Systematik der Diagnosen in der Rehabilitation, was eine wichtige Aufgabe der Zukunft der Rehabilitationswissenschaften darstellen wird (Schuntermann 1997).

### **2.2.3 International Classification of Functioning, Disability and Health. ICF<sup>1</sup>**

Die 54. Vollversammlung der WHO, inklusive der Vertreter der deutschen Bundesregierung, verabschiedete im Mai 2001 die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Wesentliche Aspekte der ICF wurden im Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen – und im Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen aufgenommen (Schuntermann 2003b, 2003c).

---

<sup>1</sup> Begleitet wurde die Erarbeitung der ICF von der deutschen ICF-Arbeitsgruppe (Schuntermann 2003c).

### 2.2.3.1 Begriffe der ICF

Der wichtigste Grundbegriff der International Classification of Functioning, Disability and Health ist der der **funktionalen Gesundheit**<sup>1</sup>. Die funktionale Gesundheit einer Person wird über die drei Konzepte der ICF, Konzept der Körperfunktionen und -strukturen, Konzept der Aktivitäten sowie Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen und vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren beschrieben. Funktional gesund ist eine Person, deren körperliche Funktionen, einschließlich der mentalen Fähigkeiten und der Körperstrukturen, mit statistisch anerkannten Normenwerten übereinstimmen. Sie ist in der Lage, all das zu tun bzw. tut das, was von Menschen erwartet wird, die im Sinne der ICD<sup>2</sup> keine Gesundheitsprobleme haben. Eine funktional gesunde Person kann in all ihren wichtigen Lebensbereichen ihr Dasein entfalten, und zwar in der Weise und dem Umfang, wie es von einem Menschen erwartet wird, der keine Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten aufweist. Dabei finden seine materiellen, sozialen und verhaltensbezogenen Umweltfaktoren sowie seine personenbezogenen oder persönlichen Faktoren Berücksichtigung (Schuntermann 2003c).

Auch wenn eine funktionale Problematik häufig durch eine Krankheit ausgelöst wird, muss eine Person im engeren Sinn nicht krank sein und eine akutmedizinische Versorgung in Anspruch nehmen. Unfälle oder angeborene Leiden können ebenso zu einer Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit führen, und auch eine vollständig ausgeheilte Krankheit oder noch nicht manifeste Krankheit entsprechen nicht notwendigerweise funktionaler Gesundheit. Vielfach wirken die Folgeerscheinungen von Erkrankungen, wie der Arbeitsplatzverlust oder die Stigmatisierung bei psychischer Krankheit oder eine bekannt gewordene HIV-Infektion, schwerwiegender. Es entwickelt sich daraus unter Umständen eine Eigendynamik, die aufgrund gesellschaftlicher Einstellungen zu Einschränkungen der Teilhabe an bestimmten Lebensbereichen führt (Schuntermann 2003b).

Jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit definiert die ICF als **Behinderung**. Der Terminus Behinderung stellt damit einen Oberbegriff dar (Leistner 2001). Das Vorliegen einer Funktionsstörung, eines Strukturschadens, einer Einschränkung der Aktivität oder einer Beeinträchtigung der Teilhabe an einem Lebensbereich bedeutet damit nicht nur eine Einschränkung der funktionalen Gesundheit, sondern wird zugleich von der ICF als Behinderung definiert (Schuntermann 2003c).

---

<sup>1</sup> Nach Absprache mit Österreich und der Schweiz wird der englische Begriff »functioning«, für den es keine deutsche Analogie gibt, im Deutschen mit »Funktionsfähigkeit« übersetzt (Schuntermann 2003d).

<sup>2</sup> Die WHO hat 1948 die internationale Klassifikation erstmals auf Krankheiten und Verletzungen ausgedehnt. Zuvor galt die Systematik lediglich für die Erfassung von Todesursachen und dies bereits seit 1893. Alle zehn Jahre erfolgen aufgrund des medizinischen Fortschritts Revisionen mit notwendigen Änderungen und Ergänzungen. Um die Bedeutung der ICD für statistische Erhebungen und für die vielseitige Anwendung in der Medizin und im Gesundheitswesen hervorzuheben, wurde der zehnten Revision der internationalen Systematik der Titel „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ unter Beibehaltung der Abkürzung ICD vergeben (Grigoleit et al. 2002).

Tab. 7: Vergleich des Behinderungsbegriffs nach ICF und SGB IX

	ICF	SGB IX
<b>Behinderungsbegriff</b>	<p>Behinderung bedeutet Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit oder Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit, d. h. jede Funktionsstörung oder jeder Strukturschaden, auch wenn er nicht mit einer Beeinträchtigung der Aktivitäten oder der Teilhabe einhergeht. Der allgemeine Behinderungsbegriff ist damit wesentlich weiter gefasst als der des SGB IX.</p> <p>Dies trifft auch auf den speziellen Behinderungsbegriff der ICF zu, der nur die negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren auf ihre Teilhabe an einem Lebensbereich betrachtet.</p>	<p>Das SGB IX erfasst nicht Personen, bei denen zwar eine Beeinträchtigung bezüglich der Funktionen bzw. Strukturen oder Aktivitäten vorliegt, die jedoch nicht so ausgeprägt ist, dass sie zu einer Bedrohung oder Einschränkung der Teilhabe (Partizipation) führt.</p>
<b>Altersinäquivalenz</b>	<p>Das Prinzip der Altersinäquivalenz kennt die ICF nicht.</p>	<p>Der Behinderungsbegriff des SGB IX beinhaltet das Prinzip der Altersinäquivalenz, welches darauf abstellt, dass die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen.</p>
<b>Umfang der Beeinträchtigung</b>	<p>Die ICF-Definition der Behinderung schließt nicht Personen ein, denen eine Beeinträchtigung der Partizipation droht.</p>	<p>Zum Personenkreis des SGB IX gehören nicht nur die Personen, deren Teilhabe gesundheitsbedingt beeinträchtigt ist, sondern auch diejenigen, deren Teilhabe gesundheitsbedingt bedroht ist. Damit geht das SGB IX über die Definition der ICF hinaus.</p>
<b>Zeitraum der Behinderung</b>	<p>Da eine Einstufung der Behinderung auf der Basis der ICF keinen Leistungsanspruch zur Folge hat, ist eine zeitliche Eingrenzung nicht von Bedeutung.</p>	<p>Eine Behinderung muss voraussichtlich sechs Monate andauern. Die sechsmontatige Mindestdauer kann dadurch relativiert werden, dass auch eine drohende Behinderung (§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB IX) Leistungen zur Teilhabe auslösen kann.</p>

Quelle: Grigoleit et al. 2003; Schuntermann 2003b



Behinderung<sup>1</sup>. ist „das Ergebnis der negativen Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem (ICD) und ihren Kontextfaktoren auf ihre funktionale Gesundheit“ (Schuntermann 2003b, S. 5). Dieser allgemeine Behinderungs-begriff der ICF wird der Bedeutungszunahme des »Behinderungs-Managements«, welches sich zu „einem Schlüsselbegriff des Paradigmenwechsels in der Medizin“ (Leistner 2001, S. 1/32) entwickelt hat, gerecht.

Die Entwicklung einer funktionalen Problematik, basierend auf einem Gesundheitsproblem, kann je nach Einfluss und Konstellation der Kontextfaktoren stark variieren. Durch eine modellhafte Veränderung der Kontextfaktoren kann deren Einwirkung beurteilt werden. Eine nicht beeinflussbare Behinderung liegt nur dann vor, wenn die Konstellation der Kontextfaktoren beliebig verändert werden kann, ohne Wandlung der Behinderung in Art und Umfang (Schuntermann 2003b).

Obwohl das SGB IX maßgeblich durch die ICF geprägt wurde, nahm man die in Deutschland historisch gewachsenen und anerkannten Besonderheiten der Einstufung zur Behinderung auf und blieb damit in einigen Punkten dem traditionellen Schwerbehindertenrecht (§ 3 Abs. 1 SchwbG) verhaftet (Schuntermann 2003b, 2003c). Die Unterschiede des Behinderungsbegriffs der ICF mit dem vergleichbaren des SGB IX sind in der Tabelle 7 dargestellt.

### 2.2.3.2 Konzepte der ICF

**Das Konzept der Körperstrukturen und -funktionen:** Dieses Konzept dient der Klassifikation von Schäden und unterscheidet streng zwischen Strukturen und Funktionen. „Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile. Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologische Funktionen)“ (Schuntermann 2003b, S. 6). Dementsprechend werden Schädigungen als „Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur, wie z. B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust“ (ebd.) definiert. Strukturschäden schließen „Anomalien, Defekte oder Verluste von Gliedmaßen oder Organgewebe [ein, jedoch nicht] Probleme auf der Ebene von Zellen oder auf subzellulärer oder molekularer Ebene“ (ebd.).

