

7 AUSDIFFERENZIERUNG DES THEORIEMODELLS DER REHABILITATION

Die Diskussion zur Entwicklung eines Rehabilitationsmodells für den älteren Menschen erfolgt in vier Stufen. Auf der Basis der wesentlichen Erkenntnisse der inhaltanalytischen und empirischen Auswertung werden im ersten Entwicklungsschritt die einzelnen Dimensionen des Modells aus gerontologischer Perspektive zusammengefasst dargestellt [7.1]. Im anschließenden Schritt wird die Patientenperspektive integriert [7.2]. Auf der Grundlage der theoretischen und empirischen Erkenntnisse wird das Modell mit seinen entsprechenden Dimensionen im dritten Entwicklungsschritt [7.3] um den Focus der Interventionsgerontologie ergänzt. Das aus dieser Bearbeitung hervorgehende neue Modell muss letztendlich [7.4] auf die bestehenden und neuen Zusammenhänge überprüft werden.

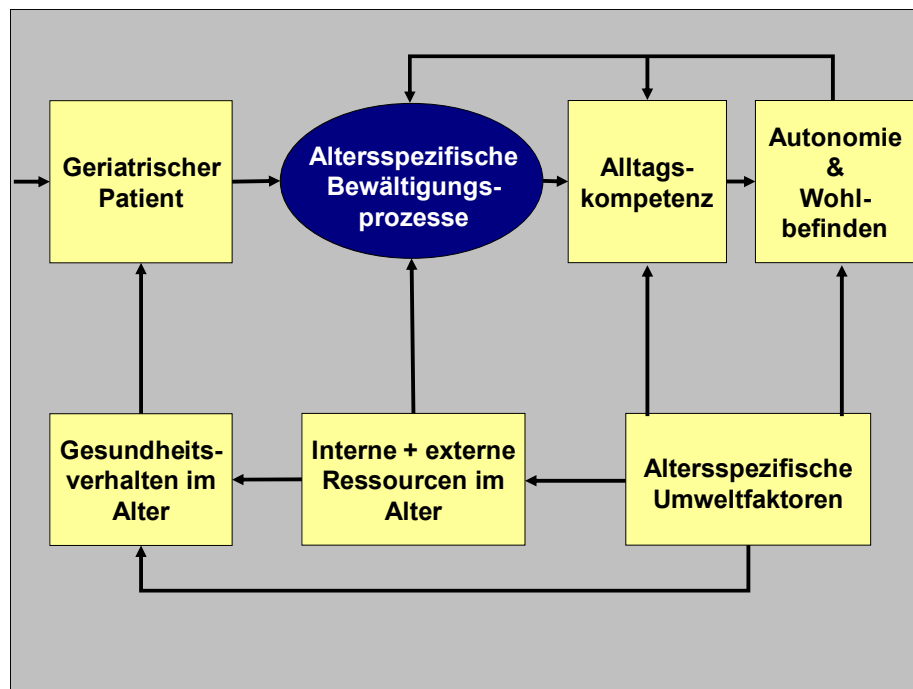
7.1 Bedeutung gerontologischer Erkenntnisse für die Rehabilitation

Grundlagenwissenschaftliche Erkenntnisse, wie sie mit Hilfe der inhaltshaltsanalytischen Auswertung aus gerontologischen Forschungsergebnissen ermittelt wurden, dienen einerseits der Fundierung von praktischen Rehabilitationsmaßnahmen am alten Menschen und andererseits verändern sie das Modell hinsichtlich seiner einzelnen Dimensionen. Die grundlagenwissenschaftliche Verknüpfung führt zur Verwendung neuer »altersspezifischer Dimensions-Bezeichnungen« und beinhaltet zugleich eine neue inhaltliche Ausrichtung der Dimensionen [vgl. Abbildung 62].

Das Modell von Gerdes & Weis (2000) nimmt seinen Ausgang in der Dimension des **Gesundheitsschadens** und gibt damit der Medizin eine wesentliche Funktion in der Rehabilitation. Diese wird durch die gerontologische Perspektive nicht in Frage gestellt, sondern durch die Notwendigkeit einer komplexen Betrachtung dieser Dimension lediglich erweitert und durch die Verwendung des Begriffs **geriatrischer Patient** verdeutlicht. Die Geriatrie steht grundsätzlich vor der schwierigen Aufgabe der Grenzziehung zwischen normalem und krankhaftem Alter, was insbesondere in der Praxis nicht selten ein schwieriges Unterfangen darstellt. Von der Abgrenzung zwischen Krankheit und altersphysiologischen Veränderungen hängt grundsätzlich die Entscheidung über die Einleitung von Versorgungsmaßnahmen ab. Dabei stehen Professionelle unter dem Einfluss gesellschaftlicher Prägung durch soziale Konventionen, Wertmaßstäbe und Normalitätsstereotype, die die Bereitschaft zur (sozialen, therapeutischen und ökonomischen) Unterstützung und die Bewertung von Veränderungen und Gesundheitsstörungen lenken können (Walter et al. 1999). Der Umgang mit dem Alter und den altersabhängigen Veränderungen wird zusätzlich durch die hohe interindividuelle Variabilität hinsichtlich des Einsetzens und der Geschwindigkeit physiologischer und pathologischer Alterungsprozesse (Kruse/ Schmitt 2002) erschwert. Der geriatrische Patient benö-

tigt eine Versorgung auf hohem Qualifikationsniveau, welche mögliche Risikofaktoren aufgrund des hohen biologischen Alters, einer unspezifischen Symptomatik, längerer Krankheitsverläufe, einer verzögerten Genesung und einer veränderten Reaktion auf Medikamente berücksichtigt. Unter Umständen erschweren komplikationsreiche Verläufe mit progredienter Mobilitätseinschränkung, Stürzen, Depression, Demenz, Mangelernährung, Inkontinenz, chronischem Schmerz, Dekubitus oder chronischen Wunden eine zusätzliche Behandlung. Den Empfehlungen zufolge obliegt diese einer geriatrischen Fachabteilung bzw. Fachklinik für Geriatrie (Steinhagen-Thiessen et al. 1992; 2003). Geriatrische Versorgung beinhaltet eine differenzielle Sichtweise, die sich nicht an Altersnormen, sondern an Altersformen orientiert (Martin et al. 2000).

Abb. 62: Theoriemodell der Rehabilitation aus gerontologischer Perspektive



Quelle: Eigene Darstellung

Charakteristisch für das Alter ist auch, dass viele dieser Krankheiten nebeneinander auftreten können, sich wechselseitig beeinflussen und miteinander interagieren (BMFSFJ 2002a; Gerok/ Brandtstädter 1992). Multimorbidität verlangt einerseits eine Rangfolgebeurteilung hinsichtlich der Notwendigkeit einer Therapie und ihrer Dringlichkeit (Lang 1999) und andererseits „eine multidisziplinäre Qualifizierung und eine verstärkte Zusammenarbeit mit verschiedenen Professionen“ (Walter et al. 1999, S. 254). Eine einseitige Sicht auf im Vordergrund stehende Erkrankungen, wie sie nach Auswertung der eigenen empirischen Ergebnisse vermutet wird, verbietet sich.

Die Dimension der **Aktivitäten**, welche in der Rehabilitationstheorie nach Gerdes & Weis gezielte therapeutische Ansatzpunkte bietet, lässt sich aus gerontologischer Sicht durch das Konzept der **Alltagskompetenz** ersetzen. Es wird zur Beschreibung der Möglichkeiten einer selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebensgestaltung des älteren Menschen herangezogen und ist von zentraler Bedeutung (BMFSFJ 2001c; Kleinemas 1994). Rehabilitative Versorgung aus dieser Perspektive beinhaltet eine Einschätzung vorhandener und potenzieller Alltagskompetenz, zur Festlegung der Versorgungsstrategie bei Aufnahme und eine Versorgungsempfehlung für den häuslichen Bereich bei Entlassung (Wahl 1998). Letztgenannte gestaltet sich beim älteren Menschen besonders schwierig, da die der Alltagsrealität entsprechende Umwelt mit ihren Chancen und Risiken implizit berücksichtigt werden muss. Die eigenen Ergebnisse der Empirie zeigen deutlich, dass Aktivitäten, die unter optimalen Bedingungen möglich sind, sich nicht automatisch in der Alltagskompetenz des häuslichen Umfeldes widerspiegeln. Die Aktivitäten eines selbstständigen Lebens sind vielfältig. Einschränkungen betreffen nicht alle Fähigkeiten und Fertigkeiten im gleichen Maße. Daher eröffnet das von Baltes et al. (1996a) vorgeschlagene Zweikomponentenmodell der Alltagskompetenz, mit seiner Unterteilung in die basale und die erweiterte Kompetenz, wichtige praktische Implikationen. Die von Gerdes & Weis für die Dimension Aktivitäten beschriebenen Therapieansätze können sich nicht nur auf eine Komponente der Alltagskompetenz konzentrieren. Wie die empirischen Ergebnisse der vorgelegten Untersuchung deutlich zeigen, ist die Förderung basaler Kompetenz (z. B. Fortbewegung) natürlich notwendig, aber nicht ausreichend. Die erweiterte Kompetenz ist eine wesentliche Voraussetzung für das subjektive Wohlbefinden, welches neben der Autonomie einen wichtigen Outcome-Parameter für die Rehabilitation darstellt.

