

Nachhaltigkeit der (mobilen) Geriatrischen Rehabilitation. Definition und Messung von Outcomes in langfristiger Perspektive

von

Carola Schweizer

Matthias Schmidt-Ohlemann

Paul W. Schönle

Dokumentation der gemeinsamen Fachtagung am 9. Dezember 2005 in Berlin

Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (**iso**), Saarbrücken

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR), Heidelberg

Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e.V. (BAG MoRe),
Bad Kreuznach

Saarbrücken, März 2006

© by Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (**iso**), Saarbrücken 2006
Trillerweg 68, D-66117 Saarbrücken, Tel.: 0681-95424-0/Fax: 0681-95424-27
E-Mail: kontakt@iso-institut.de; Internet: www.iso-institut.de

Veröffentlichung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit

Redaktionelle Verantwortung:

Carola Schweizer  0681-95424-21

ISBN 3-935084-23-4

Inhalt

I. Einleitung	7
<i>Carola Schweizer, iso-Institut, Saarbrücken</i> <i>Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann, kreuznacher diakonie,</i> <i>Bad Kreuznach</i>	
II. Grußwort	11
<i>Prof. Dr. Dr. med. Paul W. Schönle, MEDIAN Klinik NRZ,</i> <i>Magdeburg</i>	
III. Vorträge	14
1. <i>Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann, kreuznacher diakonie,</i> <i>Bad Kreuznach</i>	14
Einführung in die Problemstellung unter Berücksichtigung der ICF	
2. <i>Prof. Dr. med. H. Wolfgang Heiß, Universitätsklinikum Freiburg,</i> <i>Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Freiburg</i>	28
Langzeitperspektiven und Outcomes aus geriatrischer Sicht	
3. <i>PD Dr. med. Clemens Becker, Robert-Bosch-Krankenhaus,</i> <i>Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Stuttgart</i>	38
Objektive Mobilität und ihre Messung in langfristiger Perspektive	
4. <i>Prof. Dr. Johann Behrens, Martin-Luther-Universität</i> <i>Halle-Wittenberg, Halle</i>	51
Langzeitperspektiven und Outcomes aus pflegewissenschaftlicher Sicht	
5. <i>Dr. med. Matthias Meinck, Kompetenz-Centrum Geriatrie</i> <i>beim MDK, Hamburg</i>	61
Langzeitperspektiven und Outcomes aus Sicht des Kompetenz-Centrums Geriatrie der Gesetzlichen Krankenversicherung	

V. Statements	73
1. <i>Oliver Blatt, VdAK/AEV, Siegburg</i> Statement aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung	73
2. <i>Carola Schweizer, iso-Institut, Saarbrücken</i> Statement aus Sicht der Sozialwissenschaften	76
3. <i>Prof. Dr. Christian Zippel, MEDIAN Klinik, Berlin</i> Statement aus Sicht des DVfR-Ausschusses „Geriatrische Rehabilitation“	78
4. <i>Dr. med. Rainer Neubart, Evangelisches Krankenhaus, Woltersdorf</i> Statement aus Sicht der Geriatrie	81
V. Diskussion	84
VI. Schlusswort	95
<i>Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann, kreuznacher diakonie, Bad Kreuznach</i> <i>Carola Schweizer, iso-Institut, Saarbrücken</i>	
Anhang (Teilnehmerliste)	99

I. Einleitung

Carola Schweizer, **iso**-Institut, Saarbrücken
Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann, kreuznacher diakonie,
Bad Kreuznach

Wir freuen uns über das Interesse am Workshop zum Thema „Nachhaltigkeit der (mobilen) Geriatrischen Rehabilitation. Definition und Messung von Outcomes in langfristiger Perspektive“. Wenn man den Stellenwert der geriatrischen Rehabilitation ermesen und ihre Existenz oder ihren Ausbau rechtfertigen will, dann muss man ihre (nachhaltigen) Wirkungen exakt beschreiben können. Diese an sich selbstverständliche Anforderung ist, obwohl es zunächst anders erscheint, nicht unbedingt einfach zu erfüllen. Im Detail tauchen bei der Bestimmung der Outcomeparameter erhebliche Probleme auf, wobei u.a. folgende Fragen geklärt werden müssen: Welche Nachhaltigkeitszeiträume sind in der Geriatrie realistisch? Welche Wirkungen sind für das primäre soziale Netz oder für die Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen relevant? Was bedeutet Lebensqualität im hohen Alter? Welche Bedeutung haben ökonomische Faktoren?

Auf der einen Seite gibt es eine Vielzahl Fragen, die beantwortet werden muss, damit der Nutzen der geriatrischen Rehabilitation sowohl für die Betroffenen und ihre Familien wie auch für die Leistungsträger und die Gesellschaft insgesamt abgeschätzt werden kann. Auf der anderen Seite müssen innovative bzw. modellhafte Rehabilitationskonzepte, wie beispielsweise jenes der mobilen geriatrischen Rehabilitation, ihre Wirksamkeit erst nachweisen, bevor sie als „neues“ Leistungselement in die Regelversorgung aufgenommen werden können. Der Evidenznachweis ist im Fall der Mobilen Rehabilitation auch die Voraussetzung dafür, dass die bestehenden Mobilen Rehabilitationseinrichtungen nicht auf Dauer gefährdet sind, sondern eine Zukunft haben, und dass mit dem flächendeckenden Ausbau begonnen werden kann. Die Mobile Rehabilitation orientiert sich allerdings an den vorhandenen Rehabilitationskonzepten und an deren Qualitätsstandards, so dass sie bei aller Neuartigkeit durchaus als konsequente Fortsetzung und Ergänzung des bereits vorhandenen Rehabilitationssystems angesehen werden kann.

Bevor wir uns dem Thema „Outcomemessung“ in der geriatrischen Rehabilitation widmen, möchten wir kurz auf die Geschichte der mobilen Rehabilitation eingehen, damit der Workshop in seinen „historischen“ Kontext eingeordnet werden kann.

Anfang der 90er-Jahre sind im Rahmen des Modellprogramms „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“ des Bundesministeriums für Gesundheit (und Soziale Sicherung) an vier Standorten (Bad Kreuznach, Karlsruhe, Marburg und Magdeburg) mobile Rehabilitationseinrichtungen implementiert worden. Eine fünfte Einrichtung (Woltersdorf/Brandenburg) wurde im Modellprogramm „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert.

Während der Modellphase konnten die Einrichtungen die Mobile Rehabilitation an ihren Standorten konzeptionell weiterentwickeln und erfolgreich umsetzen. Die Landesverbände der Gesetzlichen Krankenkassen in Rheinland-Pfalz, in Baden-Württemberg und in Hessen wussten das zu honorieren und haben nach Beendigung der Modellphase mit den Einrichtungen Versorgungsvereinbarungen auf der Basis des § 40 Abs.1 SGB V abgeschlossen, in Karlsruhe allerdings nur in Form einer Übergangvereinbarung. In Magdeburg wurde die mobile Rehabilitation im Rahmen des § 63 SGB V (AOK Sachsen-Anhalt) weiter erprobt. Lediglich in Brandenburg waren die Landesverbände der Gesetzlichen Krankenkassen nicht bereit, eine Versorgungsvereinbarung mit der Modelleinrichtung abzuschließen. Ein darüber hinausgehender Ausbau der mobilen Rehabilitation fand aber in keinem Bundesland statt.

Seit etwa einem Jahr interessieren sich die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen für die mobile Rehabilitation und haben eine Arbeitsgruppe initiiert, um die zentralen und teilweise noch offenen Fragen zu klären. Der Arbeitsgruppe gehören Vertreter der Spitzenverbände der GKV, des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände, des Kompetenz-Centrums Geriatrie und der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e.V. an. Aufgabe der Arbeitsgruppe ist es, den Personenkreis der mobilen Rehabilitation zu definieren, den Bedarf einzuschätzen, die Qualitätsstandards festzulegen und ein Studiendesign für den Nachweis der Wirksamkeit der mobilen geriatrischen Rehabilitation zu entwickeln.

Im Rahmen der Modellförderung ist die mobile Rehabilitation von verschiedenen Institutionen wissenschaftlich begleitet worden. Es sind Dissertatio-

nen geschrieben worden, und die Bundesarbeitsgemeinschaft hat ebenfalls eine Vielzahl an Daten zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität aufbereitet. Eine randomisierte und kontrollierte Studie konnte in den Modellprogrammen aber nicht durchgeführt werden. Das heißt: Für die Bewertung der mobilen Rehabilitation liegt zwar umfangreiches und aussagekräftiges Datenmaterial vor, aber noch kein evidenzbasierter Wirksamkeitsnachweis.

Der Rückgriff auf Ergebnisse internationaler Studien ist nur eingeschränkt möglich. Hier liegt zwar zahlreiches Material über die Domiciliary Rehabilitation vor. Die therapeutischen Settings sind aber in der Regel nicht auf unser System zu übertragen.

Nach zurückhaltenden Schätzungen haben etwa fünf bis acht Prozent der in der Geriatrie stationär behandelten Patienten einen originären Bedarf an mobiler Rehabilitation. Bei der Schätzung sind allerdings die geriatrischen Patienten nicht berücksichtigt, die zwar stationär ausreichend versorgt werden, für die die mobile Rehabilitation aber die bessere Alternative wäre. Denn der Vorteil der mobilen Rehabilitation ist, dass sie stärker als andere Rehabilitationsformen Einfluss auf die so genannten Kontextfaktoren nehmen kann. Bei dieser Schätzung nicht erfasst sind Patienten, die sich in nicht-geriatrischer stationärer Behandlung befinden oder die aus der vertragsärztlichen ambulanten Versorgung heraus rehabilitationsbedürftig werden oder solche, die die Rehabilitationsangebote zum Beispiel aufgrund kognitiver Einschränkungen oder geistiger Behinderung nicht nutzen können.

Unser Workshop soll aber nicht nur die mobile, sondern auch die anderen Rehabilitationsformen im Blick haben. Aus unterschiedlichen Perspektiven werden wir der Frage nachgehen, wie die Wirkung der geriatrischen Rehabilitation operationalisiert bzw. messbar oder erfassbar gemacht werden kann. Dies ist nicht nur eine Voraussetzung für ein Studiendesign, sondern auch für die Qualitätsbestimmung in der praktischen Arbeit der geriatrischen Rehabilitation und für die Allokation der notwendigen Ressourcen.

Wir möchten an dieser Stelle den Referenten und Teilnehmer/innen des Workshops für die engagierten und überzeugenden Beiträge herzlich danken und vor allem auch dafür, dass die Diskussion über die adäquaten Outcomes kontrovers geführt werden konnte. Es besteht aber auch Konsens darüber, dass nicht alle Fragen, die sich im Kontext der geriatrischen Rehabilitation stellen, im Rahmen einer Studie beantwortet werden müssen.

Vielmehr muss die richtige Auswahl der Outcomes getroffen werden, und es müssen Prioritäten gesetzt werden.

Wir danken dem Bundesgesundheitsministerium, dass wir die Möglichkeit haben, die Dokumentation des Workshops in der Schriftenreihe zum Modellprogramm „Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger“ zu veröffentlichen, und für die ideelle Unterstützung, die nach der langen Modellförderung der mobilen Rehabilitation für die Einrichtungen nicht selbstverständlich, jedoch außerordentlich hilfreich ist.

Ein besonderer Dank geht auch an unsere Veranstaltungspartner von der DVfR: Herrn Prof. Dr. Dr. Schönle, Frau Dr. Reinsberg und ihre Mitarbeiterin Frau Usselman, ohne ihre Unterstützung hätte der Workshop nicht stattfinden können. Wir danken auch Frau Kraß vom **iso**-Institut, die nicht nur für die technische Seite des Workshops verantwortlich war, sondern auch die Überarbeitung der Transkripte unterstützte.

II. Grußwort

Prof. Dr. Dr. med. Paul W. Schönle, MEDIAN Klinik NRZ, Magdeburg

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich begrüße Sie recht herzlich zu unserem Workshop „Nachhaltigkeit der (mobilen) geriatrischen Rehabilitation – Definition und Messung von Outcomes in langfristiger Perspektive“ hier im Diakonischen Werk der EKD in Berlin-Dahlem, den wir als DVfR gemeinsam mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation organisiert haben.

Als Gäste der Veranstaltung begrüße ich besonders Herrn Dr. Grambow vom Bundesgesundheitsministerium und Herrn Blatt vom Bundesverband des VdAK. Ich freue mich über die Anwesenheit von Vertretern des brandenburgischen Gesundheitsministeriums, des Landesverbandes der AOK Baden-Württemberg, der Therapeutenverbände, des Sozialverbandes VdK Deutschland sowie von Kollegen aus Kliniken und der Wissenschaft. Und ich begrüße die Vorstandsmitglieder der BAG Mobile Rehabilitation: Herrn Dr. Schmidt-Ohlemann, Frau Schweizer, Herrn Dr. Winkler, Herrn Ribbert-Elias und Herrn Dr. Neubart sowie die Referenten des heutigen Workshops ganz herzlich und bedanke mich schon jetzt für Ihren aktiven Part bei dieser Veranstaltung.

Mobile Rehabilitation ist ein neuer, derzeit in Deutschland noch zu wenig erprobter Baustein der gesundheitlichen Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen. Angesichts der drängenden Probleme, die mit der demographischen Entwicklung einhergehen, ist eine Weiterentwicklung der Versorgungssysteme dringend erforderlich. Denn in unserer alternden Gesellschaft werden zukünftig die Ziele Selbstständigkeit, Teilhabe und soziale Integration der betroffenen Menschen einen ganz anderen Stellenwert als heute haben.

Auch der Koalitionsvertrag unserer neuen Regierung berücksichtigt die Interessen behinderter Menschen. An verschiedenen Stellen des Vertrags wird der Weiterentwicklung von Versorgungssystemen ein zentraler Stellenwert eingeräumt, und der Grundsatz „ambulant vor stationär“, die Verzahnung ambulanter und stationärer Dienste, die Leistungserbringung „aus einer Hand“ usw. besonders hervorgehoben.

Im Bereich der Pflege orientiert sich der Koalitionsvertrag an einem Gesamtkonzept der Betreuung und Versorgung pflegebedürftiger, behinderter und alter Menschen analog dem Grundsatz „Prävention und Rehabilitation vor Pflege“.

Die Gesundheitsversorgung herkömmlicher Prägung verbraucht erhebliche Ressourcen – das ist unbestritten. Dennoch ist die Versorgung nicht immer ausreichend effizient. Insbesondere für Menschen mit chronischen Krankheiten und Behinderungen gibt es Unter-, Über- und Fehlversorgungen, die überwunden werden müssen. Die Versorgungsprobleme potenzieren sich für Menschen im fortgeschrittenen Alter. Deshalb sind Rationalisierung und Konzentration auf das Wesentliche sowie neue, effizientere und wirtschaftliche Versorgungskonzepte erforderlich, zu denen alle Menschen mit entsprechendem Versorgungsbedarf auch Zugang haben.

An entsprechenden Forderungen und gesetzlichen Aufträgen zur Entwicklung von Versorgungsstrukturen an das Gesundheits- und Rehabilitationswesen mangelt es nicht. Vor allem gilt es Lösungen zu entwickeln, die Krankheitsfolgen verringern, Behinderungen und Pflegebedarf vermeiden, Selbstständigkeit und soziale Integration fördern und die wohnortnah für die Betroffenen tatsächlich verfügbar sind.

Chronisch kranke Menschen mit unausweichlichen Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens benötigen deshalb Rehabilitationsleistungen, die ihre Selbstständigkeit fördern und den Hilfebedarf senken. Wo dies nicht möglich ist, muss Rehabilitation präventiv auf die Vermeidung von Verschlechterung ausgerichtet sein. Dadurch können nachweislich Krankheitsrezidive, Komplikationen, vermehrter Behandlungs- und Pflegebedarf oder vorzeitiger Tod sowie negative Folgen für die Pflegenden vermieden werden.

Diesen Ansatz verfolgt die BAG Mobile Rehabilitation mit dem Konzept der mobilen geriatrischen Rehabilitation, und zwar für den eng begrenzten Personenkreis alter Menschen mit erheblichen Mobilitätsbeeinträchtigungen, bei denen Rehabedarf, Refähigkeit und eine günstige Rehaprognose besteht. Mobile Rehabilitation ist eine Maßnahme aufsuchender medizinischer Rehabilitation, sie stellt eine Untergruppe der ambulanten Rehabilitation im Sinne von § 40 SGB V dar. Mit mobilen Rehabilitationsmaßnahmen werden die Patienten unter realen Bedingungen zu Hause versorgt, und es werden so die wichtigen Kontextfaktoren einbezogen. Ich denke, dass dies

der entscheidende Mehrwert des aufsuchenden Angebotes ist. Die eigene Wohnung wird nicht nur als diagnostisches, sondern vor allem als therapeutisches Mittel genutzt.

Inzwischen liegen ermutigende Ergebnisse der mobilen geriatrischen Rehabilitation aus den Modellprogrammen vor, und zwar hinsichtlich der Ergebnisse, der Qualität und der Transparenz der Maßnahmen. Diese sollen weiter vertieft und evaluiert werden. Zurzeit finden Gespräche zwischen der BAG Mobile Rehabilitation und den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen statt, um den Personenkreis, die Qualitätsstandards und den Bedarf sowie die Kosten näher zu bestimmen.

Von der BAG Mobile Rehabilitation e.V. wurde ein Studiendesign zum Nachweis der Wirksamkeit der mobilen Maßnahmen entwickelt - und genau über diese Fragen wollen wir uns heute austauschen. Denn für die Etablierung mobiler geriatrischer Rehabilitation ist es entscheidend, Outcomes zu definieren und zu messen, um beurteilen zu können, wie und ob die therapeutischen, humanitären, sozialpolitischen und ökonomischen Ziele erreicht werden.

Die DVfR unterstützt diese Entwicklungsarbeit der BAG Mobile Rehabilitation und würde es begrüßen, wenn es gelingt, an zehn bis zwölf Standorten in Deutschland eine mobile geriatrische Rehabilitation – zumindest modellhaft – zu etablieren. Dies ist eine wichtige Voraussetzung, um eine entsprechende Datenbasis zu schaffen, auf deren Grundlage fundiert über weitere Entwicklungen entschieden werden kann.

Ich gebe jetzt das Wort an Herrn Dr. Schmidt-Ohlemann, den Vorsitzenden der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation. Und ich wünsche uns allen interessante, neue Erkenntnisse aus diesem Workshop.

III. Vorträge

1. *Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann, kreuznacher diakonie, Bad Kreuznach*

Einführung in die Problemstellung unter Berücksichtigung der ICF

Im Vordergrund dieses Workshops soll weniger die mobile Rehabilitation selbst stehen. Es soll vielmehr an ihrem und an anderen Beispielen über die Nachhaltigkeit und die Outcomes in der geriatrischen Rehabilitation insgesamt diskutiert werden. Dabei wird natürlich nicht außer Acht gelassen, dass das Erreichen von Nachhaltigkeit der Rehabilitation für die mobile Rehabilitation ein besonders wichtiges Ziel und eine Herausforderung darstellt.

Nachhaltigkeit in der geriatrischen Rehabilitation beinhaltet verschiedene Aspekte:

a) Ziele

Nachhaltigkeit in der Rehabilitation bedeutet primär, dass bestimmte Ziele in einer definierten Dauer bzw. einem längeren Zeitraum verwirklicht werden. Die geriatrische Rehabilitation versucht, solche Ziele zu definieren und zu verwirklichen. Die Zieldefinition und ihre konsequente Verfolgung ist zentraler Bestandteil des Versorgungskonzeptes. Solche Ziele liegen zum Teil erst in der Zukunft, also erst nach der eigentlichen Rehabilitationsmaßnahme. Durch die Fokussierung und Priorisierung der Therapien und den klinischen Bezug der Rehamaßnahme kommt es zur Reduktion der praktisch umgesetzten Einzelziele und zugleich auch zur pragmatischen Verkürzung des gesamten Zielkanons. Mit expliziten Zielen können implizite Wirkungen verbunden sein, z.B. solche Wirkungen, die nicht intendiert, jedoch sehr relevant und erwünscht sind. Ein Beispiel: Ein Mitarbeiter der MoGeRe geht mit einem Patienten, der noch nicht lange im Rollstuhl sitzt, zum ersten Mal in seinem Heimatdorf auf die Straße, um die Straßentauglichkeit des Rollstuhles zu erproben. Nun wissen wir, dass vielen Menschen die Nutzung eines Rollstuhles gegenüber der Nachbarschaft peinlich ist. Der wich-

tige Effekt des Straßentrainings ist in diesem Falle wahrscheinlich, dass er sich traut, sich erstmalig mit der Behinderung in der Öffentlichkeit zu zeigen.

Auch wenn als Ziel formuliert wurde, die Straßentauglichkeit des Rollstuhles zu prüfen, ist durch MoGeRe ein weiteres wichtiges Rehabilitationsziel erreicht worden, nämlich die Akzeptanz der Behinderung und die praktische Akzeptanz der außerhäuslichen Mobilität. Obwohl es für die Nachhaltigkeit der Rehabilitation entscheidend ist, wird ein solches Ziel in der medizinischen Rehabilitation oft nicht formuliert. Der Zielkanon darf deshalb für die geriatrische Rehabilitation nicht primär bzw. ausschließlich schädigungs- und funktionsbezogen bestimmt werden.

b) Zeiträume

Ein weiterer Aspekt sind die Zeiträume. Was heißt Nachhaltigkeit, wenn jemand 70, 80 oder 90 Jahre alt ist? Innerhalb welcher Zeiträume sind welche Wirkungen zu erwarten? Sind Zeiträume von einem, von drei oder, von fünf Jahren Nachhaltigkeitszeiträume für geriatrische Patienten? In der geriatrischen Rehabilitation steht dem Patienten oft nicht mehr viel Lebenszeit für eine funktionelle Verbesserung zur Verfügung, anders als etwa in der neurologischen Rehabilitation jüngerer Patienten. So kann man bei einem geriatrischen Patienten bereits nach drei Jahren kaum noch behaupten, dass diese oder jene Kompetenz ein Effekt stattgehabter geriatrischer Rehabilitation sei. Die Entwicklung der funktionalen Gesundheit ist stark vom Verlauf des Alterns und der einwirkenden Kontextfaktoren abhängig. Überhaupt ist es schwierig, die Wirkungen von geriatrischer Rehabilitation im Langzeitverlauf von anderen Einflüssen abzugrenzen

c) Benefit und Zielperspektiven

Beim Thema „Nachhaltigkeit“ müssen die verschiedenen Zielgruppen beachtet werden. Denn Effekte, Benefit und die Nachhaltigkeit können sowohl aus der Perspektive des Patienten als auch aus der Perspektive der Kosten- bzw. Leistungsträger oder der Sozialpolitik betrachtet werden. Selbst wenn noch Ziele gemeinsam formuliert werden, ist doch das Interesse an deren Erreichung durchaus unterschiedlich. In der Diskussion über die Nachhaltigkeit müssen deshalb die Perspektive bzw. die Zielgruppe klar bestimmt und voneinander unterschieden werden.

d) Relevanz

Ein weiterer Aspekt nachhaltiger Wirkungen von geriatrischer Rehabilitation ist ihre jeweilige Relevanz. Man kann nicht immer sicher sein, ob mit medizinischen Maßnahmen bei den Patienten wirklich die Wirkungen erzielt werden, die für sie auch relevant sind, oder auch, ob diese Wirkungen für das Gesundheitssystem eine entsprechende Relevanz haben.

e) Systemische Effekte

Es ist üblich, die Wirkungen von Rehabilitation und ihrer Nachhaltigkeit primär einzelfallbezogen, also für den einzelnen Patienten zu beschreiben, weil die medizinische Rehabilitation zurzeit ein überwiegend individuelles Geschehen ist. In dem Maße, wie sich die funktionale Gesundheit, also die Aktivitäten und die Teilhabe, verbessert und ihre nachhaltige Stabilisierung in den Vordergrund rückt, sind systemische Sichtweisen von Bedeutung. Im Fokus liegen dabei die Funktionsfähigkeit, die Kompetenz und Stabilität sozialer Unterstützungssysteme, insbesondere des primären sozialen Netzwerks und der sie unmittelbar begleitenden fachlichen Dienste (dazu gehören die Familie, Angehörige, die Pflege, weitere persönliche Assistenz, hausärztliche Versorgung u.a.). Daraus würde die Konsequenz folgen, dass heute in der Rehabilitation auch das soziale Unterstützungssystem stabilisiert und kompetenter gemacht werden muss, nicht nur der Einzelne.

f) Professionsspezifische Ziele

Auch unter professionstheoretischen Gesichtspunkten haben wir es mit verschiedenen Nachhaltigkeitsbegriffen zu tun. Der Arzt hat andere Wirkungen im Blick als zum Beispiel die Pflege oder der Seelsorger oder der Psychologe. Jede Profession behandelt das Thema unterschiedlich.

Deshalb ist es für die heutige Diskussion von besonderer Bedeutung, einen gemeinsamen Bezugsrahmen zu wählen.

