

## Rehabilitation im Alter – eine sozial- und gesundheitspolitische Herausforderung

Herr Oberbürgermeister,  
Herr Präsident Thomas!

□ Es ist das erste Mal in der langen Geschichte beider Verbände (die AWO feiert im Dezember diesen Jahres ihr 75jähriges Bestehen), daß der Verband der Ärzte Deutschlands e.V. und einer der 6 Wohlfahrtsverbände eine gemeinsame Veranstaltung durchführen. Wenn auch aus unterschiedlicher Sichtweise, so ist das Thema „Rehabilitation im Alter“ so bedeutsam, daß sich beide Verbände dessen bewußt sind, daß eine qualitativ hochwertige Rehabilitation ohne das fachkundige Engagement der Ärzte nie möglich sein wird, daß diese aber auch des gerontologischen und pflegerischen Wissens und Handelns der Wohlfahrtspflege und hier insbesondere der Arbeiterwohlfahrt als Träger von zahlreichen Einrichtungen und Diensten der Altenhilfe bedürfen. Ich möchte hinzufügen, daß die Arbeiterwohlfahrt auch Träger von einigen Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken, insbesondere im onkologischen Bereich, ist.

Deshalb freue ich mich, daß es - trotz gewisser Unterschiede in gesundheitspolitischen Einzelfragen - gelungen ist, eine Zusammenarbeit unserer Verbände im Rahmen dieser Tagung zu vereinbaren und damit das Wohl alter Menschen in den Mittelpunkt zu stellen.

Das Bild des Älterwerdens und des Alters als Lebensphase ist in unserer Gesellschaft meist negativ gefärbt. Alter wird oft mit Krankheit und Behinderung gleichgesetzt. Dabei werden sich immer stärker ausprägende Unterschiede innerhalb der großen Gruppe älterer Menschen nicht ausreichend zur Kenntnis genommen.

Die Altersspanne zwischen jungen Alten und alten Alten ist mittlerweile enorm. Viele ältere Menschen sind bis ins hohe Alter gesund, andere dagegen sind in hohem Maße hilfs- und pflegebedürftig. Die Altenhilfe - und damit meine ich nicht nur den klassischen sozialen Altenhilfebegriff - wird umlernen und sich neu, weg vom bisher doch stark akzentuierten generellen fürsorgerischen

Anspruch orientieren müssen. Die aktiven Alten werden in Zukunft andere Ansätze einfordern und Vorstellungen entwickeln. Die dafür erforderliche Politik muß erst noch entwickelt werden. Andererseits wird die Altenhilfe sich künftig stärker auf die kranken, hilfs- und pflegebedürftigen, überwiegend hochaltrigen Menschen konzentrieren müssen.

Der Krankheitsbegriff bei älteren Menschen hat eine andere Dimension als bei jüngeren Menschen. Charakteristisch sind Multimorbidität, Multikausalität, kritische Verschlechterung des Allgemeinzustandes sowie verzögerte Rekonvaleszenz und damit verbunden eine hohe Pflegeintensität. Dies führt im Vergleich zum Bevölkerungsanteil zu überproportionalen Belegungen im Akutkrankenhaus (mit 40 - 50 % aller Pflegetage) und einer starken Nachfrage nach Pflegeplätzen mit inzwischen relativ hohen Kosten, von den Problemen einer umfassenden häuslichen Versorgung einmal ganz abgesehen.

Leider muß man immer wieder feststellen, daß ältere Menschen manchmal vorschnell als Pflegefall beurteilt werden. Es folgt die im Regelfall nicht mehr umkehrbare Verlegung vom Krankenhaus in das

Pflegeheim.

Sicherlich werden einzelne Krankheitsbilder kurativ behandelt. Eine ganzheitliche Betrachtung unter der Prämisse, dem älteren Menschen eine eigenständige, selbstgestaltbare und humane Lebensweise zu ermöglichen oder wenigstens zu erleichtern, findet bisher nur in Ansätzen statt. Dies kann nur geleistet werden, wenn der Rehabilitationsgedanke auch in die Geriatrie Eingang findet und ausgebaut wird. Die geriatrische Rehabilitation steht leider erst in den Anfängen. Dies liegt teilweise darin begründet, daß Rehabilitation bisher vorrangig unter dem Gesichtspunkt der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit gesehen wird, und somit das Ziel, alten Menschen einen erfüllten Lebensabend zu sichern, erst noch gesellschaftliche Realität werden muß.

Entscheidender scheint mir aber, daß im deutschen Gesundheits- und Sozialsystem an der Nahtstelle zwischen medizinischer Akutbehandlung und der Hilfe zur Pflege ein strukturelles Defizit besteht, das zu Zuordnungsproblemen bei den Kostenträgern und damit zur Vernachlässigung geriatrischer Rehabilitationsbemühungen geführt hat. Im Zuge der längst überfälligen Einführung der Pflegeversicherung - für die

sich insbesondere die Arbeiterwohlfahrt nahezu 20 Jahre intensiv eingesetzt hat - müssen diese Defizite jetzt schnell ausgeräumt werden. Die Einführung eines Rechtsanspruches auf „Reha vor Pflege“ ist im Pflegeversicherungsgesetz auf den Bereich ambulanter Maßnahmen eingeschränkt worden. Dies kann nur als Einstiegslösung akzeptiert werden, denn notwendige Rehabilitationsmaßnahmen müssen alten Menschen uneingeschränkt zur Verfügung stehen, unabhängig davon, ob sie zu Hause oder in einer Einrichtung leben. Darüberhinaus halte ich die Zusammenführung aller Rehabilitationsmaßnahmen in einem eigenständigen Teil des Sozialgesetzbuches für dringend erforderlich. Erfolgreiche Rehabilitation kann durch sinnvolle Strukturen gefördert werden. Allerdings sind zu einer besseren und umfassenderen Versorgung der Betroffenen auch zusätzliche finanzielle Mittel erforderlich.

Aus Sicht der Arbeiterwohlfahrt ist die im Referentenentwurf (SGB IX) vorgesehene Kostenneutralität keine ausreichende Basis für ein neues modernes Rehabilitationsrecht.

Das Geriatriekonzept des Landes Baden-Württemberg hat - wie ich meine - in guter Weise versucht, die Zielsetzungen und die Anforderun-

gen an geriatrische Rehabilitation zu formulieren, nämlich humane und ganzheitliche Orientierung, gemeinde- und familiennahe Ausrichtung, kooperative Vernetzung, Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit.

Ein erfolgreicher Einsatz der geriatrischen Rehabilitation hat Konsequenzen auf verschiedenen Ebenen:

- ▷ 1. In der Denkweise bei Medizinern, Kostenträgern, aber auch bei sozialen Diensten muß ein Wandel vom Defizitmodell zum Ressourcenmodell im Rehabilitationsverständnis herbeigeführt werden. Es gilt, ein hohes Maß an Selbständigkeit, subjektivem Wohlbefinden und eine Verbesserung der Hilfs- und Pflegesituation für den Betroffenen und seine Angehörigen zu erreichen.
- ▷ 2. Geriatrische Rehabilitation muß sich an realistischer Therapieplanung in kleinen Schritten orientieren, die Leistungen sind multiprofessionell zu erbringen.
- ▷ 3. Um den Besonderheiten und Notwendigkeiten der aktivierenden Behandlung und Rehabilitation in der Geriatrie gerecht zu werden, ist die fachspezifische Aus-, Fort- und Wei-

terbildung aller in der rehabilitativen Behandlung alter Menschen beteiligten Fachkräfte erforderlich. Dies gilt sowohl für Klinikärzte, niedergelassene Ärzte und auch für Pflegekräfte. Vor allem Hausärzten müßten mehr gezielte Fortbildungsprogramme angeboten werden, da sie bereits in einem frühen Stadium von Kompetenzeinschränkungen evtl. noch präventiv tätig werden oder ambulante Rehabilitationsmaßnahmen einleiten können.

Die AWO bietet z.B. vermehrt auf Kreisverbandsebene Kurse im Bereich der gesundheitlichen Prävention an und weitet Fort- und Weiterbildungsangebote für Pflegefachkräfte in den eigenen zentralen Bildungsstätten aus.

- ▷ 4. Die aus der sozialrechtlichen Trennung zwischen Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit entstandene weitgehend isolierte Entwicklung der Versorgungsbereiche Krankenversorgung und Altenhilfe muß überwunden werden. Diese Forderung ist eine der ganz entscheidenden Voraussetzungen nicht nur für die geriatrische Rehabi-

litation, sondern auch für den gesamten Bereich der ambulanten und stationären Altenhilfe.

Das KDA hat einmal sehr treffend formuliert, daß „Altenhilfe hierzulande eine unüberschaubare Gemengelage von Diensten, Hilfen und Einrichtungen mit je spezifischer Trägerschaft [ist], wobei es - von rühmlichen Ausnahmen abgesehen - jeweils den Hilfesuchenden überlassen bleibt, sich die notwendigen Teile eines „Hilfepaketes“ selbst zusammenzusuchen, sofern sie überhaupt dazu in der Lage sind“. Diese Beschreibung aus der Sicht der Betroffenen gilt für die Fachkräfte gleichermaßen.

Wir brauchen daher neue Formen der Zusammenarbeit zwischen den Kostenträgern, den öffentlichen Verwaltungen, der freien Wohlfahrtspflege und allen anderen Angebotsträgern. Dies gilt in besonderem Maße für die ambulanten und teilstationären Angebote des medizinischen und sozialen Bereiches.

Die AWO Bremen hat im Kurzentrum Bruchhausen-Vilsen - ein geriatrisches Wohn-, Pflege- und Rehabilitationszentrum - ein zukunftsweises Konzept entwickelt, dessen Ziel es ist, ältere Menschen pflegerisch-aktivierend und therapeutisch-rehabilitativ so zu betreuen, daß eine

Minderung oder Vermeidung von Pflegebedürftigkeit einen Verbleib in der eigenen Häuslichkeit ermöglicht oder auch im Pflegeheim ein möglichst selbständiges Leben erlaubt.

Auch in Krefeld plant die Arbeiterwohlfahrt ein Reha- und Service-Zentrum, das Prävention und Rehabilitation, Kurzzeit- und Tagespflege, betreutes Wohnen, ambulante Angebote und Beratung umfaßt.

Auch in meiner hauptamtlichen Funktion als Sozialdezernent der Stadt Freiburg versuche ich ebenfalls, eine den Herausforderungen gerecht werdende Vernetzung der einzelnen Bereiche herbeizuführen. Es ist gelungen, neben neuen Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen bei den Sozialstationen auf der Grundlage eines Landesprogrammes auch eine zentrale Informations- und Beratungsstelle in städtischer Trägerschaft zu konzipieren, die neben sozialplanerischen und koordinierenden Funktionen auch Vermittlungen in die einzelnen Angebote freier Träger leistet. Diesem Seniorenbüro ist auch im Rahmen eines Modellversuches eine Stelle „Zentrale für Altersrehabilitation“ angegliedert, mit der vor allem eine Koordination der ambulanten und teilstationären Rehabilitationsmaßnahmen nicht

nur generell, sondern für den Einzelfall, erprobt werden soll.

Die Universitätsklinik Freiburg hat im Zuge des Geriatriekonzeptes des Landes Baden-Württemberg ein eigenständiges Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg errichtet, das vorwiegend medizinische und wissenschaftliche Schwerpunkte bearbeitet. Alle diese Institutionen arbeiten zusammen und werden immer mehr miteinander vernetzt, so daß ein effektiv arbeitender Hilfeverbund entstehen kann.

Es kommt jetzt darauf an, daß es neben dem Aufbau neuer Strukturen gelingt, die einzelfallbezogene planvolle Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft, Pflegeeinrichtungen, Therapeuten und sonstigen Diensten sicherzustellen. Die Beteiligten müssen lernen, sich als gleichberechtigte Partner im Hilfeprozeß zu verstehen und zu akzeptieren.

Die heutige gemeinsame Tagung ist ein Aufbruch und ein Signal über Organisations- und Verbandsgrenzen hinweg durch qualifizierte Referentinnen und Referenten neue Wege für eine erfolgreiche geriatrische Rehabilitation zu weisen und sich damit ausschließlich an den betroffenen alten Menschen zu orientieren.

Ich danken Ihnen im Namen der Arbeiterwohlfahrt und hoffe sehr,

daß wir diesen Weg auch zukünftig gemeinsam weitergehen werden, um all die Ziele zu erreichen, die wir

heute noch aus den verschiedenen Sichten formulieren werden. □

## Rehabilitation im Alter – eine sozial- und gesundheitspolitische Herausforderung

□ Die geriatrische Rehabilitation ist eine ganzheitliche Aufgabe, die die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Fähigkeiten des älteren Menschen beachten und fördern muß. Sie orientiert sich nicht nur an Diagnosen, sondern strebt die Beibehaltung oder Rückgewinnung von Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Lebensgestaltung des Patienten an. Manchmal muß sie sich darauf beschränken, Verschlechterungen von Befinden und Befindlichkeit älterer Menschen aufzuhalten oder hinauszuschieben. Rehabilitation nach dem Lebensalter zu begrenzen, ist nicht vertretbar, wie schon die Sachverständigenkommission festgestellt hat, die mit der Erstellung eines Gesamtberichts zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland beauftragt war.

Wer sich mit den heutigen Möglichkeiten der Rehabilitation älterer Patienten nach schweren Krankheitsereignissen beschäftigt, kommt zu dem Schluß, daß die vorhandenen Möglichkeiten nicht nur unzureichend, sondern auch falsch angelegt sind. Damit meine ich, daß es nur

sehr wenige Reha-Kliniken gibt, die auf alte Menschen und deren besondere Krankheitsbilder spezialisiert sind, und daß in den Fällen, in denen ein älterer Patient einen Platz in einer entfernten Einrichtung erhält, der Rehabilitationserfolg durch das Fehlen von Familie, Freunden und der gewohnten häuslichen Umgebung unnötig gefährdet wird.

Diese Einschätzung teilen Hartmannbund und Arbeiterwohlfahrt und - wie ich inzwischen weiß - all diejenigen, die fachlich mit der Rehabilitation alter Menschen zu tun haben. Aus heutiger Sicht ist es auch kaum noch verständlich, weshalb nicht schon längst zweckmäßigere Strukturen aufgebaut wurden. Eine altersgerechte Rehabilitation muß frühzeitig, richtigerweise schon während der Akutbehandlung einsetzen und nahtlos unweit des häuslichen Umfelds ausreichend lange und intensiv fortgesetzt werden, um Pflegebedürftigkeit möglichst zu vermeiden.

Ich möchte dies an einem Beispiel verdeutlichen:

Jeder kann sich die Folgen eines

Schlaganfalles vorstellen. Es ist aber für den behandelnden Arzt sowie für die Angehörigen eines Patienten mit Schlaganfall fast unmöglich, nach der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus einen Logopäden zu finden, der die möglicherweise gestörte Sprechfähigkeit behandelt, gleichzeitig den Besuch einer Krankengymnastin zu organisieren, die mit dem Patienten an der Überwindung von Lähmungen arbeitet, und vielleicht noch einen Ergotherapeuten, der mit dem Patienten alltägliche Handgriffe trainiert. Gelingt die Unterbringung in einer der wenigen spezialisierten Rehabilitationskliniken, so ist auch dies nicht die beste Lösung, weil der Patient auf die unbekannte Umgebung und das Fehlen aller bekannten Bezugspersonen verwirrt reagiert und sich nur schwer motivieren läßt, aktiv an der Rehabilitationsarbeit mitzuwirken.

Wir brauchen also nicht zusätzliche geriatrische Rehabilitationskliniken in landschaftlich schöner Umgebung, sondern wohnortnahe ambulante, teilstationäre und stationäre Strukturen. Auch darüber, wie solche neuen Strukturen aussehen sollten, sind wir uns mit der Arbeiterwohlfahrt einig. Wir wünschen uns, daß an möglichst vielen Krankenhäusern der Regelversorgung

oder an besonders qualifizierten Altenpflegeeinrichtungen Rehabilitationsstätten geschaffen werden, deren Arbeit sich nahtlos an die Frührehabilitation während der Akuttherapie anschließen kann. Dabei genügt es natürlich nicht, nur die Bezeichnung einer Station zu verändern, wozu Krankenhausträger durchaus bereit wären, um die bisherige Bettenzahl zu halten. Nein, es geht nicht um eine Umfirmierung, sondern um eigenständige Strukturen und den Einsatz von qualifizierten Ärzten und Therapeuten für stationär zu rehabilitierende Patienten, um die Schaffung von Tageskliniken und eine ambulante interdisziplinäre Rehabilitation. Rehabilitation mit älteren Patienten muß intensiv und kontinuierlich durchgeführt werden, wenn sich Erfolg einstellen soll.

Zu diesem Zweck müssen alle, Ärzte und Therapeuten der anderen Gesundheitsberufe, zu einer wesentlich engeren fach- und berufsübergreifenden Zusammenarbeit gelangen, als dies bisher üblich ist. Ärzte verschiedener Fachgebiete und die Angehörigen der therapeutischen Berufe, wie der Logopädie, der Krankengymnastik, der Ergotherapie und der Altenpflege sollten nach einem gemeinsam abgestimmten Rehabilitationsplan die Patienten

kontinuierlich anleiten und überwachen. Bei einer solchermaßen intensiven Rehabilitationsarbeit braucht der Patient natürlich auch Ruhepausen. Eine stationäre Unterbringung ist aber dennoch häufig nicht erforderlich.

Wir meinen daher, daß auch bei der Rehabilitation älterer und alter Menschen die ambulante und teilstationäre Behandlung Vorrang vor einer stationären Behandlung haben soll.

Ziel aller rehabilitativen Arbeit ist es, in all denjenigen Fällen, in denen sich dauernde Pflegebedürftigkeit und Abhängigkeit von Dritten mit einiger Wahrscheinlichkeit abwenden läßt, dies auch zu versuchen.

Viele Experten sind der Überzeugung, daß eine intensive geriatrische Rehabilitation im Ergebnis trotz der zunächst hohen Investitionskosten und trotz des zusätzlichen personellen Einsatzes durch spätere Einsparungen im Pflegebereich für die Gesellschaft kostengünstig ist.

Mit dieser Veranstaltung wollen wir an die Kostenträger, insbesondere an die Krankenkassen, Länder, Städte und Gemeinden appellieren, ihrer Verantwortung für die Rehabilitation und damit den Kompetenzerhalt älterer Menschen gerecht zu werden. Länder, Städte und Gemeinden müssen die Rahmenbedingungen schaffen. Die gesetzlichen Krankenkassen dürfen die rehabilitative Arbeit nicht durch Abrechnungseinschränkungen behindern. Auch mehrmalige gleichartige Therapien pro Tag müssen über einen längeren Zeitraum möglich sein, wenn sie medizinisch angezeigt sind.

**„Rehabilitation geht vor Pflege“, diese politische Prämissen ist richtig, sie stimmt medizinisch, sozial und menschlich. ■**

## **- Abstract - Stationäre geriatrische Akutversorgung**

□ Eine allgemein gültige Definition des Begriffs „Geriatric“ existiert nicht, umso weniger besteht Übereinstimmung darüber, was unter „Akutgeriatric“ zu verstehen sei. Die geriatric Krankenhausabteilung Krefelds, am Cäcilien-Hospital in Hüls, ist deshalb um die stationäre Versorgung eines Patientengutes bemüht, das sich wie folgt definiert: Betagte oder vorgealterte Patienten, die multimorbide sind, einen erhöhten Mobilisierungsbedarf besitzen und die durch zu erwartende Therapiewechselwirkungen erhöht gefährdet werden. Schwierig wird die „Auswahl“ von nach diesen groben Kriterien therapiegeeigneten Patienten in den Fällen, wo vom unmittelbaren Behandlungsinteresse unterschiedene Wünsche des Betroffenen oder seines Umfeldes, z.B. nach sozialer Versorgung, im Vordergrund der Erwartungen stehen. Beim Eintritt der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit erfolgt die stationäre Aufnahme in der Regel ohne lange Wartezeiten und ohne vorherige Inanspruchnahme eines anderen Akutkrankenhauses im Rahmen der bestehenden Kapazitäten und der

ärztlichen Behandlungskompetenz. Behandlungsziel ist die Restitutio ad optimum, zu deren Erreichen ein ganzheitliches Behandlungskonzept verfolgt wird: An die Therapie der akuten Gesundheitsstörung, bis hin zum Einsatz intensivmedizinischer Maßnahmen, schließt sich übergangslos die stationäre Rehabilitation durch Physio-, Ergo- und ggfs. Sprachtherapie an, die ihre Wirkung auf der Basis von Beginn an praktizierter aktivierender Krankenpflege entfalten können.

Die Vorteile des Therapiekonzeptes liegen auf der Hand: Intensive medizinische Therapie, rehabilitative Maßnahmen und Aktivierung des Patienten nach seinen Möglichkeiten sind weder örtlich noch zeitlich getrennt. Die Notwendigkeit zu wiederholter Anpassung an unterschiedliche Institutionen entfällt. Therapie und Rehabilitation finden statt am Ort des bisherigen Lebens, wodurch die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung sozialer Bindungen erst ermöglicht werden. □

## Modelle geriatrischer Rehabilitation

□ Die Diskussion um die Grenzen des Wachstums in der Medizin wird in den letzten 2 Jahrzehnten in der Bundesrepublik mit zunehmender Intensität unter rein ökonomischen Gesichtspunkten geführt. In dieser lebhaften Diskussion um die Kostenentwicklung in unserem Gesundheitswesen entwickelte sich in den politischen Parteien, bei spürbar knapper werdenden finanziellen Ressourcen, eine wachsende Stimmung für eine Rationierung medizinischer Leistungen zu Lasten der Patienten und in disponiblen Bereichen auch der Ärzte.

