

5 ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION DER EMPIRISCHEN ERGEBNISSE

Nachfolgend werden die aus gerontologischer Perspektive wesentlichen Befunde zu Aktivitäts- und Gesundheitsstörungen, zu persönlichen Ressourcen und Umweltfaktoren, zu Lebensqualität sowie zu den Zielen der Rehabilitanden zusammengefasst und punktuell diskutiert. Zugrunde liegt die erste Kernfrage dieser Arbeit, die auf besondere Merkmale des geriatrischen Patienten in der Rehabilitation gerichtet ist. Mit der Beantwortung wird eine objektive Beurteilung dieses Patienten und seiner subjektiven Perspektive vorgelegt.

Durch den Zugang über die krankenkassenfinanzierte Rehabilitation gelang es, eine relativ große Patientengruppe über dem 60. Lebensjahr zu untersuchen, über die sich für das höhere Alter typische gesundheitliche und psychosoziale Problemlagen darstellen lassen. Die **Zusammensetzung der Probanden** weist im Vergleich zur bundesdeutschen Bevölkerung eine typische Geschlechterverteilung auf. Der etwas niedrigere Bildungsabschluss, insbesondere bei Männern, erklärt sich über den großen Anteil an Versicherten der ehemaligen Volkswagen BKK, der sich durch einen erhöhten Industriearbeiteranteil auszeichnet. In 70% der untersuchten Fälle wurde eine Anschlussheilbehandlung dokumentiert, der in der Regel ein belastender chirurgischer Eingriff vorausgeht. Dieser Befund entspricht der im theoretischen Teil beschriebenen Zunahme dieser Art von Rehabilitationszuweisung. Bei mehr als der Hälfte der untersuchten Patienten wurde eine postoperative Gelenkerkrankung diagnostiziert und bei einem Viertel eine Wirbelsäulenerkrankung ermittelt. Weder für die Altersgruppe der über 60-Jährigen noch für die Klientel einer orthopädischen Rehabilitationsklinik sind diese Diagnosen ungewöhnlich. Im Jahr 1999 standen arthrosebedingte Erkrankungen bei den Männern an zwölfter und bei den Frauen an fünfter Stelle aller Diagnosen der vollstationären Krankenhausaufenthalte (Arnold et al. 2002). Der stationäre Aufenthalt war in rund zwei Dritteln aller Fälle mit einem operativen Eingriff verbunden (Statistisches Bundesamt 1998).

Die vier wesentlichen Hauptdiagnosen in der untersuchten Stichprobe verteilten sich ungleich auf die verschiedenen Altersgruppen. So stellt der Oberschenkelhalsbruch einen typischen Befund für das hohe Alter dar, während Dorsopathien in den jüngeren Altersgruppen häufiger diagnostiziert werden. Deck und Kohlmann (2002) erwähnen ebenfalls einen Prävalenzabfall bei Dorsopathien im höheren Lebensalter. Es liegen allerdings lediglich empirisch unbestätigte Erklärungsansätze wie „altersassoziierte strukturelle Veränderungen an der Wirbelsäule, Verminderung von externen Beanspruchungsfaktoren, veränderte Muster und Schwellen der Symptomwahrnehmung“ vor (Deck/ Kohlmann 2002, S. 329). Ebenfalls unklar ist die Ursache für das auch in der vorliegenden Untersuchung beobachtete häufigere Auftreten von Dorsopathien bei Frauen, während bei Männern die häufigste Diagnose der Zustand nach Hüftgelenkersatz ist. Vermutet werden biologische oder konstitutionelle Merkmale, Be-

lastungsfaktoren, die bei Frauen stärker wirksam werden, eine unterschiedliche Wahrnehmung und Bewertung von Rückenschmerzsymptomen oder die Wechselwirkungen zwischen allen diesen Faktoren (Deck/ Kohlmann 2002).