Hierzu schlagen wir vor, die ICF¹ zu benutzen, weil sie unserer Meinung nach – so auch unsere erste These – dafür am besten geeignet ist:

¹ Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, International Classification of Functioning, Disability and Health). Sie wurde von der 54. Vollversammlung der WHO im Mai 2001 verabschiedet. (Deutsch: www.dimdi.de)

1. These:

Die ICF ist ein geeigneter Rahmen, innerhalb dessen die Wirkungen geriatrischer Rehabilitation beschrieben werden können. Dazu gehört die Berücksichtigung

- a) der strukturellen und funktionalen Beeinträchtigungen,*
- b) der Aktivitäten,*
- c) der Teilhabe,*
- d) der sachlichen Kontextfaktoren,*
- e) der personalen Kontextfaktoren,*
- f) der Differenzierung zwischen Performance und Capacity.*

Die ICF muss hier nicht erklärt werden. Um Missverständnissen vorzubeugen, ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die ICF kein Assessmentinstrument ist und deshalb nicht unmittelbar zur Ergebnismessung eingesetzt werden kann. Für die Bewertung von Rehabilitationsergebnissen ist die Unterscheidung zwischen personalen und sachlichen Kontextfaktoren sowie die Differenzierung zwischen Performance und Capacity bedeutsam.

Die ICF unterscheidet zwischen Leistungsfähigkeit (Capacity) und Leistung (Performance). Leistungsfähigkeit ist das maximale Leistungsniveau einer Person in einem bestimmten Lebensbereich unter Testbedingungen. Die Leistung ist hingegen die Durchführung einer Aufgabe in einem bestimmten Lebensbereich unter realen Bedingungen, also im Alltag mit allen fördernden und hemmenden Faktoren.

In der Klinik wird eine Situation vorgefunden, in der eher die Leistungsfähigkeit in virtueller Umgebung und weniger die alltagstypischen und gewohnten Handlungen, die später den Alltag ausmachen, beobachtet werden können. Wenn man also Parameter für die Outcomes festlegt, dann muss genau geklärt sein, in welchem Kontext die Beobachtung des Rehabilitanden stattfindet. Die Kontextfaktoren haben eine besondere Bedeutung, weil sie oft ganz wesentlich dafür sind, ob aus der bloßen Leistungsfähigkeit eine im Alltag abrufbare Leistung wird.

In der Diskussion über die ICF wird oftmals nicht genau genug darauf geachtet, dass Förderfaktoren und Barrieren sowohl im Hinblick auf ihr Vor-

handensein als auch auf ihr Fehlen zu betrachten sind. Es ist wichtig, dass bei der Beobachtung und der Messung von Leistung und Leistungsfähigkeit als Methode die Kontextfaktorenvariation angewandt wird. Das heißt, es ist immer ein analytischer Reflexionsprozess notwendig: Welche funktionelle Kapazität ist in verschiedenen Lebenssituationen mit jeweils anderen Kontextfaktoren vorhanden. Dieser Aspekt muss bei der Diskussion über Outcomes und ihre Messung präzise berücksichtigt werden, da nur so das Ergebnis von Rehabilitation im Alltag gemessen und bewertet werden kann.

Dazu ein Beispiel:

Im Rehabilitationszentrum Bethesda kreuznacher diakonie wurde bei allen Bewohnern (162 Personen) die funktionelle Kapazität mittels FIM² gemessen. Darunter ist der FIM bei 24 Erwachsenen mit schwerer Körperbehinderung zunächst innerhalb der Einrichtung gemessen worden und dann zu Hause, z.B. während eines Ferien- oder Wochenendaufenthaltes. Auf diese Weise konnte gut die Performance zu Hause mit der in der Einrichtung verglichen werden. Ergebnis war, dass sich die FIM-Werte im Vergleich zwischen zu Hause und in der Einrichtung im Durchschnitt um 12 Punkte, in Einzelfällen um 40 Punkte unterschieden haben. (Die FIM-Werte lagen zu Hause meistens, aber nicht immer deutlich niedriger als in der Einrichtung.) Die Ursache für die Unterschiede lag in den Kontextfaktoren: Denn entscheidend war nicht nur die Wohnungssituation, sondern die Art der persönlichen Assistenz, die Haltungen und Einstellungen des Umfeldes, die Gewohnheiten, die Möglichkeiten der Hilfsmittelnutzung, die Barrierefreiheit in der Nachbarschaft usw.

Damit ist deutlich geworden, dass Messungen der funktionellen Kapazität in virtuellen Situationen nicht reliabel und wohl auch nicht valide hinsichtlich der Messung der Performance sind, insbesondere nicht im Bezug auf die Nachhaltigkeit. Fördernde und hemmende Kontextfaktoren müssen deshalb in allen Konzepten der Messung nachhaltiger Effekte, einschließlich der methodischen Ansätze, berücksichtigt werden. Natürlich müssen diese Erkenntnisse erst recht in die Gestaltung der Rehabilitation Eingang finden: Denn Kontextfaktoren sind nicht nur zu berücksichtigen, sondern durch die Rehabilitation zu beeinflussen.

² FIM: Functional Independence Measure, vgl. z.B. <http://www.fischer-zim.ch/notizen/FIM-FAM-9711.htm>

2. These:

In der Geriatrie wird sowohl ein Einphasenkonzept vertreten (fallabschließende Behandlung in einer geriatrischen Fachabteilung) als auch ein Zweiphasenkonzept (Akutbehandlung und Rehabilitation).

Es fehlt dabei eine dritte Phase der Rehabilitation, in der die Eingliederung selbst, also das konkrete Training von Aktivitäten und die konkrete Realisierung von Teilhabe in der Lebenswelt bewirkt bzw. unterstützt wird. Diese schließt die Erhaltung und ggf. die weitere Verbesserung von Funktionen und Aktivitäten sowie die Sicherung der Nachhaltigkeit der Teilhabe an der Lebenswelt in den alltäglichen praktischen Lebensvollzügen auf Dauer mit ein.

Um die Wirkungen von geriatrischer Rehabilitation zu beurteilen, ist es notwendig, diese in der dritten Rehabilitationsphase im Bereich der Aktivitäten und der dauerhaften Teilhabe an der Lebenswelt zu erheben, einschließlich der Funktionen und Kontextfaktoren. Dabei ist die Performance bzw. die Leistung entscheidend.

Das Einphasenkonzept und das Zweiphasenkonzept vernachlässigen – anders als beispielsweise in der neurologischen Rehabilitation mit den Phasen E und F – die Phase der eigentlichen Eingliederung. In der Geriatrie ist das nach meiner Erfahrung in dieser Form bislang nicht ausreichend reflektiert worden. Natürlich wird jeder Geriater betonen, dass der ältere oder hochaltrige Rehabilitand in sein häusliches Umfeld integriert werden muss. Dennoch wird diese Phase fast ausschließlich dem Hausarzt bzw. dem ambulanten Versorgungssystem (einschließlich der Pflege) teils explizit, teils implizit übertragen.

Dabei wird zu wenig berücksichtigt, dass sich der Rehabilitand in der geriatrischen Rehabilitation im Einphasenmodell sicher, jedoch auch noch im Zweiphasenmodell in einer Entwicklungsphase seiner persönlichen Kompetenzen befindet und die Verbesserung seiner funktionellen Leistungsfähigkeit deshalb im Vordergrund der therapeutischen Bemühungen steht. Je kürzer, je wohnortferner und je lebensweltferner (stationär) die Rehabilitation erfolgt, desto weniger kann die konkrete Lebenswelt, in der der Betroffene in Zukunft mit seinen bleibenden Beeinträchtigungen und Behinderungen leben muss, selbst Gegenstand der Rehabilitation werden. Damit

kann der Übergang von der Leistungsfähigkeit zur Leistung nicht optimiert werden.

Es ist von großer Bedeutung, dass das Leben und seine Qualität mit bleibenden Behinderungen und die Ermöglichung bzw. Verbesserung der Teilhabe mit einer eigenen Wertigkeit versehen werden. Aus der geriatrischen Rehabilitation werden viele Menschen mit neuen Beeinträchtigungen nach Hause entlassen, so dass dort völlig neue Anpassungsleistungen erforderlich sind. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit einer dritten Phase der geriatrischen Rehabilitation.

Daraus folgt meine dritte These:

3. These:

Bei Menschen mit nach der Phase der traditionellen medizinischen Rehabilitation fortbestehenden relevanten Beeinträchtigungen von Strukturen, Funktionen, Aktivitäten und der Teilhabe ist der Prozess der Eingliederung zwingend Bestandteil der Rehabilitation. Dazu gehören die Schaffung von Förderfaktoren und die Beseitigung von Barrieren sowie die Ermöglichung des Transfers von der Leistungsfähigkeit zur Leistung in der realen Lebenswelt.

Rehabilitation besteht eben nicht allein aus der Beeinflussung von Körperstrukturen, Funktionen und Aktivitäten. Vielmehr muss für Betroffene mit verbleibenden Beeinträchtigungen der Prozess der Eingliederung und damit das praktische Üben der Teilhabe zwingend Teil der rehabilitativen Maßnahmen sein. Die zentrale Aufgabe der Rehabilitation ist es, die Leistungsfähigkeit des Rehabilitanden durch die Gestaltung der Kontextfaktoren in eine praktische Performance zu überführen. Die rehabilitative, also teilhabeorientierte Bewältigung der Beeinträchtigungen, die auf der strukturellen und auf der funktionellen Ebene nicht mehr geändert werden können, setzt beim Rehabilitationsteam ein erweitertes rehabilitatives Know-how voraus, das u.a. die Kenntnis der regionalen Unterstützungssysteme und Strategien der Kooperation und Vernetzung umfasst. Damit Teilhabe bei älteren Menschen mit Behinderungen optimal gelingt, sind zum Teil auch spezifische Kompetenzen und Hilfen notwendig.

4. These:

Geriatrische Rehabilitation sollte wesentlich auf die Teilhabe, erst dann auf Aktivitäten und nur instrumentell auf Funktionen zielen. Pflegekonzept und medizinisches Versorgungskonzept einschließlich der Heil- und Hilfsmittel sind als Kontextfaktoren zu gestalten. Dabei kommt dem primären sozialen Netzwerk eine zentrale Bedeutung zu. Die Wirkungsanalyse umfasst deshalb auch die Leistung, Belastung und Belastbarkeit sowie die Beeinträchtigungen des sozialen Netzwerkes bzw. seiner Akteure.

Die Geriatrische Rehabilitation sollte im Wesentlichen auf die Verbesserung der Teilhabe zielen. Bei der Bestimmung der Outcomes könnten z.B. die klassischen Assessmentinstrumente aus der Pflege wie der Barthel-Index oder das RAI³ Verwendung finden. Diese messen allerdings nicht die Teilhabe. Der Grad der Behinderung oder der Pflegebedarf entscheiden aber nicht unbedingt über den Grad der Teilhabe. Erfahrungen aus der Behindertenhilfe zeigen, dass für die Teilhabe die persönliche Assistenz, eine ausreichende Hilfsmittelversorgung und die Vermeidung von Bettlägerigkeit erfordernden Erkrankungen sowie die Einstellungen aller Beteiligten entscheidend sind. Ein Beispiel: Im Netzwerk versuchen die Helfer, Menschen mit Behinderung rehabilitativ so zu betreuen und zu begleiten, dass sie in den Gottesdienst oder in ein mehrstündiges Konzert gehen können sowie an Freizeiten und an Veranstaltungen (Kirchentag) teilnehmen können. Das setzt jedoch voraus, dass kein Dekubitus vorliegt, die Inkontinenz beherrscht wird usw. Es muss also ein optimiertes Krankheits- und Pflegemanagement vorhanden sein, welches auf das Ziel der Teilhabe ausgerichtet sein muss. Denn Pflege und „Gesundheit“ sind hier kein Selbstzweck. Diese Teilhabeorientierung ist aufgrund der Erfahrungen in der Mobilen Rehabilitation eine wichtige Voraussetzung, damit die Mitglieder des primären sozialen Netzwerkes dieses funktionsfähig erhalten.

³ RAI: Resident Assessment Instrument

5. These:

Teilhabeorientierung in der Rehabilitation und der weiteren ambulanten geriatrischen Versorgung statt primär pflegerischer oder medizinischer Orientierung wirkt sich gesundheitsfördernd und damit präventiv aus. Die Wirkungsanalyse muss deshalb auch verhinderte Komplikationen/Krankheitsereignisse etc. umfassen. Diese sind nicht nur als ökonomische oder gesundheitspolitische Ereignisse relevant, sondern vor allem als die Lebensqualität beeinträchtigende Ereignisse mit oft lebensbedrohendem Charakter.

Die Teilhabeorientierung führt aufgrund der Erfahrungen mit der Mobilen geriatrischen Rehabilitation zu insgesamt besseren und nachhaltigen Resultaten als die rein pflegerische oder medizinisch-therapeutische Versorgung. Dies gilt für die Vermeidung von Komplikationen und Sekundärschäden, von Krankenhauseinweisungen und steigert die Zufriedenheit der Bezugspersonen. Die verbesserte Teilhabe hat eine präventive Wirkung. Man geht anders mit sich um, wenn man Ziele hat, die sich auf die eigenen Lebensvollzüge und auf die Lebensqualität beziehen und nicht nur auf die Bewältigung der Krankheit oder gar nur auf die Sicherstellung der Pflege.

g) Teilhabe und Lebensqualität

Die Lebensqualität hängt nur zum Teil von den rehabilitativen Maßnahmen und der medizinischen Versorgung ab. Sie korreliert zudem nur locker mit dem Ausmaß an Pflegeabhängigkeit. Wesentlich für eine gute Lebensqualität bei Vorliegen von Behinderungen ist die Verfügbarkeit von Assistenz, von hauswirtschaftlicher Unterstützung, von Möglichkeiten zur Krisenintervention und eines stabilen und kompetenten Pflege- und medizinischen Versorgungsmanagements.

Dabei darf Lebensqualität nicht zu eng gefasst werden. Auch für ältere Menschen sind folgende Dimensionen des guten Lebens relevant, sicher mit einer starken individuellen Modifizierung:

Übersicht 1: Dimensionen der dauerhaften Eingliederung in die Lebenswelt und für das Führen eines „guten Lebens“ trotz Beeinträchtigungen (nach ICF)

- Lernen und Wissensanwendung
- Allgemeine Anforderungen
- Kommunikation
- Mobilität
- Selbstversorgung
- Häusliches Leben
- Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
- Erziehung und Bildung
- Wirtschaftliches Leben
- Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Die Verbesserung der Lebensqualität hängt aber auch davon ab, ob der Betroffene lernt, die Einschränkung zu akzeptieren, und zwar sowohl im Hinblick auf die Bedürfnisbefriedigung als auch im Hinblick auf die Selbstständigkeit bzw. auf die Unabhängigkeit von Fremdhilfe. Übersicht 2 fasst einige Bedingungen „guten Lebens“ für ältere Menschen mit Beeinträchtigungen zusammen:

Übersicht 2: Die Bewältigung des Alltags und das Führen eines guten Lebens wird ggf. ermöglicht durch:

1. Fremdhilfe:
 - a) Assistenz
 - b) Pflege
 - c) hauswirtschaftliche Unterstützung
 - d) Krisenintervention
2. Akzeptanz von Einschränkungen in der Bedürfnisbefriedigung (Art und Umfang) beim Betroffenen und seinem Umfeld.
3. Akzeptanz von Einschränkungen der Selbstständigkeit und Unabhängigkeit beim Betroffenen und seinem Umfeld.
4. Bewältigung von Belastungen durch Krankheiten (Symptome) und ihre Behandlung durch den Betroffenen und sein Umfeld.
5. Akzeptanz von Einschränkungen in der Rollenübernahme für andere einschließlich sozialer Pflichten (z.B. als Großeltern) durch den Betroffenen und sein Umfeld.

Das bedeutet, dass an der Verbesserung der Teilhabe und am Erreichen einer möglichst guten Lebensqualität psychosoziale Faktoren einen sehr hohen Anteil haben. Dieser ist bislang aber nur teilweise Gegenstand unserer rehabilitativen Bemühungen. Aus diesem Grund plädiere ich dafür, dass wir unseren wissenschaftlichen Blick stärker auf den Alltag alter Menschen richten. Das bedeutet auch, dass wir die Verbesserung der Teilhabe in irgendeiner Form operationalisieren müssen. Das kann an ganz alltäglichen Dingen festgemacht werden, zum Beispiel daran, ob jemand an den gemeinsamen Mahlzeiten in der Familie teilnimmt, ob er Radio hört oder Fernsehen schaut, ob er merkt, wenn jemand in die Wohnung kommt oder wenn die Enkelkinder spielen usw.

Übersicht 3: Alltägliche praktische Lebensvollzüge als Teilhabe am sozialen Leben

Zu Hause:

- Anwesenheit bei gemeinsamen Mahlzeiten
- gemeinsames Fernsehen/Radio hören
- Anwesenheit bei Ankunft und Abfahrt
- Anwesenheit bei der Küchenarbeit
- Anwesenheit bei Gesprächen (aktuell, Alltag, Erinnerungen)
- Anwesenheit bei Kinderspiel etc.
- Anwesenheit bei Besuch
- Anwesenheit und Mitwirkung bei Entscheidungen
- Hobbys: Basteln, Garten, Briefmarken
- Zeitung lesen (Bescheid wissen)
- Tagesstrukturierung
- Beteiligung am religiösen/kirchlichen Leben
- usw.

Außer Haus:

- Um das Haus herum: sehen, kontrollieren, Kontakte
- Naturerlebnis (Terrasse, Garten, „frische Luft“)
- Spaziergang/Spazierfahrt
- Einkauf
- Kirche (Gottesdienst, Seniorennachmittag ...)
- Vereine
- Besuche (Nachbarn, Freunde)
- Feste
- Veranstaltungen
- Ausflüge
- Reisen
- usw.

Diese Überlegungen möchte ich als Herausforderung begreifen. Wir als Akteure in der geriatrischen Rehabilitation dürfen uns nicht selbstgefällig zurücklehnen und uns damit zufrieden geben, einzelne Patienten zu befähigen, ein paar Meter zu gehen. Wir müssen uns vielmehr dazu verpflichten, Lebensqualität, „Gutes Leben“ und Befähigung zur Lebensführung auch mit

Behinderung (Capability) ernst zu nehmen und den Horizont der medizinischen Rehabilitation dadurch zu erweitern. Erst dann zielt die Rehabilitation auf die Verbesserung der Lebensführungskompetenz aller Beteiligten.

Dabei muss man sich natürlich fragen, ob dies eine Aufgabe der Rehabilitationseinrichtungen sein kann oder ob dies nicht eher die Aufgabe des Hausarztes oder anderer Akteure im ambulanten kurativen medizinischen Versorgungssystem ist. Die Erfahrungen aus der Praxis, die letztlich auch zur Entwicklung des mobilen Rehabilitationskonzeptes führten, haben gezeigt, dass in der vertragsärztlichen Versorgung nicht das entsprechende Know-how vorgehalten wird und sich deshalb die rehabilitativen Arbeitsformen und deren Zielsetzung als Paradigma nicht so durchsetzen lassen, um bei einer Reihe von Patienten eine Verbesserung der Teilhabemöglichkeiten zu erzielen. Übersicht 4 zeigt einige Maßnahmen, die rehabilitatives Know-how erfordern.

Übersicht 4: Notwendige Maßnahmen für die Optimierung der sozialen Teilhabe

- Vermeidung von Bettlägerigkeit
- Herstellung von Sitzfähigkeit (länger als eine Stunde)
- Ermöglichung von Mobilität im Haus (Fremdkraft)
- Ermöglichung eigenständiger Mobilität im Haus

- Ermöglichung von Transfers über den Stand
- Transfers ohne Überlastung der Hilfsperson
- Reduktion der Transferhäufigkeit
- Vermeidung von Stürzen
- Transfer Rollstuhl ? Bett, Bett ? Toilettenstuhl, Rollstuhl ? Stuhl oder Sessel, Rollstuhl innen ? Rollstuhl außen, Rollstuhl ? Auto

- Bewältigung der Inkontinenz
- sicherer Toilettengang

- Ermöglichung elementarer Kommunikation
- Ermöglichung erweiterter Kommunikation und Ausübung von Kulturtechniken
- Notruf (im Haus, außer Haus)

- Ermöglichung der Nahrungsaufnahme auch in der Öffentlichkeit

- Bewältigung der Hypersalivation/fehlendem Mundschluss
- Vermeidung von Decubitus/Hauterkrankungen
- Behandlung von Decubitus/Hauterkrankungen
- Sitzfähigkeit trotz Decubitus
- Mobilität außer Haus
- Bewältigung von Treppen, Schwellen, Höhenunterschieden
- Beförderung mit PKW
- Beförderung mit ÖPNV
- Gewährleistung von Sicherheit (z.B. durch technische Maßnahmen im Wohnumfeld, Feuer/Rauchmelder)
- Sicherer Gebrauch elektrischer Geräte
- Bewältigung neuropsychologischer Beeinträchtigungen: Demenz, amnestische Syndrome durch alltagspraktische Strategien
- usw.

Vor diesem Hintergrund hat die Bundesarbeitsgemeinschaft versucht, Outcomes zu definieren, die in Evaluationsstudien über die geriatrische Rehabilitation einschließlich einer über die mobile Rehabilitation verwendet werden können. Dabei werden wir allerdings noch nicht den Anforderungen gerecht, die ich gerade formuliert habe. Daher ist für die BAG MoRe dieser Workshop außerordentlich wichtig. In Zukunft ist hier freilich noch erhebliche Arbeit zu leisten. Das Thema ist für alle relevant, die Versorgungssysteme für Menschen mit Behinderungen, nicht nur im Alter, planen und gestalten wollen.

2. *Prof. Dr. med. H. Wolfgang Heiß, Universitätsklinikum Freiburg, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Freiburg*

Langzeitperspektiven und Outcomes aus geriatrischer Sicht

Auf meinem Weg zum Tagungsort bin ich am Goethe-Gymnasium in Steglitz vorbeigekommen. Dort waren mit schwarzer Farbe drei Fragen an die gelbgrundierte Mauer geschrieben: „Ist es ein Schatten? Ist es Wirklichkeit? Was macht meinen Pudel lang und breit?“ Dieser zum Nachdenken ermunternde Dreizeiler könnte gut als Titel über der heutigen Tagung stehen, wenn wir uns auf die Suche begeben, wie wir die geriatrische Rehabilitation in ihren unterschiedlichen Ausprägungsformen zu einem definitiven, nachhaltigen und festen Bestandteil unseres Gesundheitssystems machen können.

Ich bitte Dr. Schmidt-Ohlemann zunächst um Nachsicht, wenn ich einen völlig konträren Standpunkt zu seinen Ausführungen über die Möglichkeiten der ICF bei der Outcomemessung einnehmen werde.

Denn die ICF geht von der funktionalen Gesundheit aus. Sie ist dort definiert als die der statistischen Norm entsprechende Funktionsfähigkeit von Körperstrukturen und -funktionen unter Berücksichtigung von Aktivitäten, Teilhabe und Kontextfaktoren. Solche Normen, von denen die WHO das Älterwerden des Menschen ableiten könnte, gibt es jedoch noch nicht. Sie existieren weder für die Gruppe der 60- bis 70-Jährigen, noch für die der 70- bis 80-Jährigen oder 80- bis 90-Jährigen und auch nicht für die der 100- bis 120-Jährigen. Sie angesichts der großen kulturellen, religiösen und wirtschaftlichen Vielfalt innerhalb der Weltbevölkerung zu erstellen, ist illusorisch und auch nicht wünschenswert. Ziel der WHO-Bemühungen auf diesem Gebiet kann nicht die Festlegung einer Normfunktion des Menschen in den genannten Bereichen sein, wohl aber die Erfassung bestimmter Zustände und ihre Kodierung, wie dies auch den der ICF zugrunde liegenden Auffassungen einer WHO-Familie von Klassifikationen (ICD und ICF) entspricht.

Somit fehlen schon bei der Eingangserörterung zur originär nicht intendierten Nutzung der ICF zur Outcomemessung die erforderlichen Normparameter, an Hand derer man entscheiden könnte, ob eine funktionale Gesundheitsstörung vorliegt. Andere mögliche Parameter resultieren aus dem übli-

chen Vorstellungskreislauf über die Entstehung von Krankheit, der Heilung und natürlich auch von Behinderung.

Es gibt einige Ansätze, wie man sich dem Problem der Outcomemessung in der Geriatrie nähern kann. Einen ersten Ansatz stellen die Bemühungen um die Weiterentwicklung des Geriatriischen Assessment dar (Abb. 1).

Abb. 1: Definition des Geriatriischen Assessment und seiner Zielsetzungen lt. NIH⁴ Consensus Development Conference 1987.

Geriatric Assessment resembles a „multidisciplinary“ evaluation in which the multiple problems of older persons are uncovered, described, and explained, if possible, and in which the resources and strengths of the person are catalogued, need for services assessed, and a coordinated care plan developed to focus interventions on the person's problems" (NIH, 1989).

Eine derart offene Definition und Zielsetzung erschließt sich nicht unmittelbar. Sie verweist aber auf die Notwendigkeit, solch multiple und differenzierte Darstellungen komplexer Probleme, wie sie in der Geriatrie im Allgemeinen und in der Geriatriischen Rehabilitation im Speziellen anzutreffen sind, standardisierten und multidisziplinär durchgeführten Verfahren zugänglich zu machen, die als Voraussetzung und als Bausteine für eine Outcomeforschung benutzt werden können.

Eine andere Sicht, hier auf die indikationsübergreifenden rehabilitativen Leistungen der Geriatrie, ergibt sich aus der Definition der American Geriatric Society (Abb. 2).