Auf den Höhepunkten wirtschaftlicher Rezessionen verabschiedete der Gesetzgeber Kostendämpfungs-gesetze, zuletzt das Gesundheitsstrukturgesetz 1993, bei denen Versicherte erhöhte Eigenbeteiligungen und Einschränkungen des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung hinnahmen. Für Ärzte, Krankenhäuser und Selbstverwaltungen beinhaltete dieses Gesetz massive Einschnitte in ihre Rechte. Zur Begründung wurde das GSG '93 hochstilisiert zum Notstandsgesetz, vergleichbar den Notstandsgesetzen

der Weimarer Republik. Die notwendige Diskussion um die Fortentwicklung unseres Gesundheitswesens, bei wachsender Alterung der deutschen Bevölkerung, wurde vertagt auf die Jahre 1995/96. Die rein ökonomisch geführte Diskussion zum GSG '93, Inhalte und Form dieser Auseinandersetzung, lassen mich für die anstehende Diskussion um die Fortentwicklung unseres Gesundheitswesens nichts Gutes erwarten.

In der Auseinandersetzung um das GSG '93 gab es eine Vielzahl von ökonomisch dominierten Expertenaussagen zu Versorgungsnotwendigkeiten älterer Patienten, die zum Teil Eingang in die gesundheitspolitischen geriatrischen Planungen der Bundesländer gefunden haben. Diesen Expertenaussagen muß aus humanen, sachlichen und ärztlichen Gründen widersprochen werden. Bei kurzer Vortragszeit kann ich mich nur mit drei Hauptthesen zur geriatrischen Versorgung, auseinandersetzen, die oft vorgetragen werden. Ich werde mich bemühen, diese Aussagen an der Realität der Versorgung sowie ihrer Zukunftsorientierung zu prüfen, um hierauf aufbauend

Ihnen zukunftsorientierte Modelle geriatrischer Versorgung vorzustellen.

### These 1

► Die demographische Entwicklung, die absehbare Überalterung der deutschen Bevölkerung, ist der entscheidende gesundheits- und sozialpolitische Sprengsatz, der nur durch massive Einschnitte ins Leistungsrecht der Sozialversicherung entschärft werden kann.

Diese Aussage, an den realistischen Zahlen der Bevölkerungswissenschaftler für die 80er und 90er Jahre geprüft, ist nicht haltbar. Die Bundesrepublik befindet sich im Augenblick bezüglich der Dynamik der Alterung in einem „historischen Zwischentief“. Verursacht wird dieses Zwischentief durch die stark gelichteten Jahrgänge der Kriegsteilnehmer, die jetzt ins Seniorenalter hineinwachsen. Die Männer fehlen; die Frauen geboren im und um den ersten Weltkrieg, gehören zu den schwachen Jahrgängen dieses Jahrhunderts. Deutlich bemerkbar macht sich die steigende Lebenserwartung der Senioren in einer kontinuierlichen Zunahme der weiblichen Hochbetagten über 75 Jahre, eine Entwicklung, die mit dem Begriff der Femini-

sierung des Alters gefaßt wird. Die Effekte der Zunahme der Hochbetagten auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen wurden in der Diskussion um das GSG überzeichnet. Es wurde die Vision einer Altenrepublik entworfen, deren Gesundheitskosten lawinenartig anschwellend von der solidarisch finanzierten Kranken- und Rentenversicherung und damit von unserer Volkswirtschaft nicht mehr getragen werden können. Vom Krieg der Generationen war die Rede. Nüchtern betrachtet wurden die Auswirkungen der demographischen Veränderungen auf die Kostenentwicklung in unserem Gesundheitswesen sowohl für die Vergangenheit als auch die Zukunft überschätzt und zu wenig differenziert betrachtet.

Für das schwedische Gesundheitswesen konnte im Rückblick gezeigt werden, daß zwischen 1970 und 1985 die demographischen Veränderungen für weniger als ein Viertel der Ausgabensteigerungen verantwortlich gemacht werden konnten. Umgerechnet auf das Jahr betragen die demographisch erklärbaren Kostensteigerungen 0,8 %, wobei diese überwiegend durch gestiegene stationäre Behandlungskosten bedingt waren. Der Sachverständigenrat des Bundesministeriums geht 1994 in seinem Gutachten von einer

durch die demographische Entwicklung bedingte Steigerung der Gesundheitskosten von 0,5 % bis 0,6 % aus. Die Kostenkurve für die medizinische Versorgung Älterer und Hochbetagter, korrespondierend zum Alter, steigt nicht linear oder exponentiell an, sondern bei über 80jährigen stagnieren bzw. sinken die Kosten für technisch invasive Maßnahmen und Medikamente, während die Kosten für die stationäre Behandlung kontinuierlich steigen und in den zwei Jahren vor dem Tod kumulieren.

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung pro Kopf, aufgeteilt in Mitglieder und Rentner, stiegen für die stationäre Versorgung der Mitglieder von 1970 bis 1991 um das 5fache, für die Rentner um das 10fache.

Im gleichen Zeitraum stiegen die Kosten für die ambulante Versorgung von Mitgliedern um das 3,8fache, von Rentnern um das 4,8fache. Die Steigerungsdynamik im ambulanten Bereich lag unter der durchschnittlichen Steigungsdynamik der Gesamtkosten des Gesundheitswesens.

Kosten und Versorgungsdruck im Sinne von Defizit entstand und entsteht in der Bundesrepublik in der klinischen Versorgung Hochbetagter.

Diese Entwicklung kann meines Erachtens dem Krankenhaus als Institution nicht vorgeworfen werden. Die klinische Versorgung Hochbetagter ist im Schwerpunkt die klinisch geriatrische Versorgung der älteren kranken Frau. Die Geriatrie wird für das höhere Lebensalter zur ärztlichen Wissenschaft der Erkrankungen hochbetagter Frauen, die sich somatisch und psychisch in schlechtem Zustand befinden. Nach dem Altenbericht der Bundesrepublik bedürfen 50 bis 85 % der hochbetagten Frauen einer gemeinsamen internistischen und neurologisch-psychiatrischen Behandlung. Ca. 40 % der über 85jährigen Frauen ist pflegebedürftig und depressiv. Für die Frauen ist diese Entwicklung im Vergleich zu den Männern bedingt durch eine höhere Morbidität, man denke an Osteoporose, Frakturen, M. Parkinson sowie direkte Konsequenz des historisch bedingten stärkeren Überlebens dieser Frauengenerationen sowie ihrer insgesamt längeren Lebenserwartung.

Diese alten Frauen werden nicht nur immer älter und kränker, sie sind in der Regel allein, leben gehäuft in schlechten sozialen Verhältnissen, haben im Vergleich zu älteren Männern seltener ein sie tragendes soziales Netz. Krankheit ist in dieser Situa-

tion häufig verbunden mit der Aufgabe ihrer Eigenständigkeit, was für die Frau viel stärker als für den Mann als tiefer Einschnitt erlebt wird. Das Krankenhaus wird für sie in dieser medizinischen, menschlichen und sozialen Katastrophe zur heute einzig möglichen Auffangstelle, da ein gegliedertes, rehabilitativ auf Rückkehr in die Häuslichkeit angelegtes Altenversorgungssystem, kooperierend mit dem Krankenhaus, flächendeckend nicht vorhanden ist.

Das zukünftige System der Krankenhausfinanzierung mit Fallpauschalen wird die Liegezeiten Hochbetagter verkürzen, Defizite in der klinischen Versorgung Hochbetagter verschärfen und gleichzeitig bei gedeckeltem ambulanten Budget Kosten in den ambulanten Sektor verschieben, ohne versorgend und vorausschauend dämpfend wirken könnten, - und hiermit setze ich mich auseinander mit

## These 2

► Für die zukünftige Versorgung geriatrischer Patienten wurde einseitig auf das Konzept der „Bettenumwidmung“ gesetzt. Freiwerdende Bettenkapazitäten sollten in geriatrische Klinikbetten, insbesondere in Schwerpunkt-Krankenhäusern, umgewidmet werden.

Dieses einseitige Konzept war und ist die Unisono-Antwort von Gesundheits- und Sozialpolitikern auf die spürbaren Versorgungsdefizite in der Geriatrie.

Nicht berücksichtigt wurden dabei Tagespflegesätze in geriatrischen Kliniken von 350 bis 450 Mark, Liegezeiten im Mittel von 67 Tagen (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Daten 1991, unter Einschluß der Liegezeiten in den Langzeitkrankenhäusern Ostberlins).

Klinische Geriatrie muß teuer sein; aufgrund des hohen klinischen Versorgungsanspruchs sind Kostensenkungen kaum möglich. Dieses Konzept der Bettenumwidmung berücksichtigt nicht, daß die Geriatrie als klinische Disziplin in Deutschland ihre ersten Wurzeln in Einrichtungen der gegliederten Altenversorgung hatte. Die erste geriatrische Klinik, eine weit anerkannte Modelleinrichtung in Hessen, entstand unter Leitung von Dr. Leutiger 1966 in Hofgeismar auf dem Krähenberg, einer gegliederten Einrichtung der Altenversorgung in Trägerschaft der Evangelischen Altenhilfe.

Eine erste klinische Abteilung für Geriatrie, mit insgesamt 100 Betten, wurde 1969 als Teil der Schwerpunkt-klinik Leverkusen nach langen, zum Teil gerichtlichen Auseinandersetzungen

zungen mit den Krankenkassen, unter massiver Unterstützung des Düsseldorfer Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales gegründet. Der ärztliche Leiter der Abteilung Gesundheit und Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen, Dr. Ehlers, setzte in diesem Bundesland mit der weiteren Einrichtung von insgesamt 51 geriatrischen Abteilungen eindeutig klinische Schwerpunkte für die Geriatrie.

In anderen Bundesländern entstanden rehabilitativ ausgerichtete geriatrische Kliniken als Endpunkte eines konsequenten Aufbaus einer gegliederten Altenversorgung, in der der alte Mensch vom betreuten Wohnen bis zur schweren Pflege den für ihn notwendigen Hilfebedarf anfordern konnte. Als Beispiele seien hier genannt, die Klinik für Geriatrie und Rehabilitation im Henriettenstift Hannover, gegründet 1972, das Albertinenstift in Hamburg, gegründet 1980, das Haus Cadenbach in Aachen, das Betzdorfer Modell in Siegburg.

Bei diesen Einrichtungen war die geriatrische Klinik nicht Teil einer sich differenzierenden, technisch hochgerüsteten Schwerpunkt-Klinik, sondern vielmehr Teil einer Einrichtung der Altenversorgung, in der das Thema Pflegebedürftigkeit und

Rehabilitation selbstverständliche Aufgabe war und ist. Die Hereinnahme ärztlicher Kompetenz war logischer Schlußpunkt einer langdauernden Entwicklung.

Das Modell „Bettenumwidmung“ an Schwerpunkt-Kliniken läßt vermuten, daß es hier weniger darum geht, sich den besonderen Bedürfnissen des Hochbetagten zu stellen, sondern vielmehr um den Erhalt freier werdender Bettenkapazitäten. Mit Einwecheln des Türschildes Geriatrie wird möglicherweise der alte Klinikstil der internistischen oder neurologischen Klinik im neuen Gewande fortgeführt. Bei erfolgreicher „Umwidmung“ müßte die neu geschaffene geriatrische Klinik in einem Schwerpunkt-Krankenhaus mithelfen, die gesamte Klinik neu zu orientieren; diese grundlegende Umstellung auf die besonderen Bedürfnisse des älteren und hochbetagten Patienten dürfte bei großem Einsatz nur bei einem Teil der Kliniken gelingen.

### These 3

► Geriatrische Kliniken sind besonders an Schwerpunkt-Kliniken und in Großstädten aufzubauen, da dort der Bedarf an geriatrischer Bettenkapazität kumuliert.

Stillschweigend wird hier davon

ausgegangen, daß in ländlichen Regionen das Thema Versorgung älterer Menschen sich nicht in dieser Schärfe stellt wie in städtischen; diese Annahme ist falsch. M.E. werden die schmerzenden Defizite in der rehabilitativen Versorgung älterer Patienten in den ländlichen Regionen viel deutlicher als in der Stadt. Die Dichte der Krankenhausbetten ist in den ländlichen Regionen, besonders in Flächenstaaten wie Niedersachsen, weit unter dem Durchschnitt der Bettendichte des Landes Niedersachsen, erst recht unter dem Bundesdurchschnitt, weshalb die Kapazitäten in den Krankenhäusern zum auffangen älterer Patienten im höheren Lebensalter über längere Zeiten nicht gegeben sind. Die zunehmende Feminisierung des Alters macht sich auf dem Lande unter vielen negativen Zeichen bemerkbar. Die allein in ländlicher Region zurückbleibenden über 75jährigen, von Pflegebedürftigkeit bedrohten Frauen weisen im Verhältnis zu Frauen in städtischen Regionen eine Vielzahl negativer Begleitumstände auf, wie fehlende Berufsausbildung, schlechte materielle Verhältnisse, frühe Schwangerschaften, häufig früher Verlust des Ehemannes. Diese Familien, in denen die Tochter die Mutter pflegt,

dem Ehemann bei der Landwirtschaft hilft und ganz nebenbei noch 2-3 Kinder erzieht, findet durch die geriatrische Rehabilitation eine optimale Verstärkung familialer Pflegebereitschaft.

Es kommt hinzu, im ländlichen Bereich wird bei zum Teil fortschreitender Zerstörung der bisher erhaltenen sozialen Strukturen in den Familien als auch in den Dörfern, bei zunehmendem Wegzug Jüngerer vom Land in die eher städtischen Regionen, das bisher haltende soziale Netz für den zurückbleibenden Älteren zerstört. Es entsteht vermehrt Bedarf für eine rehabilitative liebevolle Versorgung älterer Patienten in der Region.

Als Zwischenergebnis meiner Auseinandersetzung mit den drei vorgenannten Thesen zur „geriatrischen Versorgung“ halte ich fest, daß der demographische Steigerungseffekt für die Kosten im Gesundheitswesen zwar relevant ist, er aber keineswegs den von Experten und Politikern vorhergesagten sozialen Sprengsatz darstellt. Es besteht vielmehr die große Gefahr, daß die bedrohliche Darstellung des auf uns zukommenden Alterungsprozesses die Solidarität zwischen den Generationen auflöst und somit bisherige Grundlagen unseres Sozialsystems sprengt.

Eine wesentliche Lücke besteht in dem Fehlen von gegliederten, dem Krankenhaus nachgeordneten kooperierenden Einrichtungen, die sich des hochaltrigen Patienten unter rehabilitativen Gesichtspunkten annehmen. Auf diesem Weg wäre die extreme Kostensteigerung der stationären Behandlung Hochaltriger in Kooperation mit dem Krankenhaus zu mindern. Familiäre Pflegebereitschaft könnte gezielt gestärkt werden. Solche Einrichtungen müßten flächendeckend aufgebaut werden. Eine Konzentration geriatrisch-klinischer Einrichtungen auf Schwerpunkt- und großstädtische Räume ist aus humanen wie auch versorgungstechnischen Gründen abzulehnen.

Im folgenden stelle ich nun verschiedene Modelle vor, die in unterschiedlichen Stufen Übergangslösungen zwischen der klinisch-stationären Behandlung und der Häuslichkeit für den älteren Patienten bieten. Diese Modelle sind an einzelnen Stellen in der Bundesrepublik erprobt, können zum Teil Zahlenmaterial vorlegen und daher Ergebnisse ihrer Arbeit belegen.

- I. Die „Geriatrische Rehabilitationsklinik mit Tagesklinik“ als Teil eines gegliederten Alten-

zentrums, das „Betzdorfer Modell“, versorgt durch niedergelassene Ärzte im festen Kooperationsvertrag.

- II. Eine geriatrische Rehabilitationsstation in einem gegliederten Altenzentrum versorgt durch einen niedergelassenen Arzt im Kooperationsvertrag, das „Julius-Bauer-Heim“ in Nürnberg.
- III. Die „Sonderpflegestation ausgelegerte häusliche Krankenpflege nach § 132“ in einem gegliederten Altenzentrum; Rehabilitation gewährleistet in der Einrichtung durch zugelassene Praxen für Krankengymnastik, Ergotherapie, physikalische Therapie, Logopädie sowie Praxen für Neurologie und Psychiatrie, Innere Medizin und Rheumatologie, das „KUR CENTRUM Bruchhausen-Vilsen“.
- IV. Das Rehazentrum, ambulant, mit geriatrischem Schwerpunkt, fachärztlich geleitet durch einen angestellten Arzt, nicht fixiert im Krankenhausbedarfsplan Hamburgs, das „Reha-Center Norderstedt“.
- V. Die „Schwerpunkt-Praxisgemeinschaft Geriatrie“ der Gebiete Neurologie, Psychiatrie, Innere Medizin, Allgemeinmedizin,

kooperierend mit selbständig niedergelassenen Therapeuten unter einem Dach. Ein Modell, das eine Entsprechung finden könnte im System der amerikanischen Health Maintenance organisations (HMO'S) für den älteren Patienten.

- VI. Das Reha-Team-Geriatrie, mobil und ambulant, unter fachärztlicher Leitung; Modell „Mobile Rehabilitation“ in Fürstenwalde, Brandenburg.
- VII. Rehabilitative Kooperation von Hausarzt, Sozialstation und Angehörigen, mit ambulanter Ergotherapie und Sozialarbeit; „Mobile Rehabilitation und Beratung im Landkreis Marburg, Biedenkopf, Hann. Münden“.

Kennzeichnend für all die dargestellten Modelle ist die zunehmende Öffnung nach außen auf den Patienten hin, als abfragbares Angebot. Denkbar wären durchaus Kombinationen von Einzelkonzepten, die ein Optimum von Flexibilität böten, z.B. die Kombination von Modell I-III mit VI, wobei als Brücke der Kassenarzt wirkte. Bis auf das Modell V, die flächenübergreifende Schwerpunktpraxis Geriatrie, sind die anderen Modelle auf dem Weg, haben erste Zeiten der Erprobung hinter sich,

können Ergebnisse vorweisen.

Die Kürze der mir zugestandenen Zeit läßt es nicht zu, alle Details rechtlicher und organisatorischer Grundlagen der hier genannten Modelle zu besprechen. Die berufsrechtlichen Voraussetzungen für Ärzte, sich in kooperativen Modellen einzubringen, sind gegeben. Einengend könnte die Bedarfsregelung für verschiedene Arztgruppen wirken, wobei das GSG als Hintertür für zukunftsorientierte Versorgungsmodelle ausdrücklich Möglichkeiten der Zulassung auch in geschlossenen Gebieten erlaubt.

Bei Modell I und II handelt es sich um Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation, die mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 für diese Aufgaben zugelassen sind. Aufgrund dieses Konstrukts haben die beteiligten Ärzte einen Sondervertrag, der sie in die Einrichtung einbindet. Im Rahmen dieses Sondervertrags können sie in der Einrichtung nicht mit Kassenrezepten und Überweisungen tätig werden. Die Therapeuten sind Angestellte der Einrichtung bzw. als Honorarkräfte tätig; die Leistung wird mit einer Gesamtpauschale, die alles einschließt, außer den interkurrenten Erkrankungen, durch die Kostenträger abgegolten.

Das Modell III, KUR CENTRUM

Bruchhausen-Vilsen, verwirklicht am konsequentesten das Konzept des Freiberuflers, des niedergelassenen Kassenarztes in der Rehabilitation Älterer. Hier gibt es für jeden Bereich einen vereinbarten Preis, wobei sich die Therapiekosten an den ambulanten Sätzen der Einzeltherapien ausrichten.

Für das Reha-Center Norderstedt soll eine Therapiepauschale, die auch die ärztlichen Tätigkeiten mit einschließt, verhandelt werden. Dies ist bereits für ein Rehazentrum Orthopäde mit den entsprechenden Kostenträgern abgeschlossen worden.

Schwerpunktpraxen, in der unter V. geschilderten Struktur, gibt es in der Bundesrepublik bisher noch nicht. Möglicherweise werden sie sich entwickeln mit dem klinischen Schwerpunkt Geriatrie, der auf dem Ärztetag 1992 in Köln in die neue Weiterbildungsordnung für Ärzte eingeführt wurde.

Das unter VI. genannte Modell ambulanter Rehabilitation im Team scheint attraktiv, steht am Anfang. Wie weit die Kostenträger dieses Konzept anerkennen und mit finanzieren, ist im Augenblick noch nicht klar.

Das letzte Konzept der rehabilitativen Kooperation des Hausarztes

mit dem Pflegepersonal, der Sozialstation, den Angehörigen, unterstützt durch einen mobilen Ergotherapeuten und Sozialarbeiter, scheint mir zukunftsorientiert vorausgesetzt der Hausarzt öffnet sich dem Thema der geriatrischen Rehabilitation und den hiermit verbundenen besonderen Aufgabenstellungen und Arbeitsweisen.

Zusammengefaßt finden sich einige vorsichtige Entwicklungen geriatrischer Rehabilitation im Übergang von der klinisch-stationären Behandlung zur Häuslichkeit. Es handelt sich um zarte Pflänzchen, die gepflegt werden müssen. Der Austausch von Erfahrungen zwischen Einrichtungen, die sich auf diesen Weg modellhaft begeben, sollte intensiviert werden. Es bleibt erstaunlich, daß so wenige Modelle dieser Art, z.B. das Betzdorfer Modell, in den entsprechenden Landesministerien offizielle Unterstützung finden.