Ein wesentliches Kennzeichen der vorliegenden Untersuchung ist die Berücksichtigung der **Patienteneinschätzung** wie die des **subjektiven Gesundheitszustandes**. Um die in diesem Zusammenhang ermittelten Parameter einordnen zu können, werden verfügbare Werte von Normstichproben zum Vergleich herangezogen. Im Bundesgesundheitsurvey konnte am Beispiel der Erkrankung Arthrose gezeigt werden, dass sich einzelne Krankheiten und noch deutlicher die Multimorbidität auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität respektive auf den subjektiven Gesundheitszustand auswirken (Bellach et al. 2000). Die Werte der deutschen Normstichprobe mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen über alle Altersgruppen ab dem 14. Lebensjahr werden für die körperlichen Aspekte mit einem Mittelwert von 46 und für die psychischen Aspekte von 51 angegeben (Bullinger/ Kirchberg 1998). Die bei den Probanden der vorliegenden Untersuchung berechneten Mittelwerte liegen mit 31 für die körperliche und 41 für die psychische Summenskala deutlich unter den Normwerten und damit im klinisch relevanten (10 Punkte auf einer Skala von 0-100) Bereich (Bullinger et al. 2001). Dabei ist zu berücksichtigen, dass den Ergebnissen der Bundesgesundheitsurveys zufolge das Alter einen signifikant negativen Effekt auf die subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität hat (Bellach et al. 2000). Bullinger und Kirchberg (1998) geben als altersstratifizierte Werte der deutschen Normstichprobe, mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen, für 61- bis 70-Jährige Mittelwerte von 43 auf der körperlichen Summenskala (>70 Jahre = 39) und von 53 auf der psychischen Summenskala (>70 Jahre = 52) an. Trotz Berücksichtigung des Alters liegen die 60- bis 84-Jährigen weiterhin deutlich unter diesen Normwerten (körperlich 28 bis 30; psychisch 40 bis 43) und zeigen keinen ausgeprägten negativen Alterseffekt.

Die untersuchten Probanden sind beispielhaft für die in der Rehabilitation vielfach diskutierten neuen Herausforderungen (DEGEMED 2005), die durch zunehmend versorgungsintensivere und pflegebedürftige Patienten in der Rehabilitation entstehen. Immerhin 15% der Patienten wurden als »schwer« erkrankt eingestuft; es sind häufiger Männer und Patienten ab dem 70. Lebensjahr. Die Tendenz ist deutlich: Mit dem Alter steigt die Zahl der Erkrankungen schweren und mittelschweren Grades, während die leichteren Fälle zurückgehen. Der Anteil der diagnostizierten Akutereignisse ist mit einem Anteil von 8% relativ gering. Offensichtlich steht in der orthopädischen Rehabilitation durch den hohen Anteil der AHB die Versorgung nach operativen Eingriffen im Vordergrund, denn langjährige Chronifizierung wird bei den älteren Patienten seltener diagnostiziert – obwohl bei der Grunderkrankung Arthrose davon auszugehen ist, dass eine Chronifizierung vorlag. Der höchste Anteil mit einer Chroni-

fizierung über fünf Jahre findet sich hingegen in der Gruppe der unter 60-Jährigen. Anhand der Merkmale Schweregrad, Chronifizierung und AHB lässt sich eine Annäherung an die Klientel eines Akutkrankenhauses konstatieren.

Die Befundauswertung erfolgt unter der Prämisse, differenzierte **altersspezifische Befunde** zu eruieren. Als eine Besonderheit dieser Untersuchung ist sicherlich die durchgeführte Fünf-Jahres-Aufschlüsselung der altersspezifischen Ergebnisse zu sehen, während sich in zahlreichen Statistiken unter der Rubrik »Rehabilitationsmaßnahmen« nur die Restgruppe »65 und mehr« findet (Lehr 2002, S. 35). Die Befunde im Zusammenhang mit dem höheren Alter weisen zwei gegensätzliche Ausrichtungen auf. Einerseits sprechen sie für ein deutliches Rehabilitationspotenzial im höheren Alter, andererseits weisen sie auf spezielle Einschränkungen, die durch ein hohes Alter entstehen, hin.

Zunächst einige Beispiele zum **Rehabilitationspotenzial im höheren Alter**, die bereits vorliegende Untersuchungen stützen (Meier-Baumgartner et al. 1992; Olbrich 1998). Obwohl oder vielleicht gerade weil im höheren Alter (ab 75 Jahre) schlechtere Ausgangswerte bei den Mittelwerten des Aktivitätsstatus vorliegen, werden in dieser Altersgruppe signifikant größere Verbesserungen (zwischen 90% bis 100%) erreicht. Dieser Befund könnte im Sinne, je schlechter die Ausgangssituation, umso höher das Rehabilitationspotenzial, interpretiert werden. Die differenzierte Auswertung einzelner Aktivitäten zeigt hinsichtlich körperlicher Aktivitäten, die bei einer orthopädischen Erkrankung am meisten betroffen sind, gute Verbesserungswerte. Untersuchungsergebnisse von Martin et al. (2000) bei Rehabilitanden mit einem Durchschnittsalter von 78,1 Jahren zeigen ebenfalls, dass ein hohes Alter für das Ausmaß des Rehabilitationsgewinns nahezu keine Rolle spielt. Hinsichtlich der funktionalen Variablen profitieren auch in deren Untersuchung fast alle Untersuchungsteilnehmer im Verlauf der Rehabilitation.