Schäden können nicht mit Pathologien gleichgesetzt werden, sondern sind „Manifestationen dieser Pathologie“ (Schuntermann 1997, S. 534), entsprechen also Befunden oder Symptomen und sind damit direkt oder indirekt beobachtbar. Die Ursache und die Entstehungszu-

---

<sup>1</sup> Die einseitig negative Sichtweise der ICIDH-1 wurde weltweit von den Behindertenverbänden als stigmatisierend kritisiert. In der ICIDH-2 wurden zunächst die negativen Begriffe: »Impairment«, »Disability« und »Handicap« durch neutrale Begriffe ersetzt. Erst in der Endversion der ICF fand sich auch für den Begriff »Behinderung« (Désablement) durch die Verwendung des Begriffs »Functioning« ein neutraler Term bzw. ein neutrales Konzept (Schuntermann 1998).

sammenhänge lassen sich nicht direkt ableiten. Schäden werden bestimmt über den Einsatz von Assessmentinstrumenten. Auch wenn die Schadensbeurteilung eine wichtige Grundlage für die Diagnostik in der Rehabilitation darstellt, dürfen Schäden nicht als Rehabilitationsdiagnosen bezeichnet werden und müssen daher von der ICD<sup>1</sup> abgegrenzt werden, die der Dokumentation zur Inanspruchnahme von Leistungen dient (Schuntermann 1997, 1998).

**Das Aktivitäts- oder Leistungskonzept:** Der Begriff Aktivität<sup>2</sup> steht für die Durchführung von Aufgaben oder Handlungen in den verschiedenen Lebensbereichen wie berufliche Tätigkeit, Selbstversorgung, Kommunikation oder Mobilität. Von Beeinträchtigungen in dieser Dimension wird gesprochen, wenn Schwierigkeiten bei der Durchführung einer Aktivität auftreten. Störungen auf der Ebene der Aktivitäten können weitere Krankheiten oder Schäden nach sich ziehen. Sie nehmen aber auch Einfluss auf die Eingliederung in einem oder mehreren Lebensbereichen oder rufen erneut Störungen von Aktivitäten hervor (Schuntermann 2003b).

Die Beurteilung des Aktivitätspotenzials durch die Feststellung des negativen bzw. positiven Leistungsbildes ist eine wesentliche Maßnahme in der Rehabilitation, erstens für die Entscheidung über eine Rehabilitationsbedürftigkeit, zweitens für die Planung effektiver Rehabilitationsmaßnahmen und letztendlich, um sichere Prognosen zu erhalten (Schuntermann 1997).

Das Konzept der Aktivitäten basiert auf einer Sichtweise, die den Menschen als individuell handelndes Subjekt betrachtet. Es entspricht in Ansätzen der Handlungstheorie von Nordenfelt (2000), die Tätigkeiten des Menschen als »Handlungen« definiert. Nach der Handlungstheorie sind Handlungen einerseits auf unterschiedlichen Ebenen zu sehen, andererseits müssen bestimmte Bedingungen erfüllt sein (Schuntermann 2003b).

**Handlungen** sind direkt beobachtbar und lassen sich unmittelbar beurteilen, d. h. sie entsprechen der **Beobachtungsebene**. Die tatsächliche Durchführung einer Handlung wird als **Leistung (performance)** bezeichnet und bezieht sich auf die zu erfüllenden Aufgaben in den unterschiedlichen Lebensbereichen unter realen Alltagsbedingungen sowie unter Berücksichtigung von Förderfaktoren und Barrieren (ebd.). „Damit ist der Leistungsbegriff der ICF mit dem Handlungsbegriff der Handlungstheorie vergleichbar“ (Schuntermann 2003b, S. 12).

---

<sup>1</sup> Die ICD ist ein Diagnosesystem und dient der Vereinheitlichung. Dadurch soll Bestand bei der Interpretation von Krankheitsbildern herbeigeführt werden. Seit Januar 2000 wird im Bereich der Kranken- und Rentenversicherung die ICD-10 zur Verschlüsselung der Diagnosen eingesetzt (Grigoleit et al. 2002).

<sup>2</sup> Der Begriff der »Aktivität« oder Tätigkeit steht im Deutschen für den Originalbegriff »Activity«. Daneben erscheint es zweckmäßig, „auch den Begriff der ‚Leistung‘ zu verwenden, weil er in der Rehabilitation und in der sozialmedizinischen Begutachtung in Deutschland eingeführt ist (Leistungsdiagnostik, positives und negatives Leistungsbild)“ (Schuntermann 1998, S. 8).

Demgegenüber steht der Begriff der **Leistungsfähigkeit (capacity)**, der auf der **Theorieebene** oder Konstruktebene anzusiedeln ist, da diese nicht wie die Handlung direkt beobachtbar ist. Sie lässt sich nur über die Durchführung von Tests (positive und negative Funktions-/Strukturbilder) und anderen Parametern (Anamnesedaten, Vorbefunde) erschließen. Voraussetzung für Leistungsfähigkeit ist die ausreichende Ausprägung, Ausbildung und ein entsprechender Trainingszustand von Körperstrukturen und -funktionen. Das maximale Leistungsniveau eines Menschen wird nur unter Standard- oder Idealbedingungen erkennbar (Schuntermann 2003b).

Zur Umsetzung der Leistungsfähigkeit in die entsprechende Handlung bedarf es darüber hinaus der **Gelegenheit** dazu, d. h., die äußeren Umstände, also die materiellen, sozialen und verhaltensbezogenen Umweltfaktoren müssen eine Handlung zulassen. Wenn all diese Bedingungen erfüllt sind, ist letztendlich die Durchführung der Handlung noch vom **Willen** abhängig, der im Sinne der ICF den personenbezogenen Faktoren zugeordnet wird. Selbst wenn die Leistungsfähigkeit vorhanden und die Gelegenheit günstig ist, kommt es nur zur Handlung, wenn die Person die Handlung auch durchführen will (ebd.).

**Das Partizipationskonzept<sup>1</sup>:** Als Teilhabe definiert die ICF „das Einbezogenensein in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich“. Dementsprechend sind Beeinträchtigungen der Teilhabe „Probleme, die ein Mensch beim Einbezogenensein in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich erlebt“ (Schuntermann 2003b, S. 6). Der Teilhabebegriff der ICF entspricht dem des SGB IX. Im Konzept der Teilhabe wird der Mensch in Beziehung zur Gesellschaft und Umwelt betrachtet, d. h., die Teilhabe an einem Lebensbereich ist maßgeblich abhängig von Umweltfaktoren, die als Barrieren oder Förderfaktoren wirken können. Dementsprechend können Veränderungen durch soziale, wirtschaftliche und gesetzliche Rahmenbedingungen die Partizipation einer Person maßgeblich im Sinne einer Verbesserung oder Verschlechterung beeinflussen. „Das Partizipationskonzept basiert auf einem ökologischen Interaktionsmodell“ (Schuntermann 1998, S. 11). Wesentliche Aspekte, von denen eine Teilhabe abhängig ist, sind: die Daseinsentfaltung, ein selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Leben sowie die erlebte gesundheitsbezogene Lebensqualität jeweils in den Lebensbereichen, die für die betrachtete Person wichtig sind (Schuntermann 2003b).

Die Teilhabe an einem Lebensbereich unterliegt einer subjektiven Bewertung und sollte daher von den betroffenen Personen selbst eingeschätzt werden. Eine Operationalisierung kann über folgende Fragen erfolgen:

---

<sup>1</sup> Zu »participation« gibt es keinen deckungsgleichen und sprachgebräuchlichen deutschen Terminus. Die Übersetzung muss sich darüber hinaus in die Begrifflichkeit des sozialen Sicherungssystems in Deutschland einfügen. Daher wird alternativ zu »Partizipation« der Begriff »Teilhabe« oder »Eingliederung« verwendet (Schuntermann 1997).

- „Hat die Person Zugang zu Lebensbereichen (z. B. Erwerbsleben, Selbstversorgung)?
- Ist die Person in Lebensbereiche integriert, nimmt sie an Lebensbereichen teil, hat sie teil an Lebensbereichen?
- Erfährt die Person Anerkennung und Wertschätzung in Lebensbereichen?
- Kann die Person ihr Dasein in Lebensbereichen entfalten?
- Kann die Person selbstbestimmt handeln?“

(Schuntermann 2003b, S. 14)

Im Sinne der ICF wird allerdings Teilhabe aus praktischen Erwägungen, auch als „Leistung einer Person unter ihren gegenwärtigen Umweltbedingungen“ (Schuntermann 2003c, S. 55), beurteilt, was nach der Meinung von Schuntermann einer theoretischen Analyse nicht genügt.

Im Partizipationskonzept bleiben Beeinträchtigungen, die durch eine freiwillige Beschränkung der Eingliederung oder Integration entstehen oder hervorgerufen durch „das Geschlecht einer Person, ihre wirtschaftliche Situation sowie ihre Zugehörigkeit zu einer bestimmten Hautfarbe oder sozialen Schicht unberücksichtigt“ (Schuntermann 1998, S. 11).