Es bedarf Mut, diese Entwicklung zu fördern und zu unterstützen. Der Mut ist notwendig, um für die Älteren die erforderlichen Entwicklungen zu bahnen. Lassen Sie uns dies gemeinsam anpacken.

Konrad Adenauer, einer der populärsten Hochbetagten dieser Republik, antwortete auf die Frage

eines Journalisten, was die wichtigste Eigenschaft des erfolgreichen Politikers sei, kurz und prägnant: „Er muß Mut besitzen.“

Auf die Geriatrie bezogen bedeutet dies, Mut haben, neue Wege zu

gehen, Mut haben, um dies Betroffenen, Familienangehörigen und Mitarbeitern der Geriatrie immer wieder aufs Neue für ihre Alltagsarbeit zu vermitteln. □

## Einrichtungen der geriatrischen Krankenversorgung

	Geriatrische Klinik + Tagesklinik	Geriatrische Rehaklinik	Altenzentrum a) Rehabilitation b) Pflegestation mit Rehabilitationen
Rechtsgrundlage	Krankenhausbedarfsplan	Versorgungsvertrag nach § 111	Versorgungsvertrag nach a) § 111 b) § 132
Einweisungsmodus	direkt von zu Hause	Verlegung nach Rückfrage mit dem Kostenträger	Verlegung nach Rückfrage mit dem Kostenträger
Bettenzahl	70 – 80	80 – 120	30 – 60
Pflegetage	20 – 22	45 – 50	a) 45 – 50 b) 38 – 70
Indikationen	alle Alterskrankheiten	keine akute Geriatrie ansonsten Ø Einschränkung	definierte Krankheiten der rehabilitativen Geriatrie
Pflegesätze	300 – 400 DM/Tag	280 – 370 DM/Tag	a) 210 – 280 DM/Tag b) 140 – 160 DM/Tag
Ärztlicher Dienst	Hauptamtlich	Hauptamtlich	Kassenärzte mit Assistenten
Vorteile	– hoher Versorgungsstandard – Einbindung in Gesamtklinik – direkte unbürokratische Aufnahme	– hoher rehabilitativer Anspruch – hohe rehabilitative Kompetenz	– Wohnortnähe – regionale Arbeit – Öffnung in die Ambulanz – günstiger Preis
Nachteile	– hoher Preis – Charakter des Krankenhauses	– Wohnortferne – Ø Öffnung in die Ambulanz – hoher Preis – hohe Verweildauer	Kassenärzte müssen Bereitschaft zur geriatrischen Qualifikation und Umstellung Ihrer Arbeitsweise zeigen

## Übersicht der Krankenhauspflegesätze

(Stand: 2. März 1994)

### I. KV-Bezirk Verden

Städt. Krankenhaus Verden	DM	396,00	(ab 01.01.94)
Städt. Krankenhaus Verden	DM	383,57	(ab 01.01.95)
Städt. Krankenhaus Achim	DM	396,02	(ab 01.02.94)
Städt. Krankenhaus Achim	DM	385,25	(ab 01.01.95)
Kreiskrankenhaus Soltau	DM	400,53	
Neuro-Orth. Reha-Krankenhaus Soltau	DM	331,35	
Flüggenhofseeklinik Munster	DM	156,75	
Altus-Klinik Chirurgie, Munster	DM	149,99	
Kreiskrankenhaus Walsrode	DM	403,05	
Klinik Fallingbostel, Kolkweg	DM	187,70	
Diakoniekrankenhaus Rotenburg	DM	429,72	
Kreiskrankenhaus Diepholz	DM	390,41	
Kreiskrankenhaus Bassum	DM	394,46	(bis 31.03.94)
Kreiskrankenhaus Sulingen	DM	410,29	
Krankenhaus St. Annen-Stift Twistringen	DM	337,93	
Kreiskrankenhaus Hoya	DM	391,85	
Krankenhaus Nienburg	DM	378,24	
Kreiskrankenhaus Stolzenau	DM	366,87	

### II. Außerbezirklich

(Bremen und Bremerhaven)

ZKH St.-Jürgen-Straße			
Allgemeiner Pflegesatz	DM	679,64	
Dialyse	DM	390,00	
Nierenlithotripsie	DM	798,49	
Nierentransplantation	DM	36.295,00	
MR-Diagnostik	DM	414,80	
ZKH Bremen-Ost			
Allgemeiner Pflegesatz	DM	427,59	
Psychiatrie/Sucht	DM	227,75	
Forensische Behandlung	DM	399,92	

Tagesklinik	DM	269,16
Nachtklinik	DM	208,48
ZKH „Links der Weser“		
Allgemeiner Pflegesatz	DM	469,64
Herz OP mit HLM	DM	24.889,90
Dilatation	DM	7.790,86
Implant. automat. Defibr.	DM	52.539,76
LDL-Apherese	DM	2.887,32
ZKH Bremen Nord		
Allgemeiner Pflegesatz	DM	497,82
Rotes-Kreuz-Krankenhaus		
Allgemeiner Pflegesatz	DM	393,99
Dialyse	DM	390,00
St. Joseph-Stift		
Allgemeiner Pflegesatz	DM	369,25
Roland-Klinik		
Allgemeiner Pflegesatz	DM	332,56
Reha-Zentrum Friedehorst		
Allgemeiner Pflegesatz	DM	468,98

## Die Rehabilitation Älterer und Hochbetagter – Herausforderungen an das neue ärztliche Fachgebiet „Physikalische und Rehabilitative Medizin“

□ Im Mai 1992 beschloß der 92. Deutsche Ärztetag in Köln ein neues ärztliches Fachgebiet: den „Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin“. „Physikalische Medizin“ leitet sich dabei nicht von „Physik“, sondern von „Physis“ = „Natur“ ab, daher auch der früher gebräuchliche Alternativname „Physiotherapie“. Die Physikalische und Rehabilitative Medizin umfaßt Vorbeugung, Früherkennung, fachbezogene Diagnostik, Behandlung und Beurteilung von Krankheiten, Schädigungen sowie deren Folgen. Angewendet werden Methoden der Physikalischen Therapie, der Manuellen Therapie, der Naturheilverfahren sowie der Balneo- und Klimatherapie. Gerade in der Versorgung hochbetagter Patienten kommen dem Fachgebiet zusätzliche Aufgaben zu, insbesondere in der Gestaltung des Rehabilitationsplanes, der Motivierung und Führung der Patienten sowie Verlaufskontrolle und Beurteilung des Therapieeffektes und Koordination des Behandlerteams.

Der Schwerpunkt des neuen

Faches liegt im stationären Bereich. In Bezug auf die Geriatrie wird die Forderung der WHO nach einer „Rehabilitation der ersten Stunde“ umgesetzt und ermöglicht, daß physikalisch-rehabilitativer Sachverstand vermehrt in Akutkrankenhäuser genutzt wird. Sowohl ambulant als auch stationär kann zukünftig vor der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln ein Fachmann hinzugezogen werden. Es ist davon auszugehen, daß sich nur wenige der neuen Fachärzte niederlassen werden, da sie ähnlich den Radiologen eine teure Praxisausstattung vorhalten müssen. Aufgrund der inzwischen erkannten Defizite im Bereich der Rehabilitation gäbe es aber durchaus realistische Chancen, z. B. in einem Ärztehaus die notwendige Rehabilitation ambulant im Team mit anderen ärztlichen Fachkollegen zu koordinieren, durchzuführen und/oder zu überwachen. Der Facharzt wird somit, wie in anderen Ländern auch, ein Gewinn für die anderen mit ihm zusammenarbeitenden Ärzte sein. Die Mitgliederliste der Inter-

national Federation for Physical Medicine and Rehabilitation (IFPMR) weist aus, daß das Fachgebiet praktisch überall in der Welt vertreten ist. Die einzige Ausnahme machte tatsächlich die alte Bundesrepublik Deutschland. Natürlich gibt es Länder, in denen der Rehabilitation auch heute noch nicht der Stellenwert beigemessen wird, wie in höher entwickelten. Infolgedessen sind auch die entsprechenden Fachärzte, z. B. in den USA, Kanada und Frankreich, in deutlich höherer Anzahl vertreten als z. B. in Pakistan oder im Kongo. Der bereits oben erwähnte Ärztetag 1992 hat entschieden, in welche Richtung wir ärztlich weiter tendieren wollen. Die für unseren Facharzt positive Entscheidung wurde wesentlich auch durch den Hartmannbund, und hier insbesondere durch die stellvertretende Vorsitzende, Frau Dr. Ingrid Hasselblatt-Diedrich, und die Hauptgeschäftsführerin, Frau Merte Bosch, vorangetrieben. Beiden möchte ich hier ausdrücklich dafür und für ihre berufspolitische Weitsicht danken!

Die Abgrenzung des neuen Fachgebietes zur „Naturheilkunde“ ist viel einfacher als diejenigen glauben, die argumentieren, die Physiotherapie sei kein klinisches Fach und ihre Vertreter eher „verkappte Natur-

heilkundler“. Trotz der Ableitung von „Physis“ = „Natur“ steht das neue Fachgebiet „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ fest auf dem Boden der Schulmedizin, und genau das unterscheidet es von dem häufig zu Recht beklagten naturheilkundlichen Wildwuchs links und rechts. Da aber dieses Fachgebiet bei uns in den letzten 40 Jahren weder in der Aus- noch in der Weiterbildung der Ärzte verpflichtend gelehrt wurde, wissen nur wenige Ärzte, daß gerade diejenigen Verfahren der Naturheilkunde, bei denen auch renommierte Naturheilkundler davon auszugehen, daß sie „reproduzierbar“ beim Patienten wirken und die sie deswegen auch „klassische Naturheilverfahren“ genannt haben, reinrassige Verfahren der Physikalischen Therapie sind, vor allem Hydro-, Thermo-, Elektro- und Klimatherapie (Abb. 1).

In allen Ländern, in denen es den Facharzt schon immer gab, haben wir die Diskussion über die Naturheilkunde bei weitem nicht in dem Ausmaß gehabt, wie bei uns. Das liegt daran, daß dort das Fachgebiet der Naturheilverfahren innerhalb der Physikalischen Medizin mit abgedeckt wird, und dies wird zukünftig bei uns ebenso sein. Gerade im Interesse der älteren und hochbetagten Mitbürger und den ihnen von man-

chen „Naturheilkundlern“ gegebenen Versprechungen und Verlockungen wird die Einführung dieses neuen Fachgebietes einige der zu Recht von Politik und Medien angeprangerten Probleme der Naturheilkunde lösen, weil nun ein ganzheitliches, nicht pharmakologisches Fach dennoch an die Hochschulen gebunden wird und so definitionsgemäß die jungen Studenten und Ärzte auch über Sinn und Unsinn naturheiltherapeutischer Verfahren informiert werden. Dabei wird einerseits die Schulmedizin nicht verlassen, andererseits aber das seit Hippokrates geachtete ärztliche Gedankengut einer Auseinandersetzung mit der belebten Natur wieder vermehrt gewürdigt.

Der medizinisch-geriatriischen Versorgung dienen Mitinhalte und Ziele der vorgeschriebenen ärztlichen Weiterbildung des neuen Faches. Dazu gehören eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in Vorbeugung, Früherkennung, fachbezogener Diagnostik, Behandlung und Beurteilung von Krankheiten und Schädigungen im Sinne von Behinderungen. Der Facharzt vermag Funktionsschädigungen vorzubeugen, gefährdete Funktionen aufrechtzuerhalten, Funktionen zurückzugewinnen und Defizite

auszugleichen. Seine Kenntnisse befähigen ihn, Behinderte wieder einzugliedern und sie bei der Bewältigung ihrer Probleme zu unterstützen. Voraussetzung für eine solche Tätigkeit sind fundierte Kenntnisse der physikalischen Grundlagen, der physiologischen und pathophysiologischen Mechanismen, der therapeutischen Wirkungen und der praktischen Anwendung der Methoden des Fachgebietes sowie der Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle der Medizinischen Rehabilitation. Entscheidend wird zukünftig der streng indikationsgerechte Einsatz physikalisch-therapeutischer Methoden unter Berücksichtigung klinischer Zielstellung und Dosierungsstrategie werden! Von besonderem berufspolitischen Wert dürfte dabei die erstmalig in diesem Fachgebiet in die ärztliche Weiterbildung festgeschriebene Qualitätssicherung physikalischer und rehabilitativer Maßnahmen sein. Für die Betreuung hochbetagter Patienten steht innerhalb des neuen Fachgebietes ein weitgefächertes Spektrum zur Verfügung, das seinerseits die ganze Vielfalt des Faches und seine Möglichkeiten widerspiegelt (Abb. 2).

Der Berufsverband der Ärzte für Physikalische Medizin und Rehabilitation wendet sich mit den hochbe-

tagten Patienten gegen Kassen und Politiker, die aus rein statistischen Quellen argumentieren, daß gerade im Bereich der Heil- und Hilfsmittel die Kosten vermehrt ansteigen und daher die Physikalische Therapie eingedämmt werden müsse. Weder gedeckelte Budgets noch Zusatzzahlungen, die chronisch Kranke überproportional treffen, sind der richtige Weg! Die Devise muß lauten: „Nicht die Methoden disqualifizieren, sondern die Verordner qualifizieren!“ Wer politisch gegen die Physikalische Therapie argumentiert, bedenkt nicht, daß derzeit jeder approbierte Arzt, gleich, ob er sich speziell im Fachgebiet weitergebildet hat oder nicht, sämtliche physikalisch-therapeutischen Leistungen verordnen kann. Das heißt, er kann Leistungen verordnen, obwohl, wie schon ausgeführt seit über 40 Jahren kein Arzt in den alten Bundesländern als Student pflichtgemäß etwas von der Physikalischen Therapie erfahren hat und auch während seiner Weiterbildung nicht, es sei denn, sein Klinikchef hätte zufällig etwas davon verstanden. Wie wollen wir uns über ansteigende Kosten bei Heil- und Hilfsmittel wundern, wenn die Ärzte in der Mehrzahl so verordnen, daß die Therapeuten gezwungen sind, sich ihre eigenen Therapiemetho-

den abzuleiten und das durchzuführen, was nicht der Arzt, sondern sie selber für richtig halten! Eine fachlich fundiert verordnete Physikalische Therapie macht Schluß mit wochenlangen unnötigen Massagen, verordnet sie aber in Serie beim chronisch Kranken, der sie dringend braucht! Sie macht Schluß mit unnötigen Kurverschreibungen, weiß aber sehr wohl die Kur zu schätzen und einzusetzen. Sie macht Schluß mit den bei älteren Patienten viel zu häufig durchgeführten elektrotherapeutischen Anwendungen und dem Unfug, Krankengymnastik auf „neurophysiologischer Grundlage“ zu verordnen, ohne zu bedenken, daß dies den Therapeuten zwingt, 45 Minuten am älteren Patienten zu behandeln und natürlich auch so abzurechnen. Nicht nur der geriatrische Patient profitiert von mehr ärztlichem Sachverstand: nebenbei führt das zwangsläufig zu Kosteneinsparungen, insbesondere, wenn bei den Kassen bekannter wäre, daß in Bezug auf weitestgehenden Erhalt der Lebensqualität das Bremsen der Effektivität Vieler nur sinnvoll sein kann bei gleichzeitiger Förderung der Effizienz Weniger, aber fachlich Versierter!

Was kann das neue Fachgebiet „Physikalische und Rehabilitative

Medizin“ speziell für hochbetagte Mitbürger tun? Nach all dem, was bisher im Rahmen dieses Symposiums gesagt wurde, könnte der Eindruck entstehen: „Je älter der Patient, desto höher automatisch die Herausforderung an den behandelnden Arzt!“ Ärzte jedoch, die häufiger geriatrische Patienten versorgen, werden bestätigen, daß eher das Gegenteil der Fall ist. Es sei daher festgestellt: Der Alterungsprozeß ist nicht generell mit Krankheit verbunden! Nach wie vor überwiegen auch bei „Hochbetagten“ die gesunden Älteren gegenüber den Kranken (s. auch Franke: Untersuchungen an über 100jährigen, 1976). Diese vorurteilsfreie Einschätzung ist notwendig, um ältere Menschen nicht vorschnell mit dem Etikett: „Psychisch oder funktionell gestört“ zu versehen. Eine der vielen Herausforderungen an das junge Fachgebiet ist es daher, mit dafür zu sorgen, daß es gar nicht erst zu Erkrankungen des Hochbetagten kommen kann. Hier spielen die angesprochenen Mechanismen der Prävention eine wesentliche Rolle.

Aber natürlich gibt es dennoch Erkrankungen, die Hochbetagte, wenn sie erkranken, überzufällig häufig treffen. Eine besondere Rolle spielt dann der Begriff der „Multimorbidität“. Wir müssen uns hüten,

ihn leichtfertig zu gebrauchen. Relativ häufig handelt es sich um wissenschaftlich noch nicht erkannte Krankheitsspektren. Als Beispiel sei die Osteoporose genannt. Noch bis vor wenigen Jahren hat es den Begriff dieser Erkrankung als eigenständiges Krankheitsbild nicht gegeben. Heute wissen wir, daß die früher vermeintliche „Multimorbidität“ des betagten Patienten mit Rückenschmerzen auf gesicherte pathogenetische Ursachen, insbesondere den Verlust von Knochenmasse, Funktion und Struktur, zurückzuführen ist. Aber umgekehrt machte dieses Wissen die Behandlung des Hochbetagten nicht einfacher, denn zu einer medizinischen Erkrankung kommt stets im Sinne der Rehabilitation die soziale Komponente hinzu, deren Folgen, für den Patienten genauso verheerend, wenn nicht schlimmer, als seine eigentlichen Beschwerden sein können. (Abb. 3)

In der Therapie der Osteoporose, um bei dem Beispiel zu bleiben, wissen wir heute, daß nicht mehr so sehr die früher hoch gehandelte „Knochenmasse“, sondern die „Knochengüte“, und hier insbesondere die Knochenstruktur, die entscheidenden Parameter sind. Zu vergleichen ist dies mit der Cheopspyramide aus massivem Stein und dem „löche-

rigen“ Eiffelturm: Bei letzterem ist es seine „innere Struktur“, die ihn stabilisiert, trotz geringerer Substanz. Therapeutisch steht also nicht mehr die Erhöhung der Knochenmasse im Vordergrund, sondern das Ziel, primär- oder sekundär-präventiv für den Patienten ausreichend Knochenstruktur zu schaffen. Und so ist heute das eigentliche therapeutische Agens die Verordnung physikalisch-therapeutischer Methoden, insbesondere krankengymnastischer Übungen (Abb. 4) und nicht die generelle Gabe von Fluor oder Biphosphonaten und auch nicht die von Sexualhormonen im hohen Alter. Gerade bei Hochbetagten kommt es darauf an, nach ganzheitlichen Gesichtspunkten zu behandeln. Das wiederum ist nur möglich, wenn vorher in Funktionsketten gedacht wird und nicht etwa, wie bei der Osteoporose, diätetisch Milch (bis zu 2l/diel) und vermehrt Käseprodukte zum Ausgleich des Calciumhaushaltes anzudienen und dabei die dadurch ausgelöste deletäre Eiweiß- und Fettüberlastung des älteren Organismus zu übersehen, ganz abgesehen davon, daß die Osteoporose per se noch nie eine Calciummangelkrankung gewesen ist und es daher viel sinnvoller ist, durch Einbau von natürlichem Vitamin D (Sonnenlicht) die physiolo-

gische Calciumsresorption im Knochen zu fördern.

Gerade diejenigen Herausforderungen, die der hochbetagte Patient uns Ärzten abfordert, zwingen uns, Abschied zu nehmen von lieb gewordenen Ausbildungsinhalten der Universitäten, die uns gelehrt haben, das höchste Gut des Arztes sei die „restitutio ad integrum“, also die vollständige Heilung des Patienten von seiner Erkrankung. Dies ist schon lange nicht mehr möglich, und die Ärzte sind im positiven Sinne selber schuld daran: Durch die mannigfaltigen Erkenntnisse der Medizin leben wir inzwischen länger und können ganz andere Erkrankungen überstehen als früher, allerdings unter dem Opfer, daß die Stoffwechsel- oder Organsituation am Ende der Behandlung eine andere ist als vor der Erkrankung. Man muß nicht bis zu Herz- oder Lebertransplantationen gehen, schon ein künstliches Hüftgelenk ist für den Hochbetagten einerseits eine ultima ratio, andererseits für den behandelnden Arzt eine Herausforderung, dem Patienten nun so zu helfen, daß dieser damit nicht nur fertig wird, sondern so, daß für ihn auch die individuelle Lebensqualität wieder steigt.

Wir nennen solche virtuelle Endstadien ärztlicher Therapie: „Defekt-

heilungen“. Solche gibt es nach schweren rheumatischen Erkrankungen, nach schweren Unfällen, nach Herzinfarkt oder nach früher undenkbar Operationen. Hier setzt das neue Fachgebiet für Physikalische und Rehabilitative Medizin ein: es gilt, frühzeitig Funktionsdefizite und Defektheilungen zu erkennen und so weit wie möglich zu vermeiden, insbesondere bei Lähmungsfolgen, Schlaganfall und rekonstruierenden Eingriffen am Bewegungsapparat. Die Behandlung erfolgt zielgerichtet durch Einsatz physikalisch-therapeutischer Maßnahmen, insbesondere Krankengymnastik, Manueller Techniken, Ergotherapie, Massagen, medizinischer Bäder und Elektrotherapie einschließlich Diätetik, Phytotherapie und klassischen Naturheilverfahren.