Die Modelldimension der **persönlichen Ressourcen** wird von Gerdes & Weis in **psychische und soziale Ressourcen** unterschieden. Sie sehen diese als wichtige Einflussgröße für individuelle Bewältigungsprozesse und für das Gesundheitsverhalten. Die gerontologische Perspektive auf **verfügbare Ressourcen** älterer Menschen, **differenziert in externe und interne Ressourcen**, ist nicht konträr, jedoch umfassender. Sie beinhaltet die Gesamtheit der Mittel, die prinzipiell zur Bewältigung von Lebensaufgaben, Erreichung von Zielen oder für den Umgang mit Verlusten und Defiziten eingesetzt werden kann (Martin 2001). Auch wenn aus beiden Perspektiven „eine systemische und ressourcenorientierte Perspektive [...] in der Rehabilitation notwendig und unverzichtbar [ist]“ (Reschke/ Schumacher 2001, S. 139), stehen unterschiedliche Ressourcen im Mittelpunkt.

Im geriatrischen Rehabilitationsprozess erscheinen externe Ressourcen, insbesondere das familiäre soziale Netzwerk, von großer Bedeutung. Dagegen werden zwar die von Gerdes & Weis hervorgehobenen Motivationen und Copingstrategien des Rehabilitanden thematisiert, stehen aber nicht im Mittelpunkt. Familiären Ressourcen in Form von sozialer Unterstützung

kommt im Prozess der Rehabilitation eine Schlüsselstellung zu. Eine ausdrückliche Berücksichtigung des psychosozialen Umfeldes des älteren Menschen (Gunzelmann et al. 1999) ist unabdingbar. Hackhausen (2001) geht sogar davon aus, dass sich das strenge Zweierverhältnis Arzt/ Patient zu einem Dreierverhältnis verändert.

Als wichtige interne Ressource alter Menschen, über die junge Menschen im geringeren Maße verfügen, wird eine realistische Selbsteinschätzung diskutiert (Staudinger 1996). Auf der anderen Seite kann das Selbstkonzept, einschließlich internaler Kontrollüberzeugung und optimistischer Kompetenzerwartungen (Schröder 1997) z. B. durch die Folgen eines Akutereignisses, geschwächt sein. Damit gewinnen Interventionen des psychosozialen Bereiches gegenüber den auf funktionelle Wiederherstellung orientierten, auch im Hinblick auf eine langfristige Qualitätssicherung, an Gewicht (Görres 2000).

Eine Trennung der beiden Ressourcenbereiche erscheint aus gerontologischer Perspektive nicht angebracht, da dem »kompensatorischen Modell« entsprechend eine Ressourcenquelle durch eine andere substituiert wird. Interventionskonzepte haben sich an der Gesamtheit individuell vorhandener Stärken der älteren Person zu orientieren und sind damit effektiv und ökonomisch (Martin 2001).

Eine zentrale Rolle im Rehabilitationsgeschehen nimmt Gerdes & Weis zufolge der **Bewältigungsprozess** ein. Sein Ausgang reguliert die Auswirkungen, die bestimmte Gesundheitsschäden auf Aktivität und Partizipation haben. Entsprechend der bisher dargestellten Dimensionen sind auch beim Vergleich von **altersspezifischen Bewältigungsprozessen** zur gesundheitswissenschaftlichen Perspektive sowohl vergleichbare Aussagen als auch Besonderheiten zu finden. Gerontologische Befunde heben als wesentliches Kennzeichen die lang andauernden Bewältigungsversuche hervor (Kruse 1997) und bestätigen damit den Gedanken der wiederkehrenden Bewältigungsprozesse von Gerdes & Weis, die mit einer Feedback-Schleife im Modell angedeutet werden. Im Hinblick auf die vielfältigen Belastungen überrascht jedoch das hohe psychische Anpassungsniveau älterer Menschen, das mit dem im frühen oder mittleren Erwachsenenalter vergleichbar ist (Kruse 2002).

Görres (2000) zufolge sind zu bewältigende Belastungen im Rahmen der Rehabilitation älterer Menschen z. B.: notwendige Veränderung der Lebensgewohnheiten, Verlust der Unabhängigkeit, kaum sichtbare Fortschritte, Einbußen bzw. Verlust von Kompetenz, Angst, anderen Menschen zur Last zu fallen, Bewusstsein über unvermeidbare Mehrbelastung für das soziale Umfeld, Verlust von Selbstvertrauen in die eigene Kompetenz.

Dabei erscheint es notwendig, sowohl die wahrgenommene Situation als auch den realen Problemraum einer Belastung zu analysieren (Tesch-Römer 1997) und den Kern der Bewältigungsversuche zu charakterisieren (Kruse 1997). Nur die differenzierte Analyse und Beschreibung kann eine mögliche Erklärung für das beträchtliche Maß an Variabilität in der

Bewältigung einer Situation ergeben. Die Frage nach Art und Anzahl der Belastungen wird zu einer wichtigen Komponente des theoretischen und praktischen Vorgehens (Baltes/ Cars-
tensen 1996; Kruse 1997).

Hinsichtlich des Umgangs mit Belastungen weisen die eigenen empirischen Ergebnisse auf altersspezifische Bewältigungsversuche hin. Der in den Befunden beobachtete Prozess einer Zielanpassung scheint ein Indiz für akkommodative Belastungsverarbeitung zu sein, wie im »Zwei-Prozess-Modell der Entwicklungsregulation« von Brandstädter & Rothermund (1998) beschrieben wird. Gelingt es dem älteren Menschen nicht, durch assimilative Aktivitäten die Situation in Einklang mit seinen Zielvorstellungen zu bringen, werden im Sinne der akkommodativen Belastungsverarbeitung Ziele flexibel angepasst. Dabei werden die Ziele nicht hartnäckig festgehalten, sondern die Erwartungen an den Situationsausgang angeglichen (Brandstädter/ Rothermund 1998; Salewski 1997; Tesch-Römer 1997). Als weitere Erklärung dienen Selektionsprozesse, wie das Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation (S-O-K-Modell) von Baltes & Baltes (1990) vorschlägt. Zur Bündelung von Ressourcen wird unwillkürlich oder bewusst die Anzahl von Lebenszielen und Lebensaktivitäten verringert (Kruse 2002).

Darüber hinaus ist denkbar, dass im Rahmen der erheblichen physischen und psychischen Plastizität des älteren Menschen durch Forderung und Förderung in der Rehabilitation Kompensations- und Optimierungsprozesse ausgelöst werden. Dabei können alternative Handlungsmittel aktiviert, Hilfsmittel verwendet und Reserven zur Erreichung der Ziele ausgeschöpft werden (Kruse 2002).

Die Dimension des **Gesundheitsverhaltens** als einer der wenigen Ansatzpunkte, an dem Gesundheitsschäden direkt beeinflusst werden können, ist in ihrer Wirkung relativ altersunabhängig und eher eine Frage des Lebensstils (Garms-Homolová 1991). **Gesundheitsverhalten im Alter** umfasst neben den allgemeingültigen präventiven Ansätzen wie gesunde Ernährung, körperliche Aktivität, Verzicht auf Nikotin, verantwortlicher Umgang mit Alkohol, ärztlich kontrollierter Gebrauch von Medikamenten und Vorsorgemaßnahmen spezielle Verhaltensregeln. Ein weit gefasstes Verständnis schließt als gesundheitsförderliches Verhalten die Körperhygiene, psychisch-geistige Aktivität, Vermeidung von lang anhaltenden körperlichen und seelischen Überlastungen, harmonische Verhältnisse zwischen Arbeit und Erholung und die gedankliche Vorwegnahme der Zukunft mit ein (Kruse 1999; Lang 1999).

Die Bedeutung von präventiven Maßnahmen nimmt im Sinne des Wunsches nach einer »Kompression der Morbidität« im Alter zu, scheitert u. U. jedoch an Motivationsschwierigkeiten und Volitionsprozessen, die auch in der gerontologischen Praxis nicht unbekannt sind. „Für das soziale Leben ist es nicht immer erforderlich, dass Menschen „vernünftig“ im Sinne der normativen Überzeugungen ihrer Mitmenschen handeln. In mancher „Unvernunft“ mag

durchaus eine akzeptable individuelle Logik der Lebensführung liegen“ (Kaiser 2002, S. 176). Mit dieser Aussage wirft Kaiser einen ethischen Aspekt der Rehabilitationsbemühungen auf, der ggf. in einer individuellen Auseinandersetzung mit dem älteren Menschen thematisiert werden sollte.

Externe Rahmenbedingungen für den Rehabilitationsprozess bilden die **Umweltfaktoren**. Gerdes & Weis zufolge können sie diesen behindern wie auch unterstützen. Überlegungen zur Bedeutung ökologischer Aspekte für Selbstständigkeit und Unselbstständigkeit des älteren Menschen sehen diesen stets eingebettet in eine soziale und dingliche Umwelt (Wahl 2002). Aus der hier gewählten Perspektive soll sich Umwelt nur auf die räumliche, strukturelle und technische Umwelt beziehen. Für die kompensatorische Wirksamkeit von Umwelt ist, im Hinblick auf eine klare Dimensionsabgrenzung, explizit nicht der Begriff Ressource zu verwenden.