In der vorliegenden Untersuchung wurde herausgefiltert, dass die Muskelkraft auch noch im hohen Alter und besonders bei Frauen steigerungsfähig ist. Trotz schlechter Aufnahmewerte erreichen diese Rehabilitanden bei Entlassung das gleiche Niveau wie die anderen untersuchten Patienten. Bereits in anderen Studien konnte die gute Trainierbarkeit von Kraft und Beweglichkeit im höheren Alter empirisch nachgewiesen werden (Werle 2000). Hier scheint es sich um ein grundsätzliches Potenzial zu handeln, das im normalen Alltag ungenutzt bleibt, obwohl es bei der Bewältigung des Alltags sehr hilfreich sein kann. Denn schon regelmäßiges Krafttraining unterstützt funktionelle Fähigkeiten und reduziert auch bei gebrechlichen Menschen die Sturzinzidenz (Nikolaus 2001). Gleichzeitig konnte mit der vorliegenden Untersuchung der positive Einfluss der Muskelkraft auf die Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes nachgewiesen werden.

Positive Veränderungen durch die Rehabilitation werden nicht nur durch die behandelnden Ärzte, sondern auch von den Patienten wahrgenommen. Ihre subjektive Einschätzung der körperlichen Gesundheit am Ende der Rehabilitation ist – unabhängig von der Diagnose, gemessen an höheren Mittelwerten - besser als zu Beginn der Maßnahme. Auch drei Monate nach Rehabilitation bestärken Patienten mit der Diagnose postoperativer Zustand nach Hüftgelenkersatz diese Einschätzung. Währenddessen erleben Patienten nach einem Kniegelenkersatz die Verbesserungen nicht im häuslichen Bereich, sondern nur während der Rehabilitationsmaßnahme. Im Hinblick auf die Einschätzung der allgemeinen Lebensqualität deutet sich die positive Wahrnehmung insbesondere bei den unter 60-Jährigen und den 80- bis 84-Jährigen am Ende der Rehabilitation an.

Interessant sind die **Befunde, die auf ein höheres Alter zurückzuführen sind** und aufgrund dessen einer angemessenen Beachtung durch das Rehabilitationsteam bedürfen. Hier fällt auf, dass Aktivitäten wie »Aufgabenbewältigung«, »besondere Lebensaktivitäten« und »interpersonelle Aktivitäten« trotz schlechter Aufnahmewerte kaum eine Verbesserung zeigen. Dabei handelt es sich um Funktionen, die allgemein im Alter abnehmen können und vermutlich bei einer ausschließlich auf körperliche Mobilität ausgerichteten Rehabilitation nicht ausreichend gefördert werden. Dieses Problem tritt insbesondere in der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen auf und entspricht der anfangs formulierten Annahme: Bei einer nicht altersgemäßen Rehabilitation können Defizite hinsichtlich des Gesamtergebnisses auftreten. Bei der Analyse der positiven Veränderungen wurde in den einzelnen Aktivitäten ein altersabhängiger Anteil an Verbesserung festgestellt, der mit zunehmendem Alter anstieg. In den älteren Gruppen ab 75 Jahren und insbesondere in der Gruppe der 80- bis 84-Jährigen setzt sich diese Tendenz nicht fort. Der Anteil an Verbesserung verringert sich in dieser Altersgruppe hinsichtlich der meisten Aktivitäten. Es scheint, dass die fehlende Altersberücksichtigung, einseitige Ausrichtung auf orthopädische Probleme und die krankheitsspezifische Zielsetzung der orthopädischen Rehabilitation das durchaus vorhandene Behandlungspotenzial nicht ausschöpfen. So konnten Martin et al. vor allem im Hinblick auf einen langfristigen Zugewinn bei der Ausübung der Aktivitäten des täglichen Lebens ebenfalls eine Begünstigung jüngerer Patienten feststellen (Martin et al. 2000).

Da die Reduzierung von Schmerzen mit der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes korreliert, stellt dieser Faktor einen wichtigen Erfolgsparameter der Rehabilitation dar. Die Ziele »Schmerzen reduzieren« und »Schmerzen bewältigen« werden von allen (100%) 80- bis 84-Jährigen angestrebt, während der zustimmende Anteil hinsichtlich anderer Ziele deutlich geringer ausfällt, auch im Vergleich zu anderen Altersgruppen. Schmerzen erwiesen sich zunächst als diagnoseabhängig. – Bei Patienten mit Gelenkerkrankungen und insbesondere mit Oberschenkelhalsbruch wurden bei Aufnahme ausgeprägtere Schmerzen

festgestellt als bei Patienten mit Dorsopathien. Diese Befunde entsprechen bekannten Untersuchungen, die bei unspezifischen Rückenschmerzen einen mit dem Alter rückläufigen Trend beobachten, während für Gelenkschmerzen eine Zunahme mit steigendem Lebensalter angegeben wird (Basler 2002).