Entscheidend ist, nicht primär pharmakologisch wirken zu wollen, sondern im Sinne einer richtig verstandenen Rehabilitation die Selbstordnungskräfte des Körpers, von denen wir überzeugt sind, zu nutzen und zu beüben. Die eingesetzten Verfahren sind häufig nebenwirkungärmer und billiger. Großen Wert legen wir darauf, gerade hochbetagten Patienten sachgerechte Anleitungen zur Selbstbehandlung und zur Selbsthilfe im Schmerz- oder

Behinderungsfall mit nach Hause zu geben.

**Oberstes Ziel unserer Gesellschaft muß es sein, die Herausforderung anzunehmen, auch die älteren Menschen mit chronischen Erkrankungen trotz ihres Alters bestmöglich zu versorgen und ihnen ein Maximum an persönlicher Lebensfreude zurückzugewinnen!**

Als Beispiel, das dies möglich ist, seien die Erfolge gezeigt, die wir unter funktionellen Gesichtspunkten nur mit Sonnen- und Liegekuren unter fachkundiger Leitung im Verbund mit Krankengymnastik und Ergotherapie bei Osteoporosepatienten erzielen konnten (Abb. 5). Hier war natürlich von Vorteil, die Patienten 4 - 6 Wochen am Kurort zu haben und entsprechend einzustellen. Es konnte mit ihnen ausführlich gesprochen werden, sie konnten in die Diätetik eingeführt und ihnen vor allem spezielle Übungen optimal gezeigt werden. **Es gibt aber keinen Grund anzunehmen, daß die wohnortnahe Rehabilitation geringere Erfolge haben wird. Wir haben es bisher nur noch viel zu wenig ausprobiert!**

Entscheidend ist, daß mit einem Programm übergreifender medizinischer Rehabilitation mehr für unsere älteren Mitbürger getan werden könnte ohne deswegen die Kosten

aus den Augen zu verlieren. Die „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ ist bereit, diese Herausforderung anzunehmen. Von vielen Zuhörern hier im Auditorium weiß ich, daß Sie in verantwortlichen Positionen in Krankenkassen oder Politik sind. Sie alle mögen kurz die Augen

schließen und nachrechnen, wann Sie selber betroffen sein werden und wie Sie dann behandelt werden möchten. Ich bitte Sie, das neu geschaffene Fachgebiet „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ bestmöglich zu unterstützen! ☐

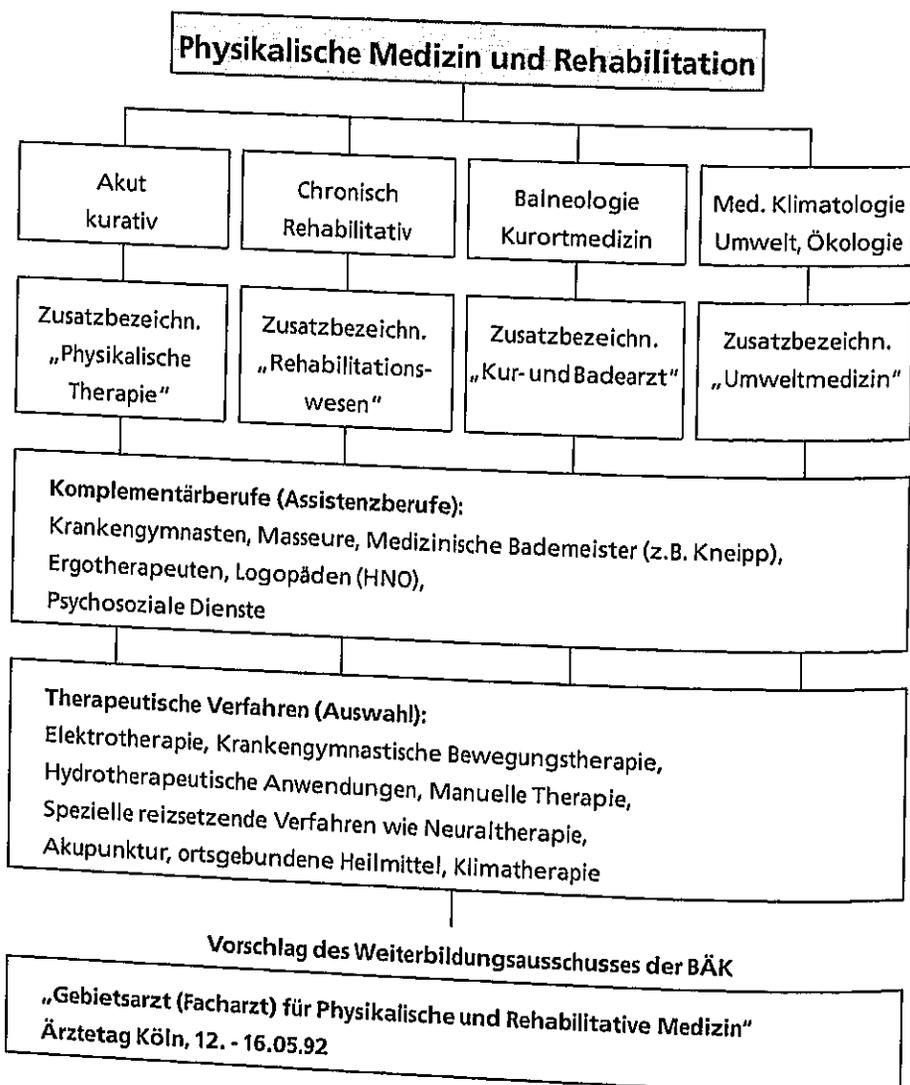
### Abbildung 1:

Die praktischen Anwendungen der Physikalischen Medizin (Physikalische Therapie) und die der Naturheilkunde (Naturheilverfahren) im Vergleich. Zu beachten ist die mittlere Spalte, in der sich beide Verfahren überlappen.

Physikalische Medizin		Naturheilkunde	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundlagenforschung (vorh.)</li> <li>• Lehre (vorh.)</li> <li>• Diagnost. Verf. (eigene + schulmed. Verf.)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundlagenforschung?</li> <li>• Lehre?</li> <li>• Diagnost. Verf.?               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Homöopathie</li> <li>- Anthroposophen</li> </ul> </li> </ul>	
Praktische Anwendung: Physikalische Therapie		Praktische Anwendung: Naturheilverfahren:	
<b>Spez.-Reha.-Verf.:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Herzinfarkt</li> <li>• Durchblutungsstörungen</li> <li>• Erkrankungen der Venen</li> <li>• Chronische Bronchitis</li> <li>• Chronische Polyarthrit</li> <li>• Coxarthrose</li> <li>• Spastische Lähmungen</li> <li>• Hemiparese</li> <li>• Periphere Lähmungen</li> </ul> <b>Funktionsschulung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prothesen</li> <li>• Orthesen</li> <li>• Rollstuhlschulung</li> </ul> <b>Spezielle Techniken</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bobath</li> <li>• PNF</li> <li>• Maitland</li> <li>• Mc Kenzie</li> </ul> <b>Ergotherapie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschäftigungstherapie</li> <li>• Arbeitstherapie</li> <li>• ergotherapeutische Testverfahren</li> </ul> <b>Lymphdrainage</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auswickeltechniken</li> <li>• apparative Entstauung</li> <li>• manuelle Techniken</li> </ul> <b>Verfahren der sekundären und tertiären Prävention:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ambulante Gruppe</li> <li>• Koronargruppe</li> <li>• Bechterew</li> <li>• Osteoporose</li> </ul> <b>Aufstellen von Therapieplänen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapeutische Gespräche</li> <li>• usw.</li> </ul>	<b>Mechanotherapie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankengymnastik</li> <li>• Massage</li> <li>• Manuelle Techniken</li> <li>• Ultraschall</li> </ul> <b>Thermotherapie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hydrotherapie</li> <li>• Diathermie</li> <li>• Infrarotbestrahlung</li> </ul> <b>Phototherapie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Natürliche Lichtquellen (Sonne)</li> <li>• Künstliche Lichtquellen (UV-Lampen)</li> </ul> <b>Elektrotherapie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Galvanisation</li> <li>• Niederfrequenz</li> <li>• Mittelfrequenz</li> </ul> <b>Balneootherapie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Badekuren</li> <li>• Trinkkuren</li> <li>• Heilstollenbehandlungen</li> </ul> <b>Klimatherapie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heilklima</li> <li>• Thalassootherapie</li> <li>• Aerosoltherapie</li> <li>• Inhalation</li> </ul>	<b>Ernährungstherapie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rohkost</li> <li>• Vegetarische Ernährung</li> <li>• Fasten</li> </ul> <b>Phytotherapie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Teegemische</li> <li>• Extrakte</li> <li>• Trinkkuren</li> </ul> <b>Reizkörpertherapie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fieber</li> <li>• Echinacin</li> <li>• Eigenblut</li> </ul> <b>Ausleitende Verfahren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brechverfahren</li> <li>• Purgation</li> <li>• Schröpfen</li> </ul> <b>Neuraltherapie (Huneker)</b> <b>Pseudo-NHV (nach Hentschel)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akupunktur               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ohr</li> <li>- Mund</li> <li>- vaginal</li> </ul> </li> <li>• Zelltherapie               <ul style="list-style-type: none"> <li>- frisch</li> <li>- schockgefroren</li> <li>- trocken</li> </ul> </li> <li>• Sauerstoff-Therapie               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mehrschritt (v. Ardenne)</li> <li>- intravasal</li> <li>- Insufflation</li> <li>- Ozon</li> </ul> </li> <li>• Paramedizinische Verfahren               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Irisdiagnostik</li> <li>- Astromedizin</li> <li>- Heilbeten</li> <li>- Pendeln</li> <li>- Ruteln</li> </ul> </li> </ul>	

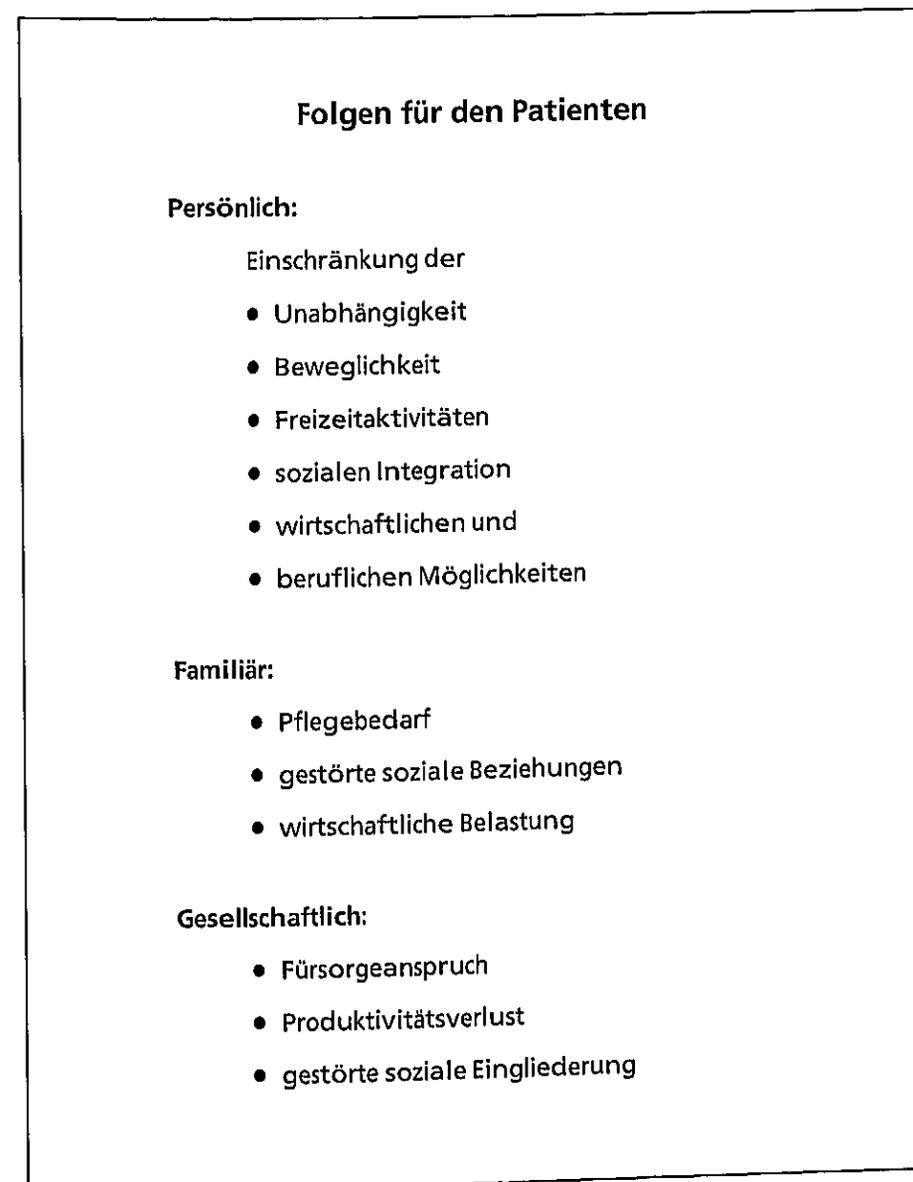
## Abbildung 2:

Das Fachgebiet der „Physikalischen Medizin und Rehabilitation“ sowie seine Aufspaltung in die einzeln zu erwerbenden ärztlichen Zusatzbezeichnungen; die mit dem Fachgebiet zusammenarbeitenden anderen Fachberufe des Gesundheitswesens und eine Auswahl der zur Verfügung stehenden physikalisch-therapeutischen Verfahren.



## Abbildung 3:

Die sozialen Folgen fortgeschrittener chronischer Erkrankungen, insbesondere für den hochbetagten Menschen, am Beispiel der Osteoporose.



#### Abbildung 4:

Wesentliche Schwerpunkte des Einsatzes der Krankengymnastik in der Therapie der Osteoporose.

### Hauptgesichtspunkte der Osteoporose – Behandlung aus krankengymnastischer Sicht

#### Persönlich:

- Entgegenwirkung einer zunehmenden Kyphosierung
- Positive Beeinflussung des Knochenstoffwechsels
- Erhalten und Verbessern der Atmungsfunktionen

#### Kräftigung:

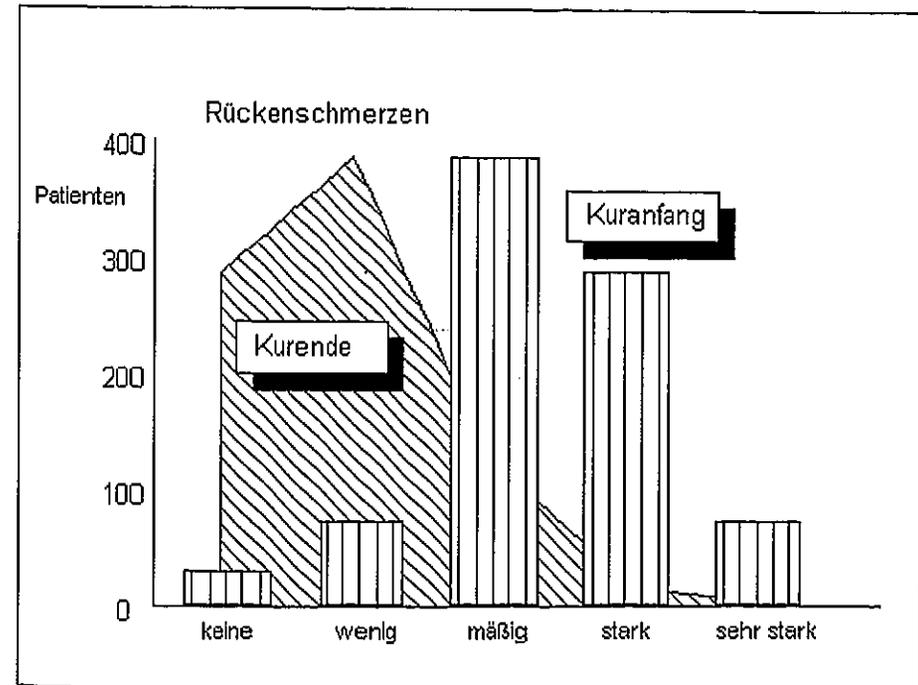
- Extensoren im gesunden WS-Bereich
- Schulterblattmuskulatur (Fixatoren!)
- Schultergürtelmuskulatur
- schräge und gerade Bauchmuskeln!

#### Dehnung:

- ventrale Brustmuskulatur (M. pectoralis major)
- Innenrotatoren
- Hüftflexoren (M. iliopsoas Kontraktur = WS-Lordose!)

#### Abbildung 5:

Durch gezielte kurärztliche Maßnahmen erreichbare hochsignifikante Reduktion starker Rückenschmerzen.

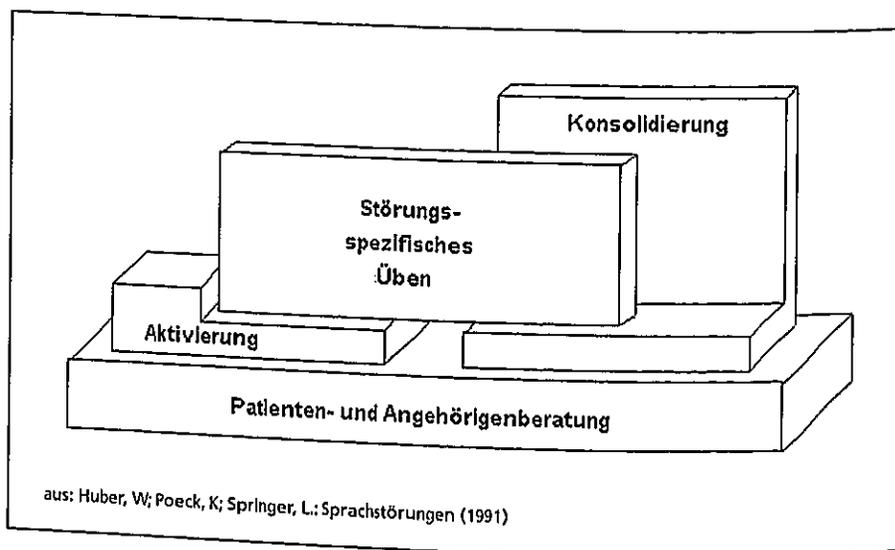


## Therapeutische Aufgaben und praktische Möglichkeiten in der Rehabilitation im Bereich der Logopädie

□ Die sprachliche Rehabilitation im Bereich der Geriatrie umfaßt im wesentlichen drei große Aufgabengebiete: die Dysphagien, die Dysarthrien und die Aphasien. In diesem kurzen Überblick werden einige Behandlungsverfahren aus der Aphasiotherapie exemplarisch dargestellt,

die einen guten Einblick in die Prinzipien und Methoden der logopädischen Arbeit geben. Das heißt aber nicht, daß die Therapie der Dysphagien und der Dysarthrien eine nicht ebenso wichtige Rolle in diesem Arbeitsfeld spielen.

Die Aphasiotherapie läßt sich in drei Phasen einteilen:



In der Aktivierungsphase sollte so früh wie möglich mit der Therapie begonnen werden. Nur so ist zu gewährleisten, daß die spontane Rückbildung optimal unterstützt

wird und pathologische Sprachäußerungen, wie Perseverationen und Automatismen, rechtzeitig gehemmt werden können.

In diesem Bereich der Akutversor-

gung wären Stelleneinsparungen nicht kostensenkend, sondern kostensteigernd, da die Versäumnisse später unter ungünstigeren Bedingungen nachgeholt werden müßten.

Nach dieser Anfangsphase von ca. sechs Wochen haben sich die sprachlichen Fähigkeiten weitgehend stabilisiert, und es hat sich eine bestimmte Kombination von Symptomen herausgebildet. Um diese Sprachstörungen in einer Therapie systematisch verbessern zu können, ist eine genaue Diagnostik notwendig, in der die gestörten und noch erhaltenen sprachlichen Fähigkeiten evaluiert werden müssen. Neben einer ausführlichen Analyse des spontanen Sprechens erfolgt dies in gezielten Untertests, in denen die einzelnen sprachlichen Komponenten (Wortschatz, Wortbildung, Satzbau, Lautstrukturen) in den jeweiligen Modalitäten (Nachsprechen, Benennen, Verstehen, Lesen und Schreiben) präzise erfaßt werden. Erst danach kann ein individuell für jeden Patienten abgestimmtes Leistungsprofil erstellt werden, welches die genaue Planung der einzelnen Therapieschritte ermöglicht.

In Tab. I sind die Möglichkeiten aufgelistet, in denen in dieser Phase gearbeitet werden kann.

