

Gesellschaftliche Anforderungen an die geriatrische Rehabilitation unter Berücksichtigung der Tätigkeitsfelder von Soziologinnen und Soziologen in der beruflichen und sozialen Rehabilitation

Reiche, Ralf

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Reiche, R. (2008). Gesellschaftliche Anforderungen an die geriatrische Rehabilitation unter Berücksichtigung der Tätigkeitsfelder von Soziologinnen und Soziologen in der beruflichen und sozialen Rehabilitation. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 31(1), 153-158. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-44696>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Gesellschaftliche Anforderungen an die geriatrische Rehabilitation unter Berücksichtigung der Tätigkeitsfelder von Soziologinnen und Soziologen in der beruflichen und sozialen Rehabilitation

Ralf Reiche

1. Einflussfaktor demographische Entwicklung

Unsere Gesellschaft durchläuft seit einigen Jahrzehnten einen demographischen Wandel, der, obgleich oft zitiert, nur von Wenigen als Problem oder besser als Herausforderung anerkannt zu werden scheint. So nimmt u. a. auch der Anteil vor allem in den höheren Lebensjahren dauerhaft allein Lebender stetig zu. Hohes Alter geht mit einem erhöhten Unterstützungs- und Hilfebedarf einher, wobei davon ausgegangen werden kann, dass einem Teil der Bevölkerung nicht die nötigen Ressourcen zur Inanspruchnahme von professioneller Hilfe zur Verfügung stehen.

Die Frage, unter welchen Verhältnissen allein stehende ältere Mitbürger leben, lässt sich keineswegs einheitlich beantworten. Man kann anhand von Beispielen wie dem der Seniorenwohnanlage Leonium Bonn, die in einem imposanten Gebäude eines ehemaligen Priesterseminars für wenige Privilegierte errichtet wurde, durchaus feststellen: Schick! Bei einem Wohngeld von etwa 3.500 € für eine 80 m² Wohnung, zu dem sich bei entsprechendem Unterstützungs- und/oder Pflegebedarf weitere Kosten in entsprechender Höhe hinzuaddieren, stellt sich aber die berechtigte Frage, wer sich dieses überhaupt leisten kann?

Zum ersten Mal in der Geschichte hat hierzulande der Anteil der über 60-Jährigen den der unter 20-Jährigen überstiegen. Bevölkerungsprognosen bis zum Jahr 2050 gehen insbesondere von einem überproportional steigenden Anteil der über 80-Jährigen aus. Während es heute etwa 3.500 über 100-Jährige gibt, werden es 2025 bereits über 20.000 und 2050 sogar nahezu 100.000 sein. Angesichts dieser Entwicklung gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass Alter der am stärksten mit Krankheit korrelierende Faktor ist. Angesichts der weitgehenden Hilflosigkeit der kurativen Medizin gegenüber chronisch/degenerativen – also größtenteils altersbedingten – Erkrankungen ist davon auszugehen, dass der Großteil dieser Hoch- und Höchstbetagten über viele Jahre an einer Reihe von Erkrankungen aus den Bereichen Herz-Kreislauf, Atemwege, Nervensystem, Bewegungsapparat oder auch an Neubildungen leiden wird, die mit zunehmender Dauer einen steigenden Hilfe- und Unterstützungsbedarf nach sich ziehen.

2. Chance Rehabilitation und Rehabilitationsbedarf

Angesichts eines wachsenden „Berges“ von Multimorbidität darf keinesfalls resigniert werden. Vielmehr muss deutlich betont werden, dass all diese Erkrankungen erhebliche Reha-potenziale, aber auch einen dementsprechenden Rehabilitationsbedarf beinhalten. Gerade im Alter gilt es bei der Bedarfsermittlung jedoch das Phänomen der Adaptation zu beach-ten. Adaptation bezeichnet die Verbindung von schlechten Lebensbedingungen bei gleich-zeitigem Vorliegen von Zufriedenheit (auch „Zufriedenheitsparadox“ genannt). Unter dem Begriff „Paradox der Lebenszufriedenheit im hohen Alter“ hat dieses Erscheinungsbild be-reits Eingang in die Gerontologie gefunden (Staudinger/Freund 1998). In der Versorgungs-realität führt dies dazu, dass Rehabedarf von den Betroffenen viel zu selten artikuliert wird und in der Folge von Ärzten auch viel zu selten entsprechende rehabilitative Leistungen verordnet werden, was große Versorgungslücken bei der rehabilitativen Versorgung älterer Menschen zur Folge hat.