Abb. 2: Definition der Outcomeforschung durch die American Society of Geriatrics.

Outcomes research is defined as the study of functional states, impairments, perceptions, and social opportunities that are influenced by disease, injury, treatment, or health policy, including etiology, diagnosis, and intervention. Research may address clinical strategies and effectiveness, innovative outcome measures, and quality of life.

⁴ NIH: National Institutes of Health

Sie bezieht sich auf aktuelle Bemühungen, die Outcomemessung zunächst in einem Forschungsprozess zu entwickeln, bevor sie eine breite Anwendung finden kann. Ihr Ziel, den funktionellen Status, die Beeinträchtigung, die Wahrnehmung, die sozialen Gegebenheiten usw. eines geriatrischen Patienten zu erkennen, zu erfassen, zu dokumentieren und zu evaluieren, und zwar unter Einbezug der Ätiologie, der Diagnosen, der Interventionen, der Lebensqualität und weiterer Merkmale, liegt derzeit in weiter Ferne.

International war nur eine einzige klare und einfache Definition zu finden, nämlich die des Rehabilitation Institute of Chicago, Center for Rehabilitation Outcomes Research (Abb. 3).

Abb. 3: Ziel der Outcomeforschung.

Messung der Langzeitwirkung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen auf Patienten mit Behinderungen.

Sie besagt, dass sich Outcomes allgemein auf Messvorgänge der Langzeiteffekte medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen beziehen. Für die Geriatrie bedeutet dies, Messvorgänge in einem interdisziplinären Team zu implementieren, die mit hoher Qualität und mit großer Datensicherheit von unterschiedlichen Personen zu unterschiedlichen Zeitpunkten an unterschiedlichen Stellen ausgeführt werden können. Dies setzt Schulungen der Teammitglieder, Handbücher zur Anwendung der standardisierten Verfahren und den Einbezug von geriatrischen Patienten voraus, nämlich solchen, die im Regelfall älter als 65 bis 70 Jahre sind, geriatritypische Merkmalkomplexe der Multimorbidität aufweisen und mit Behinderungen leben.

Fasst man diese Überlegungen zusammen, kommt man zu einer einfachen Abgrenzung von Evaluation und Outcomes. Die Evaluation ist ein Bewertungsvorgang, der auf allen Stufen des Krankheits- und Gesundungsprozesses eingesetzt werden kann. Die Outcomeforschung, und darum geht es uns hier, bezieht sich dagegen auf die Ergebnismessung am Ende des Rehabilitationsprozesses. Was müssen wir dafür einsetzen?

An erster Stelle sind standardisierte, fachlich geprägte Verfahren zu fordern, die den Nachweis erbracht haben, valide, reliabel und praktikabel zu sein. Zusätzlich erheben wir die Forderung, dass die einzelnen Maßnahmen un-

tereinander vernetzbar sind, damit das Ziel zu erreichen ist, in einem für alle Leistungserbringer gemeinsamen Bewertungsverständnis zu kommunizieren und die Ergebnisse untereinander nachvollziehbar zu machen. Ein derartiges Ziel, die gemeinsame „Sprache“, strebt auch die ICF an. Die gemeinsame Kommunikationsebene zwischen den Leistungserbringern ist nicht nur wichtig, sondern auch die Grundvoraussetzung, um verschiedene Schnittstellenprobleme zu lösen.

Die ICF kann dies im Prinzip nicht leisten. Diese Aussage stützt sich auf die Ausführungen von Dr. Schuntermann, die er in seinem kürzlich erschienen Buch zur Einführung der ICF dargelegt hat. Als ein wesentlicher und neuer Bestandteil der Klassifikationsfamilie der WHO ist auch die ICF idealtypisch aufgebaut, so wie die bekannte Definition der WHO von Gesundheit. Sie besitzt eine hohe Klassifikationskompetenz und codiert in einer gewissen Systematik Sachverhalte (Items). Das dritte Ziel ist, wie bereits angedeutet, die „gemeinsame Sprache“ zwischen den Leistungserbringern.

Die ICF geht davon aus, dass eine Krankheitssituation besteht, bei der zum einen die Ressourcen reflektiert werden müssen, die der betreffende Mensch noch hat oder wieder erlangen soll. Zum anderen müssen Störungen berücksichtigt werden. Dr. Schmidt-Ohlemann hat bereits ausgeführt, dass im gesamten Rahmen der ICF keine Operationalisierung irgendwelcher Items vorliegt. In der ICF wären das 1.424 Items, die noch operationalisiert werden müssten. In der Kurzform der ICF sind es immerhin noch 326 Items. Selbst wenn man nur ausgewählte Bereiche bearbeiten würde, wäre noch eine gigantische Arbeit zu bewältigen, wenn wir uns entschlossen, ICF-Items so zu operationalisieren, dass sie als Instrument für eine Outcomemessung zu verwenden wären.

Ein Beispiel, wie man eine Operationalisierung durchführen kann, zeigt Schuntermann am Grad der Behinderung (GdB) auf (Abb. 4)

Abb. 4: Schweregrad und Prozent-Assessmentresultat am Beispiel des GdB

xxx.0	Problem nicht vorhanden	0	–	4%
xxx.1	Problem leicht ausgeprägt	5	–	24%
xxx.2	Problem mäßig ausgeprägt	25	–	49%
xxx.3	Problem erheblich ausgeprägt	50	–	95%
xxx.4	Problem voll ausgeprägt	96	–	100%

Liegt ein kalibriertes Messinstrument mit Werten zwischen 0% und 100% vor, können die erzielten Prozentzahlen den verschiedenen Ausprägungen des Merkmals xxx zugeordnet werden. Speziell zu begründen sind aber die Wahl unterschiedlicher Klassengrößen und die Grenzziehung im Übergangsbereich zwischen den einzelnen Ausprägungen unter Berücksichtigung der Trennschärfe des Messinstrumentes. Im vorliegenden Falle ist also darzulegen, weshalb 1% Unterschied, z.B. zwischen Ausprägung 2 (49%) und Ausprägung 3 (50%), den Beurteiler veranlasst, eine Ausprägungsstufe (Kategorie) niedriger oder höher zu kodieren.

Man muss sich deshalb der Mühe unterziehen, die einzelnen Ausprägungen zu operationalisieren, um sie dann auf ihre Validität, ihre Reliabilität und die anderen Testanalysekriterien hin zu untersuchen. Der Aufwand, dies alles auf das System der ICF zu übertragen, wäre sehr groß, ich wage zu behaupten: zu groß. Außerdem hat die ICF die Frage nach der Professionalität und der Vernetzbarkeit völlig offen gelassen. Eine Vernetzbarkeit der ICF besteht zurzeit lediglich in Richtung ICD.

Somit komme ich zu der klaren Aussage: Die ICF in ihrer aktuellen Version ist als Assessmentinstrument ebenso wenig geeignet wie als Outcomeinstrument, womit wir wieder am Ausgangspunkt stehen.

Deshalb stelle ich erneut die Frage: Über welche Möglichkeiten verfügen wir derzeit, um im Rahmen der Ergebnisforschung Maßnahmen, Behandlungserfolge, Effektivität und die Effizienz der Rehabilitation aller Erwachsener zu messen? Unser Lösungsvorschlag ist derjenige, den wir in Freiburg seit zehn Jahren konsequent verfolgen.

Im Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg des Universitätsklinikums haben wir zu diesem Zweck standardisierte Verfahren entwickelt, ihre Validität und Reliabilität geprüft (s. Literatur). Sie wurden von den verschiedenen Professionen entwickelt und sind einfach und mit vertretbarem Aufwand zu handhaben. Wir haben dieses Bündel von Instrumenten „Assessment-Netzwerk“ genannt, weil es die Ergotherapie, die Physiotherapie und die Logopädie einbezieht. Zusätzlich konnten wir ein gerontostomatologisches Assessment erstellen und ein medizinisch-ethisches Assessment aufbauen. Diese Verfahren sind berufsgruppenspezifisch orientiert. Sie setzen sich aus Items, also Sachverhalten zusammen, die in einzelne Domänen gruppiert sind. Ihr Aufbau ist modular und berücksichtigt durchgängig vier Schweregrade, wobei der Schweregrad I der Normalfall ist und der Schweregrad IV den vollständigen Funktionsverlust bedeutet.

Die Assessments sind interdisziplinär vernetzbar und dienen nicht nur der Dokumentation, sondern im Wesentlichen auch der Informationsübermittlung zwischen den Leistungserbringern und der Evaluation der Behandlung. Sie sind für die Ergebnisforschung geeignet. Ihre Vorteile sind in den Abb. 5 und 6 zusammengefasst.

Abb. 5: Vorteile des Assessment-Netzwerkes.

- Standardisierte Verfahren
- Validität
- Reliabilität
- Einfache Handhabung
- Professionalität
- Vernetzbarkeit

Zum Beispiel verfügt das ergotherapeutische Assessment über sechs Domänen mit 53 Items. Die Domänen erfassen in Anlehnung an die ICF die Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung, die alltagsrelevanten Folgen von Behinderungen, die sensomotorischen Funktionen, die psychologischen und psychosozialen Funktionen und die Teilhabe.

Auf der nächsten Abbildung (Abb. 6) sehen Sie den Auszug aus einem der Formulare. Der Aufbau zeigt, dass ein Untersuchungsgang zum Zeitpunkt T0 erfolgt, ein weiterer zum Zeitpunkt T1.

Abb. 6: Auszug aus dem Ergotherapeutischen Assessment.

2. Aktivitäten zur körperlichen Selbstversorgung (4/9 Items)

Z	Kommentare	T0						T1					Kommentare	V
		I	II	III	IV	N		I	II	III	IV	N		
							Umsetzen							
							Toiletten- benutzung							
							tägliche Hygiene							
							Baden/ Duschen							

In der Regel bezieht sich T0 auf den Beginn, T1 auf das Ende von Rehabilitationsmaßnahmen üblicher Dauer (ca. 20 Behandlungstage). Sind längerfristige Maßnahmen erforderlich, dient T1 als Zwischenbeurteilung, T2 dann als Abschlussbeurteilung. Den genauen Zeitpunkt kann der Untersucher festlegen, wenn ein stabiler klinischer Zustand besteht. Ungeeignet wäre ein Zeitpunkt im Rahmen der akutergeriatrischen Maßnahmen, wo die Situation des Betroffenen noch instabil ist. In der Spalte „Z“ wird vermerkt, welcher Zielbereich für den Patienten von besonderer Bedeutung ist. Das legt aber nicht der Untersucher alleine fest, hier der Ergotherapeut, sondern die Festlegung erfolgt in Absprache mit dem Patienten und dessen Zielvorstellungen und Wertvorzügen. In Spalte „V“ wird dann notiert, in welchem Sachverhalt bzw. in welchem Itembereich sich unter Berücksichtigung der Zielvorgabe eine positive oder negative Veränderung ergeben hat, das heißt eine Verbesserung oder Verschlechterung des Zustandes. Kann ein Sachverhalt nicht beurteilt werden, ist dies unter „N“ (nicht beurteilbar) zu vermerken.

Im physiotherapeutischen Assessment sind es fünf Domänen mit 27 Items. Sie umfassen Funktionstests, die Mobilität, die Sensomotorik sowie funktionelle und spezifische neurophysiologische Störungen (Abb. 7).

Abb. 7: Auszug aus dem Physiotherapeutischen Assessment.

1. Mobilität (4/5 Items)

Z	Kommentare	T0						T1					Kommentare	V
		I	II	III	IV	N		I	II	III	IV	N		
							Transfer							
							Balance							
							Gehen							
							Treppen- steigen							

Im logopädischen Assessment sind sechs Domänen mit 33 Items vertreten. Dazu gehören: sensomotorische Funktionskreise, Sprache, Sprechen, Verständigung, Schluckfunktion und Nahrungsaufnahme (Abb. 8). Auch hier ist die gleiche Systematik eingehalten wie auf den anderen Formularen.

Abb. 8: Auszug aus dem Logopädischen Assessment.

2. Sprache (4/7 Items)

Z	Kommentare	T0						T1					Kommentare	V
		I	II	III	IV	N		I	II	III	IV	N		
							auditives Sprachver- ständnis							
							Lese-Sinn- Verständ- nis							
							nonverbale Kommuni- kation							
							Benennen							

Die genannten Verfahren sind in ein Schulungssystem eingebunden und werden dort vermittelt. Zusätzlich steht ein Handbuch zur Verfügung, in dem die einzelnen Definitionen, Beschreibungen, Merkmale usw. ausführlich

beschrieben und durch Beispiele erläutert sind. Für aktuelle Fragen haben wir eine Hotline eingerichtet.

Die Validitäts- und Reliabilitätsuntersuchungen sind auf Bundesebene für das ergotherapeutische und physiotherapeutische Assessment im stationären und ambulanten Bereich abgeschlossen und publiziert. Für das logopädische Assessment liegen die Daten aus einem Feldversuch vor.

In der ambulanten geriatrischen Rehabilitation haben wir die Instrumente bereits in dem baden-württembergischen Modellversuch zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation eingesetzt und dabei feststellen können, dass die ambulante geriatrische Rehabilitation in einer Institutsambulanz zu nachhaltigen Therapieerfolgen bei der selbstständigen Lebensführung – ohne personale Hilfe – in der gewohnten Umgebung führt. Im Vergleich mit den ADL und IADL zeigte sich, dass die Veränderungssensitivität bei den ADL als auch den IADL zu gering ist und auf diesem Wege die therapeutischen Erfolge im Sinne alltagsrelevanter Verbesserungen nicht in geeigneter Weise zu erfassen sind.

Ein weiterer Vorteil der Instrumente des Assessment-Netzwerkes besteht darin, den gesamten Rehabilitationsverlauf eines erwachsenen Patienten, seine Rehabilitationskarriere im ambulanten und stationären Bereich unter standardisierten Bedingungen zu erheben und nachvollziehbar darzustellen. Der Aufwand für den einzelnen Therapeuten, den er zum Ausfüllen des Formulars benötigt, liegt nach der Schulung und Einarbeitung bei etwa 30 Minuten. Sie beträgt durchschnittlich insgesamt 55 Minuten für die Erst- und Zweitbeurteilung inklusive freitextlichem Bericht.

Abschließend fallen die Antworten auf die drei zu Beginn gestellten Fragen nicht schwer: Outcomeforschung fristet zwar (noch) ein Schattendasein, sie ist aber Wirklichkeit. Mittels validierter Skalierungen der Instrumente des Assessment-Netzwerkes ist sie in den therapeutischen Bereichen Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie möglich und notwendig. Dafür sind bundesweite multizentrische und multidisziplinäre Studien erforderlich. Sie zu vereinbaren setzt nicht nur die Einsicht in die Notwendigkeit, sondern auch die Bereitschaft zur Mitarbeit voraus. Was ihre Umsetzung „lang und breit macht“, ist der Wille, die erforderliche Finanzierung zu ermöglichen.

Literatur

- Heiß HW (1995): Das Geriatrische Assessment. Z ärztl Fortbild 89, 791-801.
- Heiß HW, Roth M, Dorfmueller-Kuechlin S, Ebert, D, Wolf R, Voigt-Radloff S, Schwer B, Schlennstedt D, Jäger M (1999): Ambulante Geriatrische Rehabilitation in einer Institutsambulanz: Ergebnisse des Modellversuches des Landes Baden-Württemberg. Geriat Forsch 9, 71-79.
- Heiß HW (2000): Assessmentnetzwerk. In: Klinische Geriatrie (T. Nikolaus Hrsg.). Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 196-204.
- Heiß HW, Voigt-Radloff S, Schochat T (2003): Occupational Therapy Assessment (OTA): Validity and reliability for adults of various ages. European Journal of Geriatrics 5 (1): 23-9.
- Voigt-Radloff S, Heiß HW (2003): Abgestimmte therapeutische Assessment-Verfahren: Entwicklungsstatus und Ergebnisse am Beispiel des Ergotherapeutischen Assessment. Neurologie & Rehabilitation 9 (6): 280-5.
- Voigt-Radloff S, Leonhard R, Schochat T, Schlennstedt D, Heiß HW (2004): Psychometrische Testung des Physiotherapeutischen Assessment. (im Druck „Physikalische Medizin“)
- Voigt-Radloff S, Leonhart R, Schwer B, Junde I, Heiß HW (2005): Das Logopädische Assessment: Feldversuch zu psychometrischen Eigenschaften, Praktikabilität, Akzeptanz und Prozessqualität. Das Gesundheitswesen 67: 665-73.
- Schochat T, Voigt-Radloff S, Heiß HW (2002): Psychometrische Analysen des Ergotherapeutischen Assessments. Das Gesundheitswesen 64: 343-354.
- Schuntermann MF (2005): Einführung in die ICF. ecomed MEDIZIN.
- Thomsen A, Illhardt FJ, Dornberg M, Heiß HW (1998): Erweiterung des Geriatrischen Assessment durch ein Ethik-Assessment: Auswertung eines Pilotprojektes zu medizinethischen Fragestellungen im Geriatrischen Assessment. Geriat Forsch 8, 193-200.

3. *PD Dr. med. Clemens Becker, Robert-Bosch-Krankenhaus, Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Stuttgart*

Objektive Mobilität und ihre Messung in langfristiger Perspektive

Unser Anliegen ist es, die Mobilität bzw. deren Veränderungen durch Rehabilitation objektiv zu erfassen. Dies soll sowohl unter dem Aspekt der Leistungsfähigkeit (syn. capacity) als auch unter dem Blickwinkel der Performance erfolgen. Hierunter verstehe ich den Aspekt, welche Leistung im Alltag tatsächlich erbracht wird. Mittlerweile haben die Prototypen objektiver Messverfahren Serienreife erreicht. Wir müssen uns angesichts der neuen Messmethoden weiter fragen, ob wir uns auch einer Diskussion hinsichtlich der Ressourcenorganisation der Rehabilitation stellen müssen und sollten.

Ich möchte Ihnen jetzt vor dem Hintergrund meiner beruflichen Erfahrung aufzeigen, wo aus meiner Sicht mögliche Probleme liegen und welche Entwicklungschancen ich sehe. Den Workshop verstehe ich so, dass wir nicht darüber nachdenken müssen, wie die mobile Rehabilitation flächendeckend umgesetzt werden kann. Wir müssen uns vielmehr überlegen, an welchen Stellen wir einen Wirksamkeitsnachweis für die mobile Rehabilitation oder andere neue Rehabilitationsformen führen müssen und wie uns der Wissenstransfer anschließend gelingt.

Was ist mein konkreter Behandlungskontext? Die Abteilung für geriatrische Rehabilitation am Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart ist in Baden-Württemberg von den Fallzahlen her die größte stationäre Einrichtung. Im Jahr 2005 wurde die Frührehabilitation in den Akutbereich der Klinik eingeführt. Wir bieten weiterhin für bestimmte Zielgruppen teilstationäre Therapie in der Tagesklinik an. Wir planen die Einführung der Mobilen Rehabilitation für bestimmte Zielgruppen ab dem Jahr 2006, ggf. in Kombination mit der Tagesklinik.

Behandlungskette/n RBK

- **Früh-G-Rehabilitation (seit 2005)**
- **Kurzzeitpflege + PT, KZP + TK (seit 2004)**
- **Stationäre G-Rehabilitation (seit 1998)**
- **Ambulante G-Rehabilitation (TK seit 1998)**
- **(Mobile G-Rehabilitation geplant ab 2006)**

Kernaussagen

- **Therapie derzeit zu kurz**
- **Intensität oft unerschwinglich**
- **Ressourcen werden am Beginn der Behandlung häufiger uneffektiv verbraucht**
- **Therapiefähigkeit ist nicht linear**

Ich teile die trainingswissenschaftliche Sicht, dass zurzeit in allen Versorgungsformen die Therapieintensität oft zu gering, zu kurz und unterschwellig ist. Gerade durch die Einführung der Frührehabilitation geraten wir in eine Situation, wo wir in der Akutphase viele Ressourcen verbrauchen und zu wenig übrig bleibt, um eine nachhaltige Wirkung nachfolgender Rehabilitation zu gewährleisten. Ein wesentlicher Punkt dabei ist es, dass Therapiefähigkeit zeitlich nicht linear ist. Es gibt Zeitfenster, in denen wir überlegen müssen, was wir mit welchen Patientengruppen tun wollen. Wir machen uns meines Erachtens zu wenig Gedanken, in welcher Häufigkeit, in welcher Intensität und wie lange wir mit wem trainieren sollten. In bestimmten Situationen hat die Mobile Rehabilitation unbestreitbare wesentliche Vorteile. Andererseits können effektive Verfahren wie ein Training an Geräten in der Mobilen Rehabilitation nicht erfolgen. Insofern sollte man auch nicht entweder über die mobile oder andere Angebotsformen reden, sondern sich überlegen, wie man Trainingsformen verbinden kann.

Bislang diskutieren wir vor allem über die Rehabilitation nach katastrophalen Gesundheitsereignissen, z.B. einem Schlaganfall oder einer Fraktur. Im Alter haben wir aber eine zweite, mindestens ebenso trainingsbedürftige Gruppe mit graduellen Funktionsverlusten. Für diese Gruppe hat Gill den Begriff der Prähabilitation vorgeschlagen. Auch diese Gruppe sollte in die Überlegungen der Mobilen Rehabilitation mit einbezogen werden.

Nach diesem gedanklichen Bogen will ich Ihnen deutlich machen, warum wir uns überlegen, wie wir mit objektiven Messverfahren handlungsbegründende Wirksamkeitsnachweise schaffen können. Aus trainingswissenschaftlicher Sicht müssen wir davon ausgehen, dass drei oder vier Wochen stationäre Rehabilitation fast immer erst der Beginn einer optimalen Rehabilitation sind.

Therapiedauer nach gravierenden Ereignissen

Frakturpatienten: 3-4 Monate Training

Schlaganfallpatienten: 3-6 Monate Training

Bewilligte Tage ermöglichen längere Therapiedauer

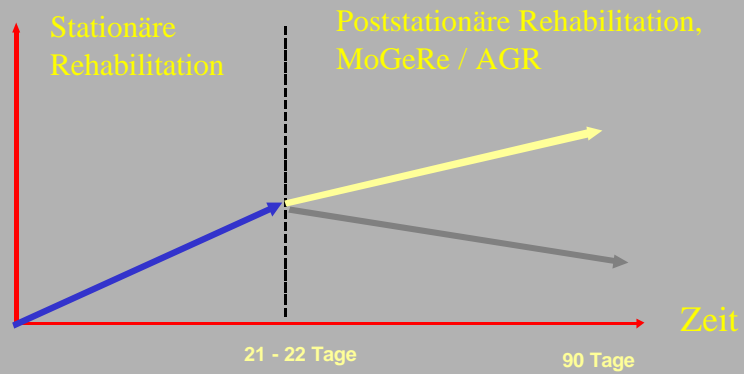
Einen Frakturpatienten müssen wir nach den neueren Studien etwa vier Monate therapieren. Das wäre meiner Meinung nach eine wirklich fallabschließende Rehabilitation. Nach den Konzepten der Neuroplastizität können wir davon ausgehen, dass Schlaganfallpatienten für ein optimales Ergebnis in der Regel etwa sechs Monate gut trainierbar sind.

Unsere Debatte muss auch vor einem finanziellen Hintergrund geführt werden. Reden wir von zusätzlichen Ressourcen, die in dem System aufgebracht werden müssten? Dies halte ich derzeit für nahezu ausgeschlossen. Oder geht es vielmehr um Vorschläge zu einer besseren Ressourcenallokation?

In Deutschland geben wir Milliardenbeträge für die so genannte erhaltende Therapie aus, die auch anders verwendet werden könnten. Meines Erachtens müssen wir darüber nachdenken, ob wir die Übergänge aus der stationären in die ambulante Versorgung nicht anders finanzieren, als wir es bislang tun. Das heißt, die objektiven Messverfahren müssen auch daraufhin überprüft werden, ob auf ihrer Basis begründet werden kann, ob eine Therapie abgesetzt, fortgeführt oder wieder aufgenommen wird.

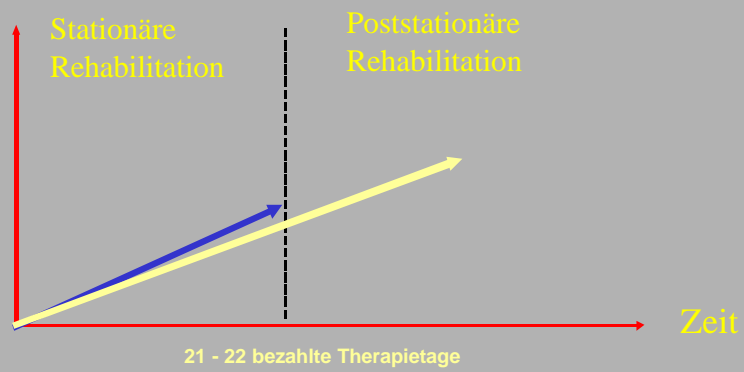
Effekte der Rehabilitation

Funktion



Substitutive mobile Rehabilitation ?

Funktion



Die Mobile Rehabilitation hat dabei im Vergleich mit der stationären Behandlung oder der Tagesklinik mögliche Kostenvorteile zumindest bei bestimmten Zielgruppen.