Im folgenden wird ein Beispiel zur Wortschatzarbeit beschrieben, und zwar der Fall, in welchem die Wortbedeutung dem Patienten nicht mehr ganz klar ist, d.h. sie muß von den bedeutungsmäßig ähnlichen Wörtern erst abgegrenzt und wieder herausdifferenziert werden. Hier wird man einzelne Wortfelder systematisch erarbeiten. Begonnen wird mit Wortfeldern mit großen Kontrasten, die dann immer weiter aufgefächert werden. Beispiel: Mit dem Patienten wurde das Wortfeld „Kleidungsstücke“ bereits erarbeitet, der Begriff „Kopfbedeckung“ wird weiter differenziert (z.B.: Mütze, Hut, Helm, Kappe). Dabei wird nach dem wichtigen Prinzip der multimodalen Stimulierung vorgegangen, welches besagt, daß Verstehen, Sprechen, Zuordnen von Schriftkarten (bzw. Schreiben) und Lesen systematisch kombiniert werden. Es können selbstverständlich nicht alle möglichen Wortfelder erarbeitet werden. Unter bestimmten Bedingungen ist aber ein Transfereffekt zu erzielen, d.h. die genau erarbeiteten feinen Differenzierungen des einen Wortfeldes lassen sich relativ leicht auf ein anderes Wortfeld übertragen.

Tab. 1 Bereiche des störungsspezifischen Übens

#### Auswahl

##### Lautstrukturen (Phonologie)

- Phoneme und Phonemverbindungen
- Silben und Silbenverbindungen
- Prosodie (Wortbetonung, Satzintonation)

##### Wortschatz (Lexikon)

- semantische Felder und Relationen
- Wortklassen und Wortbildung
- phonologisch ähnliche Wörter, Reimwörter

##### Satzbau (Syntax)

- Phrasenstrukturen
- Flexionsformen

##### Text- und Gesprächsstrukturen

- Kohärenz und Kohäsion
- Sprechakte
- Sprecherwechsel

##### Schriftsprache

- Phonem-Graphem-Zuordnung
- orthographische Regeln
- Sichtwortschatz

aus: Huber, W.; Poeck, K.; Springer, L.: Sprachstörungen (1991)

Ziel jeder Aphasietherapie ist es, daß es dem Patienten gelingt, die gelernten sprachlichen Fähigkeiten kommunikativ zu nutzen. Trotz aller

Bemühungen ist dieser Schritt, die wiedererworbenen Kenntnisse in alltäglichen Situationen anzuwenden, nicht einfach. Um diese Schwierigkeit

auch im Therapieraum besser vorbereiten zu können, ist in den letzten Jahren eine neue Methode entwickelt worden (Davis & Wilcox (1981) PACE). Die Grundidee dabei ist, daß sich Patient und Therapeut neue, für den jeweiligen Gesprächspartner nicht bekannte Inhalte mitteilen und sich darüber natürliche Rückmeldungen geben, durchaus vergleichbar mit einer normalen Gesprächssituation. Zur Illustration dient die Beschreibung der folgenden Therapiesequenz:

- ▶ Patient und Therapeut sitzen sich an einem Tisch gegenüber, sind durch eine Sichtblende getrennt und haben jeweils das gleiche Material vor sich liegen (z.B. Bauklötze).
- ▶ Stand der Therapie: In den letzten Sitzungen wurden lokale Präpositionen systematisch erarbeitet.
- ▶ Der Patient baut mit seinem Material eine kleine Skulptur und hat dabei die Aufgabe, die einzelnen Arbeitsschritte dem Therapeuten zu vermitteln.
- ▶ Der Therapeut teilt dem Patienten mit, was er verstanden hat und was nicht. Dabei ist er nicht in der gleichen kommunikativen Position der üblichen Sprachübungen, die Lösung schon zu wissen, sondern er muß sich die Information

„echt“ erfragen.

- ▶ Am Ende wird die Sichtblende weggenommen und das Resultat verglichen. Mit Tonband- oder Videoaufnahmen kann dann geklärt werden, welche Äußerung des Patienten ein bestimmtes Resultat bewirkt hat.
- Das letzte Therapiebeispiel dieses kurzen Überblicks ist aus einer gruppentherapeutischen Sitzung in der Konsolidierungsphase. Die Patienten haben sprachsystematisch ihr Leistungsplateau weitgehend erreicht, das Ziel liegt jetzt auf der kommunikativen Förderung und der schrittweisen Hinführung zu weiterer Selbständigkeit. So ist beispielsweise für viele Patienten eine Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe sinnvoll. Unter günstigen Bedingungen kann sich eine solche Selbsthilfegruppe aus einer therapeutisch geleiteten Gruppentherapie entwickeln, indem der Therapeut die Initiative innerhalb der Gruppe immer mehr an die Patienten abgibt. Als weitere Möglichkeit kann die oben beschriebene PACE-Übung von den Patienten untereinander durchgeführt werden. Auch hier erfahren sich die Patienten als gleichberechtigte Gesprächspartner, die in der Lage sind, auf die jeweiligen Sprachstörungen wechselseitig Rücksicht zu nehmen.

Zum Schluß dieses kleinen Überblicks folgt noch ein kleines Beispiel über ein angeleitetes Gespräch zur Krankheitsbewältigung:

Der Therapeut gibt der Gruppe einen Begriff vor (z.B. „Krankenhaus“). Die Patienten schreiben dazu ihre Assoziationen auf. In einem anschließenden Gespräch können dann gemeinsame und unterschiedliche Erfahrungen herausgearbeitet und besprochen werden.

Soweit der Therapieüberblick. Nun komme ich zu den Rahmenbedingungen, die es ermöglichen, diese Aufgaben angemessen zu erfüllen.

Auch hier beschränke ich mich auf drei kurze Punkte:

- ▶ 1. Eine gute sprachliche Rehabilitation ist für die Lebensqualität der Patienten von entscheidender Bedeutung. Deshalb sind die logopädischen Leistungen kassenrechtlich im Rahmen der Grundversorgung abgedeckt. Das muß auch in Zukunft so bleiben.

- ▶ 2. Für eine qualifizierte Therapie ist die Anerkennung einer angemessenen Vorbereitungszeit unabdingbar.
- ▶ 3. Im Zuge der europäischen Angleichung des Berufsbildes ist die Logopädenausbildung in Deutschland inhaltlich als gleichwertig anerkannt worden. Dringend notwendig für eine volle Gleichstellung mit den entsprechenden ausländischen Berufsgruppen ist aber die formale Anhebung auf Fach-/Hochschulniveau.

Ich bitte Sie, uns in diesen Punkten zu unterstützen. ■

## Aufgaben der Logopäden in der Geriatrie

### Viel zu wenig Stellen für Logopäden

■ Die Versorgung der Patienten durch Logopäden ist in allen stationären und teilstationären Bereichen schlecht und leider überhaupt nicht selbstverständlich wie die Versorgung durch Krankengymnasten und Ergotherapeuten. Die logopädische Therapie hat leider immer noch den Ruf von Luxus und Überflüssigkeit, sowie Ersetzbarkeit durch Pflegepersonal oder andere Therapeuten nach einer kurzen Anlernphase.

Das ist umso bedauerlicher, als qualifizierte logopädische Therapie für die Patienten lebensnotwendig ist, die Wiederherstellung der Kommunikationsfähigkeit einen großen Einfluß auf die psychische Gesundheit der Patienten und dadurch einen nicht unerheblichen Einfluß auf die gesamte physische Gesundheit der Patienten hat. Kommunikationsfähigkeit, gesunder Stimmgebrauch, Eß- und Schluckfähigkeit sind wesentliche Faktoren für die Autonomie der Patienten.

Bei geriatrischen Patienten, die eine logopädische Therapie benötigen, handelt es sich um die Störungsbilder: Aphasie, Dysarthrie, Dysarthrophonie, Stimmstörungen,

Hörstörungen und Schluckstörungen. Die häufigsten Ursachen sind neurologisch, internistisch, aber auch chirurgisch oder onkologisch bedingte Erkrankungen. Die größte Anzahl sind Schlaganfallpatienten und Laryngektomierte.

Sie alle bedürfen dringend und unabhängig vom Alter logopädischer Therapie in verschiedenen Einrichtungen. In Akutkrankenhäusern spielt die logopädische Frühbehandlung für die gesamte Prognose eine wesentliche Rolle. In dieser Phase ist häufig eine intensive kurzzeitige logopädische Therapie für die Patienten dringend erforderlich. Auch Gespräche mit den Angehörigen sind von entscheidender Bedeutung, da die Aphasien häufig falsch beurteilt werden, weil das Pflegepersonal sowie die Ärzte die Störungsbilder und ihre Therapiemöglichkeiten nicht ausreichend kennen. Insbesondere bei Stimmstörungen neurologischer Genese sind rechtzeitige, regelmäßige, häufig therapeutische Interventionen erforderlich.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit und logopädische Intensivtherapie können bei Schluckstörungen dem

Pflegepersonal die Arbeit wesentlich erleichtern sowie häufig weiter eingreifende Maßnahmen (wie Dauer-sondierung) verhindern. Hier kann nur auf die häufigsten Therapieerfordernisse hingewiesen werden, die Reihe der Einzelfalltherapien ließe sich noch wesentlich erweitern.

Würde man in oben beschriebener Weise eine logopädische Versorgung in Akutkrankenhäusern gewährleisten wollen, müßten in jedem Akutkrankenhaus entsprechend der Bettenzahl Logopädenstellen eingerichtet werden.

Tageskliniken erscheinen uns in der Geriatrie ganz besonders sinnvoll: Die Patienten können in ihrer häuslichen Umgebung weitgehend bleiben, sie erhalten trotzdem alle notwendigen Therapiemaßnahmen und zwar zentral, koordiniert an einem Ort. Durch die Modelle der Tageskliniken werden zum einen Kosten minimiert, zum anderen aber Therapie und Versorgung optimiert. Auch in den Tageskliniken wird es sich um die gleichen logopädischen Störungsbilder wie oben beschrieben handeln, allerdings nicht in der Akutphase, sondern in der besonders wichtigen Trainingsphase. In der Tagesklinik kann die Therapie sehr viel intensiver durchgeführt werden, als in einer freien Praxis, was in der

Trainingsphase unbedingt erforderlich ist.

In der Tagesklinik können die therapeutischen Einzelleistungen im Team koordiniert werden und es kann für den Patienten ein „maßgeschneidertes“, individuell hocheffizientes Behandlungskonzept zusammengestellt werden. Die Maßnahme hilft, die häufig auftretenden Versorgungseinbrüche nach dem Krankenhaus zu verhindern und den Patienten auch in der prognostisch günstigen Trainingsphase zur selbständigen Kommunikation so weit als möglich zurückzuführen.

Logopädische Behandlung in der Tagesklinik hilft also Kosten zu sparen, indem sie intensiv die prognostisch günstige Phase nutzt. Außerdem werden bei bewegungsbeeinträchtigten Patienten Kosten für viele einzelne Fahrten zu den unterschiedlichen Behandlern reduziert. Für viele geriatrische Patienten der Logopäden wäre die Form der Tagesklinik günstig. So müßten auch in der Tagesklinik die Stellen für Logopäden selbstverständlich und vor allen Dingen ausreichend vorhanden sein. Bei täglicher Therapie kann ein Logopäde 6-8 Patienten behandeln. In dem Akutkrankenhaus kann es etwa die doppelte Anzahl sein, da die Therapiedauer wesentlich kürzer ist

durch den noch geschwächten Allgemeinzustand der Patienten.

In Rehabilitationskliniken gehören Logopäden glücklicherweise immer mehr zur selbstverständlichen therapeutischen „Grundausstattung“. Dennoch ist auch hier die Anzahl der Stellen noch nicht befriedigend und sollte langfristig noch ausgebaut werden, um z.B.

mehrstündige Therapieeinheiten pro Tag für Aphasiker und aufwendige diagnostische und kooperative Teamleistungen zu gewährleisten. Da die Logopädie hier nachweislich große Erfolge in der Sprach- und Stimmrehabilitation erzielt, sollte der Bereich mit Stellen besonders gut ausgestattet werden. ■

## Therapeutische Aufgaben und praktische Möglichkeiten in der Rehabilitation im Bereich der Ergotherapie

□ Wir alle, die wir uns noch im erwerbstätigen Alter und gesund befinden, sind es gewohnt, eigenständig zu handeln, mit anderen Menschen zu kommunizieren, unseren Lebensunterhalt selbständig zu erwerben, eigene Entscheidungen bzgl. Wohnort, Berufswahl, Partner, Freizeitbeschäftigungen etc. zu treffen. Wir können in der Regel im Rahmen der Vorgaben und Spielräume, die die Gesellschaft uns setzt bzw. läßt, unsere individuellen Fähigkeiten und Neigungen einsetzen und ausleben.

Aber wie sieht das im Alter aus? Alter bringt für viele Menschen neben dem „normalen“ Rückgang vieler Fähigkeiten häufig Krankheit, Behinderung und damit massive Eingriffe in das gewohnte, alltägliche Leben. Das bedeutet dann, Grenzen der eigenen Fertigkeiten, der Erfahrungsfähigkeit und Selbständigkeit im Alltag zu erfahren. Der alte Mensch wird in der Bewältigung seines Alltags leichter und schneller von anderen abhängig. Der dritte Lebensabschnitt wird ja erheblich gekennzeichnet

von Erkrankungen und Behinderungen des Stütz- und Bewegungsapparates, des Kreislaufsystems und des zentralen Nervensystems. Erschwerend wirkt sich die stark erhöhte Multimorbidität bei erheblich gesteigener Lebenserwartung gegenüber früheren Generationen durch die generell verbesserten Lebenssituationen und den allgemeinen medizinisch-technischen Fortschritt aus.

Ergotherapie als ein wesentlicher Bestandteil der geriatrischen Rehabilitation setzt sich mit den Alterungsprozessen und seinen Auswirkungen auf die aktuelle Lebenssituation auseinander.

Sie bietet durch ihr breites Leistungsspektrum konkrete, individuelle Trainingsprogramme und Strategien zur Alltagsbewältigung an.

Der Behandlungsform „Ergotherapie“ liegt das Konzept zugrunde, daß Kranke und Behinderte über alltags- und handlungsorientierte Aktivitäten und Prozesse ihre Kompetenzen wiedererlangen, mindestens jedoch erweitern können.

Tätigkeit kann dazu genutzt

werden, um drei Arten von Therapiezielen zu erreichen: erstens, um (noch) vorhandene Fähigkeiten zu erhalten, zweitens, um dem Verlust von Fähigkeiten vorzubeugen in Situationen, in denen fortschreitende Krankheiten, Alterungsprozesse oder andere Faktoren natürlicherweise zu einer Beeinträchtigung bis dahin gewohnter Fähigkeiten führen. Und drittens kann aktives Handeln genutzt werden, um Einfluß auf Verhaltensweisen und Gewohnheiten zu nehmen, wenn es z.B. um Änderung von Handlungsabläufen bei bleibender Behinderung geht.

Der Leistungskatalog der Ergotherapie umfaßt neben der speziellen Befunderhebung und Behandlungsplanung ein gezieltes Training motorischer, sensorischer / perzeptiver, psychischer, geistiger Störungsbilder in Einzel- und Gruppentherapie. Diese sind dann eingebettet in lebenspraktische Handlungen, handwerkliche Aktivitäten, gestalterische und spielerische Prozesse. Oft müssen zur Vorbereitung des Trainings lebenspraktischer Fähigkeiten wie Anziehen und Waschen Bewegungsübungen oder auch Maßnahmen zur Tonusregulierung, zur Schulung der Wahrnehmung, zur Steigerung der Hirnleistungen oder zur Verbesserung der Orientierung durchgeführt

werden. Die Berücksichtigung des klinischen und häuslichen Umfeldes und der allgemeinen Mobilität ergänzen den Kanon der Maßnahmen.

Aber erst in der Verbindung der verschiedenen einzelnen Trainingsanteile, die aufgrund der oft komplexen Störungsbilder nötig sind, zu zielgerichteter, alltagsrelevanter Handlung liegt das wesentliche Element der Ergotherapie. Altersgerechte Lern- und Trainingssituationen begünstigen dabei den Aufbau von Motivation, schöpfen vorhandene Ressourcen aus und helfen, neue Perspektiven zu eröffnen.

Gerade in der Geriatrie aber, also in der Arbeit mit oft sehr alten Menschen, hat die Ergotherapie auch die Aufgabe, nicht nur Therapiemöglichkeiten zum Aufbau und zur Erweiterung von Handlungskompetenzen im Alltag auszuschöpfen, sondern die Grenzen der Therapie zu sehen und zu respektieren. Lebensqualität wird nicht immer nur durch zielgerichtete Therapieangebote erreicht. Wir müssen auch akzeptieren, daß unsere Aufgabe „nur noch“ darin besteht, ein angemessenes, der Behinderung, dem Alter und den Wünschen des Patienten entsprechendes Umfeld zu schaffen, z.B. durch sachgerechte, den Patienten erleichternde,

schmerzfreie Lagerung.

Diese hier nur skizzierten ergotherapeutischen Aufgaben brauchen zu ihrer Wirksamkeit ein entsprechendes personelles, institutionelles und gesellschaftspolitisches Umfeld.

Ich will an dieser Stelle einige wesentliche Bedingungen aufführen, die Ergotherapie begünstigen oder sogar erst wirkungsvoll möglich machen:

▷ Ergotherapie darf nicht erst im Rehabilitationszentrum beginnen. Sie gehört schon in den Akutbereich, will man nicht Ressourcen verschenken und damit Folgekosten steigern, z.B. durch verfrüht auftretende Pflegebedürftigkeit.

▷ Es bedarf eines problembezogenen Personalschlüssels von ca. 1 Ergotherapeuten auf 10 Betten in Rehabilitationseinrichtungen und von 1 zu 20 in Langzeithäusern und Pflegeheimen. Der alte Mensch braucht mehr Zeit, gesteckte Ziele zu erreichen und darf nicht unter Druck gesetzt werden, z.B. durch frühzeitig drohende Entlassung bzw. Einweisung in ein Pflegeheim, „weil ja doch nichts mehr zu machen ist“! Der Zeitfaktor muß bei der Personalbemessung berücksichtigt werden.

▷ Therapeutische Arbeit in der Rehabilitation erfordert ein interdisziplinäres Team, intensive Zusammenarbeit und gegenseitigen Austausch gerade über die spezielle Problemlage beim behinderten alten Menschen. Gefahr droht hier von den derzeitigen Privatisierungsbestrebungen. Sie dividieren das Team der Heilmittelerbringer auseinander. Budgetierung der ärztlichen Verordnungen, Kostendruck und der bestehende Leistungskatalog für ambulante Ergotherapie, der alle über die direkte Behandlung am Patienten hinausgehenden Tätigkeiten kaum berücksichtigt, verengen rehabilitative Maßnahmen auf reine Behandlungszeiten.

▷ Wir brauchen ausreichend verschiedene Einrichtungen stationärer und ambulanter Art - Akutkrankenhäuser, Langzeiteinrichtungen, Rehabilitationszentren speziell für alte Menschen, Pflegeheime mit unterschiedlichen Pflegestufen u.a.. Diese müssen eng miteinander verzahnt sein, denn ein schneller, problemloser Wechsel auch für kurzfristige Aufenthalte ohne Aufgabe der bestehenden Wohnung muß möglich sein.

Die Alterspyramide und ihre

weitere voraussehbare Entwicklung werden den Bedarf an Ergotherapie steigern. Als gesetzlich verankerte Heilmittelerbringer stehen wir in gesundheitspolitischer aber auch moralisch-ethischer Verantwortung, diesen

Bedarf zu sichern. Dazu brauchen wir die Unterstützung und Zusammenarbeit mit Ärzten und Wohlfahrtsverbänden. Ich sehe diese Veranstaltung als einen ersten Schritt in diese Richtung. □

## Therapeutische Aufgaben und praktische Möglichkeiten in der Rehabilitation im Bereich der Diätetik

□ Es gibt kein Mittel - keine Diät und keine Ernährung - gegen das Altern, aber wir können unsere Gesundheit schädigen und ein lästiges Altern provozieren, beispielsweise durch Übergewicht, durch Rauchen, durch zuviel Fett und Kochsalz aber auch durch zu wenig Calcium, zu wenig Eiweiß und Flüssigkeit.

Wir können aber auch sagen, die Jungen von heute sind die Älteren von morgen und uns nach dem Motto verhalten: „Ernähre dich heute schon richtig und du wirst langsamer und gesünder alt“.

Ich will damit deutlich machen, daß die Ernährungstherapie nicht erst dann einsetzen sollte, wenn man bereits das Rentenalter überschritten hat.

Es geht aber in meinem heutigen Beitrag nicht um Prävention und Gesundheitsförderung, sondern um die Rehabilitation alter Menschen aus der Sicht der Diätetik bzw. der Ernährungstherapie, auch wenn es vernünftig wäre, gesunde, vollwertige Ernährung - denn nur darum

geht es - bereits in jungen Jahren anzutrainieren. Wer von Ihnen kennt nicht das Sprichwort: „Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmer mehr“? Denn allen Bemühungen zum Trotz hält die Mehrzahl der alten Bundesbürger an ihren liebge gewordenen aber z.T. ungesunden Ernährungsgewohnheiten bis ins hohe Alter fest.

### Therapeutische Aufgaben in der Rehabilitation

Aus diesem Grunde haben wir es in der Geriatrie mit zwei Formen der „Altenernährung“ zu tun:

#### 1. Der übergewichtige Alte

mit allen Risiken der Adipositas wie

- ▷ Diabetis mellitus Typ II
  - ▷ Hyperurikämie / Gicht
  - ▷ Hypertonie
  - ▷ Hyperlipidämie / KHK
  - ▷ degenerative Gelenkveränderungen
  - ▷ Hernien / Varizen
  - ▷ Fettleber
- usw., die insgesamt zu einer erhöh-

ten Multimorbidität durch sog. ernährungsabhängige Krankheiten führt (Abb. 1).