Die **Altersspezifik** der Dimension **Umwelt** ist einerseits in ihrer zentralen Bedeutung zu sehen, die z. B. die Wohnung selbst und zum anderen das Wohnumfeld durch den eingeschränkten Aktionsradius des älteren Menschen erhält. Andererseits liegt die Besonderheit in der ausgeprägten Empfindlichkeit gegenüber widrigen räumlich-sozialen Umwelten, die u. U. auch Risiken für den älteren Menschen beinhalten (BMFSFJ 2002c; Oswald et al. 2000). Ansätze der ökologischen Gerontologie legen daher eine genaue Beschreibung aller relevanten Umweltaspekte im Hinblick auf die Ausführung der Alltagsaktivitäten nahe. Dies schließt auch Aktivitäten außerhalb der Wohnung, also außerhäusliche Mobilität ein (BMFSFJ 2001d; Wahl/ Baltes 1993). Sie sind im Hinblick auf die Versorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs, zur gesundheitlichen Betreuung, zur Aufrechterhaltung bedeutsamer Beziehungen und zur kulturellen oder gesellschaftlichen Teilhabe notwendig (Mollenkopf 1998, S. 109).

Umwelt kann Kompetenzeinbußen als Folge von Krankheit kompensieren oder aber auch verstärken. So erscheinen manchmal Umweltveränderungen als die sinnvollere Maßnahme im Rahmen der Rehabilitation. Damit ist die Intervention beim älteren Patienten selbst nicht ausgeschlossen. Dennoch wird bei der Durchführung einer geriatrisch orientierten Rehabilitation eine hohe Sensibilität für die wichtige Rolle von Umweltmerkmalen gefordert (Wahl/ Baltes 1993). Dabei können auch technische Hilfsmittel eingesetzt werden, die eine unterstützende und kompensierende Funktion übernehmen, um die Voraussetzungen für ein selbstbestimmtes Leben trotz der nachlassenden Kräfte und beeinträchtigten Körperfunktionen zu schaffen. Das Angebot mit entsprechenden Rehabilitationshilfen ist recht vielfältig und allgemein verfügbar (Mollenkopf 1998).

Die Zieldimension im Theoriemodell von Gerdes & Weis ist die Verbesserung der **Partizipation**, d. h. die Teilnahme am normalen Leben in Familie, Beruf und Gesellschaft. Aus der

gerontologischen Perspektive erscheint die Interpretation der Zieldimension als „Leistung einer Person unter gegenwärtigen Umweltbedingungen“, wie in der ICF-Klassifikation vorgesehen, nicht ausreichend. Eine genaue Operationalisierung führt zu zwei Konzepten, die einer objektivierbaren Ebene (Leistner 2001) ebenso gerecht wird wie der subjektiven Betrachtung der Person (Schunterman 2003b). Objektive **Autonomie** und subjektives **Wohlbefinden** sind nicht nur zwei wesentliche Aspekte der Lebensqualität älter werdender Menschen, sondern auch in ihrer Nähe zur Dimension Partizipation evident. Mit den beiden komplementären und einander ergänzenden Konstrukten (Tesch-Römer et al. 2002) wird durch die Zweidimensionalität dieser Dimension die deutlichste Abweichung von der Sichtweise des Theoriemodells von Gerdes & Weis vorgenommen.

Begründet wird dies einerseits mit der hohen Bedeutsamkeit von Autonomie – analog dazu Selbstständigkeit – und Wohlbefinden andererseits als »Outcome« und Zielvariable geriatrischer Behandlungs- und Rehabilitationsbestrebungen (Wahl 2002). Schließlich geht es darum, innerhalb der ergebnisorientierten Rehabilitation den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen (Schott et al. 1996). Somit werden therapeutische Ansätze nicht allein auf den Gesundheitsschaden gerichtet, sondern auch auf die Selbstständigkeit und Selbstverantwortung des Menschen (Kruse 1999), die für den älteren Menschen von besonderer Bedeutung sind. Dafür bedarf es einer Umwelt, die einen anregenden, fordernden Charakter hat und Anreize zu Selbstständigkeit und Autonomie setzt. Die Mitwirkung des älteren Patienten muss intensiv gefördert und in praktische Maßnahmen umgesetzt werden (Grigoleit et al. 1998; VDR 1996). Nicht Schutz und Sicherheitsmaßnahmen der überprotektiven sozialen Umwelten dienen der Aufrechterhaltung von Selbstständigkeit, sondern dem Kompetenzniveau adäquat angepasste Anforderungen (Baltes 1995).

Im Theoriemodell nach Gerdes & Weis sowie aus gerontologischer Betrachtung bietet die Zieldimension keinen Ansatzpunkt für Veränderungen. Nur durch Veränderungen anderer Dimensionen kann sich Autonomie und Wohlbefinden in eine positive oder negative Richtung entwickeln.

Subjektives Wohlbefinden als patientenseitiger Maßstab für den Rehabilitationserfolg bezieht sich auf die Bewertungen und Gefühle der Person hinsichtlich der eigenen Lebenslage. Dabei geht es nicht allein um globales subjektives Wohlbefinden wie etwa Lebenszufriedenheit oder Glücksempfinden, sondern auch um die Bewertungen verschiedener Lebensbereiche durch den älteren Menschen. Zu den bedeutsamen objektiven Lebensbedingungen im Alter gehören „körperliche und seelische Gesundheit, Mobilität und Handlungsfähigkeit, soziale Beziehungen zu Familienmitgliedern und Freunden, materielle Lage sowie die Ausstattung der Wohnung und die Infrastruktur des Wohnumfeldes“ (BMFSFJ 2002d, S. 79). Bestimmte Aspekte der Lebensverhältnisse erfordern demnach eine besondere Aufmerksamkeit und

müssen als mögliche beeinflussende Variablen innerhalb der Rehabilitation berücksichtigt werden (BMFSFJ 2002d).

Kenntnisse darüber, wie das Konstrukt Wohlbefinden zustande kommt, erscheinen besonders wichtig. So scheinen im Alter sowohl emotionale Erfahrungen »bottom-up-Theorie« als auch stabile Grundhaltungen »top-down-Theorie« eine Rolle zu spielen (Westerhof 2001). Nur wenn Behandelnden bekannt ist, über welche Bewertungsprozesse Wohlbefinden als Outcome entsteht, besteht die Möglichkeit, gezielt Veränderungen herbeizuführen. Daher sollten immer kognitive Urteile im Sinne von Lebenszufriedenheit von emotionalen Zuständen, bestehend aus positiven und negativen Gefühlen, unterschieden werden (BMFSFJ 2002d).

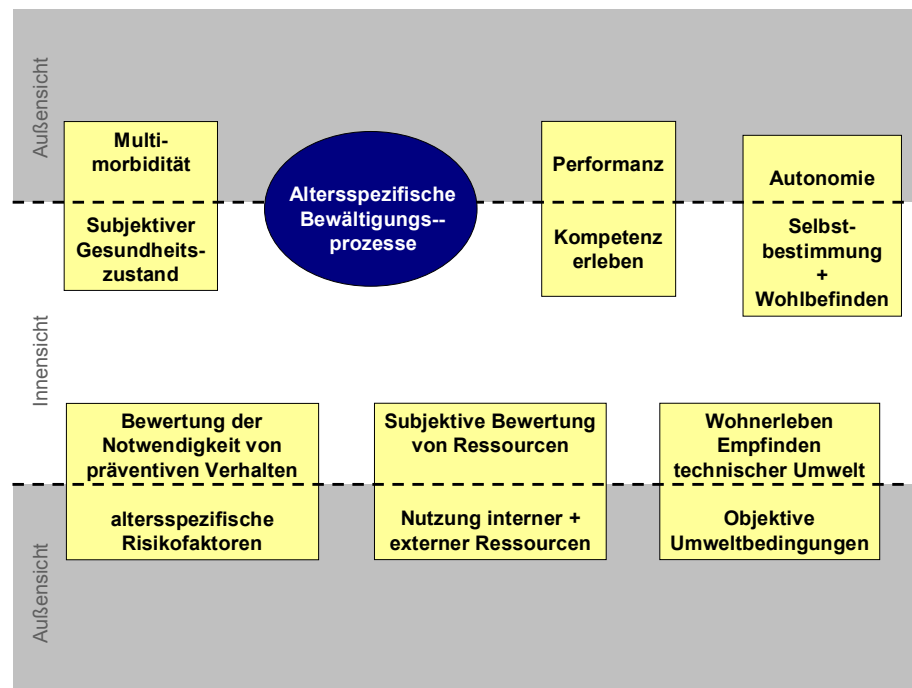
7.2 Die Außensicht und Innensicht der Rehabilitation

Besonders zentral ist die nach der Inhaltsanalyse entstandene Einsicht, dass Rehabilitation im Alter nicht als eindimensionales Geschehen betrachtet werden kann. So muss neben der auf objektive Aspekte gerichteten Perspektive eine Ebene des subjektiven Erlebens der älteren Menschen Berücksichtigung finden. Dabei geht es nicht nur um die Einbeziehung psychischer und sozialer Dimensionen oder der Umweltaspekte, wie es die ICF oder das Rehabilitationsmodell von Gerdes & Weis vorsieht. Vielmehr gibt es einerseits eine **Außensicht** auf die einzelnen Dimensionen des Modells, wie sie insbesondere vom professionellen Rehabilitationsteam, aber auch von Angehörigen wahrgenommen wird. Dabei geht es um die möglichst differenzierte Erfassung und objektive Beschreibung der Dimensionen im Hinblick auf Gesundheit, Performanz und Autonomie sowie altersspezifische Risikofaktoren, objektive Umweltbedingungen und die Nutzung von internen und externen Ressourcen im Alter. Demgegenüber steht die **Innensicht**¹, die das subjektive Empfinden des älteren Menschen beschreibt. Somit stellen sich die einzelnen Dimensionen unseres geriatrischen Modells zweidimensional dar, was sich in der Abbildung 63 widerspiegelt und im Folgenden beschrieben wird. Beide Perspektiven sind für das Verständnis des Alters notwendig.