Das meiste, was meine Vorredner zur Messung der Ergebnisqualität (syn. Outcomemessung) gesagt haben, würde ich unterschreiben. Wenn wir Wirksamkeitsnachweise erarbeiten wollen, werden wir uns auf vier oder fünf Outcomebereiche beschränken müssen.

Primäre Outcomeparameter

- Körperliche Aktivität
- Lebensqualität (z.B. SF-36)
- Kosten
- Andere ... (studienpezifisch)

Wir haben also die Aufgabe, die körperliche Aktivität unter Alltagsbedingungen abzubilden. Ich halte dieses für leistbar, dies apparativ zu messen. Dabei ist selbstverständlich, dass Outcomes sich nicht allein darauf beziehen können, was der Patient bei der Entlassung aus der Klinik kann.

Weiterhin sollte die Lebensqualität untersucht werden. Dazu gibt es nicht viele valide Verfahren für ältere Menschen, es könnte der EuroQoL oder der SF-12 verwendet werden. Wir müssen außerdem den Gesundheitsressourcenverbrauch messen. Das wäre das dritte Item, und dann gibt es vielleicht noch ein oder zwei Punkte, über die wir uns noch verständigen müssten, wie die Schmerzempfindung oder verfahrensspezifische Besonderheiten.

Bei den Outcomeparametern müssen wir bedenken, dass das Verfahren in 30 bis 45 Minuten durchführbar ist.

Outcomeparameter: Testgütekriterien

Validität (Konstrukt, Kriterium ...)

Reliabilität (Interrater, Retest ...)

Machbarkeit (Zeitaufwand, Kosten)

Akzeptanz für Teilnehmer, Untersucher

Verblindbarkeit

Prof. Heiß hat dankenswerter Weise schon die Probleme der Testgütekriterien vieler Assessmentverfahren angesprochen. Wir haben klare Vorstellungen im Hinblick auf Validität und Reliabilität unter Studienbedingungen. Das heißt aber nicht, dass die Messinstrumente unter Alltagsbedingungen gleich funktionieren. Ich stimme Ihnen zu, bei der Frage sehr genau hinzuschauen, ob Mobilitätsparameter bei einem Assessment durch niedergelassene Therapeuten die gleiche Testgüte haben, wie wir das zuvor in einer Studie ermittelt haben. Wenn beispielsweise finanzielle Zuordnungen davon abhängig sind, wie man Mobilität ermittelt hat, dann bin ich sehr skeptisch, ob die gleichen Gütekriterien erfüllt werden. Meiner Meinung nach müssen wir über Messverfahren nachdenken, die apparativ und eben nicht von dem Untersucher durchgeführt und ausgewertet werden.

Outcomeparameter: PA

- Derzeit kein PA-Fragebogen verfügbar, der Testgütekriterien für ältere Menschen erfüllt (Jorstadt 2005)
- Wesentliche Aspekte der Validität werden nicht erfüllt (Bonney 2001)
- ProFaNE Consensus: weitere Entwicklung möglich und nötig (Lamb 2005)

Entwicklungsteam für PA Befragungen

PD. Dr. K. Hauer, Stuttgart Sportwissenschaft

PD Dr. C. Becker, Stuttgart Geriatrie

Prof. S. Lamb, Oxford/Warwick Physiotherapie

Prof. M. Bonney, Lyon

Prof. K. Aminian, Lausanne

Prof. S. Lord, Sydney

Geriatrie

Bioengineering

Physiologie

Outcomeparameter: PA

Problem:

Erfassung der ADL-assozierten PAs

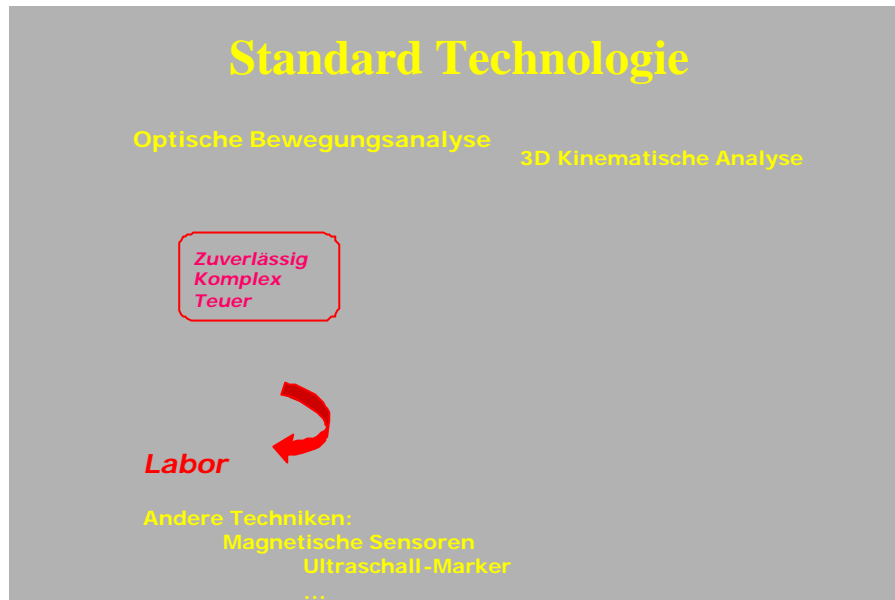
NEAT (Non-exercise activities with thermogenesis)

Frequenz, Dauer, Intensität der NEATs

Aus meiner Sicht ist die physische Aktivität (PA) das Kernkriterium, an dem wir uns in der Altersrehabilitation orientieren sollten. Wir haben dazu im Journal of Aging and Physical Activity kürzlich ein systematisches Review publiziert. Bei den Recherchen mussten wir feststellen, dass es für ältere Menschen bislang keine validen Fragebogen gibt, die wir benutzen könnten. Prof. Bonnefoy hat in einem weiteren Artikel sehr gut zusammengefasst, dass die basalen Alltagsaktivitäten, also die meisten Dinge, die man bei den Alltagsaktivitäten in der Wohnung unternimmt, nicht abgebildet werden. Dagegen lassen sich bestimmte sportliche Aktivitäten oder andere eher außergewöhnliche Aktivitäten im Hinblick auf Frequenz, Dauer und Intensität gut abbilden, aber eben nicht die Basisaktivitäten. Die physische Mobilität, also die Fragen danach, was die Leute zu Hause tun, wie oft sie in der Wohnung umher gehen, wie oft sie aufstehen, wie lange sie im Bett liegen, ob sie in der Lage sind, Treppen zu steigen, können wir heute mit den neu entwickelten Sensoren messen.

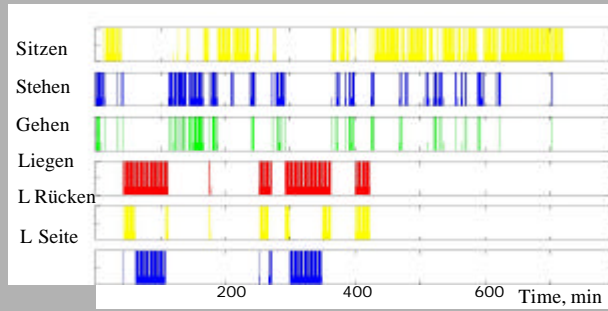
Mit den Sensoren – Accelerometern, Goniometern oder Gyroskopen – können Bewegungen exakt analysiert werden. Wir können die Menschen mit diesen Aktivitätsmessern ausstatten und ggf. über mehrere Tage messen, welche Aktivitäten zu Hause ausgeführt werden.

Im Folgenden finden sich dazu einige Beispiele. Ich möchte auch erwähnen, warum ich gerade bei der Frage der Wirksamkeitsbewertung in der geriatrischen Rehabilitation die objektiven Messverfahren für Erfolg versprechend halte. Wir haben bei der Landesstiftung Baden-Württemberg ein Forschungsprojekt beantragt, in dem wir den Nachweis führen wollen, dass wir Menschen mit Demenz körperlich und geistig trainieren können. Alle fanden das sinnvoll. Dass der Antrag aber letztlich angenommen wurde, lag m.E. besonders am Einsatz der objektiven Messinstrumente, mit denen wir abbilden können, ob die Teilnehmer nachher mehr tun oder nicht.



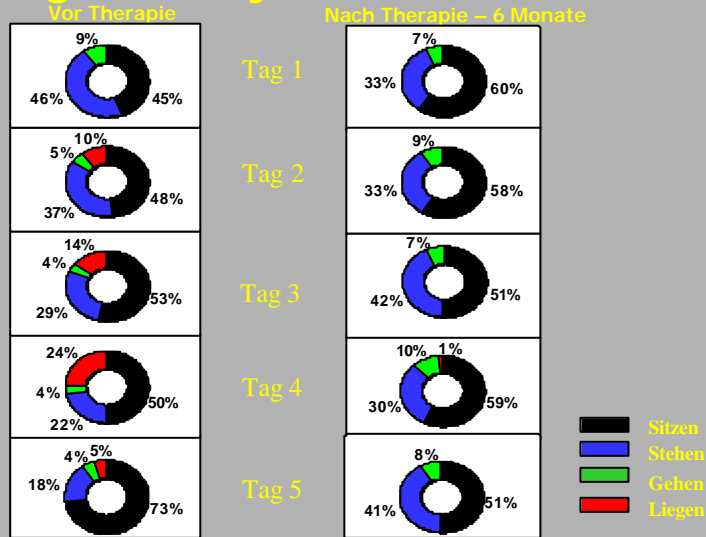
In der Vergangenheit haben wir auf Messmethoden gesetzt, die im Labor ausgeführt wurden. Das sind Markersysteme, die im Alltag nicht praktikabel sind. Auf der einen Seite sind sie sehr zuverlässig, auf der anderen Seite aber auch teuer und zeitaufwendig. Außerdem wollen wir ja gerade nicht unter Laborbedingungen, sondern unter Alltagsbedingungen messen. In den letzten Jahren sind vor allem in Europa Systeme entwickelt worden, die am Körper getragen werden können. Die Geräte werden derzeit immer kleiner. Das Gerät wird zum Beispiel am Körper befestigt, entweder mit einem Haltegurt oder einem Stomapflaster, und kann so bis zu fünf Tage getragen werden. Dieses Gerät ist in der Lage, die Basisfunktionen der Lokomotion aufzuzeichnen, sprich: sitzen, liegen, Treppen steigen, im Haus gehen, außerhalb des Hauses gehen.

Ich möchte Ihnen jetzt anhand von Beispielen zeigen, wie die Auswertung aussieht. Auf den nächsten Kurven sehen Sie, wie lange und zu welchem Zeitpunkt jemand gegessen hat, also die Sitzaktivitäten. Sie sehen auch, wie häufig jemand gestanden hat. Anhand der Gehstrecken können Sie auch feststellen, ob jemand inner- oder außerhäuslich gegangen ist.

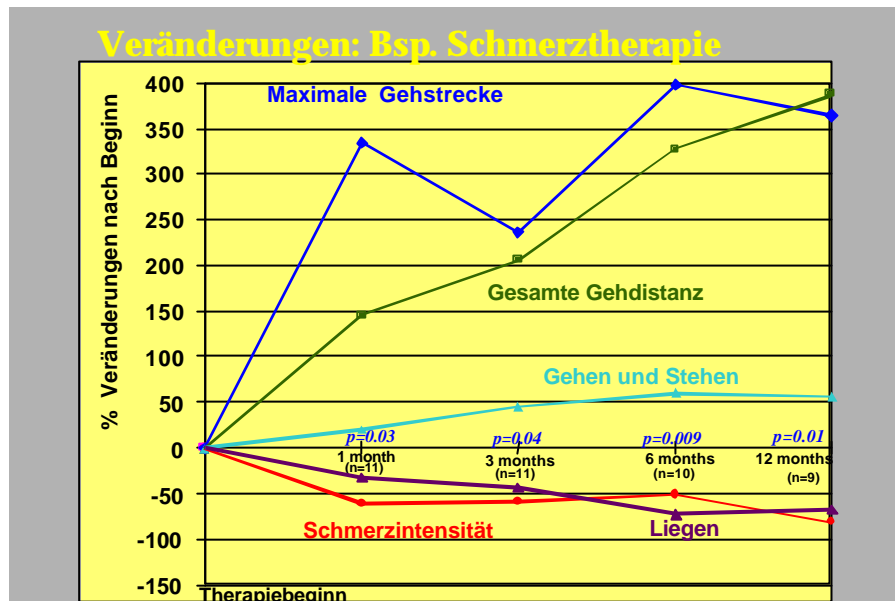


Physische Aktivität

Tägliche Physische Aktivität



Ich möchte Ihnen noch ein weiteres Beispiel zeigen. In einer Schmerztherapiestudie sollte eine bestimmte Therapieform (intramedulläre Nervenstimulation) bewertet werden.



Die Frage war, inwieweit sich das Schmerzniveau verändert hat und ob die Patienten damit wieder mobiler wurden. Auf der einen Seite wurde eine typische Schmerzbewertungsskala erhoben, die zeigte, dass nach 12 Monaten die Schmerzintensität nachgelassen hat. Auf der anderen Seite konnte man feststellen, dass die Liegedauer der Betroffenen abgenommen hat. Außerdem hat man Veränderungen bei der Gehdistanz gemessen. Sie sehen, dass die Gehdistanz in diesem Zeitraum um etwa 400 Prozent zugenommen hat. Und man sieht auch, dass die maximal zurückgelegten Gehstrecken außer Haus deutlich zugenommen haben. Das sind Beispiele dafür, wie Sie mit objektiven Messungen die Zunahme motorischer Aktivitäten nachweisen können.

Mein Fazit ist derzeit: Wir müssen bei den mobilitätsassoziierten Parametern der Messung der Ergebnisqualität in der Lage sein, objektive und auch verblindbare Methoden einzusetzen. Wenn wir das nicht tun, verlieren wir möglicherweise den Kampf bei der Ressourcenallokation mit anderen Sek-

toren in der Gesundheitsversorgung. Es gibt ja nicht nur im Bereich der Rehabilitation eine interne Ressourcenreallokation. Wir müssen uns auch damit auseinandersetzen, wie viel an Mitteln z.B. in die Kardiologie oder die Onkologie und andere Disziplinen verteilt werden. Ich persönlich denke, dass wir nicht bei Messmethoden bleiben können, die eben nur aus Stoppuhr, Stift und Papier bestehen. So werden wir es schwer haben, die nötigen Ressourcen für unsere Arbeit einzuwerben.

Definition und Messung von Outcomes

Evaluation der Mobilen Geriatriischen Rehabilitation - Objektive Messung der Mobilität

Fazit:

- **Wenn mobilitätsassoziierte Outcomeparameter objektiv und verblindbar erhoben werden sollen, werden apparative Methoden unverzichtbar.**
- **Entsprechende Technologie ist zunehmend verfügbar, um Funktionseinschränkungen und PA zu messen.**

Für die Evaluation der Mobilen Rehabilitation plädiere ich daher dafür, entsprechende Messverfahren zu berücksichtigen.

4. *Prof. Dr. Johann Behrens, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg*

Langzeitperspektiven und Outcomes aus pflegewissenschaftlicher Sicht

Meinem Vortrag möchte ich folgende Frage voran stellen: „Wirkt MoRe bei Menschen, bei denen die MoRe eine Indikation zur MoRe sieht?“ Damit gehe ich stärker als meine Vorredner auf die Outcomemessung in der Mobilien Rehabilitation ein.

Die Wirkung Mobiler Rehabilitation lässt sich nur im Vergleich mit gleich Kranken erkennen, die nicht mobil rehabilitiert wurden. Solche Vergleichsgruppen können gefunden werden in der stationären Rehabilitation oder auch in der Gruppe, die zuhause ohne jede Rehabilitation lebt. Da es wenig überraschen würde und wenig in Frage gestellt würde, dass mobile Rehabilitation besser ist als überhaupt keine Rehabilitation, wäre auf alle Fälle neben der Gruppe ohne jegliche Rehabilitation auch der Vergleich mit stationärer Rehabilitation strategisch erforderlich.

Neben der Frage, ob Mobile Rehabilitation wirkt, steht sicher auch die Frage nach der Effizienz Mobiler Rehabilitation: Bringen dieselben Ressourcen, in der mobilen Rehabilitation eingesetzt, mehr oder zumindest gleichviel für den Rehabilitanden als ihr Einsatz in der stationären Rehabilitation? Diese Frage nach der Effizienz setzt also immer voraus, dass die Frage nach der Wirkung, der Effektivität, bereits beantwortet ist. Was nicht wirkt, kann so wenig kosten wie es will, es ist zuviel.

Damit sind folgende Punkte mit besonderer Sorgfalt in der Studienplanung zu klären, auf die ich im Einzelnen eingehe und zitiere, welche Teile der Diskussion hier in den Text einzufügen sind:

- die Einschlusskriterien;
- die Hauptzielgröße und die Nebenzielgrößen, die auch durch „und“ verbunden werden können;
- die möglichst einen Sampling-Bias vermeidende Art der Zuordnung zu der Gruppe mobiler Rehabilitation und anderer Formen der Rehabilitation.

Einschlusskriterien

Die Einschlusskriterien in der Studie müssen sich an den Kriterien orientieren, die die Träger der mobilen Rehabilitation als Indikationskriterien für eine mobile Rehabilitation ansehen. Aus pragmatischen Gründen, nämlich um nicht durch große Heterogenität eine sehr große Fallzahl für die Untersuchung zu brauchen, sind die Einschlusskriterien wahrscheinlich deutlich enger zu fassen, als die Indikationskriterien für die mobile Rehabilitation überhaupt. Selbstverständlich wäre es möglich auch sehr heterogene Gruppen zu vergleichen, das ist keine prinzipielle Frage, sondern nur eine Frage der Fallzahl. Wenn die Gruppe und Vergleichsgruppe jeweils Tausende von Personen umfassen könnte, könnten wir uns eine sehr heterogene Population auf beiden Seiten eher leisten.

Als Einschlusskriterien, die noch zu ergänzen (d.h. zu präzisieren) sind, stehen fest:

- Schlaganfall;
- Bedarf an geriatrischer Rehabilitation nach Begutachtungsrichtlinie;
- positive Rehabilitationsprognose;
- Rehabilitationsfähigkeit;
- emotionale Labilität, möglicherweise Aphasie als Kriterium aus ICF, Diagnostik der Kategorie Funktion, Notwendigkeit der Adaption an die neue Umgebung und weitere die hier aus dem Text von Dr. Schmidt-Ohlemann zu integrieren sind.

Diese Einschlusskriterien geben also den Entscheidungsbaum wieder, den die mobil Rehabilitierenden derzeit anwenden. Er muss relativ präzise sein. Der Entscheidungsbaum, dessen erste Schritte sind: ist eine medizinische Versorgung nötig, ist eine Tagesklinik möglich, ist ein häusliches Setting sinnvoll, ist Unterstützung gegeben. Diese führen dann zur Entscheidung, ob mobile Rehabilitation, ambulante Rehabilitation oder stationäre Rehabilitation anzuwenden ist, wobei dies möglicherweise noch zu unpräzise ist, um wirklich die Vergleichsgruppen glaubwürdig über die Einschlusskriterien zu erzeugen. Andererseits müssen die Einschlusskriterien aber so intersubjektiv eindeutig sein, dass sie in verschiedenen Einrichtungen von unterschiedlichen Therapeuten in hinreichend der selben Weise erhoben werden würden.

Aus pragmatisch-finanziellen Gründen wäre hier zu prüfen, ob man sich der anamnestischen und diagnostischen Instrumente bedient, die bereits heute routinemäßig im Konsil genutzt werden.

Um die Fallzahl klein zu halten, ist bei den Einschlusskriterien, die ja eine möglichst homogene Untersuchungsgruppe erzeugen sollen, Altersbegrenzungen der Ausschluss bestimmter Co-Morbiditäten einzuführen.

Die Definition von Einschlusskriterien setzt einen Allokationsweg also den Entscheidungsbaum, der bei der Indikation mobiler Rehabilitation genutzt wird, voraus. Möglicherweise gibt es diesen Entscheidungsbaum noch nicht explizit. Implizit gibt es ihn bestimmt.

Bei der hermeneutischen und mæeutischen Explizierung dieses impliziten Entscheidungsbaumes leistet Halle gerne Hilfestellung. Dieser Entscheidungsbaum sollte unabhängig von dem Projekt, und zwar möglichst vorher, veröffentlicht werden.

Zuteilung zu mobiler Rehabilitation versus anderen Formen der Rehabilitation

Es ist zu entscheiden, ob die Studie zwei- oder dreiarmlig erfolgen soll. Eine dreiarmlige Studie würde beispielsweise vergleichen: die nach den eben diskutierten Einschlusskriterien absolut vergleichbaren Patienten erhalten entweder

- eine mobile Rehabilitation oder
- eine stationäre Rehabilitation oder
- bleiben ohne rehabilitative Maßnahme in ihrem häuslichen Umfeld der Betreuung durch den Hausarzt überlassen.

Eine dreiarmlige Studie empfiehlt sich, weil hier auch die Differenz der Rehabilitation zur Nichtrehabilitation erfasst werden kann. Es ist also nicht nur die Frage zu beantworten: Ist mobile Rehabilitation für einen bestimmten Personenkreis besser als stationäre Rehabilitation? Sondern auch die Frage ist zu beantworten: Bringt Rehabilitation mehr als keine Rehabilitation? Diese letzte Frage wird in der Fachöffentlichkeit stark diskutiert und ist in fast keinen Untersuchungen Gegenstand der Erhebung gewesen, weil in der Regel nur verschiedene Rehabilitationsmaßnahmen miteinander verglichen werden.

Wenn eine zweiarmige Studie geplant wird, sollte meiner Ansicht nach keinesfalls nur verglichen werden „Mobile Rehabilitation“ gegen „überhaupt keine Rehabilitation“.

Bei der Zuordnung von Rehabilitationsbedürftigen zur mobilen Rehabilitation oder einer anderen Maßnahme, ist der Selections-Bias möglichst auszuschließen. Ein Selections-Bias wird schon deswegen angenommen, weil die Studie offenbar von Seiten der glühenden Verfechter der Mobilen Rehabilitation begonnen und betrieben wird. Daher ist besonders darauf zu achten, dass auch die Ansicht, mobile Rehabilitation wirke nicht besser als stationäre Rehabilitation, die Chance eines Belegs erhält.

Die Selbsttäuschung durch Auswahl (Selections-Bias) wird am glaubwürdigsten kontrolliert durch eine externe Randomisierung. Durch sie haben die interessierten Therapeuten keinerlei Einfluss darauf, wer einer bestimmten Therapieform zugeführt wird. Durch Randomisierung werden auch unbeobachtete, aber wirksame Drittfaktoren kompensiert bei hinreichender Fallzahl. Die Überlegung, ob hier eine Randomisierung möglich ist, sollte daher nicht zu schnell beendet werden. Es ist mit dem biometrischen Institut zu diskutieren, ob zum Beispiel die Tatsache der Krankenversicherung so wenig mit dem Rehabedarf und der therapeutischen Entscheidung zu tun hat, ob eine Zuordnung zu anderen RehaMaßnahmen als der mobilen Rehabilitation durch die jeweilige Zugehörigkeit zu einer bestimmten Krankenkasse als Randomisierung interpretiert werden kann. Hier könnte es sich natürlich nur um eine Quasi-Randomisierung handeln.

Eine zweite Variante war, eine der vielen Gegenden in Deutschland, in denen eine Mobile Rehabilitation schon deswegen nicht durchgeführt werden kann, weil es keine Mobile Rehabilitation in dieser Region gibt, als Vergleichsgruppe zu wählen. Konkret hieße das, dass die Patienten, die den oben genannten Einschlusskriterien entsprechen, nach ihrem Schlaganfall in der Klinik identifiziert werden und ihre notgedrungen zur Mobilen Rehabilitation alternative Rehabilitation in ihren Folgen untersucht wird. Das Problem ist hier, dass die Unterschiede zu den Regionen, in denen mobile Rehabilitation angeboten wird, möglichst gering gehalten werden, d.h. gegen Null gehen.

Es gibt das konkrete Angebot, eine Klinik in Woltersdorf für eine Position als Vergleichsgruppe zu gewinnen. Vergleicht man Woltersdorf mit Bad Kreuznach, scheint auf den ersten Blick gegeben, dass es sich in beiden Fällen

um ländliche Regionen handelt. Ländliche Region ist aber ein zu allgemeiner Begriff. Unterschiede, die bestehen könnten und möglichst auszuschließen wären, sind die möglichen sozialen Netzwerke und häuslichen Unterstützungsmöglichkeiten, die in Bad Kreuznach deutlich andere als in Brandenburg (faktische Erwerbsquoten) sind.

Wird in Woltersdorf der Mangel an Mobiler Rehabilitation im offiziellen Leistungsprogramm dadurch kompensiert, dass die überzeugten Vertreter dieses Konzepts in der Klinikleitung die Rehabilitations-Teams ins Haus des Rehabilitanden schicken?

Wenn eine kluge Auswahl eine Randomisierung ersetzen soll, muss sie besonders sorgfältig abgesichert sein, um die Studie später, wenn alle möglichen Interessenten sie legitimerweise zu zerpfücken suchen, keine Unklarheiten zu erzeugen.