Hier stellt sich die therapeutische Aufgabe des Diätassistenten

- a) in der Zubereitung oder Überwachung der erforderlichen Diät
  - b) in der Schulung und Beratung
    - ▷ des alten Menschen selbst,
    - ▷ der pflegenden Angehörigen oder
    - ▷ des Küchenpersonals von Alten- und Pflegeheimen u.ä.
- mit dem Ziel, die Multimorbidität zu reduzieren, die Zahl der Medikamente zu verringern und eine Verbesserung des subjektiven Lebensgefühls, z.B. durch Gewichtsreduktion, gute Blutzuckereinstellung und Senkung der Blutfette zu erreichen.

#### 2. Der mangelernährte Alte

Das Verhältnis von Übergewicht zu Untergewicht verändert sich deutlich mit zunehmendem Alter. Bei alten Alten (1:5) ist die Magersucht stark ausgeprägt und man weiß, Untergewicht und Krankheiten gehen im Alter Hand in Hand.

Die häufigsten Ursachen für Mangel- und Unterernährung im Alter sind:

- ▷ Altersdepression
- ▷ Verwirrheitszustände
- ▷ verminderter Appetit

▷ Einschränkung der Geruchs- und Geschmackssinne

▷ Kauschwierigkeiten

▷ Einsamkeit

▷ Medikamentennebenwirkung.

Die Bedeutung von Nährstoffen bzw. der Mangel an Nährstoffen als Ursache von Krankheiten beim alten Menschen macht die folgende Abbildung deutlich (Abb. 2). Am Beispiel von Calcium und Flüssigkeit läßt sich am besten zeigen, welchen Einfluß Ernährungstherapie und Ernährungsinformation für die Reduzierung altersbedingter Erkrankungen haben. CHAPUY und Mitarbeiter gaben 3.270 Frauen zwischen 69 und 106 Jahren zusätzlich zur üblichen Kost (mit durchschnittlich 520 mg Calcium) täglich 1,2 g Calcium. Sie konnten nachweisen, daß nach 18 Monaten 32 % weniger Frakturen außerhalb der Wirbelsäule und 43 % weniger Oberschenkelhalsbrüche zu verzeichnen waren. Ausreichende Flüssigkeitszufuhr mindert die Fallneigung. Verletzungen und Knochenbrüche - insbesondere bei Osteoporose - können auf diese Weise vermindert werden.

Aufgabe des Diätassistenten ist es, die Ursachen des Appetitmangels bzw. der reduzierten Nahrungsaufnahme zu suchen und Wege zu finden, wie der alte Mensch genügend Nahrung / Nährstoffe und Flüssigkeit zu sich

nimmt. Auch hier werden die Therapieansätze wie unter Punkt 1 aufgeführt wirksam.

### Praktische Möglichkeiten in der Rehabilitation

Das Gebiet „Alter und Ernährung“ ist in der BRD immer noch ein Stiefkind, wird aber bei der ständig größer werdenden Zahl alter Menschen immer mehr an Bedeutung gewinnen. Für den Diätassistenten ergäbe sich eine wichtige und humanitäre Aufgabe für die Zukunft, wenn andere, bessere Voraussetzungen für eine altengerechte Versorgung geschaffen würden. Dazu möchte ich Ihnen ein Beispiel geben.

Die Position des Diätassistenten im Altenheim gibt es erst seit einigen Jahren. Sie ist noch nicht sehr weit verbreitet. Bedenkt man, daß es nach Angaben des Kuratoriums Deutscher Altenhilfe in der BRD ca. 6.000 Altenheime und Seniorenzentren gibt, ist es umso erstaunlicher, daß es nur ca. 80 Diätassistenten gibt, die in derartigen Einrichtungen tätig sind (Abb. 3). Der Einsatz von Diätassistenten in Altenheimen sollte die Regel sein, weil durch eine gezielte Ernährungstherapie das Wohlbefinden des Betroffenen gesteigert werden kann, gleichzeitig aber auch Kosten für die Behandlung der Multimorbidität eingespart wer-

den können.

Kirchliche Verbände, Arbeiterwohlfahrt und ähnliche Einrichtungen sind aufgefordert, ihr Interesse für und an dem Beruf des Diätassistenten zu verstärken.

Warum gibt es keine „Gemeinde-Diätassistentin“, die ähnlich wie die Gemeindegewerkschaft regelmäßig alte Menschen und pflegende Familienangehörige ernährungstherapeutisch betreut? In jeder Sozialstation sollte ein Diätassistent tätig sein, der sowohl die Mitarbeiter der Sozialstation schult, als auch Hilfestellung bei der fachgerechten Zubereitung der Diät im häuslichen Bereich gibt.

Warum gibt es keine „Diätassistentin auf Rädern“? Ungeschulte Zivildienstleistende verteilen täglich Essen an alte Menschen. Hier könnte durch einen gezielten Einsatz von Diätassistenten praxisnahe Ernährungsberatung einsetzen; Hilfestellung bei der Aufnahme wichtiger Nährstoffe und genügender Flüssigkeit, um nur ein Beispiel zu nennen.

Ziel der Rehabilitation ist der Erhalt der Selbstbestimmung und Hilfestellungen zum Erhalt bzw. zur Verbesserung der Lebensqualität. Mit den vorerwähnten Möglichkeiten der Ernährungstherapie im Alter kämen wir der Vorstellung von Rehabilitation alter Menschen ein Stück näher (Abb. 4).

### Der übergewichtige alte Mensch

- **Vermehrte Kalorienzufuhr:**
  - Fettsucht
  - hoher Blutdruck
  - Diabetes Typ II
- **Ballaststoffarme Kost:**
  - Verstopfung
  - Divertikulitis
- **Zuviel Kochsalz:**
  - Bluthochdruck
  - Schlaganfall
- **Zuviel Fett:**
  - Fettstoffwechselstörung
  - Arteriosklerose usw.

Diät-Therapie zur Minimierung der Multimorbidität

Abb. 1

### Der mangelernährte alte Mensch

- **Mangel an Eiweiß und Kalorien:**
  - Schwächung der Körperabwehr
  - Müdigkeit, allgemeine Schwäche
  - Infektion, Druckgeschwür
- **Verringertes Trinken:**
  - Dehydration
  - niedriger Blutdruck
  - Fallneigung
- **Zuwenig Calcium und Vitamin D:**
  - Knochenschwund
  - Knochenbrüche
- **Zuwenig Folsäure / Eisen:**

Ernährungstherapie zur Verbesserung des Allgemeinzustandes

Abb. 2

### Rehabilitation im Alter

**Ist-Zustand:**  
6.000 Alteneinrichtungen mit ca. 500.000 Plätze

↓

ca. 80 Diätassistenten

↓

1 Diätassistent = 75 Alteneinrichtungen  
1 Diätassistent = 6.250 Bewohner

**Wunsch:**  
1 Diätassistent = 250 Bewohner

Stand: 1989

Abb. 3

### Rehabilitation im Alter

#### Notwendige Maßnahmen:

- mehr Diätassistenten in Alten- und Pflegeeinrichtungen
- ambulanter Ernährungs- (Diät-) Dienst  
- z. B. in Sozialstationen von Gemeinden / Städten
- häuslicher Ernährungs- (Diät-) Dienst  
- z. B. „Diätberatung auf Rädern“  
- Beratung / Schulung pflegender Angehöriger

Abb. 4

## Therapeutische Aufgaben und praktische Möglichkeiten in der Rehabilitation im Bereich der Krankengymnastik

□ Die Krankengymnastik / Physiotherapie hat sich in der Geriatrie und insbesondere in der geriatrischen Rehabilitation als unverzichtbarer Eckpfeiler des therapeutischen Konzepts bewährt.

Bereits in der Akutphase einer Erkrankung ist die physiotherapeutische Intervention mit dem Ziel der funktionellen Verbesserung der erste Schritt auf dem Weg zu einer möglichst vollständigen Rehabilitation. Je nach Krankheitsbild stehen dem Physiotherapeuten eine Reihe von speziellen Techniken und Methoden zur Verfügung, um die durch Morbidität entstandenen funktionellen Einbußen zu beheben, oder, wo dies nicht möglich ist, Ersatzfunktionen zu schulen. Die besonderen Merkmale des geriatrischen Klientels, wie z.B. Veränderungen des psychischen Verhaltens, Abbau intellektueller Leistungsfähigkeit, veränderte motorische Lernprozesse, erhöhte Immobilität und Instabilität, Seh- und Hörbehinderungen, Schwindel, Stoffwechselstörungen etc. müssen selbstverständlich berücksichtigt und

vom therapeutischen Ansatz mit erfaßt werden. Behandlungsziel der Physiotherapie ist dabei die Wiederherstellung der Selbständigkeit des Patienten, um seine Reintegration ins gesicherte soziale Umfeld zu ermöglichen und zu erleichtern.

Einen Überblick über physiotherapeutische Rehabilitationsansätze, der keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, gewährt die Tabelle 'Krankengymnastik in der Geriatrie'.

Das wohl bekannteste physiotherapeutische Konzept, bei dem die Verzahnung von frühfunktioneller und rehabilitativer Therapie am deutlichsten wird, ist die Behandlung von Hemiplegikern nach dem BOBATH-Konzept: Inhibition von Spastizität, Faszillitation und Bahnung von selektiven Bewegungsmustern, Therapie des Neglects, Schulung der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) bei Restspastizität und/oder schlaffen Paresen - um nur einige der wichtigsten Rehabilitationsgesichtspunkte zu nennen.

Ein besonderer Vorteil physiothe-

rapeutischer Rehabilitation liegt in der relativ langen Kontaktzeit pro Behandlung und Patient (mindestens 20 Minuten in der Regel und insbesondere bei neurologischen Patienten 30-45 Minuten), wodurch das wichtige Element der psychologischen Führung im Rehabilitationsprozeß ermöglicht und befördert wird.

Die wesentlichste Aufgabe, die sich derzeit in Bezug auf die physiotherapeutische geriatrische Rehabilitation stellt, ist die Einbettung physiotherapeutischer Techniken in ein Gesamtkonzept der Rehabilitation des in der Regel multimorbiden geriatrischen Patienten, sowie die Erarbeitung eines interdisziplinären Konzepts, das alle mit dem Patienten arbeitenden ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen (Pflegepersonal, Ergotherapeuten, Logopäden, Psychologen, Sozialarbeiter etc.) integriert.

Von Seiten des Berufsverbandes der Physiotherapeuten / Krankengymnasten (ZVK) ist diese Aufgabe als bedeutsam erkannt worden.

Mit der Gründung eines „Arbeitskreises Geriatrie im ZVK“ im April diesen Jahres, der auch Fortbildungsangebote für unseren Berufsstand erarbeiten und anbieten soll, sind diesbezüglich die Weichen gestellt worden.

Das Modell „Fachphysiotherapeut Geriatrie“ befindet sich zur Zeit in der berufspolitischen Diskussion unseres Berufsverbandes. Mit der Einführung des Unterrichtsfaches „Geriatrie“ in der schulischen Ausbildung zum Physiotherapeuten nach dem neuen Berufsgesetz ist zudem eine wichtiger Grundstein gelegt worden, die physiotherapeutische geriatrische Rehabilitation auf eine noch bessere und effizientere Basis zu stellen. □

Krankengymnastik in der Geriatrie			
Medizinischer Fachbereich	Krankheitsbild	Krankengymnastische Therapie	Therapieziel
Innere Medizin	Herzkrankungen, Herz-OP, Gefäßkrankungen, obstruktive u. restriktive Lungenerkrankungen, rheumatische Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen,	Entspannungstherapie, Herz-Kreislauf-Training, Atemtherapie, Mobilisationstechniken (Thorax, Extremitäten), unterstützende passive Maßnahmen (Eis, Wärme, Massage),	Entspannung, Verbesserung der allgemeinen Belastbarkeit, Verbesserung der Thoraxbeweglichkeit, Kontrakturprophylaxe, Erlernen von Atem- und Hustentechniken,
Neurologie	ZNS-Erkrankungen (Hemiplegie, MS), Erkrankungen des Rückenmarks (Querschnittslähmung), extrapyramidale Erkrankungen (Parkinson, Chorea), periphere Erkrankungen (Neuropathien), Z.n. Bandscheiben-OP, Kompressionssyndrome,	Krankengymnastische Techniken auf neurophysiologischer Basis (z.B. Bobath, PNF, Affolter, Brunkow, Manualtherapeutische Techniken), unterstützende passive Maßnahmen (Wärme, Eis, Lymphdrainage, Elektrotherapie), Einsatz von Geräten (z.B. Schlingentisch),	Hemmung pathologischer Tonusverhältnisse und Bewegungsmuster, Bahnung physiologischer Bewegungsmuster, Wahrnehmungsschulung, Kontrakturvermeidung, proximale Stabilisierung, Schulung von Feinmotorik und Koordination,
Orthopädie	degenerative Gelenkerkrankungen (Spondyloosen, Arthrosen, Prolaps), Osteoporose, entzündliche Gelenkerkrankungen (Gicht, Bechterew, CP),	KG-Techniken auf neurophysiologischer Basis, manualtherapeutische Techniken (Manuelle Therapie, Maitland, Cyriax) KG nach Brügger, FBL unterstützende passive Maßnahmen, Einsatz von Geräten, Bewegungsbad,	Mobilisierung bei Bewegungseinschränkung, Kontrakturbehandlung, Beseitigung muskulärer Dysbalancen, Stabilisation, Beseitigung von Relzständen, Haltungs- und Bewegungsschulung, Hilfsmittelversorgung,
Chirurgie	Fraktur nach Trauma (Schenkelhals-, Pertrochantäre Femur-Fraktur, Subkapitale Humerusfraktur, Wirbelkörperfraktur), Amputationen,	KG auf neurophysiologischer Basis, manualtherapeutische Techniken, unterstützende Maßnahmen (s.o.) Einsatz von Geräten, Bewegungsbad,	siehe Orthopädie, Schulung und Umgang mit Prothesen, evtl. Erlernen von Kompensations-Mechanismen,

## Therapeutische Aufgaben und praktische Möglichkeiten in der Rehabilitation im Bereich der Altenpflege

### I. Was ist Altenpflege?

☐ Die Angehörigen der Pflegeberufe kennen den gesetzlichen Rahmen, den die Gesundheitspolitik für die Zukunft geschaffen hat, inzwischen nur zu gut. Begriffe wie Gesundheitsstrukturgesetz, ambulantes Operieren, vor- und nachstationäre Behandlung, Pflegeversicherung und Leitgedanken wie „Rehabilitation vor Pflege“ oder „ambulant vor stationär“ sind unser „täglich Brot“.

Hatten lange Zeit die bestehenden außerordentlich leistungsstarken und aufwendigen Rehabilitationsangebote im System unserer sozialen Sicherung hauptsächlich die Aufgabe, die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben zu ermöglichen - unter dem Aspekt „Rehabilitation vor Rente“ - bestimmen heute SGB V und XI ausdrücklich, durch Rehabilitation Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern. Es gilt: Rehabilitation vor Pflege.

Zukünftig werden sich, ergänzend zu den Einrichtungen des

Gesundheitswesens, die Altenhilfe-einrichtungen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich verstärkt an rehabilitativen Zielen ausrichten. Um ein umfassendes Rehabilitationsangebot zu gewährleisten, ist eine Vernetzung aller Angebote unumgänglich.

Ein solches System kann aber nur funktionieren, wenn alle am Rehabilitationsprozeß Beteiligten regelmäßig interdisziplinär zusammenarbeiten: Pflegefachkräfte, Ärzte und Therapeuten.

Altenpflege ist also ein Teil dieser interdisziplinären Zusammenarbeit.

Altenpflege ist eine Profession auf der Grundlage des Berufsbildes Pflege.

Professionelle Pflege ist Lebenshilfe und für die Gesellschaft notwendige Dienstleistung, sie befaßt sich mit gesunden und kranken Menschen aller Altersstufen.

Es geht um die Wiederherstellung der physischen, psychischen und sozialen Funktionen und Aktivitäten des Lebens.

Pflege als Profession ist als eigenständiger und selbständiger Bereich des Gesundheitswesens und der Altenhilfe für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit, die Planung, Ausführung und Bewertung der Pflege zuständig und für die eigene Aus-, Fort- und Weiterbildung verantwortlich.

## 2. Was leistet Pflege?

Die wichtigste Aufgabe der Pflegefachkräfte besteht in der unmittelbaren Begleitung, Betreuung, Beratung und Versorgung von alten, behinderten, kranken, und hilfebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen.

Professionelle Pflege orientiert sich an den Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens. Unter dem Gesichtspunkt, daß jeder Mensch bei allen Aktivitäten in größtmöglicher Unabhängigkeit leben will, motiviert und leitet Pflege Gesunde und Kranke an, ihre Gesundheit zu erhalten oder wiederzuerlangen und wirkt mit bei der Eingliederung und Wiedereingliederung des Kranken oder Hilfebedürftigen in seinen Lebensraum. Die erforderlichen Aufgaben der Pflege orientieren sich nicht an Einzelmaßnahmen, sondern am gesunden und kranken Menschen in seiner Ganzheit.

Um die Ziele und Aufgaben der professionellen Pflege erfüllen zu können, bedarf es qualifizierter Ausbildungen wie Altenpflege und Krankenpflege aber auch entsprechender Fachweiterbildungen für bestimmte Pflegebereiche wie z.B. für die geriatrische Rehabilitation oder der Weiterbildung in der Gerontopsychiatrie. Mit unausgebildeten Pflegekräften, wie sie in den Alteneinrichtungen häufig zu finden sind, kann keine professionelle Pflege geleistet werden.

Zur ganzheitlichen fachgerechten Pflege wird die Kompetenz aller Pflegeberufe benötigt. So gehören z.B. zu dem Pflegeteam einer geriatrischen oder inneren Station eines Krankenhauses auch die Altenpflegerin, der Altenpfleger. Diese wichtige Berufsgruppe fehlt im Krankenhaus fast gänzlich. Ihr Einsatz ist auch in der ambulanten Pflege noch zu wenig akzeptiert.

Die neue Altenpflegeausbildung in NRW (die dritte Lesung zum Altenpflegegesetz NRW soll heute im Landtag sein) und die angestrebte einheitliche Grundausbildung für alle Pflegeberufe schafft hoffentlich auf lange Sicht Abhilfe aus diesem Dilemma.

Zukünftig wird sich auch noch ein anderes Fenster im Bereich der

Pflege öffnen. Es wird Aufgabe der Pflegewissenschaft sein, die therapeutische Wirkung von Pflege mit pflegewissenschaftlichen Instrumenten und Methoden nachzuweisen.

Jeder Arzt wird inzwischen bestätigen können, daß professionelle Pflege grundlegend mitwirkt bei der ärztlichen Behandlung. Gerade auch im Bereich der hier diskutierten Rehabilitation im Alter ist davon auszugehen, daß ärztliche Behandlung ohne fachkompetente Pflege nicht den entsprechenden Erfolg zeigt.

Inzwischen ist es selbstverständlich, daß aktivierende und rehabilitative Pflegekonzepte wie Pflege nach Bobath, Kinästhetik und basale Stimulation fester Bestandteil der Ausbildung von Pflegefachkräften in der Altenpflege und der Krankenpflege sind. Auch in den Ausbildungen der anderen Berufsgruppen, die heute morgen hier zu Wort kamen, findet sich verwandtes Grundlagenwissen. Die Erkenntnis der Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit, d.h. ein ganzheitliches Pflege- und Therapiekonzept zu verfolgen, steht heute außer Frage, auch wenn es in der Praxis noch zeitweise Kommunikationsprobleme gibt.

## 3. Was braucht Altenpflege?

Das in der Ausbildung erworbene Wissen allein genügt nicht. Es müssen strukturelle Bedingungen geschaffen werden, die es ermöglichen, dieses Wissen zielgerichtet in der Praxis anzuwenden.

- ▷ 1. Es fehlen immer noch in vielen Einrichtungen verbindliche Betriebskonzepte, obwohl inzwischen jeder weiß, daß sich nur auf der Grundlage von Betriebskonzepten entsprechende Pflege-, Behandlungs-, Rehabilitations- und Betreuungskonzepte sinnvoll anwenden lassen.
- ▷ 2. Zur verantwortlichen Mitgestaltung und Umsetzung des Betriebskonzeptes benötigen die Einrichtungsleitungen spezielle Kompetenzen wie Leitungskompetenz, betriebswirtschaftliche Kompetenz und Pflegekompetenz. Das muß bei Stellenbesetzungen berücksichtigt werden. Die AbsolventInnen des Fachhochschulstudiums Pflegemanagement werden in diesen Kompetenzen ausgebildet. Aus diesem Studiengang rekrutieren sich zukünftig die Führungskräfte für Einrichtungen im Gesundheitswesen und in der Altenhilfe.