Im Mittelpunkt der folgenden Diskussion steht jedoch die Innensicht, die nicht nur die subjektive Wahrnehmung (z. B. des Kompetenzerlebens), sondern auch die emotionale und kognitive Bewertung (z. B. von Ressourcen) der einzelnen Dimensionen berücksichtigt. Beim älteren Menschen gibt es insbesondere auf der subjektiven Ebene mehrere Besonderheiten, die ihn von jüngeren Patienten abgrenzen. Dies wird bei der **subjektiven** Beurteilung des **Gesundheitszustandes** durch die erhebliche Diskrepanz zum objektiven Gesundheitszustand besonders deutlich (Borchelt et al. 1996).

¹ Die Begriffe „Innen-Sicht“ und „Außen-Sicht“ wurden in Anlehnung an Kruse (2002, S. 986) gewählt, der diese in einem anderen Kontext formulierte.

Abb. 63: Die Patientenperspektive im Theoriemodell der Rehabilitation



Quelle: Eigene Darstellung

Das Urteil des Arztes über den objektiven Gesundheitszustand ist eine präzise Charakteristik des Zustandes, welches sich an Normen, Grenzwerten und Schweregraden der Befunde orientiert und daher unverzichtbar wird. Die Vorhersagekraft des Patientenurteils scheint jedoch hinsichtlich Morbidität und Mortalität größer, obwohl das Arzturteil auffällige Befunde berücksichtigt, für die der ältere Mensch noch keine subjektiven Empfindungen hat. Das Urteil über den subjektiven Gesundheitszustand beruht auf einer anderen Urteilsbasis und schließt neben der Bewertung von Alltagskompetenz auch Vergleichsprozesse zu anderen Älteren oder zu früheren Zeiten ein (Ettrich 2000). Da die Art der Erkrankung einen entscheidenden Einfluss auf die subjektive Gesundheit hat (Lampert/ Wagner 1998), ist davon auszugehen, dass insbesondere Symptome wie starke Schmerzen Einfluss nehmen.

Der Zusammenhang zwischen objektiver und subjektiver Gesundheit wird mit zunehmendem Alter immer schwächer (Borchelt et al. 1996). Die Selbsteinschätzung bildet insbesondere im sehr hohen Alter nicht mehr adäquat die physische Gesundheit ab, so dass bei deren ausschließlicher Verwendung das tatsächliche Ausmaß an Morbidität unterschätzt werden kann. Andererseits besteht bei der ausschließlichen Nutzung objektiver Kriterien die Gefahr, die psychische Situation als wichtigen Einflussfaktor auf das subjektive Wohlbefinden zu vernachlässigen (Schönemann-Gieck et al. 2003).

Die aufgezeigten Differenzen sollten aber auch als ein Potenzial des älteren Menschen – mit den zunehmenden Einschränkungen positiv umgehen zu können – wahrgenommen werden. Ebenso sollte man den älteren Patienten als Spezialisten im Umgang mit den ihn viele Jahre begleitenden chronischen Krankheiten einstufen.

Die individuelle Wirklichkeit des Kranken und sein jeweiliger Leidensdruck stellen insbesondere für die geriatrische Behandlung einen wichtigen Parameter dar. Allerdings sollte bewusst sein, dass die Messung des subjektiven Gesundheitszustandes mit dem Instrument der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (SF-12) im Prä-Postvergleich, und wie auch in der vorliegenden Untersuchung erfolgt, Veränderungen erfasst, jedoch mit Blick auf das weiterentwickelte Rehabilitationsmodell nicht die Outcome-Variable darstellt.

Die Inhaltsanalyse dokumentiert, dass auch Theorien der Kompetenz eine »objektive« mit einer »subjektiven« Dimension verbinden (Kruse 1996). So ist die Performanz jener Anteil der Kompetenz, der aktuell umgesetzt wird und auf der Verhaltensebene beobachtbar ist. Dabei ist zu beachten, dass Kompetenz nicht beobachtbar ist, sondern nur abgeleitet werden kann. Dies stellt die Erfassung von Aktivitäten des täglichen Lebens (»Activities of Daily Living«) mit Hilfe so genannter ADL-Skalen in Frage. Denn es wird auf der Basis beobachtbaren Verhaltens ein Urteil über die Kompetenz des älteren Menschen getroffen und damit ein unzulässiger Schluss von der Performanz auf die Kompetenz vorgenommen (Kleinemas 1994).

Wesentlich für die Rehabilitation ist, ob der ältere Mensch sich und sein Verhalten als **kompetent erlebt**. Erfahrungen aus der geriatrischen Rehabilitation oder Studien zu Effekten des Bewegungs- und Körpertrainings (Kruse 1999) zeigen, dass ältere Menschen eigene Leistungsreserven unterschätzen und nur geringe Veränderungsmöglichkeiten sehen. Damit bleiben mögliche Potenziale ungenutzt, sofern ältere Patienten nicht mit ihren Möglichkeiten konfrontiert werden (Kleinemas 1994) und Therapeuten in der Motivationssteigerung eine wichtige Aufgabe sehen.

Hinsichtlich der Dimension interner und externer Ressourcen verweist die gerontologische Grundlagenforschung auf die Notwendigkeit der Unterscheidung zwischen der Verfügbarkeit und der Nutzung von Ressourcen. Für Letztere ist eine positive **Bewertung der Ressourcen** entscheidend (Martin 2001). So wird soziale Unterstützung nach Zufriedenheit, Angemessenheit und Wichtigkeit bewertet (Reschke/ Schumacher 2001). Da nur die als angemessen und positiv empfundenen Ressourcen zum Wohlbefinden beitragen, finden hier offensichtlich durch den älteren Menschen Regulierungsprozesse (Sozioemotionale Selektivitätstheorie SST) nach Nützlichkeit der Sozialkontakte statt (Erlemeier 2002). Über diese Ergebnisse lassen sich möglicherweise auch die Befunde der eigenen Untersuchung klären, die differente Angaben zwischen vorhandenen Sozialpartnern und erhaltener Unterstützung

aufdecken [vgl. Kapitel 5]. Für die Rehabilitation lässt sich daraus die Notwendigkeit einer genauen Sozialanamnese ableiten, die nicht nur vorhandene, sondern auch genutzte Ressourcen und die Barrieren der Nutzung vorhandener Ressourcen ermittelt (Martin 2001).

Wie bereits im Zusammenhang mit der Dimension Kompetenz beobachtet, scheinen – entsprechend den Ergebnissen der Inhaltsanalyse – ältere Menschen auch die **Notwendigkeit gesundheitsfördernden Verhaltens** zu unterschätzen. Das eher zurückhaltende Verhalten bei der Umsetzung entsprechender Maßnahmen (Lang 1999) erklärt sich nicht nur über biographisch verankerte Lebensstile, sondern auch über die Fehlinterpretation, Erkrankungen als »altersbedingte Einbußen« zu werten. Dass durch einen gesundheitsfördernden Lebensstil, durch Mobilisierung funktioneller Reserven sowie durch entsprechende Trainingsmaßnahmen das Morbiditätsprofil im Alter verringert, durch Ausschalten von Risikofaktoren die Manifestation von chronischen Krankheiten aufgeschoben und damit die Krankheitsphase verkürzt (»compression of morbidity«) werden kann (Gerok/ Brandtstädter 1992), sind Kenntnisse, die dem älteren Menschen in angemessener Form bereitgestellt werden müssen. An dieser Stelle bietet die Rehabilitation die Chance, Fehlinformationen und Wissensdefizite abzubauen.

Überlegungen zur Relevanz der Dimension Umwelt im Rahmen der Rehabilitation sollten nicht nur objektive Bedingungen berücksichtigen, sondern ebenfalls das **Wohnerleben** des älteren Menschen, das heißt, seine subjektive Wahrnehmung und Bewertungen des Wohnens, die Aspekte der Sicherheit, Vertrautheit und Anregung beinhaltet. Umweltmodifikationen sollten die Proaktivität des alten Menschen mit berücksichtigen und ihn sein gewohntes Umfeld nach eigenen Prioritäten gestalten lassen, natürlich unter Berücksichtigung eines Maximums an Sicherheit und Autonomie (Oswald et al. 2000; Wahl/ Baltes 1993). Die notwendige Sicherheit wird entsprechend der eigenen empirischen Befunde von den älteren Patienten vermisst, so dass die Notwendigkeit von Veränderungen der aktuellen Wohnsituation angenommen werden kann. Allerdings spricht die insbesondere im höheren Alter ermittelte hohe Zufriedenheit mit der Wohnung, die sich durch eine lebenslang gewachsene emotionale Bindung und Vertrautheit (Oswald 1998) erklärt, gegen die zu empfehlende Umweltveränderung. Es scheint notwendig, einen Mittelweg einzuschlagen, der das Streben nach Beibehaltung des Wohnalltags (Oswald et al. 2000) berücksichtigt und zugleich ein Training in Alltagsfertigkeiten oder Mobilität anbietet, welches ein Maximum an Überschneidung mit der natürlichen Alltagswelt, in der der Patient eigentlich lebt, aufweist (Wahl/ Baltes 1993).