Von der Schmerzbehandlung profitierten – so zeigten die Ergebnisse – insbesondere Patienten mit Gelenkerkrankungen; sie verzeichneten einen größeren Anteil an Verbesserung, allerdings in Abhängigkeit vom Alter, zu Ungunsten der älteren Gruppen. Geringere Erfolge verzeichnete ebenfalls die älteste Gruppe der über 74-Jährigen mit Dorsopathien. Trotz uneinheitlicher empirischer Ergebnisse zur altersabhängigen Schmerzschwelle, Schmerztoleranz und Schmerzempfindung (Basler 2002) herrscht verbreitet die Annahme eines reduzierten Schmerzempfindens und einer höheren Toleranz bei älteren Menschen. Der in der eigenen Untersuchung relativ große Anteil an Patienten mit dem Wunsch nach Schmerzreduktion widerspricht zunächst grundsätzlich der These einer altersbedingten Akzeptanz von Schmerzen. Möglicherweise erfassen die hier als Fremdurteil vorgelegten Befunde nicht einmal das gesamte Ausmaß der vorhandenen Schmerzen, da die Diagnostik im hohen Alter dadurch erschwert wird, dass die Betroffenen wie auch die Behandelnden Schmerzen als schicksalhaft akzeptieren. Wird diese altersspezifische Besonderheit der Schmerzdiagnostik nicht berücksichtigt, muss von einem »underreporting« tatsächlich vorhandener Schmerzen ausgegangen werden (Basler 2002, S. 37).

Eine weitere für das Alter typische Problemlage resultiert, den vorliegenden Befunden zufolge, aus der Wohnsituation. Fast die Hälfte der Rehabilitanden beklagte Bewegungseinschränkungen und ein Fünftel Mobilitätsprobleme. Diese Ergebnisse sind u. a. von Interesse, da ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Wohnproblemen und körperlichen Aspekten der Lebensqualität sowie der allgemeinen Lebensqualität und ein etwas schwächerer Zusammenhang zu psychischen Aspekten der Lebensqualität nachgewiesen wird. Dieser trat in den höheren Altersgruppen (65- bis 74-Jährige und über 74-Jährige) häufiger auf. In der differenzierten Auswertung nach Altersklassen machen insbesondere 70- bis 74-Jährige vermehrt negative Angaben zur Wohnsituation. Möglicherweise verstärken Wohnprobleme bei den 70- bis 79-Jährigen die offensichtlich bewusst werdenden zunehmenden körperlichen Einschränkungen. So beziehen sich die Ziele dieser Gruppe insbesondere auf den Wunsch nach einem aktiven Leben und der Verminderung krankheitsbedingter Einschränkungen.

Des Weiteren fällt im Zusammenhang mit der Wohnsituation auf, dass am Ende der Rehabilitation das Sicherheitsempfinden mit zunehmendem Alter signifikant geringer ausfällt und sich dieser Befund drei Monate nach Ende der Rehabilitation bestätigt. Dieses Ergebnis spricht für die Notwendigkeit einer objektiven Bewertung der Wohnsituation.

Der Klärung bedarf der in allen Altersgruppen auftretende Rückgang des Anteils an Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität drei Monate nach der Rehabilitation. Mit Zunahme des Alters nahm der Anteil an Verbesserung ab und der der Verschlechterung stieg an, so dass ab dem 75. Lebensjahr mehr Verschlechterung als Verbesserung nachgewiesen wurde. Eine Erklärung dieser Tendenz über die soziale Situation der Rehabilitanden ist zunächst nahe liegend, aber nicht haltbar. Zwar wurde ein signifikanter mittlerer Zusammenhang zwischen sozialer Situation und allgemeiner Lebensqualität nachgewiesen, es zeigte sich jedoch gerade in den älteren Gruppen ein höherer Anteil an vorhandener sozialer Unterstützung.

Die Befunde zur sozialen Situation stellen die Altersgruppe der **unter 60-Jährigen als weitere kritisch zu reflektierende Altersgruppe** in den Vordergrund. Während alle älteren Patienten in über 90% der Fälle angeben, soziale Unterstützung zu erhalten und einen Gesprächspartner zu haben, beklagen fast 20% der unter 60-Jährigen fehlende Unterstützung und 25% den fehlenden Gesprächspartner. Dies ist umso erstaunlicher, da 95% dieser Altersgruppe einen Ehepartner haben, während z. B. bei den 80- bis 84-Jährigen bereits 55% verwitwet sind. Finanzielle Sorgen belasten gut ein Fünftel der Probanden, wobei dieses Problem bei den unter 60-Jährigen bereits in fast 50% der Fälle bestand. Dies könnte u. a. aus einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit oder noch nicht vorhandenen Rentenberechtigung resultieren. Sorgen um ein Familienmitglied geben sogar fast zwei Drittel dieser Altersgruppe an, während das Problem in den älteren Gruppen in ca. einem Drittel der Fälle auftritt. Die hier deutlich werdenden Differenzen machen eine genaue individuelle Analyse des sozialen Umfeldes und der Belastungen notwendig.