- ▷ 3. Es fehlen qualifizierte Pflegefachkräfte, d.h. Altenpflegerinnen und Altenpfleger. In den Einrichtungen der Altenhilfe müssen mindestens 80 % ausgebildete Pflegefachkräfte arbeiten, damit die notwendigen Pflegekonzepte fachgerecht umgesetzt werden können, zur Sicherheit der Pflegebedürftigen und zur Sicherheit des Pflegepersonals. Auch muß darauf hingewirkt werden, daß zukünftig niemand mehr in einer Alteneinrichtung arbeitet, der nicht mindestens AltenpflegehelferIn ist (max. 20 % der Pflegekräfte).
- ▷ 4. Für die Umsetzung der rehabilitativen Pflege fehlen, besonders im extramuralen Bereich, die finanziellen Grundlagen. Hier geht die Forderung an die Kostenträger, den Aufwand für rehabilitative Pflege kostendeckend in die Vergütungsvereinbarungen miteinzubeziehen. Im Zuge der Professionalisierung der Pflege ist aktivierende Pflege inzwischen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich in der Regel selbstverständlich

geworden. In den modernen Pflegekonzepten hat sie ihren Platz, rehabilitative Pflege dagegen ist noch wenigen Patienten vorbehalten. Die Plätze in den stationären Einrichtungen decken längst nicht den Bedarf. Es ist sogar schon vorgekommen, daß manchem älteren Patienten aufgrund seines Alters keine Rehabilitation bewilligt wurde. Ausgrenzung aufgrund von Alter? Hier stellt sich die Notwendigkeit einer ethischen Betrachtungsweise des Themas: Rehabilitation im Alter.

- ▷ 5. Die Kosten für Fort- und Weiterbildung müssen in die Pflegesätze und Vergütungsvereinbarungen einbezogen werden. Die Erfordernisse der Praxis haben gezeigt, daß es im Bereich der geriatrischen Rehabilitation einen großen Wissensbedarf gibt. Der DBfK hat, auch als notwendigen Beitrag zur Professionalisierung der Pflege, ein Weiterbildungskonzept entwickelt, das sich der geriatrischen Rehabilitation widmet. Es richtet sich an AltenpflegerInnen, Krankenschwestern und Krankenpfleger, die überwie-

gend mit älteren Menschen arbeiten. Die Weiterbildung führt zu einer anerkannten Qualifikation in der umfassenden, rehabilitierenden und therapeutischen Pflege älterer Menschen. Fachwissen wird

erworben in Bereichen wie Rehabilitation bei Hemiplegie, gerontopsychiatrische Pflege, Pflege krebskranker älterer Menschen und vielen anderen Gebieten. □

## Rehabilitation im Alter als Aufgabe der Sozialarbeit

□ In der alltäglichen Praxis haben sich Sozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen mit den Versorgungsproblemen bei behinderten und chronisch kranken alten Menschen in den Wohlfahrtsverbänden, den Krankenhäusern, Gesundheitsämtern, den Sozialverwaltungen, den Reha-Trägern und in Selbsthilfegruppen immer schon befaßt.

Hier möchte ich kurz eingehen auf einige theoretische Überlegungen zur Sozialarbeit und auf eine konzeptionelle Grundlage für den Bereich der ambulanten Rehabilitation alter Menschen und Qualitätssicherung nach Krankenhausentlassung.

Ich möchte hierzu folgendes beschreiben:

1. Eine geeignete Definition von Gesundheit
  2. Die Theorie und Definition der Sozialarbeit für diesen Bereich
  3. Einen methodischen Ansatz der multiprofessionellen Teamarbeit und Gesamt-Reha-Planerstellung.
- Hierzu werde ich auf meine mehrjährige Erfahrung als Sozialarbeiter

in der Rehabilitationsberatung der Beratungsstelle für „Alte, Kranke und körperlich Behinderte“ des Gesundheitsamtes Düsseldorf zurückgreifen.

### Definition von Gesundheit

Die Entwicklung von Theorieansätzen und das Vorliegen von Untersuchungsergebnissen der Sozialwissenschaften haben in den letzten Jahren die Auffassung von Gesundheit und Krankheit entscheidend beeinflußt. Heute sind die Abhängigkeiten der Gesundheit und Krankheit von einer Vielzahl sozialer und psychosozialer Risikofaktoren empirisch belegt. Es ist notwendig, einen ganzheitlichen Gesundheitsbegriff, wie ihn die WHO definiert hat, konsequent in die praktische Arbeit umzusetzen.

*„Unter Gesundheit verstehen wir einen Zustand des vollkommenen (völligen) körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht das Freisein von Krankheiten und Gebrechen.“*  
(Weltgesundheitsorganisation 1948)

Dieser Gesundheitsbegriff stellt einem ausschließlich naturwissenschaftlichen (mechanistischen Wissenschaftsverständnis) ein ökologisches Verständnis gegenüber. Dieses Verständnis von Gesundheit ermöglicht es in neuen Konzepten biologische, psychische, soziale, politische und kulturelle Aspekte zueinander in Beziehung zu setzen und diese zu integrieren. Es soll also nicht die gesellschaftlich determinierte Idealisierung von Gesundheit übernommen werden, sondern Ziel ist die bestmögliche Lebenszufriedenheit - auch unter Möglichkeiten, die durch Krankheit und Gebrechen eingeschränkt sind. Sozialarbeit spielt bei der Umsetzung dieser Idee eine zentrale Rolle, indem sie ihre Profession einsetzt und bereit ist, strukturelle Bedingungen in Institutionen in der Beratung und Betreuung im Sinne ihrer Klienten mitzugestalten.

Auf der Grundlage dieses Gesundheitsbegriffes kann Rehabilitationsarbeit nur berufsgruppenübergreifend im Team geleistet werden.

### Theorie und Definition der Sozialarbeit für diesen Bereich

*„Sozialarbeit als professionelles Handeln richtet sich an einzelne, Gruppen und an das Gemeinwesen. Sie unterscheidet sich von anderen*

*Hilfen für den Menschen dadurch, daß sie sich nicht nur auf Teilbereiche der Adressaten beschränkt, sondern sie in ihrer Gesamtheit sieht. Für diese ganzheitliche Sichtweise ist die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (Ärzte, Krankenpflegepersonal, Psychologen, Krankengymnasten, Ergotherapeuten u.a.) erforderlich. Das Ziel der sozialen Arbeit ist es, die Fähigkeiten des Menschen in psychosozialer Notlage so zu aktivieren, daß er ein für ihn angemessenes, möglichst selbstbestimmtes Leben führen kann.*

*Sozialarbeit im Gesundheitswesen vollzieht sich in den Bereichen:*

- ▷ Prävention,
- ▷ Beratung, Begleitung, Therapie und
- ▷ Rehabilitation“.

*(Sozialarbeit im Gesundheitswesen in NW, Broschüre des Berufsverbandes der Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Heilpädagogen, Emmastr. 3, 40227 Düsseldorf)*

### Multiprofessionelle Teamarbeit und Gesamtplanerstellung für geriatrische Patienten

Durch die Einrichtung von speziellen Kliniken und Abteilungen für Geriatrie sind für Patienten im fortgeschrittenen Alter in der stationä-

ren Rehabilitation bekanntermaßen große Fortschritte erreicht worden. Allerdings bestehen in der Nachsorge Defizite, vor allem bei der Vernetzung der stationären Betreuung mit dem ambulanten Versorgungssystem in den Gemeinden zum Zeitpunkt der Klinikentlassung. Die Beratungsstelle für „Alte, Kranke und körperlich Behinderte“ im Gesundheitsamt Düsseldorf betreut daher seit 1988 Patienten bereits vor der Klinikentlassung. Ein sozialmedizinisches Team (Arzt/Ärztin, Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin und Fachkrankenschwester) erarbeitet mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie mit den Ärzten, Krankengymnasten, Ergotherapeuten und dem sozialen Dienst der Klinik einen Rehabilitationsplan für die Rückkehr des Patienten in den häuslichen Bereich. Diese Planung umfaßt die ersten Monate nach Klinikentlassung und berücksichtigt alle Fragen der medizinischen, psychosozialen und ambulanten Betreuung. Die Hilfsmittelversorgung ist hierbei von zentraler Bedeutung.

Ein solches Versorgungskonzept fußt auf dem gesetzlichen Auftrag einer Gesamtplanerstellung der Rehabilitation, nach § 46 des Bundessozialhilfegesetzes. Die Zuständigkeit anderer Reha-Träger, z.B. der

Krankenkassen, ist durch § 5 Abs. 3 des Reha-Angleichungsgesetzes geregelt. Hinzu kommen jetzt gesetzliche Änderungen im Bereich Sozialgesetzbuch V und des neu hinzugekommenen Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflegeversicherungsgesetz) vom 28.05.94.

Bisher galt als gesetzliche Grundlage bereits:

§ 10, Eingliederung Behinderter im Sozialgesetzbuch Teil I:

„Wer körperlich, geistig oder seelisch behindert ist oder wem eine solche Behinderung droht, hat ein Recht auf die Hilfe, die notwendig ist, um

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern,
2. ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben zu sichern“.

Im einzelnen sind die notwendigen Maßnahmen in § 29 SGB I aufgeführt.

Ursprünglich sollte die Rehabilitation der Reintegration jüngerer Behinderter ins Arbeitsleben dienen. Heute sind Rehabilitationsmaßnahmen ebenso für behinderte Ältere eine Pflichtleistung der zuständigen

Reha-Träger.

§ 46 des Bundessozialhilfegesetzes sagt hierzu:

- „1. Der Träger der Sozialhilfe stellt so frühzeitig wie möglich einen Gesamtplan zur Durchführung der einzelnen Maßnahmen auf.
2. Bei der Ausstellung des Gesamtplanes und der Durchführung der Maßnahmen wirkt der Träger der Sozialhilfe mit dem Behinderten und den sonst im Einzelfall Beteiligten, vor allem mit dem behandelnden Arzt, dem Gesundheitsamt, dem Landesarzt (§ 126 A), dem Jugendamt und den Dienststellen der Bundesanstalt für Arbeit zusammen.“

Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge sagt in seinem Fachlexikon der sozialen Arbeit, 3. Auflage 1993, zur Gesamtplanerstellung in der Rehabilitation:

„Der Gesamtplan der Rehabilitation ... soll angeben, was zur vollständigen und dauerhaften Eingliederung/Wiedereingliederung erforderlich ist, vor allem: Art der Behinderung und Gründe für die Notwendigkeit der Rehabilitation, Ziel, Art, Beginn, Dauer und Ort der Durchführung der vorgesehenen Maßnahmen und Leistungen, beteiligte Träger, Stellen und sonst zu Beteiligende,

Ergebnisse bereits durchgeführter Maßnahmen. Er ist insbesondere aufzustellen, wenn das Rehabilitationsverfahren mehrere Maßnahmen umfaßt oder andere Träger und Stellen daran beteiligt sind ...“.

Die Beratungsstelle für „Alte, Kranke und körperlich Behinderte“ des Gesundheitsamtes betreut seit 1988 nach diesem Konzept einer Gesamtplanerstellung der Rehabilitation speziell altersbehinderte Patienten.

In der Folge wird ein solcher Gesamtplan für die alterstypischen Behinderungen exemplarisch dargestellt. Die typischen Diagnosen bei einem Altersmedian von 77 Jahren waren für den Zeitraum des Jahres 1990 (nach Häufigkeit geordnet):

- ▷ Cerebraler Insult mit Paresen,
- ▷ Oberschenkelhalsfrakturen,
- ▷ Herzinsuffizienz,
- ▷ Diabetes mellitus,
- ▷ Durchblutungsstörungen,
- ▷ psychiatrische Erkrankungen in Haupt- und Nebendiagnosen (in Nebendiagnosen ca. 30 %, Stichwort: Multimorbidität).

Ein Gesamtplan für diese Alterspatienten umfaßt in unserer Beratungsstelle folgende Aspekte:

## Gesamtplan im Sinne § 46 BSHG für geriatrische Patienten (medizinische und soziale Rehabilitation)

<p><b>1. Medizinischer Befund</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anamnese</li> <li>- Diagnose</li> <li>- Prognose</li> </ul> <p><b>2. Therapievorschläge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Krankengymnastik</li> <li>- Ergotherapie</li> <li>- Sprachtherapie</li> <li>- Behindertensport, -schwimmen</li> <li>- Anschluheilbehandlung/Kur/Kururlaub/Urlaub</li> <li>- Hilfsmittelversorgung (an der Person)</li> <li>- Pflegehilfsmittel</li> </ul> <p><b>3. Ambulante Versorgung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Haushaltshilfe § 11 3 BSHG</li> <li>- Hauspflege § 70 BSHG</li> <li>- Behandlungspflege</li> <li>- Grundpflege</li> <li>- ISB / mobile Hilfe</li> <li>- Essen auf Rädern</li> </ul> <p><b>4. Finanzielle Hilfen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rentenberatung in Zusammenarbeit mit dem Versicherungsamt der Stadt Düsseldorf</li> <li>- Hilfe zum Lebensunterhalt nach BSHG</li> <li>- § 11 3 BSHG Haushaltshilfe</li> <li>- § 68 2 BSHG Pflegebeihilfe</li> <li>- § 68 3 Pflegebeihilfe</li> <li>- § 23 BSHG Mehrbedarf</li> <li>- Diatzulage (BSHG)</li> <li>- § 39 Eingliederungshilfen BSHG</li> <li>- § 37 Krankenhilfe</li> <li>- Behindertenfahrdienst und Einzelfahrten mit dem Taxi nach § 40 (1) 8 BSHG</li> <li>- Ambulante Hilfen, Pflegegeld der Krankenkassen</li> </ul>	<p><b>5. Nachteilsausgleiche (Schwerbehindertenausweis):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beratung bei Antragstellung / im Widerspruch</li> <li>- Steuervergünstigungen</li> <li>- Freifahrt Bahn, Straßenbahn, Bus, Autosteuer, Versicherung</li> <li>- Rundfunk- und Fernsehgebuhrenbefreiung</li> <li>- Telefongebuhrenbefreiung</li> <li>- Behindertenparkplatz</li> </ul> <p><b>6. Wohnung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- altengerechte Wohnung, behindertengerechte Wohnung</li> <li>- Umbauten</li> <li>- Hilfsmittelversorgung im Eingangsbereich in der Wohnung: Treppe/Aufzug, Bad/WC, Türbreiten, Küche und andere Räume</li> <li>- finanzielle Hilfen: Landesmittel und städt. Zuschüsse und Hilfen nach BSHG</li> </ul> <p><b>7. Kommunikationsmittel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tastentelefon</li> <li>- Behindertentelefon</li> <li>- Hausnotrufsystem</li> </ul> <p><b>8. Familien, Angehörigenberatung und soziale Netzwerkarbeit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient (psychosoziale Situation und Situation der Familienangehörigen)</li> <li>- Nachbarn und Bekannte</li> <li>- professionelle Helfer</li> <li>- Freizeitzentrum</li> <li>- Selbsthilfegruppen</li> </ul> <p><b>9. Beratung über Leistungen anderer Rehatrager (RVO, SGB) u.a.</b></p> <p><b>10. Nachsorge / Wiedervorlage</b></p>
---	---

Eine geeignete Wohnung und adäquate Hilfsmittel sind bei älteren Behinderten für die Versorgung nach Krankenhausaufenthalt von zentraler Bedeutung. Dies bereitet vor allem in Großstädten wie Düsseldorf besondere Schwierigkeiten in der Betreuung. Weder stehen genügend Altenheimplatze zur Verfügung noch ausreichend behinderten- und altengerechte Wohnungen. In der Regel besteht daher nur die Möglichkeit, die Wohnungen der Patienten so gut wie möglich bereits vor der Krankenhausentlassung für die Behinderung-

gen zu adaptieren. Um Heimaufnahmen möglichst zu verhindern, ist es das Ziel des Gesundheitsamtes, das Wohnumfeld des Patienten so auszugestalten, daß er weitgehend eigenständig leben kann. Finanzierungen von Wohnungsumbauten und Hilfsmitteln erfolgen über BSHG, RVO oder über Landeszuschüsse, die von den Wohnungsmtern der einzelnen Städte vergeben werden können.

Typische Problemstellungen und Lösungen durch Hilfsmittel werden in folgender Tabelle verdeutlicht:

## Hilfsmittelversorgung

Problem / Fragestellung	Lösungsvorschlag / Hilfsmittel
Eingangsbereich (wenige Stufen) bei Gehbehinderung bei Rollstuhlfahrer	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beidseitiger Handlauf</li> <li>• Rollstuhlrampe Baumaßnahme, Aufzug</li> <li>• Rollstuhlrampe mobil (Aluschienen)</li> </ul>
Treppenhaus (Überwindung der Treppen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Treppensteiger (z.B. scalamobil: der Treppensteiger ist am Rollstuhl befestigt und wird von einer eingewiesenen Hilfskraft oder von Angehörigen bedient.</li> <li>• Treppenraupe (ähnlich wie scalamobil)</li> <li>• Der Behindertenfahrdienst der Stadt Düsseldorf. Der Behinderte wird von 2 Zivildienstleistenden aus der Wohnung heruntergetragen und mit einem Fahrzeug mit Rollstuhlrampe transportiert.</li> </ul>
Badezimmer und WC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haltegriffe an Bad und WC (Edelstahl oder Kunststoff)</li> <li>• Rutschbrett und Badewannensitz für die Wanne</li> <li>• Badewannenlifter, der in der Wanne betrieben werden kann, z.B. Aquatec</li> <li>• fahrbarer Toilettenstuhl</li> <li>• erhöhtes Toilettenbecken oder Toilettsitzerhöhung ggfs. mit Armstützen</li> <li>• Duschrollstuhl, Duschklappsitz, Duschhocker</li> </ul>
Schlafzimmer (Aufstehen aus dem Bett)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bettenerhöhung durch Unterkonstruktion bei vorhandenen Betten (Erhöhung auf 50 cm)</li> <li>• Seniorenbett (Mindesthöhe 50 cm) mit fester Matratze)</li> </ul>
Bettlägerigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterschiedliche Pflegebetten bis hin zum elektrohydraulischen Pflegebett mit unterschiedlichem Zubehör</li> </ul>
Gehbehinderung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterarmgehstütze, Vierpunktstock, Gehbock und Deltagehrad</li> </ul>
Rollstühle (auch für die Wohnung)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• normale Faltrollstühle und Spezialrollstühle wie z.B. Stehrollstuhl oder andere spezielle Elektrorollstühle für die Wohnung, spezielle Küchenrollstühle</li> </ul>
Haushaltsführung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• behindertengerechte Küche, Essen auf Rädern</li> <li>• Greifzange, verlängerter Schuhanzieher, elektrischer Dosenöffner, Mikrowellenherd u.a.</li> </ul>
„Stolperfallen“	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Im ganzen Wohnbereich sollten Teppichbrücken oder lose Teppichböden als Stolperfallen entfernt oder befestigt werden. (Ähnliches gilt für Telefonkabel). Dusch- und Badematten für Dusche und Wanne sind sinnvoll.</li> </ul>
Kommunikationshilfen vor allem für Einzelpersonen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tastentelefone</li> <li>• Behindertengerechtes Tastentelefon</li> <li>• Hausnotrufsystem (sogenannter Funkfinger, der um den Hals getragen wird). Der Behinderte kann zu jeder Zeit, an jedem Ort seiner Wohnung Hilfe herbeirufen, wenn er gestürzt ist.</li> </ul>

## Interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem therapeutischen Team

□ Den Schwerpunkt ihrer Aufgabe sieht die geriatrische Rehabilitation, aber auch jede Diagnostik und Akut-Therapie beim älteren Patienten, in dem Ziel, Abhängigkeit bei Erkrankung zu vermeiden bzw. zu minimieren und soweit wie möglich wieder eine Integration in ein bestimmtes soziales Umfeld zu erreichen. Also Funktionalität und damit in gewisser Weise Lebensqualität anzuheben, das sollte das Ziel jeder geriatrischen Maßnahme sein. Im Bereich der Rehabilitation versucht man, die durch ein akutes Ereignis oder Verschleißerscheinungen beeinträchtigte Funktionsfähigkeit des Älteren soweit wieder herzustellen bzw. zu fördern, daß er ein möglichst selbständiges und von fremder Hilfe unabhängiges Leben in der ihm vertrauten Umgebung weiterführen kann.

Um gezielt auf dieses angestrebte Ergebnis hin therapieren zu können, muß natürlich das Ensemble der körperlichen, der seelischen und sozialen Hintergründe und ihre Auswirkung auf die Erkrankung zum Ausgangspunkt der Behandlung

gemacht werden. Im Einzelfall hat man sogar oft den Eindruck, und dies wurde auch durch Studien bestätigt, z.B. die Erhebung von Frau Prof. Falck in Berlin im Auftrag der Bundesregierung, daß nicht so sehr die organmedizinischen Fragestellungen bei geriatrischen Maßnahmen im Vordergrund stehen, sondern die sozialen und psychologischen Einflußfaktoren.

Aus dem Prinzip der Ganzheitlichkeit, also die Person des zu Rehabilitierenden steht im Mittelpunkt, und der funktionellen Zielsetzung resultiert das wesentliche Strukturelement geriatrischer Rehabilitation: Die Zusammenarbeit der verschiedenen Teilgebiete, die zu einer Reintegration benötigt werden. Wir sprechen in diesem Zusammenhang gern vom Team, also von der Mannschaft, die die rehabilitative Aufgabe erfolgreich bewältigen soll. Jede Fußballmannschaft braucht aber auch einen Kapitän, den Teamleiter.

Dies kann im Einzelfall recht unterschiedlich sein. In der Regel ist der Teamleiter der Arzt. Fast immer ist in irgendeiner Form die Pflege

miteinbezogen, des weiteren Gymnastik und Ergotherapie. Dazu können Logopädie, Diätberatung, Familientherapie, Sozialarbeit, Seelsorge, Psychologie, Wohnberatung, Hilfsmittelberatung und rechtliche Beratung kommen. Oft vergessen wird, daß zu diesem Team natürlich auch der Patient und manchmal seine Angehörigen gehören. Denn mögliche Therapieschwerpunkte können nur gemeinsam mit dem älteren Menschen unter Berücksichtigung seiner individuellen Bedürfnisse festgelegt werden. Denn gerade bei ihnen ist es notwendig, ein individuell abgestimmtes Therapiekonzept zu erstellen, da fast immer zusätzlich vorhandene Erkrankungen und Altersveränderungen, sowie natürlich auch seine Einstellung zum Leben berücksichtigt werden müssen.