Übertragen auf die **technische Umwelt** bedeutet dies, **das Empfinden** des älteren Menschen zu berücksichtigen und die oftmals notwendige prothetische Umwelt nicht nur den technisch funktionalen Bedürfnissen anzupassen, sondern auch soziale Funktionalitätskriterien zu erfüllen (Mollenkopf 1998).

Die bereits vorgeschlagene Zweidimensionalität der Outcome-Variable Autonomie und Wohlbefinden muss um eine weitere Differenzierung erweitert werden. Die primär als objektiv eingestufte Autonomie wird mit dem subjektiven Aspekt der **Selbstbestimmung** ergänzt. Selbstbestimmung bedeutet auch die Notwendigkeit u. U. eine selbst regulierte oder selbst bestimmte Unselbstständigkeit im Sinne des Paradigmas der selektiven Optimierung mit Kompensation zu akzeptieren (Baltes 1995) und damit der negativen Konnotation des Begriffs Unselbstständigkeit zu widersprechen. Aus der Perspektive des älteren Menschen kann Unselbstständigkeit durchaus funktional werden, wenn z. B. durch familiäre Hilfe und Unterstützung das Bedürfnis nach Nähe und Angenommen-Sein erfüllt wird (Wahl 2002).

Als grundsätzlich subjektiv konzipierte Dimension wurde **Wohlbefinden** bereits als Ergebnis dynamischer Prozesse zwischen Lebensbedingungen, bereichsspezifischen Bewertungen und persönlichen Eigenschaften (Westerhof 2001) beschrieben. Bedeutsam für die Innensicht der Rehabilitation ist insbesondere die als »Zufriedenheitsparadox« in die Gerontologie eingegangene hohe Stabilität in der Zufriedenheit und die positive Lebenseinstellung älterer Menschen. Die hohe Resilienz kann einerseits als bedeutsames Potenzial des Alters bezeichnet werden (BMFSFJ 2002d). Andererseits erschwert sie die Überprüfung von Rehabilitationseffekten, so dass für die geriatrische Rehabilitationsforschung eine Kombination aus mehreren Instrumentarien mit funktional orientierten und psychosozialen Indikatoren (Martin et al. 2000) sowie Aspekten des Wohlbefindens zu empfehlen ist. Es scheint notwendig, subjektive Kriterien durch objektive Kriterien zu ergänzen, da möglicherweise Notzustände jeglicher Art nicht deutlich werden. Ansätze der Beurteilung von Wohlbefinden sollten sich nicht ausschließlich auf individuelle subjektive Definitionen des Wohlbefindens konzentrieren, sondern objektive Bedingungen einbeziehen. Objektive Lebensbedingungen wirken sich ebenfalls, wenn auch hauptsächlich indirekt, auf das subjektive Wohlbefinden aus (Smith et al. 1996).

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Maßstäbe des älteren Menschen nicht den Maßstäben und Kriterien von Beobachtern aus dem Rehabilitationsteam entsprechen und objektive Lebensumstände durchaus verschieden interpretiert werden können. Auch wenn im hohen Alter subjektive Bewertungen darauf gerichtet sind, „der Welt und dem Leben ein positives Gesicht zu zeigen“ (Smith et al. 1996, S. 518f.), können kumulierte Belastungen durchaus zu Einbußen von Wohlbefinden und subjektiver Lebensqualität führen (BMFSFJ 2002d). Im Zusammenhang mit der Rehabilitation können die Indikationen, wie die Notwendigkeit eines operativen Eingriffs, ein Sturzereignis oder auch die Rehabilitation als solches im unbekanntem Umfeld, verbunden mit Einschränkungen der sozialen Kontakte, eben diese kumulative Belastung darstellen.

Fazit: Wie in den Ausführungen deutlich wurde, ist die Innensicht der Rehabilitation wichtig, um Hinweise auf spezifische Probleme des Alters zu erhalten, die bei einer ausschließlichen Außensicht unberücksichtigt bleiben. Sie kann zugleich korrigierend auf die vielfach vorhandenen negativen Altersstereotypen einwirken (Kruse 2002). Darüber hinaus ist die Innensicht der Rehabilitation die Ebene, in der der alte Mensch als aktiv mitgestaltend und kontrollierend erlebt wird und in der er an der Gestaltung des Rehabilitationsprozesses teilhaben kann.

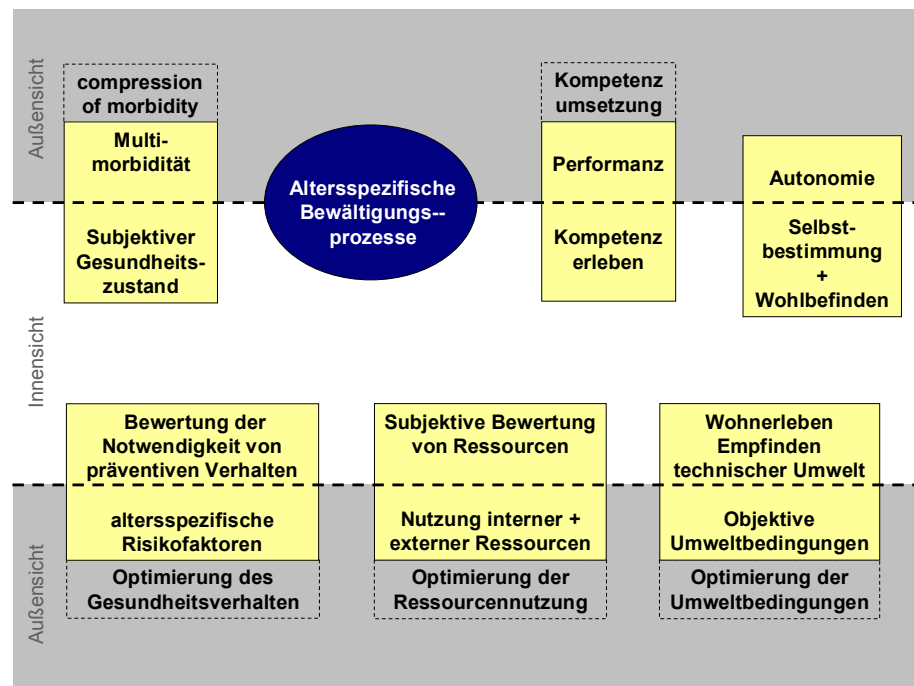
Trotz positiver Bestrebungen in der geriatrischen wie auch medizinischen Rehabilitation, psychosoziale Faktoren als wichtige Größe in den Rehabilitationsprozess einzubeziehen, „dominiert nach wie vor ein medizinisches Paradigma“ (Görres 2000, S. I/30), welches „psychosoziale Aspekte häufig als "Appendix" mitführt“ (Görres 2000, S. I/31). Dieser Mangel hat auch seine Ursache „in der Zweck- und Erfolgskomplexität der Institutionen“ (Görres 2000, S. I/31). Eine geriatrisch orientierte Rehabilitation ist ohne die Berücksichtigung einer Patientenperspektive bzw. Innensicht nicht denkbar. In der Kenntnis des hier aufgezeigten Grundlagenwissens steckt ein Potenzial, das die Qualität der Rehabilitation verändern kann.

7.3 Die Perspektive der Interventionsgerontologie

Interventionsgerontologie basiert auf der integrativen Anwendung von grundlagenwissenschaftlichen Befunden. Die ermittelten objektiven Parameter geben Einblick in Stärken wie auch in Verluste des Alters und lassen verstehen, wie es älteren Menschen gelingt, durch Stärken in spezifischen Lebensbereichen Verluste in anderen Lebensbereichen zu kompensieren (Kruse 2002, S. 986). Aus der in der Inhaltsanalyse ermittelten Innensicht des Alters gehen wichtige Hinweise auf mögliche Potenziale hervor. Die Wahrnehmung der Situation durch den älteren Menschen stellt die „entscheidende vermittelnde Variable zwischen der objektiv gegebenen (äußeren) Situation und dem auf diese bezogenen Verhalten dar“ (Kruse 2002, S. 987). Das heißt, die Innensicht nimmt Einfluss auf objektiv gezeigtes Verhalten und bietet damit einen wichtigen Ansatz für die Interventionsgerontologie, um mögliche Potenziale zu nutzen, die sich aus Diskrepanzen zwischen einem Ist- und einem Sollzustand ergeben.

Hinsichtlich welcher Dimensionen Veränderungen durch die Interventionsgerontologie – entsprechend der Analyse der gerontologischen Grundlagenforschung – denkbar sind, zeigt das in einer dritten Stufe weiterentwickelte Rehabilitationsmodell [vgl. Abbildung 64]. Zur Umsetzung sind ein interdisziplinärer Praxiszugang und ein multiprofessioneller Teamgedanke notwendig (Wahl 2000).