Die differenzierte Auswertung der Altersklasse der unter 60-Jährigen ergibt weitere Auffälligkeiten. In dieser Gruppe errechnete sich in fast allen Aktivitätsparametern am Ende der Rehabilitation der geringste Anteil an Verbesserung. Die geringere Steigerung erklärt sich zunächst durch bessere Ausgangswerte. Sie lässt jedoch unberücksichtigt, dass der ermittelte Endbefund aus Sicht der Patienten nicht in dem erwünschten Maße dem angestrebten Rehabilitationsziel entspricht. Über alle Ziele betrachtet erreichen sie zu den Zeitpunkten T2 und T3 signifikant seltener ihre Ziele. Der Gruppe der 65- bis 74-Jährigen dagegen gelang dies am Ende der Rehabilitation, wie auch der Gruppe der über 74-Jährigen drei Monate nach der Rehabilitation, häufiger. Noch deutlicher wird dieses Ergebnis bei der Auswertung einzelner Ziele am Ende der Maßnahme, insbesondere drei Monate nach der Rehabilitation. Der Anteil derjenigen, die ein Ziel nicht erreichten, liegt in der jüngsten Gruppe teilweise um das 3- bis 4-fache höher als in den älteren Gruppen. Dieses Ergebnis ist besonders unbefriedigend, da die unter 60-Jährigen häufiger als alle anderen Altersgruppen den vorgelegten Zielformulierungen zustimmten. Für immerhin 90% dieser Gruppe war zu Beginn der Rehabi-

litation das Ziel wünschenswert, ein aktiveres Leben führen zu können, alle unter 60-Jährigen verfolgten das Ziel, körperlich fit für den Alltag zu werden.

Befunde zur subjektiven Gesundheitseinschätzung richten erneut die Aufmerksamkeit auf die unter 60-Jährigen, die die schlechtesten Ausgangswerte auf der körperlichen Summenskala aufweisen. Hinsichtlich der Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes auf der psychischen Summenskala wird zwar am Ende der Rehabilitation, wie in allen Altersgruppen, ein Mittelwertanstieg ermittelt, jedoch fällt dieser in der Altersgruppe der unter 60-Jährigen im häuslichen Bereich als einziger wieder auf das Ausgangsniveau zurück. Das Argument von Martin et al. (2003), dass 51- bis 60-Jährige sowohl hohen beruflichen als auch hohen gesundheitlichen Alltagsanforderungen ausgesetzt sind, während 71- bis 80-Jährige sich ausschließlich den hohen gesundheitlichen Alltagsanforderungen widmen müssen, scheint für vorliegende Befunde ebenfalls ein zutreffender Erklärungsansatz.

Neben den altersspezifischen Ergebnissen heben sich in der vorliegenden Untersuchung deutlich **geschlechterspezifische Befunde** ab. Die herausgearbeiteten Auffälligkeiten dürfen nicht vernachlässigt werden, da sich in dem Frauenanteil der untersuchten Patientengruppe die „Weiblichkeit“ des hohen Alters widerspiegelt. Problematisch sind die in allen erhobenen Aspekten ermittelten negativeren Befunde der Frauen. Dies betrifft die medizinischen Parameter, wie schlechtere Ausgangswerte und geringerer Anteil positiver Veränderungen der Aktivitätsparameter. Befunde wie die schlechter werdende funktionelle Kapazität älter werdender Frauen wurden bereits in der Berliner Altersstudie beobachtet (Baltes et al. 1996). Denkbar ist ein Zusammenhang zwischen den in der vorliegenden Untersuchung eingeschränkten Aktivitätsparametern und dem ebenfalls angegebenen signifikant schlechteren Sicherheitsempfinden der Frauen zum Zeitpunkt T3.

Darüber hinaus zeigen alle Befunde zum familiären Kontext eine Benachteiligung von Frauen in ihrer sozialen Situation. Die signifikant höhere Unzufriedenheit mit der Unterstützung kann als Hinweis darauf gesehen werden, dass bei eigener labiler Gesundheit und Unterstützungsbedarf die Versorgung des Ehepartners einen zusätzlichen Belastungsfaktor darstellen kann (Bullinger et al. 2001). Auch Baltes et al. vermuteten in der Berliner Altersstudie, dass vor allem bei Frauen positive und negative Seiten sozialer Beziehungen zu beobachten sind, und „Frauen selbst noch im hohen Alter eher als Hilfeleistende denn als Hilfeempfangende angesehen werden“ (Baltes et al. 1996b, S. 590). Damit bleiben Geschlechterrollenerwartungen auch im höheren Alter bestehen.