Zielgrößen

Die Entscheidung für die richtige Hauptzielgröße und die Nebenzielgrößen muss besonders sorgfältig erfolgen. Mit ihr wird praktisch definiert, was in der mobilen Rehabilitation als „gelungen“ gelten soll. Es ist unbedingt zu vermeiden, eine Zielgröße zu wählen, die die spezifischen komplementären Stärken der mobilen Rehabilitation nicht mit erfasst, sondern nur die Stärken der stationären Rehabilitation. Wie unter anderem auch ich in mehreren Veröffentlichungen gezeigt habe, steht mobile Rehabilitation und stationäre Rehabilitation nicht nur im Verhältnis der Konkurrenz, sondern auch im Verhältnis der Komplementarität zueinander.

Es gibt eine Indikation für mobile Rehabilitation bei einigen Personengruppen, wie es für andere Personengruppen eine Indikation zu stationärer Rehabilitation gibt. Die ambulante Rehabilitation wird bisher in der Regel an den Zielgrößen der stationären Rehabilitation gemessen, und was von mir und anderen kritisiert wird. Daher sollte in Übereinstimmung mit den Bedürfnissen der Leistungs- und Kostenträger und der im SGB IX übernommenen ICF für alle Formen der Rehabilitation diejenigen Zielgrößen gewählt werden, die den vermuteten Stärken der mobilen Rehabilitation entsprechen.

Bei den Einschlusskriterien achteten wir darauf, dass sowohl in der stationären als auch in der mobilen Rehabilitation die Personen untersuchend

begleitet werden, die nach Meinung von MoRe die Indikation für mobile Rehabilitation erfüllen.

Gleichzeitig dürfen die Zielgrößen schon aus dem trivialen Grund nicht zu viele sein, weil bei mehreren Zielgrößen ein Ziel zufällig erfüllt wird. Das ergibt sich einfach aus der Zufallsstreuung. Dieses Ziel einer eindeutigen Hauptzielgröße kann erreicht werden, entweder durch die Entscheidung für ein Kriterium oder für ein kombiniertes und verbundenes Kriterium.

Als Kandidaten für die Zielgröße war der Verbleib in eigener häuslicher Umgebung anzusehen (hierunter ist nicht ein Umzug ausgeschlossen, auch betreutes Wohnen würde als Erfolg gelten, ausgeschlossen ist nur eine Heimunterbringung).

Weiter wurde aus der internationalen Literatur herangezogen und diskutiert die Rehospitalisierungshäufigkeit, die Dauer der Krankenhausaufenthalte und der Tod. Bei Tod ist sehr genau zu erwägen, ob mobile Rehabilitation ihm entgegenwirkt, oder ob Tod nur ein konkurrierendes Risiko ist, das das Auftreten anderer erwünschter oder unerwünschter Ereignisse ausschließt.

Weiter wurde als Kandidat für die Zielgrößen die Hilfsmittelnutzung betont (hier beansprucht mobile Rehabilitation, im Unterschied zur stationären Rehabilitation, die Hilfsmittelnutzung besser zu ermöglichen). Die ADL-Kompetenzen, die Anpassung der Wohnumgebung, die Depression und Hospitalisierungsercheinungen sind weitere Kriterien. Es ist sinnvoll, sich zunächst einmal alle möglichen Zielgrößen und Nebenzielgrößen vor Augen zu führen, und sich erst dann zu fragen, ob eine komplexe Zusammenfassung wie der FIM diese hinreichend abbildet. Pragmatisch spricht viel für einen Score, der in der Routine ist und häufig verwendet wird. Konkret beim FIM ist allerdings aus meiner und anderer Erfahrung zu bedenken, dass der FIM in stationären Einrichtungen häufig höher ist als der FIM, gemessen bei derselben Person in der häuslichen Umgebung. Die Verwendung eines Routine-Indikators wie des FIM erübrigt also nicht, genaue und vergleichbare Messvorschriften zu erstellen und auch durchzusetzen.

Tatsache bleibt, dass kein Weg daran vorbeiführt, sich für eine Hauptzielgröße, die auch eine unverbundene Komplexzielgröße sein kann, zu entscheiden. Keinesfalls ist es glaubwürdig, wenn wir ein ganzes Bündel von Zielen definieren und hinterher sehen, wo die Mobile Rehabilitation besser abschneidet oder nicht. Auf diese Weise sind Erfolge immer zu erzielen,

aber es sind dann nur scheinbare Erfolge mit wenig Glaubwürdigkeit bei den kritischen Kollegen.

Messzeitpunkte

Die Messzeitpunkte zu definieren erscheint einfacher als die Lösung der anderen Punkte. Hier hat zu bestimmten Eingangssituationen eine Messung zu erfolgen, dann nach der Rehabilitation und vor allem, um die langfristige Wirkung zu zeigen, wie in der Voruntersuchung mit Michael Schulz, ein Follow-up, deutlich nach der mobilen und stationären Rehabilitation anzusetzen.

Aus Kostengründen sind selbstverständlich möglichst Routinen, in denen bestimmte Abfragen und Untersuchungen ohnehin erfolgen, zu nutzen. Für das Follow-up muss nach einer solchen Routine gesucht werden.

Sparsamkeit

Es ist zu prüfen, wie weit diese Studie unter Nutzung von Routinedaten durchgeführt werden kann. Im sparsamen Idealfall sind vorhandene Routinen völlig ausreichend, wobei diese Routinen ja mit einer im Querschnitt kontrollierten, besonderen Sorgfalt erfolgen können. Dies ist aber sehr kritisch zu prüfen, ob das gelingt. An und für sich sind alle Assessments und Messungen, die ich in diesem Text erwogen habe, bereits jetzt Teile von Routine. In der Wirklichkeit gibt es dann aber doch große Performance-Unterschiede, die bei einer Studie nicht hinnehmbar sind.

Literatur

Für die Glaubwürdigkeit der Studie und für die Sparsamkeit der Studienteilnehmer kann es sehr ertragreich sein und es ist auf alle Fälle erforderlich, sich auf internationale Studien zu vergleichbaren Themen zu beziehen. Gibt es in anderen Ländern Rehabilitationsformen, die mit der Mobilen Rehabilitation vergleichbar sind? Hier kommen meiner Meinung nach häusliche Rehabilitationen nach Schlaganfall in Frage, die es auch in anderen Ländern gibt; nach Meta-Analysen ist zu fahnden. Solche sind beispielsweise schon 2001 von Peter Langhorne publiziert, in der Cochrane-Library und in Medline ist hier nach weiteren Studien zu suchen. Der Bezug auf diese Studien erspart nicht nur Umwege und Fehler für unsere deutschen Unter-

suchungen, sie erhöht vor allem die Glaubwürdigkeit bei kritischen Kollegen etwas.

Zeitplanung

Sobald die Gruppe in der diskutierten Weise etwas mehr Klarheit über mögliche Vergleichsgruppenbildungen (Warteschlangen versus vergleichbaren Häusern in unterschiedlichen Regionen versus Kassenausschluss usw.) und sich einen Überblick über die mögliche Definition von Zielgrößen verschafft hat, biete ich dringend ein ausführliches Gespräch in Halle mit der Biometrie an.

Ein sorgfältig erstellter Studienplan, ein so genanntes Studienprotokoll, erspart nicht nur viele Glaubwürdigkeitsfehler, die am Ende der Studie nicht mehr zu ändern wären. Eine solche Beratung gilt auch heute zu Recht als eine notwendige Voraussetzung im Begutachtungsprozess. Eine solche biometrische Evolution und Diskussion würde ich vornehmen mit dem Leiter des Zentrums für klinische Studien. Bei dieser Diskussion sollten unbedingt aus der Gruppe der Mobilien Rehabilitation einige Personen dabei sein, weil sich hier noch bei der Entscheidung für bestimmte Gruppen oder für Kriterien etwas ändern kann. Es wird ein iterativer Lösungsweg sein, entweder den Fragestellungen die Fallzahl anzupassen (Fallzahlerhöhung) oder umgekehrt von einer kleineren Fallzahl aus auf das Machbare zu schließen. Auch für die Frage der Kalkulation der Kosten ist eine solche Beratung hilfreich.

Allerdings sollte vor dieser Beratung feststehen, welche Einrichtung mit welchen Ressourcen zu einer solchen Studie überhaupt bereit wäre.

Biometriker können, auch wenn sie jahrzehntelang an der medizinischen Fakultät arbeiten, nie für die Definition von Einschlusskriterien und Zielgrößen verantwortlich gemacht werden.

Vergleichende Analyse natürlicher Interaktionen

Die bisher konzipierte Studie behandelt in gewisser Weise die therapeutischen Kommunikationen selber als Blackbox und misst nur die Effekte, die die Rehabilitanden vor Eintritt in diese Blackbox und nach Austritt aus der Blackbox im Vergleich zeigen.

Diese Untersuchung sollte ergänzt werden durch Sequenzanalysen von natürlichen Interaktionen an zentralen Stellen des Prozesses. Eine solche zentrale Stelle, die sowohl in stationären Rehakliniken als auch zu Beginn von mobiler Rehabilitation eine große Rolle spielt und den Rehabilitanden und seine Angehörigen einschließt, ist das Rehabilitationsgespräch. Hier ist nicht das diesem häufig vorausgehende oder ihm folgende Konsil gemeint, in dem sich die Berufsgruppen über einen Fall austauschen, sondern das Gespräch mit dem Klienten und seinen Angehörigen selber.

Nur in zweiter Hinsicht könnte es sinnvoll sein, daneben auch das Konsil zu erfassen. Eine solche Sequenzanalyse setzt voraus, dass das Gespräch mit Tonband aufgenommen wird. Diese Aufnahme mit Tonband könnte durchaus zu Beginn aller am Gespräch Beteiligten zu besonderer Sorgfalt in ihrer Wortwahl bewegen. Erfahrungsgemäß löst sich diese Befangenheit aber innerhalb ganz weniger Minuten. Die Sequenzanalyse solcher Gespräche kann keinesfalls durch Erzählungen von Therapeuten über dieses Gespräch ersetzt werden. Einige wenige solcher Gespräche würde das Halle'sche Institut analysieren, weil nicht recht sichtbar ist, welcher Geldgeber für solche im pseudo-wissenschaftlichen Kauderwelsch als qualitative Verfahren bezeichnete Analysen in Frage kommt.

Auch bei anderen Kommunikationssituationen und Maßnahmen wäre eine Beobachtung, beispielsweise durch eine Videoaufnahme, hilfreich. Wie Untersuchungen des Halle'schen Instituts mit der medizinischen Fakultät Innsbruck gezeigt haben, ist die Wahrnehmung der Akteure von einer Kommunikation häufig gänzlich verschieden von dem, was auf einem Video sichtbar wäre. Auch in der retrospektiven Erinnerung gibt es zwischen Patienten und Ärzten, so die Untersuchung an der Deutschen Montanes Klinik, große Unterschiede. Eine solche Videoaufnahme von Kommunikationssituationen war aber bisher nur dann möglich, wenn die Einrichtung selber ein großes Interesse daran hatte und diese praktisch auf eigene Kosten durchgeführt hat. Hilfreich ist hier natürlich, wenn in einer Einrichtung ohnehin viel mit Video und ihrer Interpretation gearbeitet wird.

Diese Verfahren sind zwar wissenschaftlich international abgesichert und üblicher geworden als noch vor 20 Jahren, ich gehe aber nicht davon aus, dass der Wunsch der Krankenversicherung nach einer Evidenz für Mobile Rehabilitation durch solche Handlungsprotokolle befriedigt würde. Deswegen schlage ich eine Methodenkombination vor.

Außer Interaktion von Rehabilitationsgesprächen und Konsilen sollten auf alle Fälle Fallstudien gemacht werden, die das Case Management zeigen, worin ja die Mobile Rehabilitation auch eine besondere Stärke hat. Diese Fallstudien zum Case Management haben eine doppelte Bedeutung innerhalb der hier vorgeschlagenen Studie. Sie veranschaulichen:

1. überhaupt erst das Programm, das unter der Bezeichnung „Mobile Rehabilitation“ abläuft und
2. sie zeigen eine besondere Stärke, die möglicherweise auch mit erklärt, wenn sich in der Wirkungsanalyse Ergebnisse zu Gunsten der Mobilen Rehabilitation zeigen.

Hier ist zurückzugreifen auf die zur Veröffentlichung anstehende Doktorarbeit aus Halle, die Michael Schulz geschrieben hat. Solche Fälle sind auch von Dr. Schmidt-Ohlemann und mir auf verschiedenen DGSM-Tagungen⁵ publiziert worden.

⁵ DGSM: Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention

Zu unserem Auftrag selbst: Nach dem Sozialgesetzbuch V sind wir unabhängige Fachgutachter für die uns tragenden Institutionen. Wir beraten diese in Grundsatzfragen der geriatrischen Versorgung. Das sind insbesondere Fragen der Systemgestaltung und damit auch Versorgungsstrukturfragen. Wir sind angegliedert an den MDK Nord und haben unseren Sitz in Hamburg. Nähere Informationen zu unserer Institution können Sie auch unseren Internetseiten (www.kcgeriatrie.de) entnehmen.

Dem Thema meines Vortrags „Langzeitperspektiven und Outcomes der geriatrischen Rehabilitation aus Sicht des Kompetenz-Centrums“ möchte ich mich zum einen anhand der Ziele medizinischer Rehabilitation in der GKV und zum anderen anhand der Ziele geriatrischer Rehabilitation im Speziellen annähern. Letzteres wird mittels der Grundlagen für die praktische sozialmedizinische Begutachtung erfolgen.

Doch zuerst einige Vorüberlegungen. Mit welcher Situation haben wir es aktuell in der geriatrischen Versorgung zu tun? Wir verfügen derzeit über keine sektorübergreifende konsentrierte Definition des geriatrischen Patienten. Damit ergeben sich Identifikations-, Abgrenzungs- und auch Allokationsprobleme. Weder für den Krankenhausbereich, noch für die ambulante kurative Versorgung verfügen wir derzeit über eine verbindliche und gleichzeitig konsentrierte Definition des geriatrischen Patienten.

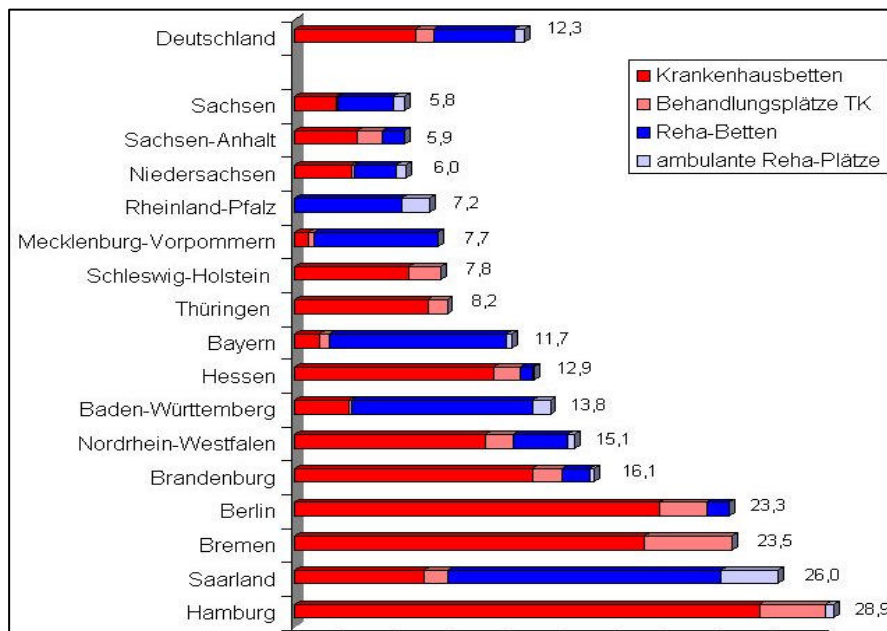
Hintergrund

Kontext geriatrischer Rehabilitation

- keine sektorenübergreifend **konsentrierte Definition** des geriatrischen Patienten → Identifikationsproblem
- 2004: **Frührehabilitation** im Krankenhaus, DRG-System, Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation
- 2005: Überarbeitung der **Begutachtungs-Richtlinie** Vorsorge und Rehabilitation § 282 Satz 3 SGB V
- Heterogenität der **Versorgungsstrukturen** und **unterschiedliche Versorgungsdichte**

Welches waren wichtige Eckpfeiler der Entwicklung in den letzten Jahren? Auf diesem Workshop ist ein wichtiger Eckpfeiler bereits genannt worden, die Einführung der geriatrischen Komplexbehandlung/Frührehabilitation in den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) und die Einführung des DRG-Systems. Ferner wurden am 01.01.2004 die Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation durch die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenkassen vorgelegt. Im Oktober des Jahres 2005 wurde die überarbeitete Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen verabschiedet. Damit wurden wichtige Grundlagen für die geriatrische Rehabilitation in den letzten Jahren neu festgelegt.

Hinsichtlich der bestehenden geriatrischen Versorgungsangebote müssen jedoch weiterhin erhebliche struktur- und kapazitätsbezogene Unterschiede in den einzelnen Bundesländern konstatiert werden (vgl. nachfolgende Abbildung).



Quelle: Stat. Bundesamt 2005, Stier-Jarmer et al. 2002 und eigene Recherchen (vgl. ausführlich Meinck, Lübke, Plate 2006)

Die Länge der Balken in der Abbildung zeigt die Versorgungsquote für die einzelnen Bundesländer bzw. für Gesamtdeutschland, das heißt, den Ausstattungsgrad mit geriatrischen Behandlungskapazitäten bezogen auf 10.000 Personen über 65 Jahre und älter. Die Daten basieren auf dem Stand des Jahres 2003, für stationäre Rehabilitationskapazitäten auf dem Stand des Jahres 2001. Welche Kapazitäten sind in der Abbildung berücksichtigt? Der dunkelrote Bereich zeigt die Krankenhausbetten, der hellrote Bereich die Tagesklinikplätze an Krankenhäusern, der dunkelblaue Bereich die Reha-Betten und der hellblaue Bereich die ambulanten Reha-Plätze in der Geriatrie. So genannte „teilstationäre“ Rehabilitationskapazitäten sind leistungsrechtlich ambulante Rehabilitationskapazitäten (Plate und Meinck 2005) und als solche in der Abbildung erfasst. Die geriatrische Versorgungsquote variiert zwischen 5,8% (Sachsen) und 28,9% (Hamburg) erheblich.

In einzelnen Bundesländern ist die Geriatrie (fast) ausschließlich im Krankenhausbereich verankert und in anderen Bundesländern überwiegend im Rehabilitationsbereich. Einzelne Bundesländer weisen zudem ausgeprägte Mischstrukturen auf. Die ambulanten Rehabilitations- und die teilstationären Krankenhauskapazitäten nehmen insgesamt nur einen relativ kleinen Anteil an den geriatrischen Versorgungskapazitäten ein. Der Anteil geriatrischer Krankenhaus- und geriatrischer Rehabilitationskapazitäten an den Gesamtkapazitäten im Krankenhaus- und Rehabilitationsbereich ist insgesamt eher gering.

Ziele medizinischer Rehabilitation in der GKV

Die medizinische Rehabilitation im Sinne des § 11 Abs. 2 SGB V zielt auf die Beseitigung oder Minderung einer Behinderung oder Pflegebedürftigkeit, wobei dem Sozialgesetzbuch noch nicht umfassend die Terminologie der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO zugrunde liegt. Der Begriff Behinderung ist als Oberbegriff für Schädigungen der Körperstrukturen, -funktionen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe aufzufassen. Leistungen der aktivierenden Pflege sind Bestandteil der sozialen Pflegeversicherung und nicht der GKV.

Ziele der Rehabilitation in der GKV

allgemein § 11 Abs. 2 SGB V:

Versicherte haben Anspruch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation ... , um eine **Behinderung** oder **Pflegebedürftigkeit** abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Behinderung = Oberbegriff für Schädigungen der Körperstrukturen / -funktionen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe

– aktivierende Pflege ist Aufgabe der SPV

Dr. M. Meinck, Kompetenz-Centrum Geriatrie

Die im Oktober 2005 überarbeitete Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ ist für die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste verbindlich und regelt Voraussetzungen, Inhalte und Ziele medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen. Was ist bei der Überarbeitung verändert worden? Neu ist, dass die Begutachtungshilfe Geriatrische Rehabilitation vom 12.12.2002 integriert wurde und die Umstellung der Begrifflichkeiten auf die ICF erfolgte.

In der sozialmedizinischen Praxis wird anhand dieser Richtlinie die Begutachtung von Anträgen auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation durch die medizinischen Dienste durchgeführt. Ich möchte nachgehend auf zwei darin enthaltene Begriffe näher eingehen, die Begriffe Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsziele.

Rehabilitationsbedürftigkeit ist gegeben, wenn aufgrund einer Schädigung voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder bereits eingetreten sind, die über die kurative

Versorgung hinaus die Anwendung medizinischer Rehabilitation erfordern. Der Zustand der Pflegebedürftigkeit zählt zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe. Im Hinblick auf die Rehabilitationsbedürftigkeit sind umwelt- und personbezogene Kontextfaktoren zu berücksichtigen. Ziel medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen ist es, möglichst frühzeitig voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Gemeint sind dabei realistische und im Einzelfall relevante Ziele, bei deren Festlegung der Versicherte zu beteiligen ist. Darüber hinaus ist auch eine positive Beeinflussung der Schädigungen zu berücksichtigen.



Ziele der Rehabilitation in der GKV

Begutachtungs-Richtlinie Vorsorge und Rehabilitation

Reha-
Ziele

... möglichst frühzeitig voraussichtlich nicht nur vorübergehende **alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe** zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten

- gemeint sind realistische, im Einzelfall alltagsrelevante Reha-Ziele
- bei der Formulierung ist der Versicherte zu beteiligen
- neben den Zielen soll auch die positive Beeinflussung der Schädigungen berücksichtigt werden

Dr. M. Meinck, Kompetenz-Centrum Geriatrie

Durch die Integration der Begutachtungshilfe „Geriatrische Rehabilitation“ sind erstmals auch spezifisch geriatrische Aspekte in der Begutachtungs-Richtlinie aufgeführt. Geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen zielen demnach auf die dauerhafte Wiedergewinnung, die Verbesserung oder den Erhalt der Selbstständigkeit bei den täglichen Verrichtungen, damit ein möglichst langes Verbleiben in der gewünschten Umgebung möglich ist. Die explizit genannte Zielsetzung medizinischer Rehabilitation hinsichtlich der Teilhabe kann aber nicht nur auf den Verbleib in der gewünschten Umgebung beschränkt werden. In der Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ wurde sie aufgeführt, um ihrer besonderen Bedeutung Rechnung zu tragen, die ein Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit für die Zielgruppe geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen hat.

Um Ziele medizinischer Rehabilitation ausreichend begründen zu können, ist es wichtig, den Grad der Selbstständigkeit zu ermitteln, die der Rehabilitand vor Eintreten der Schädigung bzw. der Beeinträchtigungen aufwies und die damit aktuell eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme begründen. Der unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren anzustrebende Grad

der Selbstständigkeit ergibt sich aus der Alltagskompetenz, die im Einzelfall vor Auftreten der Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe vorlag und somit die Rehabilitationsbedürftigkeit aktuell begründet. Es geht also darum, in jedem Einzelfall den individuellen Referenzpunkt für die Zielerreichung zu bestimmen. Dies ist im Zusammenhang mit den Zielen und Ergebnissen der geriatrischen Rehabilitation von großer Bedeutung, da zu diesem Referenzpunkt bei geriatrischen Patienten oftmals bereits Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe bestanden. Ich werde zu einem späteren Zeitpunkt darauf zurückkommen.

In der Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ sind ferner Beispiele für die Rehabilitationsziele aufgeführt. Dazu gehören:

- Erreichen der Stehfähigkeit,
- Erreichen des Bett-Rollstuhl-Transfers,
- Verbesserung der Rollstuhlfähigkeit,
- Erreichung des Toilettengangs,
- selbstständige Nahrungsaufnahme,
- selbstständiges An- und Auskleiden,
- Gehfähigkeit über mehrere Treppenstufen,
- Gehfähigkeit innerhalb und außerhalb der Wohnung,
- Tagesstrukturierung.

Die ICF ist der geeignete konzeptionelle Rahmen für die Bestimmung der Rehabilitationsziele nicht nur in der Geriatrie. Wichtig ist auch, dass die Relevanz der Kontextfaktoren in der Begutachtungs-Richtlinie explizit benannt wurde, und zwar für die Rehabilitationsprognose – auf die hier ebenso wie auf die Rehabilitationsfähigkeit nicht näher eingegangen werden konnte – und für die Rehabilitationsziele.

An dieser Stelle noch ein Exkurs zum Begriff Lebensqualität: Die Begutachtungsrichtlinie nennt den Begriff der Lebensqualität nicht. Aber vom Gesamtverständnis muss davon ausgegangen werden, dass die Rehabilitation und damit auch die geriatrische Rehabilitation grundsätzlich einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität leisten kann. Auch die Modifikation einzelner person- oder umweltbezogener Kontextfaktoren kann im Rahmen der geriatrischen Rehabilitation zu einer Steigerung der Le-

bensqualität führen. Die Veränderungen von Kontextfaktoren im Zusammenhang mit einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme müssen sich jedoch an den Zielen der medizinischen Rehabilitation in der GKV ausrichten, die bereits genannt wurden.