Leistner (2001) widerspricht der möglichen Einbeziehung des Aspekts Lebensqualität in das Konzept der Partizipation. Er sieht zwar eine konzeptionelle Kompatibilität zwischen den Konstrukten »quality of life« und dem der Behinderung, aber zugleich einen Unterschied in der objektivierbaren Ebene des Krankheits- und Behinderungs-Konstrukts und der subjektiven Ebene des Konstruktes »subjective well-being«. Währenddessen betont Schuntermann (2003b) die Notwendigkeit der subjektiven Betrachtung durch die betroffenen Personen.

Die begriffliche Bestimmung der Teilhabe bleibt so lange unklar, bis sich die Aussage auf einen bestimmten **Lebensbereich** (life domains) bezieht. Der Grad einer Beeinträchtigung kann für jeden Lebensbereich gesondert beurteilt werden. Lebensbereiche dienen sowohl für die Aktivitäten als auch für die Teilhabe als Gliederungsprinzip, welche zusammen bewertet werden. Trotz gemeinsamer Klassifikation ist die Beurteilung von Teilhabe und Leistung mit unterschiedlichen Fragen verknüpft, d. h., jedes Lebensbereich-Item wird unter dem Gesichtspunkt der Aktivitäten unter dem der Teilhabe betrachtet (Schuntermann 1997, 2003b).

**Das Konzept der Kontextfaktoren:** Wie aus der Beschreibung der drei ICF-Konzepte deutlich hervorgeht, wirken auf die Genese von Schädigungen, Aktivitätseinschränkungen und Partizipationsstörungen und damit auf die funktionale Gesundheit die Kontextfaktoren [vgl. Tabelle 8] ein, d. h. der gesamte Lebenshintergrund einer Person (Leistner 2001; Schuntermann 2003b).

Dabei bilden **Umweltfaktoren** „die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten“ (Schuntermann 2003b, S. 4). Umweltfaktoren sind in der ICF klassifiziert. „**Personenbezogene Faktoren** sind der besondere Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person (Eigenschaften und Attribute) und umfassen Gegebenheiten des Individuums, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems oder -zustands sind“ (ebd.). Sie werden in der ICF nicht klassifiziert, müssen jedoch bei der sozialmedizinischen Begutachtung und der Rehabilitation berücksichtigt werden.

Umweltfaktoren, z. B. Zugänge zu Gebäuden oder Einstellungen der Menschen in der Gesellschaft, können die Möglichkeit der Teilhabe beeinträchtigen oder unterstützen. Dementsprechend werden sie als Barrieren oder Förderfaktoren bezeichnet. „**Förderfaktoren** sind Kontextfaktoren [...], die sich positiv auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Teilhabe) auswirken“, wie z. B. soziale Unterstützung. „**Barrieren** sind Kontextfaktoren [...], die sich negativ auf die funktionale Gesundheit (insbesondere auf die Teilhabe) auswirken“ (Schuntermann 2003b, S. 10), wie z. B. fehlende Teilzeitarbeitsplätze.

**Tab. 8: Kontextfaktoren der ICF**

<b>Umweltfaktoren (klassifiziert)</b>	<b>Personbezogene Faktoren (nicht klassifiziert), z. B.</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Produkte und Technologien</li> <li>▪ natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt</li> <li>▪ Unterstützung und Beziehungen</li> <li>▪ Einstellungen, Werte und Überzeugungen anderer Personen und der Gesellschaft</li> <li>▪ Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alter</li> <li>▪ Geschlecht</li> <li>▪ Charakter, Lebensstil, Coping</li> <li>▪ sozialer Hintergrund</li> <li>▪ Bildung/ Ausbildung</li> <li>▪ Beruf</li> <li>▪ Erfahrung</li> <li>▪ genetische Prädisposition</li> </ul>

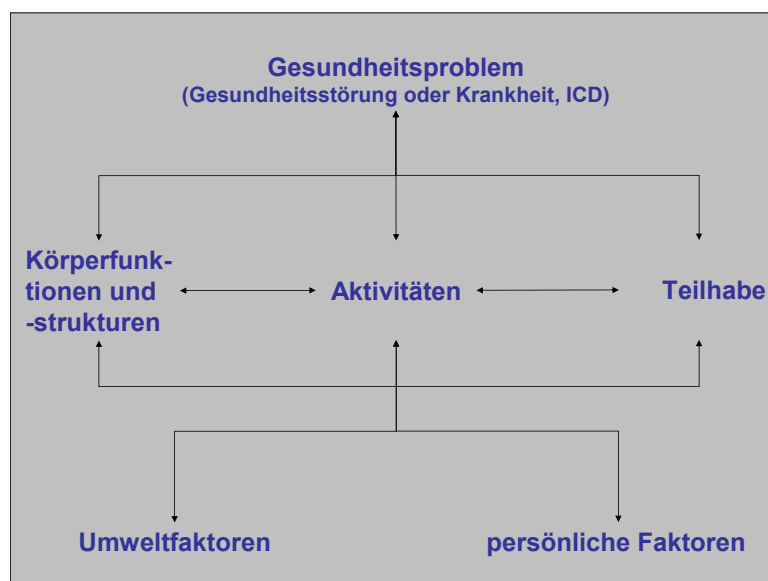
**Quelle:** Schuntermann 2003b, S. 4

Das Konzept und die Klassifikation der Kontextfaktoren dienen der Sicherung der Eingliederung und der Wiedereingliederung. Partizipationshemmende Kontextfaktoren, die z. B. zur Entstehung von Schäden oder Leistungsstörungen beitragen, können gezielt angegangen werden. Partizipationsstützende Kontextfaktoren können sowohl auf der **Makroebene**, z. B. in der Architektur oder der Infrastruktur, als auch auf der **Individualebene** Berücksichtigung finden und in die allgemeine Gesundheitsbildung einfließen (Schuntermann 1997).

Die Zusammenhänge der einzelnen Konzepte bzw. Komponenten der Gesundheit werden in der Abbildung 6 des bio-psycho-sozialen Modells, auf dem die ICF basiert, deutlich. In diesem komplexen Interdependenzmodell wird eine allgemeine und abstrakte Wechselwirkung durch die Doppelpfeile veranschaulicht (Schuntermann 2003b). Mit dem Modell „wird die rein

medizinische Betrachtungsweise (funktionale Aspekte des menschlichen Organismus) verlassen und der Blick auf das Individuum als handelndes Subjekt sowie auf das Individuum in seiner Daseinsentfaltung in Gesellschaft und Umwelt gerichtet“ (Schuntermann 2003b, S. 10).

**Abb. 6: Bio-psycho-soziales Modell der ICF**



Quelle: Schuntermann 2003a, S. 7

### 2.2.3.3 Anwendung und Grenzen der ICF

Die Anwendung der ICF ist auf unterschiedlichen Ebenen möglich. Einerseits dient das »Modell der bio-psycho-sozialen Komponenten der Gesundheit« der Verdeutlichung von Gesamtzusammenhängen. Andererseits findet die ICF auf der Praxisebene ihre Anwendung entweder als informeller Leitfaden (über die mögliche Verschlüsselung) oder als Dokumentationssystem (Schuntermann 2003b). Die Sichtweise der ICF ist ressourcen- und defizitorientiert, was sie für die Rehabilitation so bedeutsam macht. Die ICF ermöglicht die Beschreibung der funktionalen Gesundheit einer Person durch:

1. „das positive und negative Funktions- bzw. Strukturbild des Organismus,
2. das positive und negative Aktivitätsbild im Sinne von Leistung im gegenwärtigen Kontext oder Leistungsfähigkeit unter Test- oder Standardbedingungen sowie
3. das positive und negative Teilhabebild an Lebensbereichen (z. B. bezüglich Erwerbsleben, Erziehung/ Bildung, Selbstversorgung, usw.)

einer Person vor dem Hintergrund möglicher Förderfaktoren und Barrieren standardisiert zu dokumentieren“ (Schuntermann 2003c, S. 55).

Die Grenzen und Schwierigkeiten der ICF liegen insbesondere im Anwendungsbereich. Die nicht einfache Verschlüsselung erfordert vor ihrer Handhabung dringend eine Schulung der Anwender, wie auch von der WHO (2001) empfohlen. In diesem Rahmen muss deutlich werden, dass eine Klassifikation durch die ICF nicht der Bestimmung funktionaler Diagnosen dient, sondern lediglich funktionale Befunde und Symptome aufgezeigt werden. Sie ermöglicht zudem die Beschreibung des positiven und negativen Funktions- und Strukturbildes, Aktivitätsbildes und Teilhabebildes, einschließlich der relevanten Umweltfaktoren. Die Abgrenzung zwischen Aktivitäts- und Teilhabe-Konzepten und die Entscheidung, welches der Konzepte wann anzuwenden ist, erweist sich in der Praxis vielfach noch als Problem (Schuntermann 2003b).