Der Gesetzgeber hat diese Problematik erkannt und per Gesetz alle Leistungen der medizinischen Rehabilitation, auch die geriatrische Rehabilitation, seit dem 1. April 2007 zu Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenkassen gemacht. In der Vergangenheit war eine zu starke Anbindung der Rehabilitation an Berufstätigkeit nach dem Prinzip: „Reha vor Rente“ zu beobachten, was dazu führte, dass Menschen im Rentenalter oftmals unter-versorgt blieben.

Trotz der begrüßenswerten Gesetzesänderung sind nach wie vor etliche Problembe-reiche vorhanden. So gibt es keine flächendeckende Angebotsstruktur für (geriatrische) re-habilitative Angebote, was insbesondere für den gerade bei Älteren zu bevorzugenden am-bulanten Bereich gilt. Das Antragsverfahren ist sehr kompliziert und weit wichtiger, es wurden keine zusätzlichen Finanzmittel bereitgestellt. Es muss jedoch auch erwähnt wer-den, dass hinsichtlich des Rehabilitationsbedarfs der Bevölkerung weiterhin eine Reihe von Informationsdefiziten existiert. So gilt es Versorgungslücken rehabilitativer Versorgung insbesondere in Pflegeheimen und bei Alleinlebenden verlässlich quantitativ zu erfassen und auch qualitativ zu definieren. Ebenfalls zu erfassen ist der zu vermutende Unterstüt-zungsbedarf bei den Akteuren (Ärzte, Therapeuten, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, etc.) in Form von Fortbildungsbedarf, Aufbau von Teams usw. Gerade bei allein lebenden Älteren, die keinen „Fürsprecher“ haben, muss das Vorhandensein von unabhängigen und kompet-enten Beratungsleistungen hinsichtlich der Organisation, des Ablaufs und der Begleitung von rehabilitativen Leistungen sichergestellt werden. Letztendlich müssen aber auch die rehabilitativen Versorgungsstrukturen selbst weitaus mehr als in der Vergangenheit valide Wirksamkeitsnachweise erarbeiten.

3. Forschungsprojekte zur Rehabilitation

Für den Aufbau wirksamer (geriatrisch) rehabilitativer Versorgungsstrukturen ist eine Rei-he von Voraussetzungen zu erfüllen, die aufgrund der Ergebnisse von im Wissenschaftli-chen Institut der Ärzte Deutschlands (WIAD) gem. e. V. selbst durchgeführten For-schungsprojekten genannt werden können. Im Einzelnen handelt es sich dabei um das vom Bundesministerium für Arbeit geförderte Modellprojekt Frührehabilitation im Akut-

