

## 8 ZUSAMMENFASSUNG

**Ziel** der Dissertation war die Entwicklung eines Theoriemodells der Rehabilitation für den geriatrischen Patienten.

### **Ausgangslage**

Das Rehabilitationssystem steht durch die zunehmende Alterung der Bevölkerung vor neuen Anforderungen. Bisher blieb der quantitative Zuwachs geriatrischer Kliniken hinter dem steigenden Versorgungsbedarf alter und sehr alter Patienten zurück. Der vorliegenden Arbeit lag die Annahme zugrunde, dass Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation durch eine fehlende Berücksichtigung geriatrischer Prinzipien nicht die angemessene qualitative Versorgung dieser Patienten gewährleisten. Auf der Suche nach theoretischen Lösungsansätzen zeigte sich aus rehabilitationswissenschaftlicher Sicht ein erhebliches Forschungsdefizit im Bereich der Theorieentwicklung: Für die geriatrische Rehabilitation liegt bisher kein theoretisches Modell vor; das einzige existierende Modell von Gerdes & Weis (2000) ist eine allgemeine Rehabilitationstheorie und berücksichtigt nicht die geriatrische Perspektive. Darüber hinaus wurde es nie empirisch evaluiert. Daher stellte sich die Frage, ob dieses Modell als theoretisches Bezugssystem für die Versorgung alter Menschen dienen kann.

### **Methode**

Empirische Daten, die im Rahmen einer eigenen prospektiven Studie zum Thema „Evaluation in der orthopädischen Rehabilitation“ erhoben worden waren, ermöglichten eine quantitative Sekundäranalyse im Hinblick auf Besonderheiten des geriatrischen Patienten und auf defizitäre, gerontologisch auffällige Rehabilitationsbefunde. Es wurden ältere Patienten ( $n=510$ ,  $\pm 68$  Jahre) im »Prä-Post-Design« verglichen. Die Erhebung beinhaltete objektive (ärztlicherseits erhobene) und subjektive (von Patienten erhobene) Variablen, die alters- und geschlechterdifferenziert ausgewertet wurden. Eine zusätzliche inhaltsanalytische Auswertung der relevanten Literatur diente der Eruierung, welche wesentlichen Ergebnisse der gerontologischen Grundlagenforschung im Zusammenhang mit den eigenen empirischen Befunden für eine Modellentwicklung relevant sein könnten.

### **Ergebnisse**

In der empirischen Analyse wurden in einigen Aspekten defizitäre Rehabilitationsergebnisse identifiziert, die möglicherweise durch die Einbeziehung geriatrischer Kenntnisse und Handlungsprinzipien positiv beeinflusst werden könnten. So zeigten insbesondere in den höheren Altersgruppen (>75 Jahre) allgemeine Aktivitätsparameter (z.B. Aufgabenbewältigung, interpersonelle Aktivitäten) eine geringere Verbesserung im Vergleich zu körperbezogenen Aktivitäten (z.B. Fortbewegung), was als Indiz für die einseitige Ausrichtung der Maßnahmen auf orthopädisch-körperliche Einschränkungen interpretiert wurde. Ein geriatrischer Rehabilitationsansatz sollte jedoch ganzheitlich angelegt sein. Die Reduzierung von Schmerzen korrelierte signifikant mit der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes und wurde

daher als ein wichtiger Parameter für den Rehabilitationserfolg gesehen. Dabei fiel auf, dass die Schmerzbehandlung in der Altersgruppe der über 75jährigen geringere Erfolge zeigte als in den jüngeren Altersgruppen. Weiterhin wurde ein signifikant geringeres Sicherheitsempfinden bei Frauen und Patienten über 75 Jahre nachgewiesen. Daneben beklagten viele Patienten bewegungs- und mobilitätseinschränkende Wohnprobleme; zusätzlich zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Wohnproblemen und der Lebensqualität. Diese drei Befunde weisen darauf hin, dass möglicherweise eine von Gerontologen empfohlene objektive Bewertung der Wohnsituation während der Rehabilitation von Nutzen sein könnte. Außerdem zeigten die Ergebnisse eine Benachteiligung von Frauen in ihrer sozialen Situation und eine signifikant höhere Unzufriedenheit mit der verfügbaren Unterstützung. Die Erfassung des individuellen sozialen Kontextes als wesentliches Prinzip der geriatrischen Rehabilitation könnte zusätzliche Belastungsfaktoren (z.B. versorgungsbedürftiger Ehepartner) berücksichtigen. Schließlich wurde die allgemeine Lebensqualität bei Aufnahme in die Rehabilitation (t1), bei Entlassung (t2) sowie drei Monate nach Entlassung (t3) erhoben. Während die Ergebnisse in den Altersgruppen zwischen 60 und 69 Jahren zum Zeitpunkt t2 und t3 relativ konstant blieben, zeigte sich in der Altersgruppe der über 70jährigen deutlich eine fehlende Nachhaltigkeit des Rehabilitationsergebnisses, die möglicherweise durch eine in der Geriatrie übliche wohnortnahe Rehabilitation mit anschließender Nachsorge verbessert werden könnte.

Um die gerontologische Perspektive auf das Modell von Gerdes & Weis (2000) zu übertragen, wurden anhand der inhaltsanalytischen Auswertung der relevanten Literatur die ursprünglichen Dimensionsbezeichnungen durch gerontologische Begriffe ersetzt. Die theoretische Analyse verdeutlichte die Wichtigkeit der Patientenperspektive, da diese häufig different zur ärztlichen Sicht ist (z.B. bei der Einschätzung des Gesundheitszustandes). Daher wurden die einzelnen Dimensionen des Modells in zwei Ebenen unterteilt, die professionelle »Außensicht« und die »Innensicht« des älteren Menschen. Aus dieser völlig neuen Perspektive ergibt sich einerseits die Notwendigkeit, eine zu positive Selbsteinschätzung älterer Patienten im rehabilitativen Prozess kritisch zu hinterfragen und andererseits den alten Menschen aktiv mitgestaltend einzubeziehen. In der qualitativen Analyse wurden Stärken des Alters (z.B. alterstypische Bewältigungsstile) und aus Sicht der Interventionsgerontologie vorhandene Rehabilitationspotenziale (z.B. Umsetzung von Kompetenz) identifiziert, die in den eigenen empirischen Befunden bestätigt und in das Modell integriert wurden (Abb. 66).

### **Fazit**

Durch die Integration der eigenen empirischen Ergebnisse in die der gerontologischen Grundlagenforschung wurde die Ausgangstheorie umgestaltet und damit erstmals ein Modell erarbeitet, das die Komplexität der geriatrischen Rehabilitation umfassend darstellt. Der weiterführenden Forschung kommt die Aufgabe zu, dieses Modell empirisch zu überprüfen.