Die ICF selber ist kein Assessmentinstrument und deren Entwicklung steht noch aus. Da auch international dieser Prozess noch nicht fortgeschritten ist, stellt die Entstehung von entsprechenden Verfahren für die Konstrukte Aktivitätseinschränkungen und Partizipationsstörungen eine prioritäre Aufgabe dar (Leistner 2001; Schuntermann 2003b). Die Entwicklung von Assessmentinstrumenten zur ICF plant die WHO für drei verschiedene Verwendungszwecke: 1. als „Kurzversionen für screening und case-finding“, 2. als „Versionen für den täglichen klinischen Gebrauch“ und 3. als „ausführliche Versionen für Forschungszwecke“ (Leistner 2001, S. I/34). Für die Forschung ist darüber hinaus von Bedeutung, die Schwierigkeiten bei der Operationalisierung der Konzepte der Aktivitäten und der Teilhabe zu überwinden (Schuntermann 2003b).

#### **2.2.4 Bedeutung der WHO-Klassifikation für die Rehabilitation**

Die Einführung der ICDH bzw. der ICF hat maßgeblich zur Entwicklung der Rehabilitation beigetragen, nachdem sie durch das Fehlen eines adäquaten umfassenden Krankheitsmodells lange gehemmt war. Sie stellt aus Sicht der rehabilitativen Medizin ein geeignetes konzeptionelles Bezugssystem des »Disablement process« dar (Leistner 2001). So basieren alle modernen Definitionen zur Rehabilitation auf der ICF bzw. ICDH, und sie hat die deutsche Sozialgesetzgebung (SGB IX) nachdrücklich beeinflusst. Für den gesamten Rehabilitationsprozess, „bei der Feststellung des Reha-Bedarfs, bei der funktionalen Diagnostik, dem Reha-Management, der Interventionsplanung und der Evaluation rehabilitativer Maßnahmen“, ist sie anwendbar (Schuntermann 2003b, S. 9).

Während für die ICF noch keine Assessmentinstrumente vorliegen, basieren auf den Konzepten der ICDH-1 bereits zahlreiche Instrumente für die Rehabilitation und sozialmedizinische Begutachtung (Schuntermann 1997).

Verschiedene Rehabilitationsträger oder Organisationen in Deutschland haben die Bedeutung der Internationalen Klassifikation schon in ihrer ersten Version (ICDH-1) erkannt. Eingang gefunden bzw. Berücksichtigung fand sie:

- in der ärztlichen Weiterbildungsordnung für die Zusatzbezeichnungen »Rehabilitationswesen« und »Sozialmedizin«,
- im »Leitfaden für Ärzte« der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR 1994),
- im Qualitätssicherungsprogramm der Rehabilitation der Rentenversicherung (VDR 1991),
- im Vorschlag der Rehabilitations-Kommission der Rentenversicherung zum Begriff und Gegenstandsbereich der Rehabilitationswissenschaften in Deutschland (VDR 1991),
- in der »Gemeinsamen Rahmenempfehlung für ambulante und stationäre Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen« auf der Grundlage des § 111a SGBV vom 12.05.1999,
- in den Begutachtungs-Richtlinien »Vorsorge und Rehabilitation« der MDK-Gemeinschaft (Leistner 2001; Schuntermann 1997).

In Zukunft können auf der Basis der ICF „epidemiologische Untersuchungen zur funktionalen Gesundheit in der Bevölkerung einschließlich der Förderfaktoren und Barrieren [...]“ (Schuntermann 2003b, S. 9) durchgeführt werden und in die Entwicklung allgemeiner sowie spezifischer Präventionsprogramme für die funktionale Gesundheit einfließen.

Insbesondere in der **orthopädischen Rehabilitation**, in der neben der Schmerzbekämpfung Verbesserungen in Art und Umfang von Behinderungen zum Maß aller subjektiven und objektiven Behandlungs- bzw. Betreuungserfolge werden, bedarf es zur Registrierung der Veränderungen eines „stichhaltigen, in sich schlüssigen und luziden Klassifizierungsschemas“ (Leistner/ Raspe 1995, S. 161) wie das der ICDH bzw. ICF. Probleme, wie Zuständigkeitsdiskussionen im Betreuungsprozess von Rheumatikern sowie Kommunikationsschwierigkeiten zwischen den verschiedenen Verantwortungsträgern im System, können durch einheitliche Verwendung der ICDH minimiert werden. So kann z. B. die Effizienz des Betreuungssystems zum Nutzen des Rheumatikers langfristig verbessert werden (Leistner/ Raspe 1995).

Die Rehabilitation hat insbesondere in der **geriatrischen Versorgung** einen hohen Stellenwert. So sind die Beschäftigung mit und die Anwendung der ICF auch für den Geriater von Bedeutung, d. h., eine geriatrische Rehabilitation ohne Anwendung der ICF ist nicht mehr



denkbar (Leistner 2001). Demzufolge fand diese in der Hamburger Erklärung<sup>1</sup> (2002) wie folgt Erwähnung: „Die International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) der WHO ist in ihrer Grundstruktur geeignet, als konzeptioneller Rahmen für eine ganzheitliche Beschreibung des Gesundheitszustandes im Alter zu dienen, insbesondere zur Erfassung von Aktivitätseinschränkungen und Partizipationsstörungen im Hinblick auf die Alltagskompetenz“ (Leistner et al. 2002 S. 50). Darüber hinaus dient die ICF als Instrument der Zugangssteuerung zur geriatrischen Rehabilitation als Grundlage der MDK-Begutachtung und ist im ärztlichen Verlängerungsantrag für geriatrische Rehabilitationsleistungen enthalten (Leistner 2001).

In den Konzepten der Aktivitäts(störung) und der Partizipations(störung) zeigt sich explizit geriatrisch rehabilitatives Denken. Es gilt, trotz einer Schädigung und vorhandener Funktionsstörungen die Beeinträchtigung so gering wie möglich zu halten. Es müssen Krankheitsfolgen, die die Alltagskompetenz des älteren Menschen in seinem individuellen psychosozialen Kontext einschränken, und nicht nur die ICD-Diagnosen festgestellt werden. Die ICF ermöglicht eine genaue Beschreibung des Patienten und führt somit zu einem besseren Verständnis der Situation des Patienten (Meier-Baumgartner 1995; Leistner 2001).

Die Klassifikation ist nützlich für die Feststellung des Bedarfs an Hilfeleistungen, einschließlich der notwendigen institutionellen Betreuung. Trotz der großen Bedeutung der ICF „als Modell zur Erfassung von Krankheitsauswirkungen“ (Leistner 2001, S. 1/34) steht ihre Anwendung in der Geriatrie noch am Anfang. Dementsprechend wird ein Mangel an Studien zur Anwendbarkeit und zum Nutzen dieses Klassifikationssystems in der geriatrischen Rehabilitation bemängelt (Leistner 2001).

Im Verteilungskampf um finanzielle Ressourcen müssen auch die geriatrischen Versorgungsleistungen transparent werden und geriatrische Kliniken ihre Effektivität und Effizienz nachweisen. Es ist ein zentraler Ansatz geriatrischer Arbeit, die Qualität des Rehabilitationsprozesses in einer Beziehung zwischen der Anzahl von Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen zu sehen. In diesem Zusammenhang ist die ICF ein Instrument, um Vergleichbarkeit zu Versorgungsleistungen in anderen Sektoren herzustellen und um die Anforderungen an eine systematische und quantitative Evaluation zu erfüllen (Meier-Baumgartner 1995; Leistner 2001).

---

<sup>1</sup> In der Hamburger Erklärung handelt es sich um Thesen zu spezifischen Problemen und Anforderungen in der Versorgung Älterer, die aus Erkenntnissen eines Workshops zum Thema „Versorgungspolitische Aspekte der Geriatrie“ im November 2000 entstanden. Veranstalter war der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V., der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und der Bundesarbeitsgemeinschaft der klinisch-geriatrischen Einrichtungen e. V., unterstützt durch Vertreter der geriatrischen Praxis und Forschung, Sozialmediziner des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, Vertreter der Krankenkassen, der Bundesministerien für Arbeit und Sozialordnung sowie Familie, Senioren, Frauen und Jugend, der Sozialministerien der Länder, der Kassenärztlichen Vereinigung und Ärztekammern sowie des Krankenpflegebereiches (Leistner et al. 2002).

Bedenken bestehen hinsichtlich der Tatsache, dass in der geriatrischen Rehabilitation insbesondere multimorbide Patienten mit einer Vielzahl von Schädigungen, Aktivitätseinschränkungen und Partizipationsstörungen behandelt werden, bei denen die Umsetzung nach Kriterien der ICF sehr aufwändig und daher nicht praktikabel erscheinen. Leistner (2001) schlägt in diesem Zusammenhang vor, die ICF flexibel anzuwenden, z. B. Kurzversionen zu entwickeln und diese der ausführlichen Fassung vorzuziehen. Ebenso ist eine Erfassung der Krankheitsauswirkungen nach sozialmedizinischer Relevanz möglich, ohne den Anspruch auf Vollständigkeit zu verfolgen. „Vieles spricht dafür, dass der Gewinn an Transparenz und Aussagekraft durch Einsatz von ICDH den nicht vermeidbaren Mehraufwand der Dokumentation bzw. Codierung überkompensiert“ (Leistner 2001, S. I/35).