krankenhaus, das Mitte bis Ende der Neunziger am Klinikum Ingolstadt durchgeführt wurde. Inhaltlich wurde der Chefärztin Frau Dr. Berleth die Gesamtverantwortung für sämtliche rehabilitative Leistungen des gesamten Klinikums übertragen und zusätzlich unter ihrer Leitung eine eigene bettenführende rehabilitative Abteilung eingerichtet. Ende der 90er Jahre wurde im Auftrag der kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und der AOK Rheinland ein Modellvorhaben zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation wissenschaftlich begleitet. Im sogenannten „Solinger Modell“ wurden unter Leitung von niedergelassenen (Haus-)Ärzten Rehateams etabliert, die bei den Betroffenen zu Hause die rehabilitative Versorgung durchführten. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) wurden von 2000 bis 2003 20 Modellprojekte – davon vier mit dem Schwerpunkt geriatrische Rehabilitation – im Modellvorhaben Altenhilfestrukturen der Zukunft begleitet. Eines der Projekte, das Wiesbadener Netzwerk geriatrische Rehabilitation (GeReNet.Wi), bezweckte die Bedarfsermittlung bei allein lebenden Bürgern sowie die nachfolgende Einleitung entsprechender rehabilitativer Maßnahmen, ein anderes, das geriatrische Netzwerk Brandenburg (GeriNet), verfolgt die Vernetzung aller wesentlichen Akteure aus dem Bereich der Rehabilitation in einem großflächigen Landkreis. Sämtliche Projekte hatten zumeist übereinstimmende Zielsetzungen wie die Verbesserung der Versorgungsqualität, die Verwirklichung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ sowie die Verkürzung und Vermeidung stationärer Aufenthalte. Die geriatrische Rehabilitation selbst hat als übergreifende primäre Zielsetzung die Erhaltung bzw. Wiedererlangung von Mobilität sowie von Selbstversorgung, vor allem in Bezug auf die Aufrechterhaltung der weitestgehenden Selbstständigkeit im eigenen häuslichen Umfeld. Die Orte der Realisierung dieser Ziele können dabei je nach individuellen Voraussetzungen und Bedürfnissen ganz unterschiedlich sein: stationäre Rehamassnahmen in Rehakliniken, teilstationäre in Krankenhäusern oder ambulante zu Hause.

4. Zu empfehlende Vorgehensweise bei der Rehabilitation

Die Frage, was denn bei der Rehabilitation konkret geschehen soll und welche Tätigkeiten welche Akteure erbringen sollen, kann an dieser Stelle nicht erschöpfend beantwortet werden. Strukturell sollte jedoch in allen Fällen gewährleistet sein, dass nach einer entsprechenden Bedarfsermittlung (Assessment) eine Planung der Rehamassnahmen unter Beteiligung aller Akteure erfolgen sollte und eine kontinuierliche Kommunikation der Ziele sowie der Zielerreichung mit den Betroffenen sowie deren Angehörigen zu erfolgen hat. Die Durchführung der rehabilitativen Maßnahmen sollte nach anerkannten Standards unter Gewährleistung hoher Qualitäts- bzw. Qualitätsstandards erfolgen und eine Überprüfung der Rehaerfolges (Assessment) sowie die Ergebnisermittlung integrieren.

Die Rehateams sollten stets multiprofessionell zusammengesetzt sein. Zu beteiligende Berufsgruppen sind die Psychologie, die Sozialpädagogik, die Medizin (Haus- und Fachärzte), Therapeuten (Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie), Pflegekräfte etc. sein. Um auf alle nötigen Hilfen einzugehen zu können sowie um Planung und Koordination zu gewährleisten, ist die Etablierung bzw. Hinzuziehung von so genannten Case-Managern, die die Patienten begleiten und individuell beraten, sinnvoll. Auf die mögliche Einbeziehung von Soziologen geht der Unterpunkt 6 ein.

Während im (teil-)stationären Bereich in den letzten Jahren in weiten Teilen derartige Anforderungen durch den Auf- bzw. Ausbau entsprechender Strukturen erfüllt werden

konnten, ist insbesondere der Bereich der ambulanten (geriatrischen) Rehabilitation mit Ausnahme von wenigen Modellprojekten immer noch vergleichsweise rückständig. In vielen Fällen wäre es angebracht, dass die Therapeuten den Patienten zu Hause in seinem gewohnten Umfeld besuchen und behandeln. Dabei sollten unbedingt, weil der Erfolg einer Rehabilitation letztlich auch von der Unterstützung der Familie abhängt, auch Angehörige oder enge Bezugspersonen in das Gesamtkonzept mit eingebunden werden. Das gemeinsame Ziel aller rehabilitativen Bemühungen sollte sein, dass der Patient – insofern er dies möchte – dazu in die Lage versetzt wird, soweit wie möglich seinen Alltag in den eigenen vier Wänden selbstständig zu gestalten.