Ein signifikant stärkerer Zusammenhang zwischen dem sozialen Umfeld und der allgemeinen Lebensqualität sowie der subjektiven psychischen Gesundheitseinschätzung erklärt zugleich die ebenfalls schlechteren Ergebnisse der beiden letztgenannten Parameter. So

steht die zu allen drei Zeitpunkten ermittelte geringere allgemeine Lebensqualität offensichtlich nicht im direkten Zusammenhang mit der Rehabilitation. Die Therapie hat in diesem Aspekt eher einen positiven Einfluss, da sich am Ende der Rehabilitation ein signifikant höherer Anteil an Verbesserung bei Frauen abzeichnet, und auch signifikant häufiger die direkte Frage nach der Lebensqualität bestätigt wird. Ebenso profitieren Frauen im Hinblick auf die subjektive psychische Gesundheitseinschätzung von der gerade beendeten Rehabilitation, trotz zunächst schlechterer Ausgangswerte auf der psychischen Summenskala. Die höhere allgemeine und gesundheitsbezogene Lebensqualität vor der Rehabilitation und die geringeren Therapieerfolge bei Männern wurden auch in der Studie von Deck beobachtet, waren dort aber selten signifikant (Deck 2001).

Bevölkerungsrepräsentative Studien, wie der Bundesgesundheitsurvey, verzeichnen ebenfalls Geschlechterunterschiede, die eine signifikant geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität bei gesunden Frauen ergeben (Bellach et al. 2000; Bullinger et al. 2001); ebenso die zum Vergleich herangezogene, nach Geschlecht stratifizierte, deutsche Normstichprobe mit aktuellen oder chronischen Erkrankungen (Bullinger/ Kirchberg 1998). Während die in der vorliegenden Untersuchung befragten Männer und Frauen auf der körperlichen Summenskala beide einen deutlich niedrigeren Wert erreichen als die Normstichprobe, ist dieser Befund auf der psychischen Summenskala bei den Frauen ausgeprägter als bei den Männern. Diese Ergebnisse sind bedeutsam, da der SF-36 Health Survey so konstruiert wurde, dass Geschlechterdifferenzen darin minimiert sind, weil diese als Störvariablen gelten können (Bullinger et al. 2001). Bei Verwendung anderer Instrumente würden womöglich noch ausgeprägtere geschlechterbezogene Unterschiede ermittelt.

Sofern Frauen in ihren Aktivitäten stärker beeinträchtigt sind als Männer – wie hier nachgewiesen – überrascht es nicht, wie bereits Baltes et al. (1996) feststellten, wenn sie auch subjektiv ihre Gesundheit negativer wahrnehmen. Dieser Geschlechterunterschied zeigte sich in der Berliner Altersstudie auch dann, wenn die Effekte von Alter, Wohnsituation und Familienstand kontrolliert werden (Baltes et al. 1996). Sie lassen sich also nicht ausschließlich über psychosoziale Faktoren (soziale Unterstützung, Zufriedenheit mit der Partnerschaft, Familie, Lebensereignisse und Alltagsbelastungen), wie sie Bullinger et al. (2001) anführen, erklären.

Diese Ergebnisse entlasten nicht davon, die Situation der Frauen besonders sensibel wahrnehmen zu müssen. Es bleibt der Befund, dass in der vorliegenden Untersuchung, sowohl in der Gesamtauswertung über alle Ziele als auch in der Einzelauswertung, Männer häufiger als Frauen ihr Ziel erreichen. Dies trifft erstens selbst für Ziele zu, die von Frauen häufiger angestrebt werden, zweitens ist dieser Befund am Ende und drei Monate nach der Rehabilitation zu beobachten – bei letzterem noch ausgeprägter. Es bleibt also die grundsätzliche

Frage, wie sie Benecke-Timp et al. bereits 1997 stellten, inwieweit sich die Inhalte der Rehabilitation an der Lebenswelt von Frauen oder Männern orientieren?

Die Frage nach der Berücksichtigung der Lebenswelt bezieht sich nicht ausschließlich auf geschlechtsspezifische Unterschiede. Rehabilitanden unterscheiden sich in ihrer individuellen Situation durch Art, Ausmaß und Chronizität der Erkrankung sowie hinsichtlich psychosozialer Merkmale und verfügbarer sozialer Ressourcen (Grigoleit et al. 1998; VDR 1996). In besonderem Maße trifft dies für den geriatrischen Patienten zu, was die dringende Berücksichtigung von **Prinzipien geriatrischer Rehabilitation** notwendig macht. Im Hinblick auf die anfangs formulierte Annahme einer fehlenden gerontologischen Perspektive lassen einige der ermittelten Befunde diesbezüglich Defizite vermuten.