Die Aufgaben zukünftiger geriatrischer Versorgungsforschung unter Anwendung der ICF-Klassifikation sind:

- die Schaffung eines theoretisch-konzeptionellen Verlaufs für die Bedarfsplanung in der Geriatrie,
- die Klärung der Inhalte der Begriffe »Rehabilitationsfähigkeit«, »positive Rehabilitationsprognose« und »realistisches Rehabilitationsziel«,
- die Anpassung vorhandener geriatrischer Reha-Assessments, um die international geforderte Passfähigkeit zur ICF herzustellen

(Leistner et al. 2001, 2002).

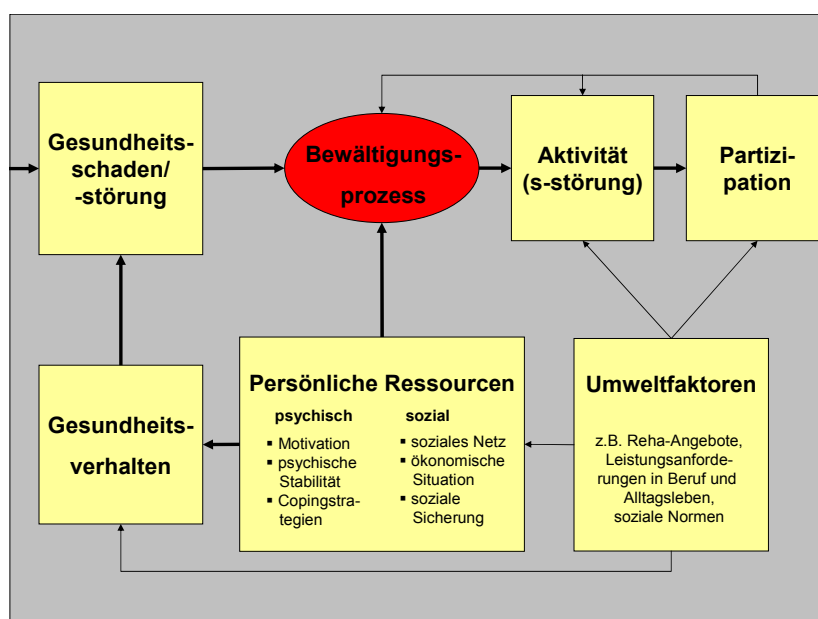
### **2.3 Theoriemodell der Rehabilitation nach Gerdes & Weis**

Ausgehend von der Tatsache, dass die ICDH/ ICF, ungeachtet ihrer Bedeutung, keine Rehabilitationstheorie darstellt, entstand aus den Diskussionen einer Arbeitsgruppe im Hochrhein-Institut (1998), an der namentlich N. Gerdes, Ch. Zwingmann, B. Bührlen, W. H. Jäckel, R. Stier und E. Zwingmann beteiligt waren, das „Theoriemodell der Rehabilitation“. Im Jahr 2000 wurde dieses von Gerdes & Weis veröffentlicht und stellt bis heute die einzige dokumentierte Rehabilitationstheorie dar.

Das Modell wurde mit der Intention entwickelt, „diejenigen Aspekte, die für die Rehabilitation spezifisch sind und in denen sie sich von anderen Bereichen des gesundheitlichen Versorgungssystems unterscheidet, aus dem Gegenstand der Rehabilitation abzuleiten“ (Gerdes/ Weis 2000, S. 42). Es sollte ein theoretisches Modell entstehen, „das den verschiedenen Disziplinen und Professionen innerhalb des Rehabilitationssystems ihre jeweils spezifischen Aufgaben zuweist und einen gemeinsamen übergeordneten Bezugsrahmen für eine professionsübergreifende Kommunikation und Kooperation bereitstellt“ (Gerdes/ Weis 2000, S. 42) [vgl. Abbildung 7]. Das heißt, es handelt sich hierbei um ein aus der Praxis für die Praxis

entwickeltes Modell. Es stellt allen am Rehabilitationsprozess Beteiligten eine gemeinsame Sprache zur Verfügung. Im Modell wird deutlich, auf welche Weise jeder Akteur zum Erreichen eines übergeordneten Ziels beiträgt. Das von Gerdes & Weis vorgelegte Theoriemodell beschreibt deutlicher den Zusammenhang der Dimensionen untereinander und die Möglichkeit einer zielgerichteten Einwirkung als die der Theorie zugrunde liegende ICDH-2.

**Abb. 7: Theoriemodell der Rehabilitation**



Quelle: Gerdes/ Weis 2000, S. 48

Wie im WHO-Schema ist die Verbesserung der **Partizipation**, d. h. die Teilnahme am normalen Leben in Familie, Beruf und Gesellschaft, die Zieldimension, und schreibt der Rehabilitation damit eine soziale Zielsetzung zu. Alle anderen Faktoren bilden die Ausgangsbedingungen oder zeigen Zielerreichungsstrategien auf (Gerdes/ Weis 2000).

Mit der Dimension des **»Gesundheitsschadens«** als Ausgangspunkt des Modells, wird die Rehabilitation trotz sozialer Zielsetzung als Teil des gesundheitlichen Versorgungssystems definiert und gibt damit zugleich der Medizin eine wesentliche Funktion im Rehabilitationsprozess. Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten der Medizin bilden die Grundlage der Rehabilitationsmaßnahmen und orientieren sich zunächst an den Gesundheitssstörungen. Es erscheint sinnvoll, die Problemlösungen zunächst auf der Ebene des Gesundheitsschadens selbst zu suchen, denn durch das Aufheben oder Abmildern der Impairments können sich direkt daraus resultierende Aktivitäts- und Partizipationsstörungen auflösen oder verrin-

gern. Mit der Festlegung, den Gesundheitsschaden als Anlass für eine Rehabilitation zu nehmen, werden zugleich andere an Rehabilitation interessierte gesellschaftliche Gruppen ausgeschlossen. Einerseits wird die Nutzung durch „gesunde“ Gesellschaftsmitglieder unterbunden und damit dem Missbrauch von Rehabilitationsleistungen vorgebeugt. Andererseits wird der Zugang zum Rehabilitationssystem von Gesellschaftsgruppen mit nicht-gesundheitsbedingter eingeschränkter Partizipation, wie z. B. Arme, Obdachlose, Ausländer, Arbeitslose, verhindert; sie werden an andere Integrationshilfen verwiesen. Die Zielgruppen für die Angebote der Rehabilitation werden also über das Vorhandensein von Impairments definiert. Das heißt, „der Prototyp des Rehabilitanden ist damit eine Person, die aufgrund persönlicher Anstrengungen eine normale Partizipation erreicht hatte und dann wegen Krankheiten und ihrer Folgen unverschuldet in eine Situation geraten ist, in der die Partizipation gefährdet oder eingeschränkt ist“ (Gerdes/ Weis 2000, S. 49).

Partizipationsstörungen, die aus Gesundheitsschäden und ihren Folgen resultieren, werden durch **»Störungen der Aktivität«** bedingt. Die ICDH-2 beschreibt differenziert diese Aktivitäten (sensorische, kognitive, interpersonelle und kommunikative Aktivitäten, Mobilität und Lokomotion, Aktivitäten zur Selbstversorgung und Haushaltsführung sowie den Einsatz von Heil- und Hilfsmitteln) und bietet gezielte therapeutische Ansatzpunkte. Die Aktivitätsstörungen stehen damit im Mittelpunkt der rehabilitativen Interventionen. Beispielsweise können physio- und bewegungstherapeutische Maßnahmen die Bewegungsfähigkeit wiederherstellen. Partizipationshindernisse, die durch solche Aktivitätsstörungen bedingt sind, werden abgebaut und die Partizipation entsprechend verbessert (Gerdes/ Weis 2000).

Jedoch führt die Beseitigung von Aktivitätsstörungen nicht immer zu einer ausreichenden Alltagskompetenz und zur Partizipation am normalen Leben in Familie, Beruf und Gesellschaft. Die Beeinflussung der Aktivität und Partizipation durch den Gesundheitsschaden ist im Bewusstsein einer jeden betroffenen Person und muss ihren persönlichen Möglichkeiten entsprechend verarbeitet werden. Das heißt, die direkten Zusammenhänge zwischen Aktivität und Partizipation sind nicht zwingend, sondern auch davon abhängig, wie die Betroffenen selbst auf ihre durch Krankheit und Krankheitsfolgen beeinflusste Lebenssituation reagieren. Daher wurde im Theoriemodell der so genannte **»Bewältigungsprozess«** als zusätzliche Dimension eingeführt und nimmt eine zentrale Rolle im Rehabilitationsgeschehen ein. Der Ausgang des Bewältigungsprozesses reguliert die Auswirkungen, die bestimmte Gesundheitsschäden auf Aktivität und damit auch auf Partizipation haben. Zugleich kommt in der zentralen Stellung des Bewältigungsprozesses zum Ausdruck, dass in der Rehabilitation die Rehabilitanden die primären Akteure sind. Mit ihrem Bewusstsein, ihren Gefühlen und ihrer subjektiven Wahrnehmung der Situation müssen sich die Professionellen auseinandersetzen, um positiv Einfluss nehmen zu können (ebd.).