Abb. 64: Rehabilitationspotenziale im Theoriemodell der Rehabilitation



Quelle: Eigene Darstellung

Einen wichtigen Ansatzpunkt für Rehabilitationspotenziale bietet, wie auch an den eigenen Befunden der empirischen Erhebung deutlich wurde, die Morbidität. Vor dem Hintergrund einer chronischen Erkrankung sind auch bei sehr alten Menschen beträchtliche Veränderungspotenziale vorhanden. Sie scheinen über Reservekapazitäten zu verfügen, die bei Rehabilitationsmaßnahmen genutzt werden können (BMFSFJ 2002a). Bereits 1980 hat Fries auf die prinzipielle Möglichkeit einer **Compression of morbidity** durch geeignete Veränderungen und Optimierung der Lebensweise (Schmidt et al. 1996), die so früh wie möglich einsetzen sollte, um die Wirksamkeit zu erhöhen, hingewiesen (Gerok/ Brandtstädter 1992). Es bietet sich darüber hinaus die Möglichkeit, durch Training Abbauprozesse zu verzögern bzw. physiologische und kognitive Fähigkeiten zu verbessern. Die darin deutlich werdende Plastizität in nahezu allen Altersvorgängen, die „zu neuen vielleicht ungeahnten Möglichkeiten und Entwicklungen im Alter beitragen können“ (Baltes/ Carstensen 1996, S. 203) ist häufig im professionellen Bereich unbekannt (Walter et al. 1999). In nicht geriatrisch ausgerichteten Versorgungsbereichen herrscht noch vielfach die Annahme eines »altersbedingten« Auftretens von Krankheiten, funktionellen Störungen und von eingeschränkter Selbstständigkeit. Eine daraus abgeleitete Unbehandelbarkeit muss einer fundierten geriatrischen Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation weichen (Kruse 1999), die die „Grenzen erreichbarer Leis-

tungsfähigkeit, die spezifische Lebenssituation und die realisierbaren Rehabilitationsmöglichkeiten [...] berücksichtigt“ (BMFSFJ 2002a, S.164).

Bereits die differenzielle Betrachtung der Dimension Alltagskompetenz, die das vom älteren Menschen tatsächlich gezeigte Leistungsniveau (**Performanz**) von seinen möglichen Fähigkeiten und Fertigkeiten unterscheidet, weist auf das im Anteil der Kompetenz enthaltene Rehabilitationspotenzial hin. Die Freisetzung von »Reservekapazität« durch die optimale Umsetzung von Kompetenz in Performanz kann als wesentliche Aufgabe der Rehabilitation gesehen werden. Hierbei sind nicht nur kurzfristig vorhandene Potenziale freizusetzen, sondern auch langfristig neue Kompetenzen zu bilden (Kleinemas 1994).

Zur Analyse eines möglichen Rehabilitationspotenzials älterer Menschen im Bereich der Alltagsaktivitäten bietet sich die von Kleinemas vorgeschlagene Gruppierung in vier mögliche Variationen der Kompetenz-Performanz-Relationen an. Nur das Verhältnis „größere Potenziale als Performanz“ (Kleinemas 1994, S. 137) bietet sich zur Steigerung der Performanz an.

Das innerhalb der Dimension Ressourcen enthaltene Rehabilitationspotenzial wird durch die **Optimierung von Ressourcen** erreicht. Dabei geht es einerseits um die Abstimmung der Passung zwischen Anforderungen, verfügbaren und genutzten Ressourcen (Martin 2001), andererseits um die Verhinderung eines unangemessenen Ressourcenangebotes (Stosberg 2002). Es ist durchaus möglich, dass vorhandene Kompetenz des älteren Menschen durch den überprotektiven Umgang von Angehörigen unterdrückt werden. Aufgabe des Rehabilitationsteams ist nach Diagnose einer solchen Konstellation, der nicht gelungenen Passung von Ressourcen durch eine entsprechende Beratung entgegenzuwirken.

Da weder die Verfügbarkeit von Ressourcen als selbstverständlich vorausgesetzt werden kann, noch die Bereitstellung einer Vielzahl von Ressourcen sinnvoll erscheint, gehört zu einer gerontologisch orientierten Rehabilitation grundsätzlich eine psychologische und soziale Diagnostik, die auch den realen systemisch-sozialen Lebenshintergrund erforscht. Auf der Basis der ermittelten Lebensumstände und der individuellen Situation, in der unterstützende oder defizitäre Ressourcen deutlich werden (Reschke/ Schumacher 2001), können Überlegungen für individualisierte ressourcensteigernde Maßnahmen angestellt werden.

Unter ökonomischen und gesamtgesellschaftlichen Gesichtspunkten erscheint es effektiver, nur die Ressourcen bereitzustellen, die „mindestens benötigt werden und für die im optimalen Fall auch ein subjektives Bedürfnis besteht. [...]. Darüber hinaus wird Selbstständigkeit gefördert, da weitergehende Maßnahmen der eigenen Initiative bedürfen und keine Ressourcen aufgedrängt werden“ (Martin 2001, S. 104). Eine verbesserte Passung zwischen Ressourcenbedarf und Ressourcenangebot durch ein intelligentes Ressourcen-Management

sollte vor allem dann erwogen werden, wenn das Niveau der Selbstständigkeit und des Wohlbefindens einen kritischen Wert erreicht (Martin 2001).

Möglichkeiten der Interventionsgerontologie auf der Ebene der Dimension **Gesundheitsverhalten** ergeben sich ebenfalls durch dessen **Optimierung**. Wie bereits diskutiert [vgl. Kapitel 7.2], steht dem häufig die Fehlinterpretation entgegen, Erkrankungen als »altersbedingte Einbußen« zu werten. So nimmt beim älteren Menschen im Rehabilitationsprozess die Information über den Nutzen der Behandlung und von Verhaltensänderungen die erste Stelle ein. Nur wenn dadurch Motivationsprozesse angestoßen werden, kann es zu einer Zielentscheidung und anschließend zur Überwindung weiterer volitionaler Prozesse kommen. Die Befunde der eigenen Untersuchung zeigen, dass auf Verhaltensänderung ausgerichtete Ziele mit steigendem Alter zunehmend ausbleiben.

Eine Modifikation lässt sich nicht mit den bei jüngeren Patienten möglicherweise angemessenen Großgruppenreferaten und Diskussionen über gesundheitsförderliches Verhalten erreichen. Grundsätzlich sind Einstellungen und Verhaltensweisen persönlicher Natur, die nur über eine individuelle Entscheidung aktiv angegangen werden können (Zielke 1997). Doch insbesondere der ältere Patient benötigt eine individuelle Information und Absprache über mögliche erreichbare Ziele, die in seinen persönlichen Alltag übertragbar sind und damit eine Chance haben, auch dort umgesetzt zu werden (Grigoleit et al. 1998; VDR 1996).

Die Umsetzung von Zielen muss auch im engen Bezug zur Umwelt gesehen werden. So wird die **Optimierung von Umweltbedingungen** zu einem der wesentlichen Potenziale innerhalb einer geriatrisch orientierten Rehabilitation. Mit dem Ziel einer stärkeren Unterstützung von Selbstständigkeit scheinen aus interventionsgerontologischer Sicht häufig Veränderungen der räumlichen Umwelt effektiver als die Einflussnahme auf die Person des älteren Menschen. Umweltinterventionen bieten sich insbesondere dann an, wenn die individuelle Veränderungskapazität alter Menschen weitgehend erschöpft ist (Wahl 2000; 2002).

Eine Wohnraumanpassung unter der Prämisse der Barrierefreiheit, als Voraussetzung für den Verbleib älterer Menschen in ihrer Wohnung sowie im Wohnumfeld (BMFSFJ 2002c) erfolgt idealerweise in einem multidisziplinären Diskurs zwischen dem Arzt, dem Ökopsychologen, Ergotherapeuten, Architekten usw. (Wahl/ Baltes 1993). In eine ausgewogene Gesamtlösung münden u. a.: die Beseitigung von schwierigen Treppen- und Wegeverhältnissen oder Sicherung dieser durch entsprechende Handläufe und geeignete Stufenbeläge, Adaptation des Bades, des WC und der Bettstelle an die jeweiligen körperlichen Bedingungen, bewegungsgerechtes Herrichten von Küche, Fluren und Wohnräumen (Meier-Baumgartner 1998; Paeslack 1998). Zusätzlich können Dienstleistungsangebote, dezentrale Hilfeangebote

professioneller Organisationen und die wohnungsnaher Infrastruktur der Aufrechterhaltung des selbstständigen Wohnens dienen (BMFSFJ 2002c).

Dabei kann durchaus ein Spannungsverhältnis zwischen dem Ziel eines möglichst sicheren und möglichst autonomen Lebens in der gewohnten Umgebung auftreten. Es steht u. U. die maximale Behaglichkeit versus maximales Leistungspotenzial. Eine der zentralen Herausforderungen der geriatrischen Intervention ist dabei, die „richtige Balance [...] zwischen Sicherheit, hohem subjektivem Wohlbefinden und der Ausschöpfung der gegebenen Kapazitätsreserven in Richtung von selbstständigem und autonomem Handeln“ zu finden (Wahl/ Baltés 1993, S. 61).