5. Anforderungen an eine qualitativ hochwertige ambulante (geriatrische) Rehabilitation

Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen ambulanten (geriatrischen) Rehabilitation sind in Anlehnung an die Qualitätsdimensionen nach Donabedian (1966) folgende Anforderungen in den Bereichen Strukturen, Prozesse und Ergebnisse zu gewährleisten. Bezüglich der erforderlichen Strukturen sollten verbindliche Kooperationen aller Versorgungsektoren (v.a. mit dem stationären Sektor) aufgebaut und geeignete Aus-, Weiter- und Fortbildungskonzepte zur rehabilitativen Mindestqualifikation der Ärzte sichergestellt werden. Dabei sollte eine weitgehende Konzentration auf „Schwerpunktpraxen“ erfolgen und auf jeden Fall kassenartenübergreifende Versorgungsbedingungen geschaffen werden, um eine Mindestzahl von Patienten zu gewährleisten. Die ambulante (geriatrische) Rehabilitation sollte – zumindest regional – institutionalisiert werden, wobei eine klare Definition der Koordinations- und Steuerungsaufgaben der Akteure zu erfolgen hat. Hierzu wäre auch die Etablierung einer leicht handhabbaren Dokumentationsplattform zielführend. Die Erfolgskontrolle und Rückkopplung der Ergebnisse sollte auch zur (Weiter-)Qualifikation sowie Struktur- und Prozessoptimierung z. B. durch formative Evaluationen erfolgen.

Hinsichtlich der ablaufenden Prozesse wäre eine verbindliche Definition gemeinsam festgelegter Kriterien zur Identifikation geeigneter Patienten sinnvoll. Eine Mindestzahl von rehabilitativen Behandlungen pro Teamarzt bzw. Teammitglied stellt eine wesentliche Voraussetzung zur Sicherung der Behandlungsqualität dar. Die Regelung und Einhaltung von Vereinbarungen zur Durchführung von Assessments und Teambesprechungen (z. B. Termine) ist eine unerläßliche Voraussetzung zur Aufrechterhaltung eines guten „Betriebsklimas“ in den Reheatams. In Bezug auf die Patienten müssen die Rehaziele und -maßnahmen stets an die individuellen Patientenbedürfnisse angepasst werden.

Auf der Ergebnisebene sollte gerade in der Phase des Aufbaus von neuen ambulanten (geriatrisch) rehabilitativen Angeboten daran gedacht werden, Öffentlichkeitsarbeit zur Erhöhung des Bekanntheitsgrades und der Akzeptanz durchzuführen. Da die Lern- und Austauschprozesse in berufsgruppenübergreifenden Teams keinesfalls automatisch oder auch nur reibungslos verlaufen, sollten sie entsprechend gefördert bzw. moderiert werden. Als konkretes Ergebnis derartiger Anforderungen ist die aktuelle Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses zu bewerten. Künftig dürfen nur noch Vertragsärzte eine Rehabilitation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen, die eine der folgenden Qualifikationen nachweisen können: Gebietsbezeichnung „Physikalische und Rehabilitati-

ve Medizin“, Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ oder „Rehabilitationswesen“, fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“, eine mindestens einjährige Tätigkeit in einer ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtung oder mindestens 20 Rehabilitationsgutachten im Vorjahr. Alternativ kann der Arzt bei seiner zuständigen Ärztekammer einen Fachkundenachweis erwerben. Letztere Möglichkeit scheint jedoch mit wenig Aufwand bzw. rehabilitativen Vorkenntnissen erreichbar zu sein.

6. Soziologie und Rehabilitation

Inwieweit die spezifischen Fachkompetenzen von Soziologen in die rehabilitativen Behandlungsteams einbezogen werden können, ist nicht leicht zu beantworten. Da sich die Rehabilitation jedoch in immer stärkerem Maße der Herausforderung stellen muss, ihre Strukturen, Prozesse und vor allem Ergebnisse transparent auf hohem wissenschaftlichen Niveau darzustellen, findet sich eine Vielzahl von Anknüpfungspunkten in den Bereichen Evaluation, Studienplanung und –durchführung, Professionalisierung, Organisationsanalyse, Planung und Konzeptentwicklung, Kommunikation und Interaktion, Kooperation und Teamarbeit und vor allem auch im weiten Feld der Aktivitäten des Qualitätsmanagements. Die engen thematischen Überschneidungen zeigen sich auch im Bereich der Wissenschaft, wie das Beispiel der Abteilung für Rehabilitationssoziologie, des Instituts für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt Universität zu Berlin verdeutlicht. Die Abteilung Rehabilitationssoziologie befasst sich in der Lehre u. a mit der Rolle der Biographie in der Rehabilitation, mit Gesundheitsförderung als Aufgabe der Rehabilitation, mit der Gesellschaftsgeschichte des Umgangs mit Behinderung, mit der Soziologie von Organisationen, mit der Sozialpsychologie helfenden Verhaltens, mit Grundlagen der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie mit der Thematik chronisch Kranker in der Familie: allesamt Themen mit hoher Praxisrelevanz.

7. Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die demographische Entwicklung und der medizinisch-technische Fortschritt einen begrüßenswerten Anstieg der Lebenserwartung bewirken. Die gewonnenen zusätzlichen Lebensjahre werden jedoch größtenteils von Multimorbidität und damit verbundenen, mehr oder weniger gravierenden körperlichen, geistigen und seelischen Funktionsausfällen begleitet sein. Da gleichzeitig der Anteil (gewollt oder mangels Angehöriger) allein lebender Personen kontinuierlich ansteigt und derzeit keine Anzeichen zu erkennen sind, dass gerade auch bei chronisch kranken älteren Menschen der Wunsch nach einem weitestgehend selbstbestimmten Leben in der eigenen Wohnung, etwa zugunsten kollektiver Wohnformen flankiert von supportiven Strukturen bzw. Dienstleistungen, abnimmt, ist künftig mit einem deutlich erhöhten Hilfe- bzw. Unterstützungsbedarf zu rechnen. Dieser muss in erster Linie durch professionelle Helfer geleistet werden. Eine wesentliche Hilfe bei der Bewältigung der zahlreichen Anforderungen an ein selbstständiges Leben bei abnehmender Leistungsfähigkeit kann die ambulante geriatrische (mobile) Rehabilitation darstellen. Mit flankierenden Maßnahmen im Sinne von Bring-Strukturen, Bedarfs- und Ergebnisermittlung (Assessment) sowie Leistungsberatung und –steuerung (Case Management) können Risikofaktoren minimiert, Gesundheitspo-

tenziale gestärkt und der Eintritt oder die Progredienz von Erkrankung und Pflegebedürftigkeit verhindert oder wenigstens verzögert werden. Während in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Weiterentwicklung der Rehabilitation Soziologen oder zumindest Methoden und Vorgehensweisen der Soziologie integriert sind, sind in den Rehabilitationseinrichtungen oder gar in den Reha-Teams derzeit nur wenige Soziologen zu finden. Deren Kompetenz könnte jedoch sicher in stärkerem Maße eingesetzt werden, wobei allerdings beachtet werden muss, dass die in Frage kommende rehabilitative Einrichtung/Institution, die einen Soziologen oder eine Soziologin beschäftigen soll, eine gewisse Größe aufweisen muss, um die Synergieeffekte der Arbeitsteilung multiprofessioneller Teams nutzen zu können.

Literatur

- Bengel, Jürgen; Koch, Uwe (Hrsg.), 2000: Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Donabedian, Avedis, 1966: Evaluating the quality of medical care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. XLIV, Number 3, July, Part 2, S. 167-206.
- Keil, Siefried; Schröter, Reiner, 2002: Mobile ambulante geriatrische Rehabilitation. Marburger Forum zur Gerontologie, Marburg: Vektor-Verlag.
- Staudinger, Ursula M.; Freund, Alexandra M., 1998: Krank und „arm“ im hohen Alter und trotzdem guten Mutes? Untersuchungen im Rahmen eines Modells psychologischer Widerstandsfähigkeit. In: Zeitschrift für klinische Psychologie, S. 166-206.
- WIAD/Prognos, 1998: Fachübergreifende Frührehabilitation im Akutkrankenhaus – durchgeführt im Klinikum Ingolstadt. Forschungsbericht Nr. 275 des BMA. Köln/Bonn.

Ralf Reiche
Ellesdorfer Straße 21
53179 Bonn
E-Mail: ralfreiche@aol.com