Der erste Kritikpunkt befasst sich mit dem Aspekt der Nachhaltigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen. Dem versucht die Geriatrie durch **das Prinzip der Realisierung in Wohnortnähe unter Einbeziehung der Angehörigen** entgegenzuwirken. Der Rückgang von Rehabilitationseffekten nach 12 Monaten in den unterschiedlichen Gesundheitsbereichen scheint auch in der Rehabilitation Jüngerer kein ungewöhnlicher Befund zu sein (Deck 2001). In der vorliegenden Untersuchung zeichnen sich diese bereits nach drei Monaten ab. Der Anteil an Verbesserung der allgemeinen Lebensqualität nimmt von der Entlassung bis zum Zeitpunkt T3 bei allen Patienten ab. Dieser negative Befund bestätigt sich in der direkten Frage nach der Lebensqualität. Besonders betroffen von der fehlenden Nachhaltigkeit ist die Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen, deren subjektive körperliche Gesundheit trotz vorausgegangener Steigerung wieder abfällt.

Nicht nur die Ergebnisse der ältesten Patienten, sondern auch derer mit einer besonderen Schwere der Erkrankung unterliegen einem negativen Einfluss, wenn notwendige Ressourcen für die Nachhaltigkeit nicht mobilisiert werden. Im Gegensatz zu den leichten und mittelschweren Erkrankungen, die leichte Steigerungen über alle drei Erhebungszeitpunkte in der Bewertung der subjektiven körperlichen Gesundheit zeigen, fällt diese bei den schweren Erkrankungen wieder ab. Dies lässt sich auch bei der Beurteilung der allgemeinen Lebensqualität beobachten. Sie zeigt bei der Hälfte dieser Patientengruppe eine Verschlechterung und nur noch einen Anteil von 43% an Verbesserung (leichte Erkrankungen 55%); währenddessen erreichen direkt nach der Maßnahme 61% der Patienten eine Verbesserung. Dementsprechend bestätigen sie signifikant häufiger eine schlechtere allgemeine Lebensqualität. Schwere Erkrankungen führen darüber hinaus im Vergleich zu den Gruppen mit leichteren Erkrankungen zu einem signifikant schlechteren Sicherheitsempfinden. Dieser Mangel, der möglicherweise durch fehlende Vorbereitung auf altersspezifische Alltagssituationen entsteht, beeinträchtigt ebenfalls signifikant häufiger Patienten mit der Diagnose postoperativer Zustand nach Kniegelenkersatz und nach einem Akutereignis als deren Vergleichsgruppen.

Im Hinblick auf die allgemeine Lebensqualität sind drei Monate nach der Rehabilitation die Patienten mit einer Wirbelsäulenerkrankung mit nur noch 51% Verbesserung die »Verlierer«, während sie direkt nach der Rehabilitation mit 65% Verbesserung als »Gewinner« hervorgehen. Sie äußern dies auch signifikant häufiger als andere Patienten bei der direkten Frage nach ihrer Lebensqualität.

Die Wirkung einer Rehabilitation ist in erheblichem Umfang davon abhängig, ob das Ergebnis in einer „nicht-therapeutischen“ Umgebung unter Alltagsanforderungen positiv bewertet wird. Davon kann bei den vorliegenden Befunden nicht uneingeschränkt ausgegangen werden, wenn im Vergleich zur Befragung drei Monate zuvor im häuslichen Umfeld ein größerer Anteil feststellt, dass die Ziele der Rehabilitation nicht erreicht werden. Dabei gibt es signifikante Unterschiede, welche 65- bis 74-Jährige, Frauen und Patienten mit einer Oberschenkelhalsfraktur mehr betreffen als unter 65-Jährige, Männer und Patienten nach einem Hüftgelenkersatz.

Bereits 1991 wiesen Görres et al. darauf hin, dass „sich rein klinische Erfolgskriterien aufgrund einer im Alltag wirksam werdenden potentiellen Gefährdung des Rehabilitationspotentials durch psychosoziale Faktoren [...] relativieren können“ (Görres et al. 1991, S. 66). Seither gehört die **Berücksichtigung des individuellen sozialen Kontexts** zu den wesentlichen Prinzipien der geriatrischen Rehabilitation. Der in der vorliegenden Untersuchung nachgewiesene signifikante Zusammenhang zwischen dem sozialen Umfeld und der allgemeinen Lebensqualität sowie der subjektiven psychischen Gesundheit unterstreicht diese Notwendigkeit auch im Hinblick auf die dazu ermittelten Ergebnisse. Während die subjektive körperliche Gesundheit über alle drei Erhebungszeitpunkte einen kontinuierlichen Anstieg aufweist, wird bei der subjektiven Einschätzung des psychischen Gesundheitszustandes drei Monate nach der Rehabilitation eine Abnahme beobachtet. Dieses Phänomen lässt sich bei allen differenzierten Analysen (nach Alter, Geschlecht, Diagnose sowie Ausprägung und Dauer der Erkrankung) bis auf zwei Ausnahmen (80- bis 84-Jährigen und >5 Jahre Chronifizierung) gleichermaßen feststellen, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung. Teilweise wird sogar ein Rückfall bis auf das Ausgangsniveau festgestellt. Das heißt nicht, dass keine Verbesserungen erreicht werden. Jedoch fallen diese im Vergleich zur Erhebung während der Rehabilitation nicht mehr so stark aus. Die hier angesetzten klinikinternen Kriterien haben offensichtlich nur eine relativ kurze Reichweite (Görres et al. 1991).