Für den Bewältigungsprozess sind wiederum die **»persönlichen Ressourcen«**, die in **psychische und soziale Ressourcen** unterteilt werden, von essenzieller Bedeutung. Die psychosozialen Faktoren nehmen Einfluss auf die Art und das Ergebnis der individuellen Bewältigungsprozesse. Gerdes & Weis weisen ihnen daher eine wesentliche Rolle zu, während sie in der ICDH-2 nicht diese Bedeutung haben. Die Berücksichtigung psychosozialer Faktoren im Rehabilitationsprozess wird damit zur Notwendigkeit. Diagnostische und therapeutische Interventionen zur Bearbeitung psychosozialer Probleme sind Bedingung für eine erfolgreiche Rehabilitation und nicht etwa verzichtbare Extraleistungen. Nach Meinung der Verfasser ist auch bei der Diagnose einer augenscheinlich somatischen Erkrankung ausreichend Unterstützungsbedarf in diesen Bereichen vorzuhalten, anzubieten und bei Bedarf zur Problemlösung im psychosozialen Bereich einzusetzen. Dabei ist auch die persönliche Betreuung durch Ärzte und Therapeuten, basierend auf vielfältigen sozialen Erfahrungen mit Mitpatienten, bedeutsam (ebd.).

Neu nimmt das Theoriemodell die Dimension des **»Gesundheitsverhaltens«** auf, das im engen Zusammenhang mit den persönlichen Faktoren des Bewältigungsprozesses steht. Es ist einer der wenigen Ansatzpunkte, an dem chronische Krankheiten und ihre Progredienz überhaupt direkt beeinflusst werden können und darf daher vor allem bei langfristigen Verläufen eines Rehabilitationsprozesses und damit in einer theoretischen Systematik nicht fehlen (ebd.).

Externe Rahmenbedingungen für den Rehabilitationsprozess bilden die **»Umweltfaktoren«**. Sie können diesen behindern oder unterstützen und sind vom Rehabilitanden selber in der Regel nicht beeinflussbar. „Oft bilden solche Umweltfaktoren die limitierende Grenze für einen Rehabilitationsprozess, und zwar vor allem, wenn es darum geht, wiedergewonnene Aktivitäten in tatsächliche Partizipation umzusetzen“ (Gerdes/ Weis 2000, S. 51). Beispielhaft lassen sich die eingeschränkten Bedingungen des Arbeitsmarktes anführen, der nicht für jeden Berufsrückkehrer einen angemessenen Arbeitsplatz bereithält. Positiven Einfluss nehmen hingegen behinderungsgerechte Verkehrsmittel, Wohnungen und öffentliche Einrichtungen. „Sowohl ‚Aktivität‘ als auch ‚Partizipation‘ stellen sich so dar als Gleichgewicht zwischen Leistungsfähigkeit einerseits und Leistungsanforderungen andererseits, und dieses Gleichgewicht ist prinzipiell dadurch herstellbar, dass entweder die Leistungsfähigkeit der Betroffenen durch Training, Motivation etc. erhöht wird, oder dass die externen Leistungsanforderungen durch Hilfsmittel bzw. verringerte Anforderungen gesenkt werden“ (Gerdes/ Weis 2000, S. 52).

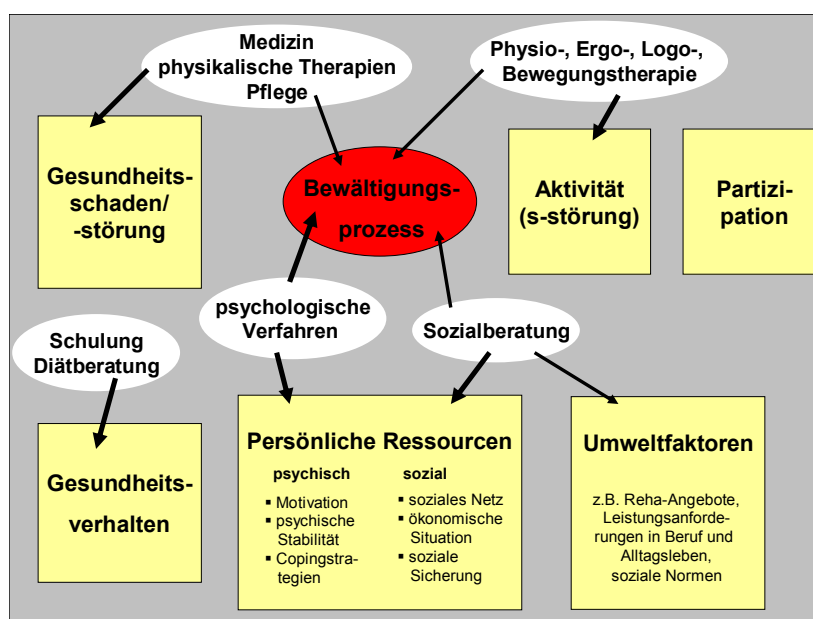
Die Umweltfaktoren nehmen aber auch auf die anderen Dimensionen des Rehabilitationsprozesses Einfluss. So haben die gesellschaftliche Wertung, das soziale »Image« von Erkrankungen und gesellschaftliche Stereotype einen prägenden Einfluss auf die individuellen

Bewältigungsprozesse und damit auf die Lebenssituation und die Rehabilitationschancen der Betroffenen. Für den Kranken ist nicht ohne Bedeutung, ob seine Gesundheitsschäden (z. B. psychische Störungen oder Suchtverhalten) gesellschaftlich als Krankheit anerkannt sind oder ob die Krankheit als »selbstverschuldet« oder »schicksalhaft« bewertet wird (Gerdes/ Weis 2000).

Gesellschaftliche Einflüsse, die häufig sogar in direktem Widerspruch zu den rehabilitativen Bemühungen stehen, prägen auch das individuelle Gesundheitsverhalten. Zu nennen sind hier verbreitete Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten oder gesellschaftlich produzierter Stress durch Leistungsanforderungen etc. Weiter können gesellschaftlich anerkannte positive Verhaltensweisen, z. B. Nichtrauchen in der Öffentlichkeit, »Fitness-Welle«, gesunde Ernährung etc., auch förderlich für die Rehabilitation wirken (ebd.).

Koch & Bengel zufolge muss eine Theorie, neben einem Behinderungs- bzw. Krankheitskonzept, „Aussagen zur Diagnostik, zur Behandlung und zu den Ergebnissen, aber auch zu den organisationalen und strukturellen Rahmenbedingungen, beinhalten“ (Koch/ Bengel 2000, S. 11). Als praxisnahes Modell zeigt daher die Theorie professionsspezifische therapeutische Ansatzpunkte auf [vgl. Abbildung 8]. Interventionen setzen an allen Dimensionen an und verdeutlichen damit den umfassenden Blick der Rehabilitation.

**Abb. 8: Ansatzpunkte für therapeutisches Handeln in der Rehabilitation**



Quelle: Gerdes/ Weis 2000, S. 54

Das Modell erweist sich als geeignet bei der Festlegung von Kriterien für die Definition von Rehabilitationsbedürftigkeit. Es lassen sich Dimensionen festlegen, auf deren Ebenen Rehabilitationsziele formuliert werden können. Mit der Definition von individuellen Zielen wird zugleich das Rehabilitationsergebnis überprüfbar. In Abhängigkeit von Ergebnissen können systematisch auf allen Ebenen Empfehlungen für stabilisierende und nachsorgende Interventionen gegeben werden (Gerdes/ Weis 2000).

Systematik und Zusammenhänge des Modells lassen sich nach Gerdes & Weis zusammengefasst wie folgt beschreiben: Die spezifischen Zielgrößen der Rehabilitation – Aktivität und Partizipation – werden als abhängige Variablen gesehen, deren Ausprägung von der Ausprägung der unabhängigen Variable »Gesundheitsschaden« bestimmt wird. Der Bewältigungsprozess nimmt die Funktion einer »Mediator-Variablen« ein. Ihre Ausprägung beeinflusst den Zusammenhang zwischen Gesundheitsschaden/-störung einerseits und Aktivität und Partizipation andererseits. Der Bewältigungsprozess ist kein einmaliges Ereignis, was im Schema durch die »Feed-Back-Schleife« zwischen Aktivität bzw. Partizipation sowie dem Bewältigungsprozess angedeutet wird. Die persönlichen Ressourcen sind »intervenierende Variablen«, die erstens auf den Bewältigungsprozess und zweitens auf das Gesundheitsverhalten Einfluss nehmen. Umweltfaktoren sind mit fast allen Dimensionen des Modells verbunden und nehmen Einfluss auf sie. Quasi ist der gesamte Rehabilitationsprozess in den Kontext der Umweltfaktoren eingebettet; sie bilden den Hintergrund für den Rehabilitationsprozess (Gerdes/ Weis 2000).