Fazit: Die beispielhaft aufgezeigten Möglichkeiten der Interventionsgerontologie zeigen einerseits ein nicht zu vernachlässigendes Potenzial in fast allen Dimensionen des modifizierten Rehabilitationsmodells. Andererseits kann sich das multiprofessionelle Team bei der Entscheidung über optimierende oder korrigierende Maßnahmen nicht ausschließlich auf das verfügbare Theorie- und Erfahrungswissen berufen. „Intervention heißt Einflußnahme auf das Leben von anderen Menschen, und damit stellen sich wissenschaftliche, aber auch ethische Fragen“ (Wahl/ Tesch-Römer 1998, S. 78). Die Wünschbarkeit von Interventionszielen unterliegt einer Wertentscheidung, die zwei Minimalkriterien zugrunde legen sollte: die Handlungsfähigkeit und das Wohlbefinden. Erfolgskriterien sind detailliert zu formulieren. Auch kleine Veränderungen können höchst wünschenswerten Fortschritt bedeuten. Möglicherweise sind jedoch nicht alle Ziele der Interventionsgerontologie zu erfüllen (Wahl/ Tesch-Römer 1998).

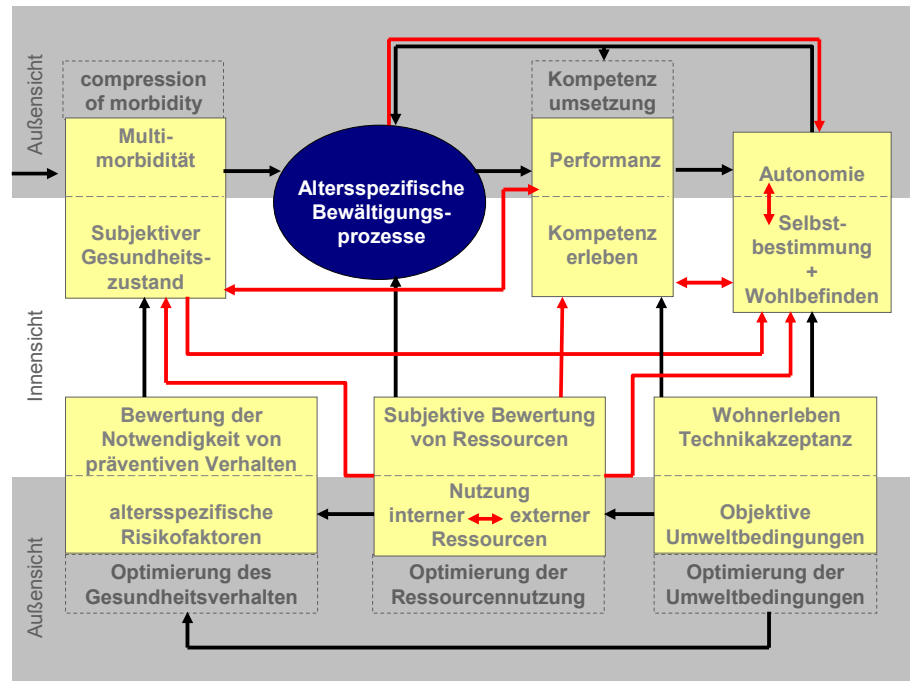
7.4 Zusammenhang zwischen den Dimensionen des Theoriemodells¹

Am Ende der durchgeführten Modellentwicklung stehen Überlegungen zu den bestehenden Zusammenhängen zwischen den einzelnen Dimensionen des Theoriemodells der geriatrischen bzw. der geriatrisch orientierten Rehabilitation [vgl. Abbildung 65]. Erstens ist von Interesse, inwieweit die von Gerdes & Weis beschriebenen Verknüpfungen weiterhin relevant sind und zweitens, ob Hinweise auf mögliche zusätzliche Zusammenhänge bestehen.

Partizipation als Zielgröße der Rehabilitation und Aktivität werden im Modell von Gerdes & Weis als abhängige Variablen angesehen, deren Ausprägung von der Ausprägung der unabhängigen Variable Gesundheitsschaden bestimmt wird. Grundsätzlich wird diese Verknüpfung in das geriatrische Modell aufgenommen.

¹ Die in diesem Kapitel dokumentierten Überlegungen zu den Zusammenhängen des Rehabilitationsmodells basieren auf den aus der Inhaltsanalyse abgeleiteten Befunden der gerontologischen Grundlagenforschung. Eigene empirische Befunde bestätigen diese teilweise. Es handelt sich bei den aufgezeigten Zusammenhängen lediglich um erste Annahmen.

Abb. 65: Zusammenhänge im "Theoriemodell der geriatrischen Rehabilitation"



Quelle: Eigene Darstellung

Wesentliche Besonderheiten ergeben sich jedoch aus der neuen Zweidimensionalität des Modells. So geht die Einflussnahme beim älteren Patienten insbesondere vom subjektiven Gesundheitszustand aus. In der BOLSA bestanden kaum und in der BASE keine direkten Beziehungen zwischen dem objektiven Gesundheitszustand und den Indikatoren für subjektives Wohlbefinden (Lehr 1997). Währenddessen zeigt die subjektive Gesundheitseinschätzung deutliche Einflüsse auf das allgemeine Wohlbefinden eines Menschen (Schönemann-Gieck et al. 2003). Auch die beiden großen Altersstudien bestätigen diese Beziehungen. In der Analyse der Berliner Altersstudie stellte sich die subjektive Gesundheit sogar als stärkster Prädiktor für das subjektive Wohlbefinden heraus (Smith et al. 1996; Thomae 2002). Wenn man davon ausgeht, dass die subjektive Beurteilung des Gesundheitszustandes durch den älteren Menschen selbst das individuelle Leidensausmaß genauer beschreibt als die objektiven Daten seiner Morbidität, ist deren entscheidende Rolle für das subjektive Wohlbefinden nachvollziehbar. Für das Wohlbefinden nimmt die Bedeutung von physischer und psychischer Gesundheit in dem Maße zu, wie sie gefährdet erscheint oder beeinträchtigt wird (BMFSFJ 2002d).

Über einen Einfluss der subjektiven Gesundheit auf die Performanz des älteren Patienten berichtete Lehr (1997), die einen Abfall des Aktivitätsstatus bei subjektiv Kranken auch ohne auffällige Diagnosen ermittelte. Beobachtete Auswirkungen einer hohen Alltagskompetenz

auf das Wohlbefinden des älteren Menschen bestätigten wiederum die von Gerdes & Weis beschriebenen Zusammenhänge. Neu ist allerdings, dass von der Ziel-Dimension Wohlbefinden ein Einfluss sowohl auf die Performanz als auch auf das Kompetenzerleben deutlich wird. Emotionale Befindlichkeit erweist sich als wichtiger Moderator der Alltagsperformanz (Tesch-Römer 1998). Gleichzeitig haben Menschen, die über ein Fundament von Wohlbefinden verfügen, ein Gefühl von Kompetenzerfahrung. Gestützt wird diese Wirkung durch eine positive Einstellung der sozialen Umwelt, die dem älteren Menschen das Gefühl des Gebrauchtwerdens vermittelt (Thomae 2002).

Der Bewältigungsprozess nimmt im Modell von Gerdes & Weis die Funktion einer »Mediator-Variablen« ein. Ihre Ausprägung beeinflusst den Zusammenhang zwischen Gesundheitsschaden/ -störung einerseits und Aktivität und Partizipation andererseits. Sowohl im Bewältigungs-Modell der »selektiven Optimierung mit Kompensation«, als auch im »Zwei-Prozess-Modell der Entwicklungsregulation« werden diese Zusammenhänge mit einer Wirkung auf eine größtmögliche Autonomie (Martin 2001) und einer Stabilisierung des intrapsychischen Wohlbefindens (Tesch-Römer 1997) bestätigt. Mechanismen wie Vergleichsprozesse, Veränderung des Anspruchsniveaus, Anpassung der Zielsetzungen führen dazu, dass ältere Menschen auch bei Belastungen oder Verlusten ein hohes Niveau und eine hohe Stabilität an Wohlbefinden aufrechterhalten (Brandtstädter/ Rothermund 1998; Martin 2001; Staudinger 1996).

Der Bewältigungsprozess ist sowohl im Modell von Gerdes & Weis als auch im geriatrischen Rehabilitationsmodell [vgl. Kapitel 7.1] durch die lang andauernden Bewältigungsversuche (Kruse 1997) kein einmaliges Ereignis. Dies wird in beiden Schemen durch die »Feed-Back-Schleife« zwischen Partizipation und dem Bewältigungsprozess angedeutet.

Die Dimension des Gesundheitsverhaltens wird von Gerdes & Weis als einzige auf Gesundheitsschäden direkt Einfluss nehmende Variable gesehen. Die Einwirkung findet in der Annahme des Modells der »compression of morbidity« Bestätigung. Es geht davon aus, dass durch Ausschalten von Risikofaktoren die Manifestation von chronischen Krankheiten aufgeschoben und damit die Krankheitsphase verkürzt werden kann. Allerdings verweisen die gerontologischen Befunde auch auf eine direkte Einflussnahme durch die Nutzung von internen und externen Ressourcen. Martin 2001 beschreibt die Auswirkung auf das kurzfristige Erreichen von Gesundheit sowie den kurz- und langfristigen Erhalt von Gesundheit. Beziehungen zwischen einem objektiv und subjektiv besseren Gesundheitszustand sowie zwischen bestimmten Persönlichkeitsvariablen wie positivem Zukunftsbezug, positiver Stimmungslage, positivem Selbstbild und Zufriedenheit mit sozialen Kontakten können herausgestellt werden (Lehr 1997).