Die in der vorliegenden Untersuchung ermittelten deutlichen Ergebnisdifferenzen zwischen den einzelnen Diagnosen und in Abhängigkeit von der Dauer der Erkrankung machen m. E. die Anwendung des Prinzips der **differenzierten Beurteilung eines jeden Patienten durch das geriatrische Assessment** notwendig. Auf dieser Basis erfolgen die Aufstellung eines individuellen Behandlungskonzepts und die regelmäßige Kontrolle der Durchführung und

Beurteilung des Rehabilitationserfolgs. Vielleicht können so z. B. signifikante Unterschiede hinsichtlich der Verbesserung des Aktivitätsstatus bei unterschiedlichen Diagnosen vermieden werden. So weisen Gelenkerkrankungen trotz deutlich schlechterer Mittelwerte bei Aufnahme mehr Verbesserungen auf als Dorsopathien. Patienten mit Wirbelsäulenerkrankungen erreichen signifikant seltener ihre Ziele als Patienten nach einem Hüftgelenkersatz. Insbesondere das Akutereignis stellt offensichtlich für den älteren Patienten eine große Belastung dar. Im Hinblick auf die subjektive Bewertung der körperlichen Gesundheit und der allgemeinen Lebensqualität weisen sie den höchsten Anteil an Verschlechterung und den geringsten an Verbesserung auf und bestätigen dies signifikant häufiger bei der direkt erfragten Lebensqualität.

Ein individuell erstelltes Rehabilitationskonzept, wie es die geriatrische Rehabilitation vorsieht, beinhaltet die **Mitbestimmung und aktive Mitwirkung des Rehabilitanden**, einschließlich der Abstimmung von realistischen Rehabilitationszielen. Es muss aufgrund der folgenden Befunde vermutet werden, dass eine solche Abstimmung bei den hier untersuchten Patienten nicht in ausreichendem Maße durchgeführt wurde. Die Patienten erreichten die am Anfang der Rehabilitation selbst gesetzten Ziele, wie z. B. »beschwerdefrei sein« und »körperlich fit für den Alltag werden« in der Regel nur teilweise oder selten. Diese Zielsetzungen sind aufgrund des für den Patienten so wichtigen Erhalts der Alltagskompetenz nachvollziehbar, aber u. U. schwer erreichbar. Ein zu Beginn einer jeden Behandlung abgeschlossener Therapiekontrakt, bei dem das eingeschätzte Rehabilitationspotenzial und die Wirkungsweise der einzelnen Therapieelemente verständlich vermittelt werden, kann unrealistische Erwartungen modifizieren, die objektiven Ziele des therapeutischen Teams mit den subjektiven Zielen in Einklang bringen (Faller 1999; Grigoleit et al. 1998; Nehen 1998; VDR 1996) und Rehabilitationsergebnisse eindeutiger machen.

Währenddessen werden aus therapeutischer Sicht wichtige auf Verhaltensänderung ausgerichtete Ziele in der vorliegenden Untersuchung etwas stärker abgelehnt. Es wird vermutet, dass eine eher passive Erwartungshaltung auf eine – insbesondere in dieser Altersgruppe – noch nicht deutlich gewordene Trennung der medizinischen Rehabilitation vom Kurwesen zurückzuführen ist (Deck et al. 1998; Hafen et al. 2000).

Einige der in der vorliegenden Untersuchung ermittelten Befunde sind nicht mit Hilfe bisheriger empirischer Erfahrungen und Studien interpretierbar. Erklärungsansätze für folgende, aus gerontologischer Perspektive wesentliche Ergebnisse stehen aus:

- Drei Monate nach Ende der Rehabilitation geben weniger Patienten an, ein bestimmtes Ziel verfolgt zu haben als bei der Aufnahme der Rehabilitation.

- Die subjektive Einschätzung der psychischen Gesundheit bleibt bei der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen und bei Patienten mit einer lang andauernden chronifizierten Erkrankung stabil, während sie sich bei allen anderen Gruppen drei Monate nach der Rehabilitation wieder verschlechtert.
- Auffällig ist eine positive Urteilstendenz bei der Einschätzung der Wohnsituation in den höheren Altersgruppen.

Die Interpretation dieser Befunde wird in den nachfolgenden Kapiteln auf der Basis der gerontologischen Grundlagenforschung angestrebt.