An dieser Stelle möchte ich einen Vorschlag einbringen, wie man perspektivisch eine stärkere ICF-Orientierung bei der Festlegung der Rehabilitationsziele erreichen kann. In einem ersten Schritt sind zielrelevante Kategorien der ICF zu identifizieren, und zwar mit sektor- oder settingübergreifender Relevanz, um eine ausreichende Grundlage für die Orientierung an der ICF und damit an den Alltagsaktivitäten und der Teilhabe sicherzustellen. In einem zweiten Schritt könnte die empirische Relevanz dieser ICF-Kategorien bestimmt werden. So liegen bereits Arbeiten (vgl. z.B. Grill et al. 2005) vor, in denen für die geriatrische Frührehabilitation die Prävalenz beeinträchtigter ICF-Kategorien bestimmt wurde. In einem weiteren Schritt könnte man dann die vorhandenen geriatrischen Assessmentinstrumente daraufhin untersuchen, ob die relevanten ICF-Kriterien hier bereits umfänglich berücksichtigt sind oder ob sie im Sinne einer stärker ICF-basierten Ergebnisorientierung weiterentwickelt werden sollten.

In diesem Zusammenhang kann auf den MOSES-Fragebogen verwiesen werden, der im Rahmen von QS-Reha GKV[®] entwickelt und validiert wurde. Die Akronyme „Mo“ und „Se“ stehen für „Mobilität“ und „Selbstversorgung“ und repräsentieren zwei Kapitel der ICF mit wesentlichem Bezug zur GKV. Ziel des Projektes ist es, ein ICF-adaptiertes Instrument zur Ergebnismessung für die medizinische Rehabilitation zu entwickeln, und zwar in einer Arzt- und in einer Patientenversion. Die ersten Ergebnisse werden noch im Jahre 2006 vorliegen.

Aus meiner Sicht besitzen alle neun Kapitel der Komponente Aktivitäten und Teilhabe der ICF auf die Ziele bezogen Relevanz für die geriatrische Rehabilitation. Bislang stehen die Kapitel Mobilität und Selbstversorgung im Fokus von Forschung und Praxis. Die Kapitel Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben spielen in den geriatrischen Assessmentinstrumenten eher eine untergeordnete Rolle.

Ergebnismessung in der Geriatrie

Wenn ich den Assessmenteinsatz in der Geriatrie reflektiere, dann komme ich zu folgendem Zwischenfazit: Wir haben derzeit keine hinreichende Kongruenz bestehender Assessmentinstrumente mit der ICF. Natürlich versuchen einzelne Instrumente wie zum Beispiel der Barthel-Index mehrere Kapitel der ICF (z.B. Mobilität und Selbstversorgung) abzudecken, jedoch bleibt offen, welche Aktivitäten im Einzelfall zielrelevant sind und ob weitere Aktivitäten unberücksichtigt bleiben. In der Verlaufs- und Ergebnisdokumentation der Rehabilitation sind aber auch Instrumente einzusetzen, die den Verlauf von Schädigungen aufzeichnen. Dies betrifft vor allem Kognition, Antrieb und Stimmung.

Eine objektive Mobilitätsmessung, wie auf diesem Workshop vorgestellt, halte ich für einen sehr interessanten Ansatz. Ich denke, dass eine solche Messung auch wesentliche Teilbereiche der Mobilität (z.B. Gehen und Sitzen) differenziert erfassen kann.

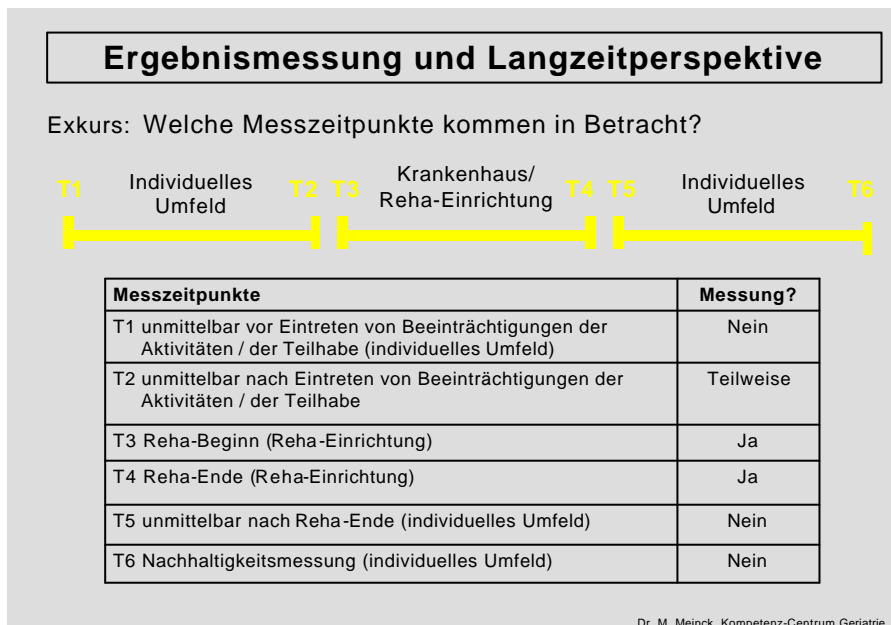
Abschließend möchte ich noch auf die allgemeinen Probleme bei der Ergebnismessung eingehen. Wir sind gezwungen, den Grad der Selbstständigkeit vor dem Eintreten eines neuen, die Rehabilitation begründenden Gesundheitsproblems zu erheben, weil es der Referenzpunkt für die Zielstellung der Rehabilitation ist und davon ausgehend auch der Grad der Selbstständigkeit bestimmt werden muss, der durch die Rehabilitation wieder erreicht werden soll. Der Fokus in der Ergebnismessung muss auf den individuell relevanten Rehabilitationszielen liegen. Die Items, die in den heutigen Standardinstrumenten aufgelistet sind, erheben oftmals im Einzelfall nicht ziel- und ergebnisrelevante Befunde. Eine explizite Benennung der zielrelevanten Items unterbleibt häufig. Dies gilt es auch in Studien zukünftig stärker zu beachten.

Nachhaltigkeit von Rehabilitationserfolgen

Nachhaltigkeit ist aus meiner Sicht die dauerhafte Aufrechterhaltung von Rehabilitationserfolgen im Alltag des Rehabilitanden. Dies gilt für die Restitutio ad integrum als auch für die Restitutio ad optimum. Ich möchte noch auf eines hinweisen: Oftmals wird ja bei der Debatte um individuelle und gesellschaftliche Rehabilitationsziele ein heftiger Diskurs darüber geführt, inwieweit ökonomische Fragen mit einfließen dürfen. Kann der Nachhaltig-

keitszeitraum so bestimmt werden, dass man danach fragt, wann die Kostenwirksamkeit einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme eintritt?

Welche Probleme sehe ich zurzeit für die Nachhaltigkeitsbestimmung in der Praxis? Welche Messzeitpunkte kommen in Betracht? Ich habe einen Zeitstrahl mit sechs möglichen Messzeitpunkten erstellt. Für die Sozialmedizin ist T1 wichtig, weil hier der Grad der Selbstständigkeit, der Aktivitäten und der Teilhabe unmittelbar vor dem Eintreten der aktuell reharelevanten Beeinträchtigungen bestimmt wird.



Der Zeitpunkt T2 liegt unmittelbar nach dem Eintreten der Beeinträchtigungen noch im häuslichen Umfeld. Er wird derzeit nicht berücksichtigt. In der Regel beschränkt sich die Messung auf die Zeitpunkte T3 und T4, also zu Beginn und am Ende der Rehabilitation. Der Messzeitpunkt T5 läge unmittelbar nach Rehabilitationsende. Hier wird unter den Bedingungen des individuellen Wohnumfeldes gemessen, wie auch zum späteren Zeitpunkt T6. Diese beiden Erhebungszeitpunkte werden erst in letzter Zeit z.B. im Rahmen von externen Qualitätssicherungsverfahren (z.B. QS-Reha GKV®) oder Studien häufiger berücksichtigt. Bei Erhebungen in der Nachhaltigkeitsphase tritt das Problem auf, dass sich das individuelle, soziale und räumliche

Umfeld geändert haben kann, was Aspekte wie Mobilität, Selbstständigkeit oder Teilhabe erheblich beeinflussen kann. Eine Kontinuität der Messung/ Dokumentation über Sektoren- und Trägergrenzen erfolgt derzeit nur sehr vereinzelt.

Mein Fazit ist: Der zentrale Orientierungsrahmen für die Ergebnismessung und für die Bestimmung der Zielkategorien ist die ICF. Zielkriterien und Erhebungsinstrumente sind daran auszurichten. Der Grad der Selbstständigkeit vor dem Eintreten der aktuell die Rehabilitation begründenden Beeinträchtigungen ist im Einzelfall der entscheidende Referenzpunkt für die Festlegung der Rehabilitationsziele und die Bestimmung der Zielerreichung. Dieses muss auf allen Ebenen stärker berücksichtigt werden. Wir benötigen sowohl zu Studienzwecken als auch in der Routine eine individuelle Zielbestimmung. Es müssen jeweils die Kriterien im Fokus stehen, die im Einzelfall zielrelevant sind. Wir müssen bei der Beeinträchtigung der Aktivitäten verstärkt ihre Kontextabhängigkeit berücksichtigen. Im Hinblick auf den Erhebungsumfang und die Erhebungsdauer dürfen wir aber auch den Aspekt der Praktikabilität nicht aus den Augen verlieren.

Primäre Zielkriterien sind Selbstständigkeit in den alltagsrelevanten Aktivitäten und Teilhabe. Ersatzkriterien (Surrogatparameter) müssen sehr gut begründet werden und dürfen nur dann primäre Zielgrößen ersetzen. Die Testgüte von ICF-orientierten Erhebungsinstrumenten sollte möglichst für die gesamte Gruppe geriatrischer Patienten nachgewiesen werden. Die Begründung einer sinnvollen Zeitspanne für die Bestimmung nachhaltiger Rehabilitationsergebnisse erscheint derzeit eine Aufgabe weiterer Forschungsbemühungen.

Literaturverzeichnis

- Grill E, Stucki G, Boldt C, Joisten S, Swoboda W.: Identification of relevant ICF categories by geriatric patients in an early post-acute rehabilitation facility. *Disabil Rehabil* 2005, 27: 467-473.
- Meinck, M, Lübke N, Plate A Auf- oder Abbau geriatrischer Versorgungsstrukturen in Deutschland? Kritische Analyse zur Aussagekraft der amtlichen Statistik und anderweitiger Erhebungen. *Z Gerontol Geriatr* 2006, 39 (in Druck).
- Plate A, Meinck, M: Ambulante geriatrische Rehabilitation und ihre leistungsrechtliche Einordnung in die Gesetzliche Krankenversicherung. *Rehabilitation (Stuttgart)* 2005, 45: 215-221.

IV. Statements

1. *Oliver Blatt, VdAK/AEV, Siegburg*

Statement aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung

Vor dem Hintergrund der bisherigen, sehr ausführlichen Diskussionen möchte ich jetzt zwar kein langes Statement abgeben, vielleicht aber auf wesentliche Aspekte eingehen: Zum einen geht es mir um die Ergebnismessung, also einen bedeutenden Teilaspekt der Qualitätssicherung. Wichtig erscheint mir dabei, dass wir als Krankenkassen genauso wie Sie als Wissenschaftler uns die Frage stellen müssen, für wen und wofür wir eigentlich die Qualitätssicherung machen. Mal davon abgesehen, dass es einen gesetzlichen Auftrag dazu gibt.

Als Krankenkassen standen wir konkret vor dem Problem, ein bundeseinheitliches Verfahren entwickeln zu müssen, das auf der einen Seite den wissenschaftlichen Ansprüchen genügen und auf der anderen Seite aber auch praxistauglich sein muss. Hinsichtlich der Praxistauglichkeit muss man einfach sehen, dass die Ergebnisse der Qualitätssicherungsverfahren natürlich nicht wertneutral sind, sondern hohen Ansprüchen genügen müssen, da sie Grundlage für Belegungssteuerung und Vergütungsverhandlungen sind.

Sie kennen ja die Diskussion im gemeinsamen Ausschuss Qualitätssicherung darüber, wie die Ergebnisse für die Belegungssteuerung und Preisgestaltung genutzt werden sollen. Hier nehmen die Ansprüche an die Objektivität eines Qualitätssicherungsverfahrens besonders deutliche, manchmal sogar dramatische Formen an. Für uns ist klar geworden, dass wir einen schweren Weg zu gehen haben zwischen den (hohen) wissenschaftlichen Ansprüchen, wie sie auch heute deutlich geworden sind, und der Praxis, die ein schlankes, kostengünstiges Verfahren fordert. Insgesamt gibt es bundesweit etwa 700 stationäre Rehabilitationseinrichtungen, die hauptsächlich von den Gesetzlichen Krankenkassen belegt werden und daher an unserem Qualitätssicherungsverfahren teilnehmen müssen.

Wir haben ja nicht nur die Ergebnis-, sondern auch noch die Struktur- und Prozessqualität als relevante Qualitätsdimensionen. Dennoch steht die Messung der Ergebnisqualität nicht nur im Mittelpunkt des Verfahrens, sie

ist zugleich auch die schwierigste Qualitätsdimension. Die Möglichkeit, Messverfahren zu verwenden, bei denen der Patient eng einbezogen wird, hängt stark von dessen kognitiven Fähigkeiten ab. Bei vielen Indikationen steht und fällt damit der Einsatz von Fragebogen zur Ergebnismessung. Gerade in der Neurologie tritt dieses Problem häufig auf. Vermutlich wird dies auch in der Geriatrie einer der großen Problembereiche werden.

Wir haben die Erfahrung gemacht, dass bei der Ergebnisqualität früher in vielen Fällen nur akutmedizinische Indikatoren berücksichtigt wurden, z.B.: wie stark konnte der Blutzuckerspiegel gesenkt werden oder – beispielsweise in der Orthopädie – um wie viel Grad lässt sich ein Gelenk besser bewegen usw.?

Damit wird deutlich, dass das Verständnis von Rehabilitation und von dem, was Rehabilitation in ihrer Gesamtheit bewirken soll, nicht unbedingt überall vorhanden war und ist. Die Erfahrung hat sich auch in zahlreichen Gesprächsrunden zur Qualitätssicherung mit ausgewiesenen Rehabilitationsmedizinern bestätigt. Dort ist die ICF und das dahinter stehende Gedankengebäude oft nicht genug bekannt und deshalb existiert auch eine falsche Vorstellung von dem, was man heute mit der medizinischen Rehabilitation verbindet.

Wir versuchen die medizinische Rehabilitation und ihren Ruf mit Qualitätssicherungsverfahren nachhaltig zu verbessern. Schwer tun wir uns allerdings damit, die langfristigen Effekte zu messen. Wir führen zwar sechs Monate nach Ende der Rehabilitation Patientenbefragungen durch, wobei es aber selbst dabei schon schwierig ist, die Effekte richtig zu bewerten. Man muss sich die Frage stellen, inwieweit sich die Effekte noch auf die eigentliche Maßnahme der medizinischen Rehabilitation zurückführen lassen oder ob es andere Ursachen gibt, wie z.B. ein zwischenzeitlicher Arztbesuch.

Ich will Ihnen damit vermitteln, vor welcher Herausforderung wir standen und auch noch immer stehen, wenn wir bundesweite Qualitätssicherungsverfahren entwickeln und in die Praxis transferieren. Es geht dabei nicht „nur“ um das Interesse der Krankenkassen an qualitätsgesicherten Leistungen. Qualitätssicherung ist viel mehr.

Die Geriatrie ist in dem Qualitätssicherungsverfahren der GKV bisher noch nicht berücksichtigt. Das Kompetenz-Centrum Geriatrie des MDK ist zurzeit

in unserem Auftrag bereits dabei, erste Schritte für ein bundesweit einheitliches Qualitätssicherungsverfahren in der Geriatrie zu entwickeln.

Im Koalitionspapier von SPD und CDU ist explizit erwähnt, dass der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ gestärkt werden soll. In diesem Zusammenhang spielt die Geriatrie natürlich eine entscheidende Rolle. Die Ausführungen von Dr. Meinck haben gezeigt, dass sich die Spitzenverbände der Krankenkassen der Bedeutung der Geriatrie bewusst sind und daran arbeiten, ggf. Versorgungslücken zu schließen. Aus diesem Grund diskutieren wir zurzeit auch auf Bundesebene die Frage der Notwendigkeit der Mobilen Rehabilitation: Ist es eine alternative Versorgungsform? Für wen kommt sie in Frage? Ich mache keinen Hehl daraus, dass für uns neben versorgungspolitischen auch ökonomische Aspekte wichtig sind. Wir müssen klären, ob hier „lediglich“ additive Strukturen aufgebaut werden und wenn ja, für wen. Gibt es tatsächlich unterversorgte Patienten in der geriatrischen Rehabilitation? Wenn es sinnvoll ist, werden wir uns gegenüber neuen Versorgungsformen wie der Mobilen Rehabilitation nicht verschließen, sondern sie ggf. als sinnvolle Alternative fördern.

2. *Carola Schweizer, iso-Institut, Saarbrücken*

Statement aus Sicht der Sozialwissenschaften

Wir haben heute sehr viel über standardisierte Verfahren gehört und dabei interessante Ansätze kennen gelernt. Ich möchte jetzt aber die Gelegenheit nutzen, auch an die Grenzen standardisierter Messverfahren zu erinnern. Wenn es um Patienten mit einem komplexen Hilfebedarf geht und um Patienten, bei denen die positive Rehabilitationsprognose in erster Linie von der Beeinflussung der so genannten Kontextfaktoren abhängig ist, dann gibt es Fragestellungen, die meines Erachtens nur mit qualitativen Methoden geklärt werden können. Das betrifft natürlich nicht die primären Outcomes wie sie von Dr. Becker aufgezeigt worden sind, also nicht die körperlichen Aktivitäten, auch nicht unbedingt Fragen nach der Lebensqualität oder -zufriedenheit der Patienten, hier bietet die Psychologie zahlreiche standardisierte und valide Instrumente an. Vielmehr betrifft es Fragen, die sich auf die Verbesserung der Partizipationsmöglichkeiten beziehen und auf bestimmte Kontextbedingungen, die für eine erfolgreiche Durchführung der Maßnahme förderlich oder eher hemmend sind.

Die Medizin versteht sich als naturwissenschaftliches Fach und tut sich in der Regel schwer, die „weichen“ qualitativen Methoden aus der Sozialforschung zu akzeptieren. Aber ich kann nicht jeden komplexen Sachverhalt operationalisieren, und nicht jede notwendige Erkenntnis lässt sich quantifizieren.

Qualitative Ansätze sind aber auch in der Medizin nichts gänzlich Neues. Die qualitative Gesundheitsforschung hat vor allem in den 90er-Jahren mit der Etablierung der Public-Health-Studiengänge in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften einen Aufschwung erlebt. Viele Vorhaben in diesem Bereich zeichnen sich dadurch aus, dass sie quantitative und qualitative Untersuchungsschritte kombiniert haben. Es geht dabei nicht nur um eine pragmatische Methodenvielfalt, weil sich eben nicht alles naturwissenschaftlich erklären lässt. Es geht vielmehr auch um ein bestimmtes Erkenntnisinteresse. Mit Hilfe der qualitativen Methoden kann ich theoretische Ansätze generieren, die für die Kenntnis und Einschätzung komplexer Sachverhalte schlicht notwendig sind.

Im Bereich der Psychiatrieforschung haben sich qualitative Ansätze längst durchgesetzt. Bei der Forschung über chronische Erkrankungen sind sie ebenfalls Thema geworden. Der Trend geht mittlerweile sogar schon wieder weg von der patientenorientierten Forschung hin zu systemanalytischen, also versorgungsbezogenen Fragestellungen.

Welche qualitativen Forschungsansätze würde ich in ein Studiendesign zur mobilen geriatrischen Rehabilitation integrieren? Ich würde mich ganz „klassisch“ auf die Grounded Theory stützen, weil sie offen genug ist, die Vielfalt bzw. die Besonderheiten individueller Hilfesituationen zu erfassen. Auf der Folie der Kontextbedingungen könnten sich die Fragestellungen beispielsweise auf die „typischen“ Bewältigungsstrategien bzw. Bewältigungsmuster der Rehabilitanden und ihrer Angehörigen beziehen.

Qualitative Ansätze könnten aber auch aus der Aktionsforschung kommen. Hier hätte der Forschungsprozess noch eine pädagogische Komponente. Die aktive Beteiligung der Praktiker und der Betroffenen am Forschungs geschehen dient dazu, gemeinsame Problemlösungen zu erarbeiten. Aktionsforschungsansätze sind zudem geeignet, wenn es um kooperative Qualitätsentwicklung geht. Vielleicht sind sie auch deshalb nicht uninteressant, wenn es um Fragen der Prozessqualität geht, z.B. beim Thema des transdisziplinären Arbeitens in der Mobilen Rehabilitation.

Bei einem Studiendesign über die Nachhaltigkeit geriatrischer Rehabilitation liegt die Schwierigkeit oder das Kunststück vor allem darin, die naturwissenschaftlichen und die qualitativen Sozialforschungsansätze kohärent miteinander zu verbinden, so dass sich die unterschiedlichen Erkenntnisinteressen und Fragestellungen plausibel zu einem Gesamtkonzept einfügen.

3. *Prof. Dr. Christian Zippel, MEDIAN Klinik, Berlin*

Statement aus Sicht des DVfR-Ausschusses „Geriatrische Rehabilitation“

Lassen Sie mich zwei Vorbemerkungen machen: Der Arbeitsausschuss „Geriatrische Rehabilitation“ der DVfR, den ich leite, hat das von der BAG Mobile Rehabilitation erarbeitete Konzept einstimmig befürwortet. Und wir gehen davon aus, dass ungefähr fünf Prozent der geriatrischen Patienten Bedarf an mobiler Rehabilitation aufweisen.

Ich hatte heute Vormittag ein Treffen mit den Seniorenverbänden und Seniorenvertretern aller Stadtbezirke in Berlin und mit vielen Hausärzten. Die Diskussion fand im hiesigen Parlament statt und es ging um die Geriatrieplanung Berlins. Gerade durch die Beiträge der Hausärzte hat die Diskussion ergeben, dass wir zwar eine gute, wahrscheinlich sogar ausreichende stationäre Versorgung in der Medizin haben, der ambulante Bereich aber Defizite aufweist und es auch Verwerfungen im Versorgungssystem gibt.

Ich will Ihnen das kurz darstellen: In Berlin haben wir zum Beispiel geriatrische Tageskliniken mit einem Pflegekostensatz bis zu 230 € pro Tag. Demgegenüber hat die einzige geriatrische Rehabilitationsklinik einen Pflegekostensatz von nur 161 € pro Tag. Da sehen Sie schon einen der Widersprüche in unserem Gesundheitssystem.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass zunehmend auch ambulante geriatrische Rehabilitation vorgehalten wird. Es sind nicht sehr viele, persönlich kenne ich nur zwei, wobei die eine einen Pflegekostensatz von 96 € und die andere einen von 98 € hat. Beide Sätze enthalten auch mögliche Transportkosten.

Was im Rahmen dieses geringen Pflegekostensatzes gemacht werden kann, muss mit einem riesigen Fragezeichen versehen werden. Denn entweder werden hier Dumping-Gehälter bezahlt oder es finden Dumping-Rehabilitationsmaßnahmen statt. Oder beides. Aber was sollen die Kollegen, die diese Einrichtungen betreiben oder dort arbeiten, machen? Sie haben Paketlösungen angeboten bekommen und kämpfen jetzt schlichtweg ums Überleben.

Dass die Kostenfrage bei den Krankenkassen eine wichtige Rolle spielt, kann nachvollzogen werden, nur erfüllen auch nicht alle Krankenkassen

ihre Hausaufgaben. Dazu will ich Ihnen ein weiteres Beispiel nennen: Nicht wenige alte Rehabilitationspatienten werden aus Kostengründen teilweise 170 km weit von ihrem Wohnort entfernt in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen untergebracht, statt für alternative Angebote vor Ort oder im ambulanten Bereich zu sorgen. Die Kassen sparen dabei letztendlich nicht viel. Denn allein die Kosten, die durch Drehtüreffekte entstehen, liegen schon bis zu 30 Prozent höher. Nur scheint dies den Kassen nicht bewusst zu sein.

Der Grund, warum das System so teuer ist, liegt auch darin, dass in vielen Krankenkassen noch sektorweise abgerechnet wird. Es gibt ein Budget für die Rehabilitation, eines für die Akutmedizin, eines für Hilfsmittel usw. Eine übergreifende Kostenrechnung pro Patient gibt es leider nicht. Wenn es sie gäbe, würde man wahrscheinlich herausfinden, dass die Verlegung von 80-jährigen und älteren Patienten in wohnortferne Rehabilitationseinrichtungen unterm Strich die Kosten erhöht. Sie kommen nicht selten – so wird berichtet – in einem bedauerlichen Zustand in diesen wohnortfernen Rehabilitationseinrichtungen an und manchmal im selben Zustand zurück.