Insgesamt scheint aus gerontologischer Perspektive von den Ressourcen ein umfangreicheres Wirkungsspektrum auszugehen. Gerdes & Weis beschreibt die persönlichen Ressourcen als »intervenierende Variablen«, die erstens auf den Bewältigungsprozess und zweitens auf das Gesundheitsverhalten Einfluss nehmen. Dies wird durch die durchgeführte Analyse zunächst bestätigt. Insbesondere die interne Ressource der internalen Kontrollüberzeugungen nimmt einen differenziellen Einfluss und trägt damit zur Bewältigung chronischer gesundheitlicher Einschränkungen im Alter bei (Gunzelmann et al. 1999), während im Vergleich Effekte der sozialen Ressourcen eine etwas geringere Rolle spielen (Schröder/ Schwarzer 1997). Hinsichtlich des Einflusses auf das Gesundheitsverhalten finden sich für die internen Ressourcen, wie Kompetenzerwartungen und Kontrollüberzeugungen (Schröder 1997), und für externe Ressourcen, die Gesundheitsverhalten langfristig stützen (Schmidt et al. 1996), Bestätigungen als intervenierende Variablen.

Neben diesen von Gerdes & Weis beschriebenen Verknüpfungen und der bereits erwähnten Auswirkung auf die Gesundheit der älteren Patienten finden sich noch Wirkungseinflüsse auf die Dimensionen der Kompetenz, des Wohlbefindens und der Autonomie. Hinsichtlich der Dimension Kompetenz wirken das Konstrukt der Kontrollüberzeugung als intervenierende Variable auf die Relation von Kompetenz und Performanz (Tesch-Römer 1998). Die tatsächlich gezeigte Leistung bleibt bei einem negativen Selbstkonzept hinter der potenziellen Leistungsfähigkeit zurück (Kleinemas 1994; Kruse 1999). Ebenfalls lassen sich hinsichtlich der erweiterten Kompetenz Zusammenhänge mit Persönlichkeitseigenschaften nachweisen (BMFSFJ 2001c). Fehlt es an Überzeugung, eine eingetretene Situation verändern zu können, besteht das Risiko, dass auch die Autonomie des älteren Menschen abnimmt (Kruse 1999). Darüber hinaus ist der Grad der sozialen Unterstützung als externe Ressource für die Kompetenz von Bedeutung (Backes/ Clemens 1998).

Der Zusammenhang von Ressourcen mit dem wichtigen Aspekt des Wohlbefindens ist gut belegt (Martin 2000). Interne Ressourcen wie Persönlichkeitsmerkmale oder ein hohes Selbstwertgefühl üben im Sinne eines »Haupteffektes« täglich Einfluss aus, während qualitativ verfügbare soziale Unterstützungen als »Puffereffekte« primär in Krisenzeiten zum Einsatz kommen, aber auch einen wohltuenden direkten Effekt durch soziale Kontakte auf das Wohlbefinden ausüben (BMFSFJ 2002d; Leppin/ Schwarzer 1997; Martin 2001; Schröder/ Schwarzer 1997)

Hingegen ist die Wirkung sozialer Ressourcen auf die Autonomie nicht nur positiv. So löst Überprotektion Unselbstständigkeitsmuster aus. Die Befunde über die Unterstützung unselbstständiger Verhaltensweisen älterer Menschen bei gleichzeitigem Ignorieren von Selbstständigkeit durch den Sozialpartner weisen auf die wesentliche Rolle sozialer Ressourcen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Unselbstständigkeit im Alter hin.

Im Modell von Gerdes & Weis sind Umweltfaktoren mit fast allen Dimensionen verbunden und nehmen Einfluss auf sie. Sie bilden den Hintergrund für den Rehabilitationsprozess. Diese umfassende Sichtweise bestätigt sich auch in der gerontologischen Perspektive. Eindrückliche Befunde finden sich insbesondere hinsichtlich der von Gerdes & Weis im Modell aufgezeigten Zusammenhänge zur Alltagskompetenz und zur Zieldimension. Alltagsfähigkeiten und -fertigkeiten können durch die Umweltvariable an ihrer Umsetzung gehindert werden (Kleinemas 1994; Wahl 1998).

Ebenso müssen Selbstständigkeit und Unselbstständigkeit im Zusammenhang mit der Umwelt gesehen werden (Wahl 2002), sei es im Hinblick auf außerhäusliche Mobilität oder auf die Wohnumwelt mit vielen räumlichen Barrieren. Die Umweltabhängigkeit der Konzepte Kompetenz und Autonomie ist unmittelbar evident und wurde in der BASE bestätigt. Darüber hinaus geht von der Autonomie wiederum eine Wirkung auf das subjektive Wohlbefinden aus (Wahl/ Baltes 1993). Kontrolle über die eigene Lebenssituation ist ein besonders wichtiges Bedürfnis (Staudinger/ Schindler 2002).

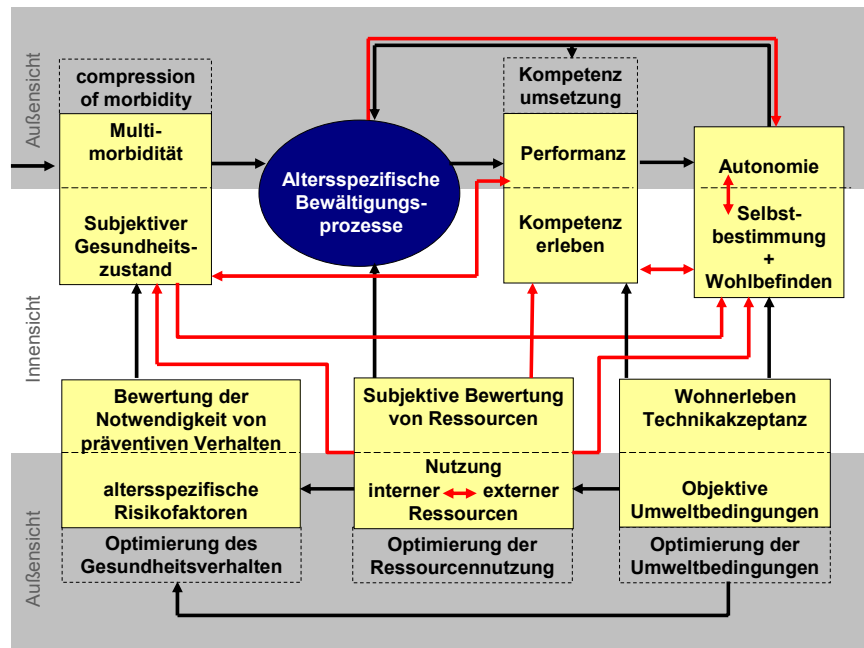
Räumliche Umwelt kann sich gemeinsam mit sozialen Ressourcen in positiver Weise auf die Selbstständigkeit auswirken, indem z. B. Angehörige den älteren Menschen zur angemessenen Wohnraumgestaltung ermutigen (Wahl 2002). Letztendlich spielt die Umwelt eine zentrale Rolle für den Erhalt von Gesundheit.

Fazit:

Die auf den Befunden der gerontologischen Grundlagenforschung und den eigenen empirischen Ergebnissen basierenden Annahmen bestätigen einerseits die Verknüpfungen der Dimensionen des Modells der Rehabilitation von Gerdes & Weis. Andererseits werden aus gerontologischer Perspektive neue Zusammenhänge deutlich. Insbesondere durch die erstmals aufgezeigte Zweidimensionalität nimmt die Komplexität der Beziehungen zwischen den Dimensionen zu.

Aus der Darstellung bestehender und neuer Dimensionszusammenhänge geht das Theoriemodell der Rehabilitation für geriatrische Patienten [vgl. Abbildung 66] hervor. Durch die Integration eigener und vorhandener gerontologischer Ergebnisse zu einem Modell ist es einerseits gelungen, geriatrische Rehabilitation in Ihrer Ganzheit darzustellen. Andererseits lassen sich Empfehlungen für eine geriatrisch orientierte medizinische Rehabilitation ableiten. Da in der vorliegenden Untersuchung nicht die Möglichkeit bestand, die Zusammenhänge des neuen Rehabilitationsmodells insgesamt zu kontrollieren, werden für die weiterführende Forschung Varianzanalysen im Rahmen einer Modellprüfung empfohlen.

Abb. 66: Das „Theoriemodell der geriatrischen Rehabilitation“



Quelle: Eigene Darstellung

Mit der vorgelegten Dissertation werden neue Impulse zur Theorieentwicklung in der medizinischen und geriatrischen Rehabilitation gesetzt. Die im Titel formulierte Frage: »Braucht die (rehabilitative) Praxis Theorie?« bildete den Hintergrund in allen Phasen der Untersuchung. Am Ende steht die Überzeugung, dass eine wissenschaftlich begründete und von der Theorie geleitete Rehabilitationspraxis, den Umgang mit Problemen der Lebenswirklichkeit alter Menschen verbessern kann.