Bei der systemischen Betrachtung des Modells bildet die psychiatrische Rehabilitation eine Ausnahme. Während bei somatischen Erkrankungen psychische Belastungen als »intervenierende Variablen« betrachtet werden, nehmen psychische Störungen hier die Stelle der unabhängigen Variablen auf der Ebene von Impairments ein (ebd.).

Die Systematik und die Zusammenhänge des Modells erscheinen im Hinblick auf den Prozess der medizinischen Rehabilitation von somatischen Erkrankungen nachvollziehbar und logisch. Gerdes & Weis (2000) geben Hinweise auf die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung des Modells, z. B. hinsichtlich der psychiatrischen und psychosomatischen Rehabilitation. Dies ist als Hinweis auf die Notwendigkeit einer kritischen Reflexion des Modells in Abhängigkeit der jeweiligen Zielgruppe zu werten. In der rehabilitationsspezifischen Fachliteratur finden sich keine weiteren Anhaltspunkte für die Evidenz des Modells bzw. für weiterführende Untersuchungen.

## 2.4 Zwischenfazit

Rehabilitation ist ein wichtiger, eigenständiger Versorgungsbereich, der die Folgen eines Gesundheitsschadens in den Mittelpunkt stellt. Das heißt, unabhängig von den Ursachen bemüht sich Rehabilitation um die Verbesserung und Stabilisierung eingeschränkter Fähigkeiten sowie um die Teilhabe Behinderter und chronisch Kranker am gesellschaftlichen Leben. Als Rechtsgrundlage der Rehabilitation dient im deutschen Versorgungssystem das SGB IX (2001), welches sich hinsichtlich seiner Definition von Behinderung an der Sichtweise der WHO orientiert. Abgrenzungen zur WHO ergeben sich aus der Funktion des SGB IX, eine konkrete Leistungsberechtigung ableiten zu können. Die wesentlichen dort fixierten Grundsätze sind »Reha vor Rente und vor Pflegebedürftigkeit« sowie »ambulant vor stationär«.

Der **Versorgungsbereich Rehabilitation** weist eine hohe Komplexität auf, die sich nicht nur aus unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen ergibt, sondern auch aus der Vielzahl an Rehabilitationsträgern. Grundlage ihrer differenzierten **Handlungsprinzipien** bilden im Hinblick auf Zielstellung, Aufgaben und Perspektiven eigene Rahmenkonzepte. Trotz gewisser Unterschiede lassen sich übergeordnete Ziele der Rehabilitation formulieren, wie die Wiederherstellung der Gesundheit bzw. eine Schadensbegrenzung und Stabilisierung des gegenwärtigen Zustandes bei chronisch Kranken, die Verlangsamung der Progression, die Linderung der Beschwerden sowie die Verbesserung der Leistungsfähigkeit und der Teilhabe. Für einige Leistungsträger ist damit das Ziel der (Wieder-) Eingliederung ins Erwerbsleben verbunden. Dieses vorwiegend an ökonomischen Kriterien orientierte Rehabilitationsverständnis gerät dahingehend in die Kritik, dass es wichtige hilfebedürftige Gruppen, wie die alten Menschen, zunächst nicht berücksichtigt. Daneben lässt es wichtige Rehabilitationsziele, wie die Kompensation und Adaption (z. B. Krankheitsbewältigung und Lebensstilveränderung) an einen mehr oder weniger stabilen Endzustand, außer Acht (BAR 1994).

Die Behandlung orientiert sich an den vielfältigen Zielsetzungen, welche im Idealfall in einen lebenslangen Rehabilitationsplan einfließen und dabei individuelle Ziele, die dem Paradigmenwechsel zur Patientenorientierung gerecht werden, berücksichtigt. In der Praxisrealität stehen jedoch häufig krankheitsspezifische, kurzfristige Ziele im Vordergrund, die sich aus der zugrunde liegenden Erkrankung ergeben.

Grundsätzlich verpflichtet sich Rehabilitation in den Rahmenkonzepten aufgrund einer biopsycho-sozialen Krankheitssicht einem ganzheitlichen Behandlungsansatz und orientiert sich am Normalisierungsprinzip einschließlich der Förderung von Hilfe zur Selbsthilfe. Stärken des Rehabilitationssystems sind zurzeit vor allem die interdisziplinären Arbeitsweisen, die



medizinisch-therapeutische, pflegerisch-versorgende, technisch-handwerkliche, psychosoziale und pädagogische Berufsgruppen integrieren.

Allerdings lassen sich auch Schwächen in der Umsetzung formulierter Prinzipien aufzeigen. Den Patienten in den Mittelpunkt der Bemühungen zu stellen und ihn in seinem persönlichen und sozialen Gesundheitspotenzial zu stärken, gelingt nur teilweise. So beziehen sich Klinikkonzepte häufiger primär auf zu erbringende Leistungskataloge, setzen also bei den Beschäftigten und ihren Kompetenzen an und orientieren sich an Rahmenbedingungen oder an administrativen Entscheidungen von Seiten der Kostenträger. Zu beklagen ist darüber hinaus eine im Vergleich zu krankheitsspezifischen Faktoren zu geringe Beachtung unspezifischer Faktoren wie Stress, soziale Unterstützung und Persönlichkeit (Duda et al. 1996). Daraus resultierend müssen Prozesse der Krankheitsbewältigung, der Rehabilitationsmotivation und Complianceförderung stärker Berücksichtigung finden.

Nur eine konsequente Umsetzung der Rahmenkonzepte kann m. E. sicherstellen, dass Rehabilitation integraler Bestandteil einer umfassenden Versorgung chronisch kranker Menschen ist. In diesem Zusammenhang sollte auch der integrierten Nachsorge eine hohe Bedeutung zukommen, z. B. um die Nachhaltigkeit der Rehabilitation zu sichern.

Eine umfassende Versorgung schließt eine Fortsetzung rehabilitativer Aktivitäten im Alter ein, auch wenn das Ziel der (Wieder-)Eingliederung ins Erwerbsleben an Bedeutung verliert. Die **geriatrische Rehabilitation** mit ihren eigenen **Handlungsprinzipien** stellt eine Rückführung zur größtmöglichen Selbstständigkeit und Steigerung der Kompetenz in den Vordergrund. Wesentliche Ziele sind die selbstständige und selbstverantwortliche Lebensführung sowie die Vermeidung von Behinderung, Pflegebedürftigkeit und Pflegeabhängigkeit sowie Verbesserung der Lebensqualität und Lebensaktivität. Dabei müssen Grenzen der Veränderbarkeit akzeptiert und eine gewisse Bescheidenheit unter Umständen eingeräumt werden. Wichtig erscheint eine Verknüpfung der geriatrischen Rehabilitation mit dem gesamten Betreuungsverlauf des geriatrischen Patienten, was eine frühzeitige Weichenstellung und großzügige Indikationsstellung voraussetzt.

Grundsätzliches Rehabilitationspotenzial ist vorhanden, auch wenn das häufige Vorliegen von Multimorbidität, der Rehabilitation beim älteren Menschen Grenzen aufzeigt. Aus der eingeschränkten Belastbarkeit und den besonderen physiologischen Bedingungen ergeben sich spezielle Anforderungen an die Klinik. Zu den Prinzipien der geriatrischen Rehabilitation gehört eine Verknüpfung von medizinischen, sozialen und psychologischen Maßnahmen, so verbietet sich z. B. die Anwendung von Maßnahmekatalogen, und die frühzeitige Einbeziehung von Angehörigen ist obligat. Die in der allgemeinen Rehabilitation postulierten Prinzipien eines individuellen Ansatzes und die Behandlung durch ein interdisziplinäres Team ha-

ben in diesem Bereich eine besondere Bedeutung und sind unabdingbar. Das heißt, eine geriatrisch ausgerichtete Rehabilitation ist (auch in der Orthopädie) nicht nur hilfreich, sondern für den älteren Patienten notwendig. Es ist nicht akzeptabel, wenn die »Physikalität« (Oliver 1993 zit. n. Olbricht 1998, S. 645) von Rehabilitationsmaßnahmen im Vordergrund steht. Der Versuch, schwer oder nicht erreichbare Ziele, wie das unabhängige Funktionieren auf einem möglichst hohen Niveau zu erreichen, führt dazu, dass nicht erreichte Normen Jüngerer als Misserfolg definiert werden. Die Berücksichtigung des geriatrischen Ansatzes, einschließlich des speziellen Lebensvollzuges alter Menschen, kann häufige Defizite der allgemeinen medizinischen Rehabilitation, wie die isolierte Betrachtung einzelner Problemkomponenten aus rein medizinisch-technischer Sicht ohne Wahrnehmung von Alltagsfunktionen und psychosozialen Gesichtspunkten, vermeiden.