Wir haben das Problem, dass wir es wegen der unterschiedlichen Patienten- und der diskrepanten Angebotsstruktur schwer haben, die richtigen Angebotsschubladen für die betreffenden Patienten zu finden. Die Hausärzte heute Vormittag wussten zwar nichts von diesem Workshop zur mobilen geriatrischen Rehabilitation, haben aber Ihrerseits festgestellt, dass es für bestimmte geriatrische Patienten eine Rehabilitation geben müsste, die zu Hause stattfindet. Wir haben uns dann überlegt, für welche geriatrischen Patientengruppen diese Rehabilitationsform angezeigt wäre. Einige Hausärzte sagten, sie hätten viele Patienten, die sie gerne in eine geriatrische Tagesklinik oder eine ambulante Rehabilitation schicken würden. Diese Patienten sind jedoch häufig nicht zu motivieren, solche Angebote in Anspruch zu nehmen. Der Grund kann darin liegen, dass sie früh aufstehen müssen, es aber trotzdem nicht schaffen, rechtzeitig für den Transport fertig zu sein. Oder es ist ihnen peinlich, dass morgens die Wohnung noch nicht aufgeräumt ist, und manchmal wollen sie es den Krankenfahrern nicht zumuten, sie im dritten Stockwerk abzuholen und zum Krankenwagen zu bringen. Viele dieser Patienten wären aber für die Mobile Rehabilitation durchaus geeignet. Das sind Patienten, die nicht unbedingt eine hohe Therapiefrequenz benötigen, aber dafür eine enge Abstimmung mit der ambulanten

Pflege. Und es wären Patienten, die sonst keine Möglichkeit haben, eine Rehabilitation in Anspruch zu nehmen.

Es gibt noch eine weitere Gruppe, bei der unsere geriatrische Erfahrung uns sagt, dass die Mobile Rehabilitation für sie gut geeignet wäre, nämlich Patienten mit einem leichten dementiellen Syndrom. Bei ihnen verschlimmert allein der Ortswechsel die Situation. Eine Reihe dieser Patienten mit der Alzheimerschen Erkrankung im Stadium 1 oder Stadium 2 erhalten keine Rehabilitation, weil man mit Recht diese Befürchtung hat. Unter häuslichen Bedingungen wäre eine Rehabilitation sicher eher durchführbar.

Gestern ist mir bei der Visite – dieses ist exemplarisch gemeint – ein Patient aufgefallen, der für eine mobile geriatrischen Rehabilitation ebenfalls geeignet wäre: Der Patient ist 81 Jahre alt, sehr kooperativ und in einem geistig fitten Zustand. Er hatte 1992 einen Herzinfarkt, 1995 einen Schlaganfall und 2001 eine dreifache Bypass-Operation. Durch den Schlaganfall ist er erheblich behindert, kam aber mit Hilfe seiner Frau zu Hause gut zurecht. Vor kurzem ist er, als er nachts allein aufzustehen versuchte, gestürzt und hat sich dabei den Oberschenkelhals gebrochen. Nach der Operation ist er in unsere Klinik zur Rehabilitation gekommen. Sein großer Wunsch ist, in seine Wohnung zurückzukehren, auch deshalb, weil er sich auf seine sehr individuellen Wohnbedingungen eingestellt hat und dort mit seiner bereits bestehenden Behinderung zurechtkommt. Mit Hilfe der Mobilen Rehabilitation wäre bei ihm viel mehr zu erreichen als unter den recht künstlichen Bedingungen bei uns. Es ist sicherlich kein hoher Prozentsatz von Patienten, bei denen die mobile Rehabilitation einer stationären oder teilstationären Rehabilitation vorzuziehen wäre. Wir müssen auch bedenken, dass bestimmte apparative Möglichkeiten zu Hause nicht vorhanden sind. Aber ab einem bestimmten Zeitpunkt, nach einer Einstiegsrehabilitation, wäre die mobile Rehabilitation sehr hilfreich. Leider steht sie noch nicht zur Verfügung. Aber wir wollen hoffen ...

4. *Dr. med. Rainer Neubart, Evangelisches Krankenhaus, Woltersdorf*

Statement aus Sicht der Geriatrie

Ich möchte in meinem Statement kurz auf die Strukturelemente eingehen, die wir heute besprochen haben. Die Mobile Rehabilitation in Woltersdorf ist drei Jahre lang im Rahmen des Modellprogramms des Bundesministeriums für Familie und Senioren gefördert worden. Mit den Krankenkassen konnten wir noch keinen Vertrag abschließen, wir stehen aber in den Startlöchern und hoffen, dass wir nächstes Jahr mit der mobilen Rehabilitation neu beginnen können.

In Woltersdorf haben wir eine Akutklinik, einschließlich einer Intensivstation, eine Tagesklinik, und wir hatten wie gesagt längere Zeit die Mobile Rehabilitation. Mit dem ambulanten Team der Geriatrie, das aus Hausärzten, den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Sozialstationen und niedergelassenen Therapeuten besteht, arbeiten wir eng zusammen. Wenn man jetzt das ganze System anschaut und danach fragt, wer was zu einer Gesamtleistung beitragen kann, dann kann man jetzt schon eine interessante differentialtherapeutische Verteilung resümieren. Ich will Ihnen kurz skizzieren, was in Brandenburg konzeptionell vielleicht anders ist als in anderen Bundesländern.

Dr. Meinck hat bereits gezeigt, dass die geriatrischen Leistungen in jedem Bundesland anders definiert sind. Je nachdem, ob die geriatrische Rehabilitation leistungsrechtlich in § 109 oder in § 111 SGB V verankert ist, werden andere Akzente gesetzt. Wir verstehen unter Geriatrie die Therapie multimorbider Menschen, die auch chronisch krank sein können und dennoch rehabilitationsbedürftig sind. Sie benötigen eine Komplexbehandlung, also den simultanen Einsatz von Akutmedizin, wenn es sein muss, auch der Intensivmedizin, von Rehabilitation, von Palliativmedizin, von Prävention, auch der Sekundärprävention, aber auch durchaus der Primärprävention. Dann benötigen sie die sozialmedizinische Wiedereingliederung mit den entsprechenden flankierenden Maßnahmen und der Hilfsmittelversorgung. Das heißt, es ist eine sehr komplexe Therapie notwendig, die von allen nach dem gleichen Prinzip gestaltet wird. Der Patient erhält ein individuelles Assessment, dessen Ergebnis mit ihm kommuniziert und das Behandlungsziel mit ihm festgelegt wird. Die Behandlungsziele werden im gesamten System umgesetzt, wobei es hier durchaus zu Unterschieden kommen

kann, das heißt Behandlungsziele können jeweils in dem einen oder anderen Strukturelement besser umgesetzt werden.

Wir sind inzwischen soweit, dass wir ein Geriatrienetz definiert haben und versuchen, in allen Strukturelementen den Partnern die erforderlichen Kompetenzen zu vermitteln. Auf diese Weise können wir auf einem relativ hohen Niveau die geriatrischen Patienten versorgen. Das setzt aber voraus, dass wir u.a. auch die Hausärzte schulen an den zwölf Geriatriestandorten in Brandenburg. Pro Jahr absolvieren bei uns ungefähr 50 Hausärzte einen Fortbildungskurs mit 160 Stunden.

In diesem Kontext wäre die Mobile Rehabilitation besonders wichtig, weil gemäß unseren geriatrischen Grundsätzen nur das gilt, was in der originären Lebenswelt des Patienten auch ankommt. Wenn der Fokus auf der Lebenswelt der Patienten liegt, dann kommt dem Wohnumfeld natürlich eine besondere Bedeutung zu. Wenn er sich dort kompetent verhält und mit der weitestgehenden Selbstständigkeit leben kann, dann haben wir für diesen sehr komplex betroffenen Patienten einen guten Job gemacht.

In der Klinik haben wir idealtypische Möglichkeiten. Wir haben Therapiebedingungen, die ganz toll sind, aber sie können an vielen Stellen nur suboptimal in die Realität des Patienten übersetzt werden. Deshalb muss man sich hier überlegen, ist es denn eher die tolle Therapiebank, die ich brauche, oder kommt es doch eher darauf an, dass der Patient mit seinem Rollator zu Hause über die Schwelle kommt und seine Toilette benutzen kann.

Wir brauchen die Mobile Rehabilitation. Aus meiner Sicht machen wir damit auch keinen neuen Topf auf, sondern ergänzen unser System um ein Strukturelement, welches sich an der Lebenswirklichkeit des Patienten orientiert.

Nur, wie kommen wir zu den individuellen Rehabilitationszielen? Dazu möchte ich Ihnen eine Anekdote erzählen, und zwar über eine 86-jährige Patientin mit Schlaganfall, die bei uns behandelt worden ist. Damals hatten wir leider keine Mobile Rehabilitation mehr. Die Patientin war zu Hause und konnte sich nur relativ schlecht bewegen. Sie benutzte einen Rollator, aber die Wohnung war in einer grauenhaften Weise nicht behindertengerecht. Wir hatten ihr vorgeschlagen, in der nahegelegenen Stadt in eine schönere Wohnung zu ziehen und wollten ihr bei der Umsetzung helfen. Sie sagte nein, und dass für sie der Umzug nicht in Frage käme. Sie möchte in ihrem Dorf bleiben. Auf dem Friedhof sei ihr Mann begraben und von dort bringe

sie keiner weg. Ich denke, dahinter stehen Rehabilitationsziele, auf die man nicht unbedingt kommt, die aber im Individualfall unverzichtbar sind. Wie wir solche Ziele in den wissenschaftlichen Kontext übertragen, darüber müssen wir uns noch den Kopf zerbrechen.

Wir können es aber schaffen, dass wir unsere tollen rehabilitationstheoretischen Ansätze in diese Richtung stratifizieren. Ich erinnere daran, dass ein geriatrischer Patient seine Kompetenzen dann besonders gut entwickelt, wenn er sie in seinem häuslichen Umfeld trainieren kann. Wenn er das nicht schafft, werden wir bestimmte Ressourcen, die in ihm liegen, nicht entwickeln können.

Wie können wir die Maßnahmen, die zur Stratifizierung des Gesamtsystems erforderlich sind, so beschreiben, dass wir sie in das Gesamtkonzept integrieren können? Ich möchte daran erinnern, dass wir nicht nur die Rehabilitation brauchen, sondern auch die kompetente Weiterversorgung durch den Hausarzt, durch die ambulante Pflege, die niedergelassenen Therapeuten und ggf. durch kommunale Hilfe im Sozialbereich. Dies sind die Punkte, die wir diskutieren müssen, wenn wir gute Argumente finden wollen, um die Mobile Rehabilitation in unsere komplexe Struktur zu integrieren.

V. Diskussion

Prof. Dr. Johann Behrens, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Die Probleme sind meines Erachtens lösbar. Die Indikation zur mobilen bzw. zur häuslichen Rehabilitation versteht man, wenn man folgendes Modell zu Grunde legt. Es gibt einen diagnostischen Anteil, der sich auf die Multimorbidität und einen, der sich auf die häusliche Situation bezieht. In die häusliche Situation kann man die individuelle Zielperspektive sehr gut einbauen. Damit können wir den Kontext verändern, um so die Ziele der medizinischen Rehabilitation zu erreichen. Die medizinische Rehabilitation wirkt nicht nur effektiv, sondern auch effizient, wenn man die häusliche Situation berücksichtigt. Ich denke auch, dass man den quantitativen und qualitativen Ansatz nicht als Gegensatz verstehen soll. Die wissenschaftliche Vorgehensweise von Strauss und Corbin schließt den vernünftigen Gebrauch statistischer Verfahren nicht aus. Wir haben das Mandat von den Rehabilitationsbedürftigen, sie im Kontext ihrer Bedürfnisse zu sehen und dabei auch Kriterien der Verteilungsgerechtigkeit zu berücksichtigen. Auch da sehe ich kein Problem, weil ja sehr viel dafür spricht, dass die häusliche Rehabilitation für bestimmte Indikationen effizienter ist als eine andere Rehabilitationsform.

Dr. med. Matthias Meinck, Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK, Hamburg:

Ich möchte noch mal verdeutlichen, was ich vorhin im Kern gesagt habe: Die Modifikation der Kontextfaktoren ist natürlich kein Ziel medizinischer Rehabilitation an sich. Sie muss sich vielmehr in den Zielkanon der medizinischen Rehabilitation im Sinne der GKV integrieren lassen, und zwar in der Form, dass Aktivitäten und Teilhabe dadurch positiv beeinflusst werden.

Es wird dann die Frage zu klären sein, wie geht man mit einer zu erstellenden Klassifikation person- und umweltbezogener Kontextfaktoren um? Können beispielsweise personenbezogene Kontextfaktoren, die für die Indikation relevant sind, auch als Allokationskriterium von Bedeutung sein? Das heißt: Wie setzen wir eine Klassifikation der personbezogenen Kontextfaktoren ein und welche Konsequenzen hat das für die Allokation? Kann dar-

aus eine originäre Indikationsstellung für bestimmte Rehabilitationsformen abgeleitet werden? Ich denke dabei auch an die Rehabilitation im Suchtbereich mit einer Herausnahme aus dem häuslichen Umfeld. Die personenbezogenen Kontextfaktoren werden dort zur Begründung einer wohnortfernen stationären Maßnahme angeführt. In Analogie zu diesem Beispiel müsste auch eine originäre Indikationsstellung für die häusliche Rehabilitation entwickelt werden.

Vielleicht kurz noch eine Anmerkung zum Begriff „Mobile Rehabilitation“. Mir gefällt mittlerweile der Begriff der „Häuslichen Rehabilitation“ deutlich besser. Vor kurzem wurde ich beispielsweise gefragt: Was ist denn Mobile Rehabilitation? Ist der Patient jetzt so mobil, dass er eine Rehabilitation in Anspruch nehmen kann? Was heißt in diesem Zusammenhang „mobil“? Insofern ist der Begriff noch erklärungsbedürftig.

*Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann, kreuznacher diakonie,
Bad Kreuznach*

Ich möchte noch mal zwei grundsätzliche Probleme ansprechen. Ich bin mir nicht sicher, ob wir den Begriff der Selbstständigkeit bei den schwer betroffenen Patienten nicht zu sehr in den Vordergrund stellen und zu einseitig als fast einzige Rehabilitationsbegründung heranziehen. Mir leuchtet die Fokussierung auf die Selbstständigkeit zwar in gewisser Weise ein, auch die Rechtssprechung des Bundessozialgerichts orientiert sich ja sehr stark daran. Aber wenn ich an das Beispiel mit dem Konzertbesuch denke, dann kommt es im Endeffekt vor allem darauf an, dass das Konzert besucht werden konnte, egal ob selbstständig oder nicht. Die Hauptsache ist doch, der Besuch findet statt und dass er stattfindet, bedeutet Teilhabe. Man darf das Ziel, Teilhabe zu ermöglichen, nicht zugunsten der Selbstständigkeit aufgeben.

Zum Problem des Zeitpunktes bzw. der zeitlichen Perspektive: Wenn ich aus der klinischen Rehabilitation komme, dann habe ich beispielsweise vier Wochen nach einem Schlaganfall noch ein Trainings- bzw. Entwicklungspotential. Wenn ich jedoch zu früh einen Rollator erhalte, dann kann es sein, dass ich nicht mehr selbstständig gehen lerne, obwohl ich es könnte. Wir müssen uns also klar sein, wie lange wir für unsere Patientengruppe eine Trainierbarkeit im engeren Sinn unterstellen. Aus Sicht der Behindertenhilfe

kann man feststellen, dass man irgendwann zu einem Punkt kommt, wo wir nicht mehr nur an die Rehabilitation im Sinne der Verbesserung auf der Funktionsebene denken und nicht immer nur davon ausgehen dürfen, der Betroffene muss wieder laufen lernen, sondern wo wir eine Gehbehinderung akzeptieren und Mobilität auf eine andere Weise ermöglichen müssen. Geschieht dies nicht, führt dies zum Teil zu furchtbaren Schicksalen und solche nehme ich zunehmend auch bei den älteren Patienten wahr. In den Altenheimen, oft aber auch zu Hause gibt es für die Betroffenen oft nur die Alternative laufen oder liegen. Wenn jemand nicht richtig laufen könne, sei das Sturzrisiko hoch, deswegen müsse er im Bett liegen bleiben. Es wird nicht daran gedacht, jemanden im Rollstuhl zu mobilisieren. Die verschiedenen Zwischenformen wie Trippelrollstühle, Elektrorollstühle sind oft nicht verfügbar. Ich will damit sagen, dass wir auch in der geriatrischen Rehabilitation, wenn es um die Nachhaltigkeit geht, eine „Hausnummer“ brauchen. Ab einem bestimmten Zeitpunkt, zum Beispiel nach einem dreiviertel Jahr, muss ich die Frage stellen, welche residualen Behinderungen liegen vor und wie werden sie bewältigt? Es kommt darauf an, die Möglichkeiten der Partizipation zu realisieren, ohne in der rehabilitativen Phase das Ziel der weitestgehenden Selbstständigkeit zu vernachlässigen.

PD Dr. med. Clemens Becker, Robert-Bosch-Krankenhaus, Abteilung Geriatrische Rehabilitation, Stuttgart

Ich möchte auf zwei oder drei Punkte hinweisen, die mir bei den Referaten aufgefallen sind. Wir müssen feststellen, dass Assessmentinstrumente, die als wissenschaftlich valide gelten, einer Überprüfung in der Praxis nicht immer Stand halten. Wir haben zum Beispiel Patienten nach Gelenkersatz untersucht und festgestellt, dass die Patienten einige Wochen nach der Operation zwar sagen, sie könnten jetzt deutlich besser gehen. Objektiv gemessen, konnten sie aber nicht besser gehen. Möglicherweise hatten die Patienten weniger Schmerzen, aber die objektive Überprüfung ihrer Gangparameter ergab keine Verbesserung. Damit möchte ich darauf hinweisen, dass wir vielen Assessmentmethoden gegenüber kritisch bleiben müssen.

Der zweite Punkt bezieht sich auf die Frage, in welchem Zeitkontext müssen wir die Nachhaltigkeit messen. Wenn unsere Zielgruppe, beispielsweise 80-jährige hilfs- und pflegebedürftigen Personen, die zu Hause leben, dann

wissen wir aus verschiedenen Studien, dass etwa 10 bis 15% unter ihnen im nächsten Jahr versterben wird. Etwa genauso viele werden in diesem Zeitrahmen ihre eigene Wohnung aufgeben müssen. Je länger ich meine Nachuntersuchungszeit hinaus schiebe, desto größer muss die Fallzahl sein. Für mich ist alles theoretisch denkbar. Die Frage ist nur, ob wir das finanzieren können. Wenn wir wissen, ob wir für die Studie einen sechsstelligen, siebenstelligen oder achtstelligen Betrag erhalten, dann können wir uns relativ schnell darüber verständigen, was an Endpunktmessung machbar ist.

Als dritten Punkt möchte ich erwähnen, dass wir ja nicht bei Null beginnen. Hinsichtlich der nachhaltigen Outcomes gibt es durchaus Daten zu bestimmten Fallgruppen, auch im internationalen Vergleich. Ende der 90er-Jahre haben wir in 14 europäischen Ländern rund 8.000 Hüftfrakturpatienten nachuntersucht. Dies erfolgte nach vier, sechs und zwölf Monaten. Wir können Aussagen treffen über die Outcomes: Mobilität, Schmerz, Institutionalisierung und Tod. Deshalb dürfen wir bei den Outcomes die internationale Perspektive nicht aus den Augen verlieren. Wenn wir nur das eigene System betrachten, sehen wir vielleicht nicht, was wir erreichen können.

Zur Mobilen Rehabilitation möchte ich abschließend bemerken, dass wir hier nicht nur über eine Versorgungsform, sondern über unterschiedliche Dinge sprechen. Die Voraussetzungen für ein solches Angebot sind im ländlichen Bereich anders als im städtischen Kontext. Für uns steht nächstes Jahr die Entscheidung an, in welche Richtung wir uns am Robert-Bosch-Krankenhaus entwickeln wollen. Eine Option ist es, dass wir den Leistungsträgern anbieten, im Rahmen eines Reha-Budgets eine bestimmte Anzahl an Reha-Tagen mobil zu erbringen. Wir wollen die Mobile Rehabilitation mit der Tagesklinik kombinieren. Unser Argument gegenüber den Leistungsträgern ist, dass wir bestimmte Dinge eben in der Tagesklinik besser können, andere dagegen in der häuslichen Umgebung.

*Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann, kreuznacher diakonie,
Bad Kreuznach*

Die Krankenkassen tun sich schwer, sich mit der mobilen Angebotsform anzufreunden, weil zunächst überlegt werden muss, ob es sich um eine neue Angebotsform handelt. Man könnte ja auch sagen, es ist eine Sonderform von ambulanter Rehabilitation oder einer Tagesklinik. Wenn Mobile Rehabilitation etwas grundsätzlich anderes, also etwas neues ist, dann müssen Wirksamkeitsnachweise erbracht werden. Anerkannte und übliche Therapieverfahren bedürfen eines erneuten Wirksamkeitsnachweises nicht, aber alles Neue muss sich bewähren. Nach Auffassung der BAG MoRe e.V. ist die Mobile Rehabilitation kein grundsätzlich neues Angebot, da die meisten Elemente geriatrischer oder neurologischer Rehabilitation gegeben sind.

Im Moment haben wir jedoch das Problem, dass die geriatrische Rehabilitation in der herkömmlichen Form, also in der Regel stationär, weniger häufig teilstationär und marginal ambulant der Goldstandard ist. Wir sind der Meinung, dass die meisten Standards der Rehabilitation wie multiprofessionelles Team, interdisziplinäres Assessment, Zielorientierung usw. in den verschiedenen Rehabilitationsformen einschließlich der MoGeRe gleich oder ähnlich sind. Auch die Bedingungen für die Rehabilitation durch die Durchführung in der Häuslichkeit verändern nicht völlig den Charakter der Rehabilitation, es ist also kein völlig neuer Stern am Himmel.

Wir müssen darüber hinaus feststellen, dass es wenig belastbare Erkenntnisse über Langzeiteffekte für die geriatrische Rehabilitation insgesamt, insbesondere für die Mobile Rehabilitation gibt. Es gibt eine Menge Untersuchungen über Schlaganfall oder andere Erkrankungen, aber in Bezug auf die Mobile Rehabilitation oder, international gesehen, in Bezug auf die Domiciliary Rehabilitation sind die Settings sehr verschieden und nicht in der Lage, die einzelnen Rehabilitationsformen voneinander abzugrenzen.

Eine weiteres Problem ist, dass wir einerseits Erkenntnisse liefern sollen, die für die Implementierung der Mobilen Rehabilitation sprechen, andererseits aber zu wenig Standorte da sind, um einen Evidenznachweis erbringen zu können. Die bestehenden Einrichtungen können allerdings das bieten, was auch von der stationären geriatrischen Rehabilitation geboten wird. Wir evaluieren durch Eingangs-, Abschluss- und Nachuntersuchungen. Alles was im Rahmen der normalen Qualitätssicherung verlangt wird, wird

von den vier Mobilen Reha-Standorten erbracht. Die Schwierigkeit ist jedoch, dass wir nicht nur sagen, wir erzielen die gleiche Wirkung, sondern wir erzielen eine andere, eine nachhaltigere Wirkung, bzw. wir erreichen eine andere bislang unterversorgte oder nicht optimal versorgte Klientel. Und das können wir nicht belegen. Dazu steht uns bislang das notwendige methodische Instrumentarium nicht zur Verfügung.

Auf der anderen Seite befürchten die Krankenkassen, dass die Mobile Rehabilitation ein rein additives Angebot sei und sie mit ihrer Einführung ein „neues Fass“ aufmachen würden. Die Kardinalfrage ist also, kann man zum jetzigen Zeitpunkt schon eine Entscheidung über den weiteren Ausbau treffen. In dem Moment, wo man eine Einrichtung regulär zulässt, haben die Kassen einen Präzedenzfall geschaffen. Denn in der ambulanten Rehabilitation ist keine allgemeine Bedarfsprüfung notwendig, sondern es müssen ausschließlich die Qualitätskriterien erfüllt werden. Die Kassen dürfen, so das Bundessozialgericht, den allgemeinen Bedarf nicht prüfen. Es geht nur um den individuellen Rehabilitationsbedarf. Das Steuerungsinstrument bezüglich des weiteren Ausbaus liegt also in der Qualitätsprüfung oder in der kompletten Ablehnung des Angebots oder in der manchmal schwierigen Einzelfallsteuerung.

Wir haben deshalb den Vorschlag gemacht, die neu zuzulassenden Einrichtungen in eine Studie einzubinden, damit ihnen ein Modellstatus zuerkannt werden kann und so kein Präzedenzfall geschaffen werden muss. Man könnte natürlich auch die Qualitätskriterien so hoch schrauben, dass es für potentielle Träger uninteressant wird, eine Mobile Rehabilitation aufzubauen. Diesen Weg ist man ja im Bereich der ambulanten geriatrischen Rehabilitation gegangen. Die Anforderungen sind dort so, dass ein Träger, und ich sage das als Mitglied einer Geschäftsführung, ambulante geriatrische Rehabilitation vernünftigerweise nicht anbieten kann. Wir sind also in einer schwierigen Situation, weil auch wir als Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation den Krankenkassen keine Qualitätskriterien nennen können, die eine flächendeckende Ausweitung verhindern.