Probleme in der geriatrischen Rehabilitation ergeben sich insbesondere aus struktureller Sicht. So scheint das auf sequenzielle Behandlung ausgerichtete medizinische System teilweise durch den Anspruch einer integrierten Versorgung überfordert. Schwerpunkte geriatrischer Rehabilitation liegen bisher im stationären Bereich. Ambulante Versorgung, z. B. im Rahmen der Nachsorge, entwickelt sich erst langsam über Modellversuche. Darüber hinaus gibt es keine bundeseinheitliche Versorgungsstruktur. Die Unterversorgung durch die begrenzte Zahl geriatrischer Kliniken führt zu steigenden Versorgungszahlen in nicht-geriatrisch ausgewiesenen Kliniken. Dies sollte m. E. die Vertreter der etablierten Fächer dazu veranlassen, Wissensbestände der Geriatrie im Sinne einer konstruktiven Zusammenarbeit zu nutzen.

Kritik an der geriatrischen Rehabilitation aus den Reihen der Rehabilitationswissenschaften besteht hinsichtlich eines teilweise fehlenden einheitlichen konzeptionellen Verständnisses (Kardorff v. 1999). Die Einbeziehung biographischer, lebensweltorientierter Perspektiven, von Aspekten der Alters- und Krankheitsbewältigung und von Fragen nach sozialer Integration, Lebensqualität und Wohlbefinden, etabliert sich auch in der geriatrischen Rehabilitation nur langsam. Im Verteilungskampf um finanzielle Ressourcen darf die geriatrische Rehabilitation nicht den Fehler begehen, sich einseitig auf Aspekte einer Wiederherstellung einzelner – kurzzeitig vor und nach der Rehabilitation gut messbarer – Funktionen zu konzentrieren, um damit zu kurz gedachten Kosten-Effizienz-Überlegungen gerecht zu werden.

Theoretische Entwicklungschancen in der geriatrischen Rehabilitation sind m. E. auch in der adäquaten Nutzung der **WHO-Klassifikation** (aktuell ICF ehemals ICIDH) zu sehen. Mit der Entwicklung der ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) durch Wood und Badly wurde erstmals den Problemen von Behinderung und chronischer Krankheit Rechnung getragen, welche sich nicht in adäquater Weise nach einer Taxonomie klassifizieren ließen, die nur auf das Konstrukt »Disease« zentriert ist (Leistner/ Raspe

1995). Im Vergleich zur ICD (International Classification of Diseases), die die Diagnose zur Verfügung stellt, lieferte die ICIDH erstmals Informationen über Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen. Dabei wurden gesundheitliche Störungen auf drei Ebenen (Gesundheitsschaden, Fähigkeitsstörung und Beeinträchtigung) konzeptualisiert.

Mit der Weiterentwicklung – über die Beta-Version (ICIDH-2) – zur International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) wurden die Probleme der Interpretierbarkeit der ICIDH als kausales Modell überwunden und gleichzeitig eine positive Begriffsveränderung vollzogen. Die Ablösung des »Behindertenbegriffs« durch den der »funktionalen Gesundheit« und die Einführung der Konzepte der Körperstrukturen und Körperfunktionen, des Aktivitätskonzeptes und des Partizipationskonzeptes stellen nicht nur eine sprachliche Verbesserung dar – auch im Sinne der Betroffenen – sondern zusätzlich eine inhaltliche Differenzierung. Die Erweiterung durch persönliche und umweltbezogene Kontextfaktoren integriert nun bedeutsame positiv (Förderfaktoren) und negativ (Barrieren) beeinflussende Aspekte der individuellen und gesellschaftlichen Umwelt.

Mit der ICF wird die rein medizinische Betrachtungsweise abgelöst. Damit richtet sich der Blick auf das Individuum sowie seine Möglichkeiten für Aktivitäten, Teilhabe und für seine Daseinsentwicklung in Gesellschaft und Umwelt. Auch wenn die ICF (ICIDH) zurzeit noch ihre Grenzen in der praktischen Anwendung hat, ist sie zur Beschreibung des positiven oder negativen Funktions-/Struktur-, Aktivitäts- und Teilhabebild in der Rehabilitation von großer Bedeutung. Mit ihr lassen sich Interventionsstrategien konzipieren und ordnen. Entwicklungsbedarf besteht noch auf der Ebene von Kurzversionen und Assessmentinstrumenten.

Die ICF (ICIDH) hat die medizinische und geriatrische Rehabilitation auf konzeptioneller Ebene, einschließlich der dazugehörigen Rahmenempfehlungen, Richtlinien, Weiterbildungsordnungen und Qualitätsprogramme, positiv beeinflusst. Aber insbesondere das geriatrisch rehabilitative Denken, welches sich nicht als zeitlich lineares Geschehen begreift, findet sich in der ICF wieder. Alle Ebenen der Gesundheit lassen sich über die ICF parallel betrachten, wobei situativ mehr die Gesundheitsstörungen oder mehr die Folgen (Schäden, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen) im Vordergrund stehen können.

Nicht nur auf der Anwendungsebene hat die ICF veränderte Denkprozesse hervorgebracht, sondern durch sie wurde auch der erste Anstoß für die Entwicklung eines theoretischen Modells gegeben. Wesentliche Dimensionen der ICIDH-2 fließen in das **Rehabilitationsmodell von Gerdes & Weis (2000)** ein. Eine Erweiterung erfolgte hinsichtlich der Dimension des Bewältigungsprozesses und des Gesundheitsverhaltens, denen die Autoren im Rehabilitationsprozess eine wesentliche Bedeutung beimessen. Auch wenn es nicht verwunderlich ist, dass innerhalb des Rehabilitationsprozesses aufgrund der Komplexität und der verschiede-

nen Rehabilitationsgebiete bisher eine Vielzahl von Einzelmodellen ihre Anwendung finden, erscheint aus rehabilitationswissenschaftlicher Sicht das Fehlen einer einheitlichen theoretischen Basis nicht akzeptabel. Leider lässt sich anhand der Literatur nicht nachvollziehen, inwieweit das von Gerdes & Weis vorgeschlagene Theoriemodell in der Praxis bisher Anerkennung gefunden hat. Darüber hinaus eröffnen sich m. E. drei wesentliche Kritikpunkte.

Problematisch ist erstens der noch ausstehende Nachweis für die Evidenz des Modells. Es fehlt an Klarheit hinsichtlich der Systematik und der Zusammenhänge des Modells. So verweisen z. B. Bullinger und Ravens-Sieberer (2000) darauf, dass Bereiche wie soziale Unterstützung, Kontrollüberzeugung und Krankheitsbewältigung je nach Rehabilitationsziel sowohl als Indikator wie auch als Prädiktor fungieren können. Gerdes & Weis sehen die Krankheitsbewältigung als »Mediator-Variable«, während Bullinger und Ravens-Sieberer sie auch als möglichen Outcome-Indikator definieren. Zur Klärung dieser offenen Fragen würden sich z. B. modellprüfende Varianzanalysen anbieten.

Zweitens stehen noch eine vertiefende Diskussion der einzelnen Theoriedimensionen und eine Analyse hinsichtlich ihrer Nähe zu gesundheitswissenschaftlichen Konzepten und Modellen aus, wie z. B. zum Konzept der Selbstwirksamkeit (Bandura 1977), zum Konstrukt des Kohärenzsinn (Antonovsky 1990), zum sozial-kognitiven Gesundheitsverhaltensmodell (Schwarzer 1992, 1997), zu Coping-Theorien (Lazarus/ Folkman 1984; Lazarus 1991, 1993), zur Volitionstheorie (Heckhausen 1987; 1989, Allmer 1990).

Als dritter Kritikpunkt ist die fehlende Modellprüfung in unterschiedlichen Kontexten und bei unterschiedlichen Zielgruppen zu nennen. Dies führt zu der grundsätzlichen Frage nach einer Übertragbarkeit des Modells auf die Rehabilitation von Patienten verschiedener Altersstufen, speziell auf die Gruppe älterer Menschen. Lässt sich die Logik des Modells auf die geriatrische Rehabilitation bzw. auf die Besonderheiten einer Maßnahme beim älteren Rehabilitanden übertragen?

Jeder der drei genannten Punkte für sich, würde m. E. die theoretische Fundierung der Rehabilitation voranbringen. Da jedoch grundsätzlich und in der Rehabilitation im Besonderen altersrelevante Forschungsdefizite bestehen, erscheint eine Vertiefung und Analyse der Theorie in Richtung gerontologischer und geriatrischer Ergebnisse sowie Theorieansätze am bedeutungsvollsten.