Mein letzter Punkt: Man könnte ja auch sagen, die Steuerung läuft primär über die Definition des Patientenkreises. Es gibt bestimmte unterversorgte oder schlecht versorgte Personengruppen, die unbedingt eines solchen Angebotes bedürfen. Dann müssen wir eben Träger finden, die diese Aufgabe übernehmen und diese besondere Personengruppe versorgen. Das

ist der Weg, der momentan von uns mit den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen gegangen wird. Bei der genannten Personengruppe handelt es sich um eine Art Kerngruppe, deren Versorgungsbedarf für sich mobile geriatrische Rehabilitation begründen kann. Offenbar, so die bisherigen Erfahrungen, gelingt es dabei, auch bislang nicht versorgte Gruppen in die Rehabilitation einzubeziehen. Zugleich gibt es eine Reihe von Menschen, die aus organisatorischen Gründen oder weil sie ihr Wunschrecht durchsetzen, keine traditionelle Rehabilitation erhalten, für die jedoch die mobile geriatrische Rehabilitation als gleich gutes Angebot in Betracht käme. Wir sind uns insgesamt noch nicht sicher, ob es gelingt, den Krankenkassen die Angst vor einer flächendeckenden Ausweitung zu nehmen.

Die Debatte, die wir heute führen, ist deshalb so entscheidend, weil wir mit der Frage, was die Mobile Rehabilitation bewirken kann, schlicht den Nerv treffen. Ist sie nachhaltiger und wie lässt sie sich in das Gesamtsystem integrieren? Um dies zu untersuchen, brauchen wir zwei Studientypen, nämlich eine Wirksamkeitsstudie, die vielleicht auch mit weniger Fällen durchgeführt werden kann und eine Versorgungsstudie, in der deutlich werden soll, welche Personengruppen in die Mobile Rehabilitation einbezogen und versorgt werden. Für beide Studientypen ist die Diskussion heute wertvoll. Und es wäre schön, wenn ein Konsens darüber erreicht werden könnte, welche Effekte wir mit der Mobilen Rehabilitation erzielen und wie wir diese erfassen und ggf. messen wollen.

Prof. Dr. med. H. Wolfgang Heiß, Universitätsklinikum Freiburg, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Freiburg

Ich möchte kurz an unser Modellprojekt „Ambulante Geriatrische Rehabilitation“ in Baden-Württemberg erinnern. Das **iso**-Institut hat dafür einen hervorragenden Projektantrag entwickelt. Aus Geldgründen wurde aber dann ein deutlich kleineres Programm durchgeführt. Und ich glaube, da liegt genau der Punkt. Wir haben doch auch heute die Erfahrung gemacht, dass unsere Position klar ist und unsere Argumente überzeugend sind, viel mehr gibt es dazu eigentlich nicht zu sagen. Wir haben aber nicht den Konsens, dass im Gesundheitssystem die geriatrische Rehabilitation dauerhaft verankert wird. So lange hier keine Prioritäten gesetzt werden und wir keine Pla-

nungssicherheit haben und zwar wissenschaftlich wie auch in der Praxis, besteht die Gefahr, dass alles wieder aufgelöst wird.

Es werden hervorragende Vorhaben, wie zum Beispiel die IAV-Stellen in Baden-Württemberg oder einzelne Mobile Rehabilitationsprojekte wieder abgebrochen. Dabei geht der gesamte akkumulierte Wissensstand wieder verloren. Und das darf eigentlich nicht passieren. Deshalb brauchen wir weniger einen Konsens darüber, was ein geriatrischer Patient ist, sondern darüber, ob die Gesundheitspolitik und ob die Gesetzliche Krankenversicherung bei der Umsetzung der geriatrischen Rehabilitation mitspielen. An diesem Punkt haben wir alle unsere Zweifel und diese Zweifel bewirken Verhaltensunsicherheiten. Aber so lange in der Gesundheitspolitik diese Priorität nicht gesetzt wird, können wir so viel reden, wie wir wollen und dabei leider wenig bewegen. Deshalb kann man nur an die verschiedenen Leistungsträger appellieren, sich der geriatrischen Rehabilitation gegenüber zu öffnen.

Ein Aspekt, der mir wichtig ist, ist heute nicht diskutiert worden: Die Mobile Rehabilitation im Pflegeheim. Bei einer Gesamtbilanz wirkt sie in eindrucksvoller Weise Kosten reduzierend. Wenn man die Kosten und Einspareffekte von Kranken- und Pflegekassen zusammen berücksichtigt, dann lohnt es sich, sich für die geriatrische Rehabilitation einzusetzen. Wir müssen die Effekte, die sich auf die einzelnen Stränge im Sozialsystem verteilen (SGB V, SGB IX, SGB XI, SGB XII), gemeinsam und nicht einzeln betrachten. Aber in diesem Punkt dürften wir uns ja auch einig sein.

PD Dr. med. Clemens Becker, Robert-Bosch-Krankenhaus, Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Stuttgart

Man kann dieses Thema unterschiedlich diskutieren. Man könnte zum Beispiel eine randomisierte Studie durchführen, bei der ich Patienten nach acht Tagen anbiete, entweder vollstationär oder mobil zu rehabilitieren. Von den Rekrutierungsdaten wird es möglicherweise so sein, dass man die Ergebnisse nicht verallgemeinern kann. Ein Teil der Kosten, die generiert werden, sind indirekte Kosten, also Kosten der Familie. Wir wissen, dass viele ältere Menschen sehr altruistisch eingestellt sind und die Ressourcenschonung der Familie sehr hoch bewerten, manchmal sogar höher als das eigene Wohlergehen. Deshalb bin ich sehr skeptisch, ob der Vergleich stationär versus mobil durchführbar ist. Was ich mir in der Tat vorstellen könnte, wäre

ein Vergleich zwischen Mobiler Rehabilitation und Tagesklinik. Meine Hypothese dabei wäre, dass die Akzeptanzquote in den Tageskliniken niedriger und die Abbrecherquote höher ist als in der Mobilen Rehabilitation. Damit meine ich, dass die Effekte, die möglicherweise messbar sind, eher mit der Adhärenz und der Akzeptanz zu tun haben und weniger mit der Frage, ob die Therapien die richtigen waren. Das ist für mich eine der wenigen Fragen, die man kontrolliert untersuchen kann.

Prof. Dr. med. H. Wolfgang Heiß, Universitätsklinikum Freiburg, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Freiburg

Herr Becker, wir haben darüber nachgedacht, allerdings nicht in dem Sinn, wie Sie es angesprochen haben, sondern wir entwickelten ein Projekt, das auf die ehrenamtliche Tätigkeit von Senioren und Seniorinnen im Beschäftigungs- und häuslichen Bereich abzielt. Wir schulen Senioren nach dem Motto, ein Senior für zwei Senioren und suchen dann die geeigneten Senioren aus, die den entsprechenden Bedarf haben. Über die Förderung der Mobilität und der Kognition versuchen wir, die Lebensqualität zu verbessern. Die Senioren, die ehrenamtlich tätig sind, erhalten die Schulung kostenlos und vielleicht mal einen Kaffee und ähnliches. Diese Dinge bestreiten wir aus eigenen Mitteln, aber jetzt nicht im Sinne eines Budgets, das irgendwie zugeordnet wird. Wir suchen Alternativen, weil wir sehen, dass wir die Systeme nicht mehr finanzieren können oder die Bereitschaft nicht mehr haben, geriatrische Aktivitäten im notwendigen Maß zu fördern.

Dr. med. Rainer Neubart, Evangelisches Krankenhaus Woltersdorf

Ich gebe zu bedenken, dass die Mobile Rehabilitation von hochprofessionellen und gut ausgebildeten Kräften gemacht werden muss.

*Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann, kreuznacher diakonie,
Bad Kreuznach*

Zum Thema Rehabudget, Pauschalierung, integrierte Versorgung: Ein Problem ist der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung gemäß § 73 Abs. 3 SGB V. In Zweifelsfällen muss in den Gesamtverträgen vereinbart werden, inwieweit Maßnahmen zur Vorsorge und Rehabilitation Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind. Dieser Paragraph ist die entscheidende Hürde für sämtliche rehabilitative Maßnahmen in der ambulanten Versorgung. Das hat sich erst etwas relativiert mit dem § 40 Abs. 1 SGB V, in dem wohnortnahe ambulante Rehabilitationsformen überhaupt erst vorgesehen sind. Damit sind aber auch die Fragen angesprochen, wie lang die Zeiträume für eine befristete medizinische Maßnahme sind. Nach dem momentanen Stand der Diskussion mit der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist man allenfalls bereit, eine begrenzte Zeitdauer außerhalb der vertragsärztlichen Tätigkeit hinzunehmen. Die Vertragsärzte geben nicht gerne ab, dass ist eine der wesentlichen Konfliktzonen, die wir erlebt haben.

Ich will noch auf einen zweiten schwierigen Punkt hinweisen: Wir haben eigene Untersuchungen angestellt zur Budgetfähigkeit von Hilfsmitteln. Und wir raten davon dringend ab. Die Erfahrungen mit dem Festpreissystem zeigen, dass es jetzt schon faktisch zu einer Rationierung und zum Ausschluss bestimmter Versicherter von Leistungen kommt. Im Hilfsmittelbereich kann die Versorgung in Einzelfällen extrem teuer, aber notwendig sein. Das ist in einem Kollektiv nicht als Pauschale verhandelbar, das heißt: nicht budgetfähig.

Auch in Bezug auf die Heilmittel gibt es Erfahrungen aus dem Bereich der Pädiatrie und aus der Frühförderung. Man hat dort versucht, alle therapeutischen Maßnahmen, die von Therapeuten erbracht werden, durch eine Einrichtung erbringen zu lassen (Frühförderung oder SPZ⁶). Das hat nicht funktioniert. Sie brauchen in einem erheblichen Umfang immer noch zusätzliche Heilmittel. Wir haben in der Bundesrepublik eine nahezu flächendeckende Versorgung im Bereich der Pädiatrie und der Frühförderung. Trotzdem reicht die Bindung eines bestimmten Programms an eine Einrichtung nicht

⁶ SPZ: Sozialpädiatrische Zentren

aus. Es kann nicht vollständig sein, weil immer noch individuelle Bedarfe hinzukommen.

Ich kann noch ein drittes Beispiel nennen: Wir haben eine integrierte Versorgung im Behindertenbereich in Niedersachsen, die die ärztliche Versorgung, die Heilmittel, die Arzneimittel und Krankenhausaufenthalte umfasst. Obwohl sich das Gesamtbudget zu vorher nicht verändert hat, sind die Rationierungswirkungen enorm. Die Schere im Kopf, also zu wissen, das müssen wir aus unserem Budget bezahlen, führt dazu, dass einzelne Patienten nicht mehr ausreichend versorgt werden.

Ein weiteres Beispiel kommt aus dem Bereich der Nachsorge von schwerstkranken und chronisch kranken Kindern. Hier liegt eine neue Rahmenvereinbarung vor, deren Regelungen einen Denkanstoß geben könnten. Genehmigt werden 20 Einheiten zur häuslichen Nachbetreuung, die von anerkannten Nachsorgeeinrichtungen erbracht werden müssen, wobei nicht vorgeschrieben ist, in welchem Zeitraum. Wir haben hier quasi ein Budget von Leistungen, die die Einrichtung nach Bedarf verteilen kann, wenn bestimmte Grundvoraussetzungen gegeben sind. Die leistungsrechtliche Basis ist allerdings der §43 (ergänzende Leistungen zur Rehabilitation) und nicht der §40 SGB V. Das wäre ein theoretisches Konstrukt, mit dem es vielleicht gehen könnte.

V. Schlusswort

Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann, kreuznacher diakonie,
Bad Kreuznach

Carola Schweizer, **iso**-Institut, Saarbrücken

Die Vorträge und die Diskussionsbeiträge unseres Workshops haben gezeigt, dass die Outcomemessung in der Geriatrischen Rehabilitation ein spannendes wissenschaftliches Thema ist, mit einer ganzen Reihe von noch offenen Fragen. Der Erfolg der geriatrischen Rehabilitation lässt sich nicht allein anhand funktioneller Verbesserungen nachweisen. Sie sind zwar, vor allem im Hinblick auf die Selbstversorgungskompetenz, ein wichtiges Kriterium, aber eben nur ein Teilaspekt des erfolgreichen Rehabilitationsverlaufes. Entscheidend für den Erfolg einer Maßnahme sind auch Kriterien wie zum Beispiel die Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation, der Einfluss auf die Pflegebereitschaft und auf die Gesundheit der Angehörigen, auf die Verbesserung der Lebensqualität und insbesondere der Teilhabe, und zwar letztere nicht nur als potentielle Möglichkeit, sondern als tatsächlich im Alltag gelebte Teilhabe am familiären und gesellschaftlichen Leben. Insofern ist auch die Dominanz des Paradigmas der Selbstständigkeit in der Selbstversorgung zu hinterfragen. Denn entscheidend für die Teilhabe des Betroffenen ist eher seine Selbstorganisationskompetenz oder die Kompetenz des primären sozialen Netzwerkes.

Die Komplexität der Problemlage geriatrischer Patienten verlangt eine relativ differenzierte Outcomebestimmung, wobei man aber nicht dem Zwang unterliegen darf, zu meinen, jeden Aspekt operationalisieren zu müssen. Vielmehr muss genau überlegt werden, welcher Aspekt sinnvoll quantifizier-, also messbar ist, und für welche Aspekte oder Fragestellungen eher ein qualitativer Ansatz angebracht ist. Der Schwerpunkt des Wirksamkeitsnachweises liegt dabei zwar auf den methodischen Verfahren im Sinne der evidenzbasierten Medizin (ebM), aber gerade im Bereich der Geriatrie (oder der Psychiatrie oder bei der Versorgung von Menschen mit Behinderung) müssen sich die engen Grenzen der ebM für Fragestellungen öffnen, die nur mit qualitativen methodischen Ansätzen geklärt werden können.

Im Verlauf des Workshops ist deutlich geworden, wie wichtig die ICF als Grundlage für die Systematisierung des Gesundheits- bzw. Krankheitsbe-

griffes ist. Durch die Differenzierung nach Körperstrukturen, Funktionen, Aktivitäten und Partizipation bzw. Teilhabe und die Berücksichtigung der so genannten Kontextfaktoren sowie die Unterscheidung zwischen Performance und Capacity ist ein Rahmen vorhanden, in dem die Wirkungen der geriatrischen Rehabilitation beschrieben werden können. Die ICF ist kein Assessmentinstrument und ersetzt auch keines, sie ist vielmehr ein Denk- und Analysemodell, in dessen Rahmen wir uns bewegen und dessen Begrifflichkeit wir übernehmen sollten.

Im Workshop sind interessante Ansätze zur Outcomemessung präsentiert worden. Wir freuen uns besonders darüber, dass sehr unterschiedliche Perspektiven eingenommen und damit verschiedene Wege aufgezeigt worden sind, wie die nachhaltige Wirkung der geriatrischen Rehabilitation nachgewiesen werden kann. Zum Beispiel kann die Mobilität mit Hilfe eines Accelerometers objektiv gemessen werden. Die Prototypen dieses Messverfahrens haben mittlerweile Serienreife erreicht und sind auf ihre Validität hin überprüft worden.

Darüber hinaus gibt es Assessmentverfahren, die nicht nur die Veränderungen in der Selbstversorgungsfähigkeit abbilden, sondern auch Effekte, die auf die Beeinflussung bestimmter Kontextfaktoren zurückzuführen sind. Das betrifft auch Fragen nach Veränderungen der Lebensqualität und der psychischen Befindlichkeit der geriatrischen Patienten. Fragen nach den familiären Bewältigungsstrategien und den Faktoren, die die Pflegebereitschaft der Angehörigen oder anderen Bezugspersonen eher fördern bzw. hemmen, lassen sich dagegen eher mit qualitativen Methoden klären.

In den Beiträgen ist nie vergessen worden, dass es auch bei diesem Workshop nicht nur um wissenschaftliches Erkenntnisinteresse geht, sondern primär um die Verbesserung der rehabilitativen Versorgung geriatrischer Patienten. Dabei geht es nicht nur, aber in verstärktem Maß um ältere und hochaltrige Patienten, die bereits pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind. Auch bei diesen Patienten müssen Prävention und Rehabilitation zentrale Eckpunkte in der Versorgung sein, was im Leistungsrecht (SGB V, SGB IX und SGB XI) längst seinen Niederschlag gefunden hat. Nur die Realität hat mit den leistungsrechtlichen Vorgaben bislang nicht Schritt halten können.

Nach wie vor gibt es unter den geriatrischen Patienten unterversorgte und fehlplatzierte Gruppen, deren Rehabilitationsbedarf nicht erkannt oder auf den nicht adäquat reagiert wird. Die Rehabilitationschancen gerade dieser

Patienten können durch die aufsuchende (mobile) geriatrische Rehabilitation verbessert werden. Aus diesem Grund plädieren die Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation e.V. (BAG MoRe) und die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e.V. (DVfR) dafür, das Angebot in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen aufzunehmen und weitere mobile Rehabilitationseinrichtungen zuzulassen. Dabei muss es nicht von vornherein um einen flächendeckenden Ausbau gehen. Wenn zunächst 10 bis 20 weitere Standorte zugelassen werden, dann könnte die Mobile Rehabilitation weiter erprobt werden und der Wirksamkeitsnachweis würde auf einer ausreichend großen Fallzahl basieren.

Die BAG Mobile Rehabilitation e.V. hat über ein Jahrzehnt Erfahrungen sammeln können. Auch wenn keine kontrollierten Studien durchgeführt wurden, die vier bestehenden Einrichtungen sind jedoch umfassend evaluiert worden, so dass genügend Materialien und aussagekräftige Ergebnisse vorliegen, auf die interessierte Träger zurückgreifen können.

Im Anschluss an diesen Workshop bieten wir deshalb an, Träger, die eine mobile geriatrische Rehabilitation anbieten wollen, schriftlich über den aktuellen Stand zu informieren. Es bestünde ferner die Möglichkeit, dass die interessierten Träger sich auf Einladung der BAG Mobile Rehabilitation e.V. treffen und gemeinsam überlegt wird, welche Voraussetzungen für das aufsuchende mobile Angebot notwendig sind und welche finanziellen Rahmenbedingungen dabei zu beachten sind.

Wir bedanken uns nochmals recht herzlich für Ihr Interesse und Ihre Unterstützung. Wir sind daran interessiert, mit Ihnen im Gespräch zu bleiben, um die Mobile Rehabilitation gemeinsam auf den Weg zu bringen.

Anhang

Teilnehmer/innenliste

1. Becker, Clemens, PD Dr. med., Chefarzt der Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Zentrum für Innere Medizin, Robert-Bosch-Krankenhaus, Auerbachstraße 110, 70376 Stuttgart; E-Mail: clemens.becker@rbk.de
2. Behrens, Johann, Prof. Dr., Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Magdeburger Straße 27, 06097 Halle; E-Mail: johann.behrens@medizin.uni-halle.de
3. Blatt, Oliver, Stellv. Abteilungsleiter, VdAK/AEV, Prävention und Rehabilitation, Frankfurter Straße 84, 53271 Siegburg; E-Mail: oliver.blatt@vdak-aev.de
4. Bocker, Barbara, Dr., Oberärztin, Institut Physiotherapie, Erlanger Allee 101, 07740 Jena; E-Mail: barbara.bocker@med.uni-jena.de
5. Borchers, Michael, Dr., HELIOS Klinikum Berlin-Buch, Wiltbergstraße 50, 13125 Berlin; E-Mail: m.borchers@berlin.helios-kliniken.de
6. Brockow, Thomas, Dr., Bereichsleiter Klinische Forschung, FBK Bad Elster, Lindenstraße 5, 08645 Bad Elster; E-Mail: thomas.brockow@fbk.sms.sachsen.de
7. Custers, Peter, Geschäftsführer, Physiotherapeut, Ambulante Physiotherapie Custers GmbH, Wölflinstraße 1 A, 79104 Freiburg; E-Mail: peter.custers@t-online.de
8. Fröhling, Inga, Team-Leitung; Mobile Reha Marburg, Hebronberg 5, 35041 Marburg; E-Mail: dkh-mr-mobile-reha@t-online.de
9. Gaiser, Karin, FB II.1, AOK Baden-Württemberg, Heilbronner Straße 184, 70191 Stuttgart; E-Mail: karin.gaiser@bw.aok.de
10. Gospodarek, Carola, Vorstand der ZVK, Berufsverband Physiotherapie, Finkensteinallee, 12205 Berlin; E-Mail: gospodarek@gmx.de

11. Grambow, Eckhard, Dr. med., RegDir, Bundesministerium für Gesundheit, 10117 Berlin
12. Harhoff, Heinz, Dr. med., Chefarzt, Diakonie Gesundheitszentrum Kassel, Goethestraße 85, 34119 Kassel;
E-Mail: h-j.harhoff@dgk-gesundheitszentrum.de
13. Heiß, H. Wolfgang, Prof. Dr. med., Ärztlicher Leiter, Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Universitätsklinikum Freiburg, Hugstetter Straße 49, 79095 Freiburg; wolfgang.heiss@uniklinik-freiburg.de
14. Höhne, Anke, Projekt „Rehabilitation zur Transformation & Weiterentwicklung“, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Magdeburger Straße 8, 06097 Halle;
E-Mail: anke.hoehne@medizin.uni-halle.de
15. Horbach, Annegret, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Magdeburger Straße 8, 06097 Halle; E-Mail: annegret.horbach@gmx.de
16. Klier, Reimund, Vorstandsmitglied, Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE), Mittelweg 8, 76307 Karlsbad-Ittersbach;
E-Mail: r.klier@dve.info
17. Kohls, Sabine, Abteilungsleiterin Presse, Sozialverband VdK Deutschland, In den Ministergärten 5, 10117 Berlin; E-Mail: presse@vdk.de
18. Lahm-Benoit, Karl, Referat Krankenhäuser/Rehabilitation, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie, Postfach 60 11 63, 14411 Potsdam; E-Mail: karl.lahm-benoit@masgf.brandenburg.de
19. Lübke, Norbert, Dr., Leiter, Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Hamburg, Hammerbrookstraße 5, 20097 Hamburg;
E-Mail: info@kcgeriatrie.de
20. Meinck, Matthias, Dr. P.H., Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Hamburg, Hammerbrookstraße 5, 20097 Hamburg;
E-Mail: matthias.meinck@kcgeriatrie.de
21. Nehr, Thomas, Diakonie Ambulant, Blumstraße 20, 71540 Murrhardt;
E-Mail: t.nehr99@t-online.de

22. Neubart, Rainer, Dr. med., Chefarzt und Ärztlicher Leiter, Evangelisches Krankenhaus Woltersdorf, Schleusenstraße 50, 15569 Woltersdorf; E-Mail: h.scherzer@krankenhaus-woltersdorf.de
23. Niese, Lukas, Bereichspfleger Neurologie, Fachklinik Herzogenaurach, In der Reuth 1, 91074 Herzogenaurach; E-Mail: l.u.f.niese@herzomedia.net
24. Ribbert-Elias, Jürgen, Qualitätsmanagement/Geschäftsführung, CTN Ahlen, Robert-Koch-Straße 28, 59227 Ahlen; E-Mail: ribbert-elias@ctn-ahlen.de
25. Schmidt-Ohlemann, Matthias, Dr. med., Ärztlicher Leiter, kreuznacher diakonie, Waldemarstraße 24, 55543 Bad Kreuznach; E-Mail: matthias.schmidt.ohlemann@googlemail.com
26. Schönle, Paul W., Prof. Dr. Dr. med., Ärztlicher Direktor und Chefarzt, MEDIAN Klinik, Neurologisches Rehabilitationszentrum Magdeburg, Gustav-Ricker-Straße 4, 39120 Magdeburg; E-Mail: pschoenle.nrz-magdeburg@median-kliniken.de
27. Schweizer, Carola, Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (**iso**), Trillerweg 68, 66117 Saarbrücken; E-Mail: schweizer@iso-institut.de
28. Sinner, Ulrike, Mark GmbH, Kanalweg 40-42, 76149 Karlsruhe; E-Mail: sinner@mark-ka.de
29. Skibbe, Anja, Dr. med., Ärztliche Leitung, Mobile Reha Marburg, Hebronberg 5, 35041 Marburg; E-Mail: dkh-mr-mobile-reha@t-online.de
30. Steffens, Tomas, Dr., Referent Zentrum GRP, Diakonisches Werk der EKD, Reichensteiner Weg 24, 14195 Berlin; E-Mail: steffens@diakonie.de
31. Vornefeld, Ruth, Dr. phil., Social invest consult, Förster-Funke-Allee 78; 14532 Kleinmachnow; E-Mail: ruth@vornefeld.net
32. Voß, K.-Dieter, Mitglied des Vorstandes, Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen; E-Mail: vossk@bkk-bv.de

33. Warnach, Martin, Dr. med., Ärztlicher Leiter, Wichern-Krankenhaus, Schönwalder Allee 26, 13587 Berlin; E-Mail: m.warnach@gmx.de
34. Winkler, Werner, Dr., ehem. BMA, Kleiststraße 13, 53757 St. Augustin; E-Mail: wwink1234@t-online.de
35. Wittmershaus, Caren, Ergotherapeutin, Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE) - Fachkreis Geriatrie, Ernst-Mittelbach-Ring 42c, 22455 Hamburg; E-Mail: caren.wittmershaus@hamburg.de
36. Zippel, Christian, Prof. Dr. med., Ärztlicher Leiter, MEDIANKlinik Berlin-Mitte, Fachklinik für Geriatriische Rehabilitation, Turmstraße 21, 10559 Berlin; E-Mail: chzipfel@t-online.de