Diese interdisziplinäre aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit, die ohne Zweifel notwendig ist, um einen ganzheitlichen Erfolg, im Sinne der Geriatrie „Abhängigkeit zu vermeiden bzw. zu vermindern“, zu haben, haben aber alle notwendigen Teammitglieder in der Regel nicht gelernt.

Der Arzt, wie gesagt als Teamleiter, lernt in seiner Ausbildung überhaupt nichts über pflegerische Pro-

bleme und Möglichkeiten, über die Möglichkeiten der Gymnastik, der Ergotherapie, der Logopädie usw.. Wie soll er die Teamleitung übernehmen, wenn er keine Kenntnisse in diesen Bereichen besitzt. Die geriatrische Weiterbildung, die leider vom Land Nordrhein-Westfalen bisher durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales blockiert wird, wird hier vielleicht helfen.

Gleiches gilt im übrigen in der Regel für die anderen Teammitglieder. Für die Pflegekräfte schien es so, als würde sich hier eine ähnliche Ausbildung durchsetzen, wie sie für die Ärzte von der Bundesärztekammer vor zwei Jahren empfohlen wurde. Ich denke dabei an die geriatrische Rehabilitationsschwester des DBfK oder die Geriatrie-Schwester in Hamburg. Während in Hamburg anscheinend die Ausbildung recht gut funktioniert, geschieht in Nordrhein-Westfalen auf diesem Gebiet nur sehr wenig. Allein die Modellversuche Geronto-Psychiatrie sind erfolgreich abgeschlossen worden und eine entsprechende Ausbildung für eine kleine Gruppe ist angelaufen. Für alle anderen Teambereiche fehlen solche Strukturen.

Aber was wir schon bei den jetzigen Chefärzten (den Teamleitern der Ärzte im Krankenhaus) beklagen,

wird in der täglichen Praxis des geriatrisch tätigen Arztes in seiner Teamleiterfunktion zur direkten Bedrohung. Er hat keine Managementausbildung, Umgehen mit anderen Disziplinen, dabei Führungsqualität darstellen, sie erfolgreich in einem großen Ganzen zu integrieren und so einzusetzen, daß dabei auch Motivation zur Leistung entsteht. Dabei darf er bei unseren beschränkten Ressourcen auch nicht die Wirtschaftlichkeit aus dem Auge verlieren. Nur die Krankenschwester hat bisher eine entsprechende Ausbildung im Management anzubieten, ich denke hier an den Stationsleitungs- bzw. Pflegedienstleitungskurs.

Ein bisher nicht zu unterschätzendes Problem ist auch, daß die traditionell hierarchischen Organisationsstrukturen des medizinischen Personals („der Arzt und seine Gehilfen“) in einem solchen Team geradezu disfunktional sind. Angefangen von der Einschätzung des Rehabilitationspotentials bei Aufnahme und der Formulierung eines Behandlungsziels bis zur Entlassungsvorbereitung müssen alle therapeutischen Berufsgruppen völlig gleichberechtigt zur Planung und Durchführung der Therapie beitragen.

Der Arzt wird den Allgemeinzustand, die Belastbarkeit und die Pro-

gnose des Patienten einschätzen und gemeinsam mit anderen Teammitgliedern einen Behandlungsplan erstellen, ihn auf dieser Basis anordnen und ihre Durchführung überwachen. Aber die wichtigen Entscheidungen des gesamten Rehabilitationsverlaufes werden nach gemeinsamem Abwägen und Erörtern aller Probleme und Ressourcen des Patienten im therapeutischen Team in Absprache mit dem Patienten bzw. seinen Angehörigen getroffen.

Bei den regelmäßig stattfindenden Teamsitzungen werden Erkenntnisse und Eindrücke über den aktuellen Behandlungsstand ausgetauscht, die die einzelnen bei ihrer Arbeit mit dem Patienten gewonnen haben, soweit diese Informationen von Bedeutung für den weiteren Therapieverlauf sind.

Das Ergebnis eines Hausbesuchs durch den Ergotherapeuten löst unter Umständen mehr Aktivitäten beim Sozialdienst (z.B. Hilfsmittelversorgung, Veranlassung von Umbauten in der Wohnung), bei der Krankengymnastik (Anpassungstraining) aus, als bei den Ergotherapeuten selber. Immer wieder wird die Therapieplanung dem Verlauf entsprechend verändert und nötigenfalls wird z.B. auch das ursprüngliche

Behandlungsziel durch ein (erweitertes oder reduziertes) anderes ersetzt werden müssen.

Um eine solch erfolgreiche Teamarbeit sicherzustellen, ist es natürlich notwendig, die heute in der Medizin üblich gewordene Selbstdarstellung und Abgrenzung gegenüber anderen Fachbereichen aufzugeben und eine richtige Einschätzung der eigenen Wertigkeit im gesamten Rehabilitationsplan zu haben. Dies ist ein Lernprozeß in einer Gesellschaft, in der „Selbstdarsteller“ hervorgehoben werden und dementsprechend auch einen hohen sozialen Status genießen.

Die gemeinsame Arbeit an einem Projekt, das Wir-Gefühl einer Problemlösung, ist ja fast ein Tabu-

Thema in unserer Gesellschaft. Dieser Sicht steht das geriatrische Team direkt entgegen. So braucht die Medizin auch keinen runden Tisch der Politik zu erfinden, um ihre Probleme zu lösen. Das geriatrische Team ist der runde Tisch der Medizin. Und daß es erfolgreich arbeitet, beweisen inzwischen viele erfolgreiche geriatrische stationäre Einrichtungen. Unser aller Aufgabe wird es sein, darauf zu achten, daß Geriatrie auch immer mit dem geriatrischen Teamgedanken verbunden bleibt. Und was mir momentan fast wichtiger erscheint, daß der Teamgedanke sich in allen Bereichen der stationären bzw. ambulanten Betreuung Älterer durchsetzt. □

## Die heutigen Rechtsgrundlagen für die geriatrische Rehabilitation

### Inhaltsverzeichnis

- 1 Der Begriff der „Geriatrischen Rehabilitation“ ist kein Rechtsbegriff
- 2 Geriatrische Rehabilitation im Sozialleistungsrecht
  - 2.1 Sozialhilferecht
  - 2.2 Sozialversicherungen
    - 2.2.1 Das Verhältnis von Krankenversicherung und Pflegeversicherung
    - 2.2.2 Geriatrische Rehabilitation in der Krankenversicherung
    - 2.2.3 Geriatrische Rehabilitation in der Pflegeversicherung
      - 2.2.3.1 Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation
      - 2.2.3.2 Sicherung der geriatrischen Rehabilitation
- 3 Offene Fragen bei der Geriatrischen Rehabilitation
  - 3.1 Die Erfassung der häuslichen Situation
  - 3.2 Sicherung der Rehabilitation in der stationären Pflegeeinrichtung
  - 3.3 Die Schnittstellenproblematik: Akutversorgung - Geriatrische Rehabilitation
  - 3.4 Das Problem des Zusammenwirkens von medizinischer und sozialer Intervention
  - 3.5 Qualitätssicherung und geriatrische Rehabilitation
- 4 Zusammenfassung

## 1 Der Begriff der „Geriatrischen Rehabilitation“ ist kein Rechtsbegriff

Der Begriff der „Geriatrischen Rehabilitation“ ist (noch) kein rechtlicher Begriff. Eine Suche nach den gesetzlichen Grundlagen der geriatrischen Rehabilitation auf der Basis nur dieses Begriffes erübrigt sich also.

Aber es geht nicht um Begriffe, es geht um die Sache der geriatrischen Rehabilitation. Aus diesem Grund empfiehlt es sich, zunächst einmal inhaltlich zu umreißen, was die geriatrische Rehabilitation ausmacht:

Geriatrische Rehabilitation umfaßt verschiedene Arten der Rehabilitation an verschiedenen Orten. Im Zentrum steht die medizinische Rehabilitation, die in der Akutklinik wie auch an anderen Orten vorgenommen werden kann. Ebensoviele Gewichte kann aber auch der Prävention im Sinne von Vermeidung einer Pflegebedürftigkeit schon im häuslichen Milieu zukommen. Geriatrische Rehabilitation umfaßt in ihrem Umfeld auch Maßnahmen nicht-medizinischer Art - hier kurz soziale Rehabilitation genannt. Darunter fallen z.B. die Maßnahmen zur Wiederherstellung oder Sicherung der Kommunikationsfähigkeit einer Person, die Maßnahmen psychosozialer Art, die Maß-

nahmen zur Vermeidung von Isolation, letztlich alle Maßnahmen, die dazu dienen, der Person wieder Eigenkompetenz zu verschaffen.

Geriatrische Rehabilitation spielt sich inhaltlich auf den Achsen medizinisch - sozial und - von den Orten her gesehen - auf den Achsen häuslich - teilstationär - stationär ab. Auf die mannigfaltigen Übergangsformen, Kombinationsmöglichkeiten und Formen je individueller Rehabilitation soll hier nur hingewiesen werden. Rehabilitation reagiert bekanntlich auf ein Bündel unterschiedlicher individueller medizinischer und sozialer Bedarfslagen. Selbst unter den üblicherweise verwandten Kategorien der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation verbirgt sich eine Vielzahl von einzelnen rehabilitativen Maßnahmen, die immer wieder auf den Einzelfall abgestimmt werden müssen.

Die Suche nach den gesetzlichen Grundlagen einer so aufgefaßten geriatrischen Rehabilitation ist vor diesem Hintergrund ein schwieriges Unterfangen, denn es gibt in der Bundesrepublik keinen zusammengefaßten gesetzlichen Korpus, der mit „Rehabilitationsrecht“ oder „Rehabilitationsgesetzbuch“ zu betiteln wäre. Rehabilitation wird hier-

zulande von praktisch allen Sozialleistungsträgern wahrgenommen, von der Sozialhilfe über die Kriegsopferversorgung bis hin zu den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung. Das häufig als Rehabilitationsgesetzbuch mißverständene Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7. August 1974 (Rehabilitations-Angleichungsgesetz - RehaAnglG) hat nur die Aufgabe, die verschiedenen Rehabilitationsleistungen seitens der verschiedenen Sozialleistungsträger zu harmonisieren und zu koordinieren. Ein eigenständiges Leistungsgesetz ist das RehaAnglG nicht. Auch das geplante Neunte Buch des Sozialgesetzbuchs zur Eingliederung Behinderter enthält den Begriff der geriatrischen Rehabilitation nicht. Unter den verschiedenen Rehabilitationsmaßnahmen, die in § 16 des Entwurfs des SGB IX aufgeführt sind, ist die geriatrische Rehabilitation nicht erwähnt.

Man muß also mehrere Netze mit unterschiedlich engen Maschen auswerfen, um bei der Suche nach den gesetzlichen Grundlagen der geriatrischen Rehabilitation fündig zu werden. Im folgenden sollen nur die Sozialversicherungszweige und das Bundessozialhilfegesetz untersucht werden. Der Komplex der

Kriegsopferversorgung kann hier nicht erörtert werden.

## 2 Geriatrische Rehabilitation im Sozialleistungsrecht

### 2.1 Sozialhilferecht

Das BSHG enthält drei Hilfearten, die den Bereich der geriatrischen Rehabilitation berühren:

▷ Altenhilfe (§ 75 BSHG). Diese stellt jedoch vornehmlich auf den sozialen, nicht auf den medizinischen Bereich der Versorgung alter Menschen ab. Obwohl die Vorschrift als offene Norm gefaßt ist („Als Maßnahmen der Hilfe kommen insbesondere in Betracht...“), wird man ihr schwerlich eine Interpretation überstülpen können, die ein vollständiges geriatrisches Rehabilitationsprogramm mit umfaßt. Dies ist einhellige Meinung. Immerhin könnte diese Vorschrift, wenn sie in der Praxis nur ausgeschöpft würde, auch dazu dienen, einige Maßnahmen der sozialen Rehabilitation zu tragen. Das gilt insbesondere für die Hilfe bei der Beschaffung und zur Erhaltung einer altersgerechten Wohnung (§ 75 Abs. 2 Nr. 1 BSHG), für die Hilfe, die alten Menschen den Besuch von Freizeit- und Kulturveranstaltungen ermöglicht (§ 75

Abs. 2 Nr. 4 BSHG) und für die Hilfe zu einer Betätigung (§ 75 Abs. 2 Nr. 6 BSHG).

- ▷ Hilfe zur Pflege (§§ 68, 69 BSHG). Diese Hilfeart stellt bis zum Inkrafttreten des Pflegeversicherungsgesetzes, obwohl nicht nur für ältere Menschen einschlägig, eine der zentralen Leistungsnormen des Sozialrechts für ältere pflegebedürftige Menschen dar. Nach allgemeinem Rechtsverständnis werden im Rahmen dieser Hilfeart aber nur defizitersetzende Leistungen geboten, also grundpflegerische Leistungen bei Hilflosigkeit. Rehabilitationsleistungen können über diese Hilfeart nicht gewährt werden. Allerdings könnte mit einem erweiterten Pflegebegriff, der auch vorsorgende und rehabilitative Maßnahmen umfaßt, diese Hilfeart für eine geriatrische Rehabilitation einschlägig werden. In der sozialhilfrechtlichen Literatur wird solches jedoch nicht diskutiert. Die aktivierende Pflege ist jedoch von §§ 68, 69 BSHG abgedeckt.

- ▷ Eingliederungshilfe für Behinderte (§§ 39 ff. BSHG). Diese Hilfeart ist bestimmt für Personen, die nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behindert sind. Sie kennt aus-

drücklich keine Altersbegrenzungen, wäre damit also von der gesetzlichen Anlage her durchaus als Leistungsnorm heranzuziehen. Faktisch handelt es sich beim Klientel dieser Hilfeart jedoch vor allem zum einen um jugendliche Behinderte, zum anderen um geistig behinderte Personen. In der Praxis wird diese Vorschrift kaum zu Zwecken der geriatrischen Rehabilitation genutzt. Es wäre aber möglich, pflegebedürftigen Personen über diese Leistungsnormen auch Leistungen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit zukommen zu lassen - allerdings wegen des sozialhilfrechtlichen Nachrangprinzips nur dann, wenn ein anderer Leistungsträger solche Leistungen nicht erbringt. Solche vorrangigen Leistungsträger sind die Sozialversicherungen.

## 2.2 Sozialversicherungen

Medizinische Rehabilitation wird hier von der Kranken-, Renten- und Unfallversicherung gewährt. Die Rehabilitationsleistungen der Renten- und der Unfallversicherung scheiden jedoch insofern aus, als bei der Unfallversicherung erst das Vorliegen eines Arbeitsunfalls leistungsauslösend wirkt, und bei der Renten-

versicherung die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit Leistungsziel ist (§ 9 Abs. 1 SGB VI). Letzteres ist bei älteren Menschen, die bereits außerhalb des Erwerbsalters stehen, nicht mehr möglich.

### 2.2.1 Das Verhältnis von Krankenversicherung und Pflegeversicherung

Ausweislich des Leistungskataloges der Pflegeversicherung (§ 28 SGB XI) sind Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation in der Pflegeversicherung nicht vorgesehen. Nur über die Vorschrift über die Gewährung von Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen (§ 40 SGB XI) können ggfs. auch Reha-Maßnahmen abgedeckt werden. Dort, wo das SGB XI Rehabilitationsleistungen ins Spiel bringt - und das sind, wie zu sehen sein wird - zahlreiche Vorschriften, bleibt die Krankenkasse der zuständige Rehabilitationsträger. Leistungen der aktivierenden Pflege werden nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit jedoch von den Pflegekassen erbracht (§ 11 Abs. 2 SGB V in der Fassung des PflegeVG).

### 2.2.2 Geriatrische Rehabilitation in der Krankenversicherung

Die Krankenversicherung bleibt also auch nach dem Inkrafttreten des SGB XI (Soziale Pflegeversicherung)

Hauptleistungsträger medizinischer und damit auch geriatrischer Rehabilitationsleistungen. Leistungsauslösend für Leistungen der Krankenversicherung und damit auch der Rehabilitationsleistungen ist in der Regel das Vorliegen einer Krankheit (anders bei der Hilfsmittelgewährung, wo auch Behinderung Leistungsgrund ist, vgl. § 33 Abs. 1 SGB V). § 11 Abs. 2 Satz 1 SGB V enthält (in der Fassung des PflegeVG) aber auch medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, die nicht an das Vorliegen einer Krankheit geknüpft sind. Es sind dies die Leistungen, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Bis zum Gesundheits-Reformgesetz war in der Krankenversicherung die Leistungsgewährung an der Nahtstelle von Krankheit und Pflegebedürftigkeit problematisch. Dieses Problem ist mit dem Gesundheits-Reformgesetz behoben worden. Im Gesundheits-Reformgesetz ist auch ausdrücklich vorgesehen, daß die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen Leistungen u.a. zur Verhütung einer Behinderung und zur Vermeidung oder Minderung einer

Pflegebedürftigkeit erbringen. Dies alles wird unter Rehabilitation in der Krankenversicherung verstanden (vgl. § 107 Abs. 2 Nr. 1 b) SGB V in der Fassung des PflegeVG). Ebenso ist es möglich, unter ärztlicher Verantwortung Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie und andere geeignete Maßnahmen zu gewähren (§ 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V). Mit den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen muß ein Versorgungsvertrag bestehen (§ 111 SGB V).

Die Frage ist, ob angesichts dieser Rechtsgrundlagen in der gesetzlichen Krankenversicherung die geriatrische Rehabilitation gesichert ist. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem Jahresgutachten 1990 (Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung) dem Problemkreis „Alter, Krankheit und Pflegebedürftigkeit“ ein umfangreiches Kapitel gewidmet (aaO, S. 72 ff.). Dort wurde gefordert (aaO, S. 95, Nr. 250), daß neben ausgebildetem Fachpersonal auch Tageskliniken und Tagespflegeheime bereitstehen sollen und daß in den Normalkliniken die akutgeriatrische Versorgung und in Spezialeinrichtungen die geriatrisch-rehabilitative

Versorgung stattfinden soll. Für diese Forderungen sind mit dem Gesundheits-Reformgesetz die rechtlichen Grundlagen hergestellt worden.

Die geriatrische Rehabilitation gehört auch zur vertragsärztlichen Versorgung (§§ 73 Abs. 1 Nr. 4, Abs. 2 Nr. 5 SGB V). Damit hat auch die ambulante Rehabilitation ihre Rechtsgrundlage gefunden.

### 2.2.3 Geriatrische Rehabilitation in der Pflegeversicherung

Das SGB XI enthält - etwas holzschnittartig ausgedrückt - zwei Arten von Vorschriften, die sich auf die Rehabilitation von pflegebedürftigen Personen beziehen:

- ▷ Einige wenige Vorschriften sind leistungsrechtlicher Art, so insbesondere zur aktivierenden Pflege.
- ▷ Zahlreiche Vorschriften befassen sich mit der Sicherung der Rehabilitation von pflegebedürftigen Menschen, ohne daß sie als Leistungsnormen zu qualifizieren wären. Man kann diese Vorschriften vor allem als leistungserschließend betrachten. Anders ausgedrückt: Es handelt sich um Vorschriften auf einer Meta-Ebene, also um Vorschriften „hinter“ oder „über“ den leistungsrechtlichen Bestimmungen.

### 2.2.3.1 Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation

Das Leistungsrecht der Pflegeversicherung stellt sich im Hinblick auf rehabilitative Maßnahmen sehr karg dar:

- ▷ Im Rahmen des Vorrangverhältnisses der Krankenkassen bei der Erbringung von Reha-Leistungen greift eine Ausnahme im Sinne der Zuständigkeit der Pflegekassen dann, wenn die Leistungserbringung erforderlich ist, um eine unmittelbar drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, wenn sonst die sofortige Einleitung der Maßnahmen gefährdet ist (§ 32 Abs. 1 SGB XI). Diese Ausnahme ist allerdings an zahlreiche Kautelen geknüpft (vgl. § 32 Abs. 2 SGB XI).
- ▷ Genuines Leistungsrecht enthält die Vorschrift über die Pflegehilfsmittel und die technischen Hilfen (§ 40 SGB XI). Hier sind insbesondere die finanziellen Zuschüsse (begrenzt auf DM 5.000 je Maßnahme) zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes zu nennen (§ 40 Abs. 4 SGB XI).

### 2.2.3.2 Sicherung der geriatrischen Rehabilitation

Das Pflegeversicherungsrecht ist an vielen Stellen von dem Bemühen gekennzeichnet, Pflegebedürftigkeit nicht als unveränderbaren Dauerzustand, sondern als veränderbaren, als beeinflussbaren Zustand zu begreifen. Damit greift das Pflegeversicherungsrecht auf medizinisch-geriatrische Erkenntnisse zurück. Dieser - für die Medizin und die Geriatrie vielleicht nicht mehr so neue - Ansatz ist für das Sozialleistungsrecht nicht zu unterschätzen, denn: Bislang wurden Leistungen zur Pflegebedürftigkeit als defizitersetzende Leistungen begriffen, während die Leistungen bei Krankheit immer auch darauf abzielten, funktionale Defizite zu verändern. Dieser scharfen Trennung der Begriffe entsprach eine Trennung der Berufe, die in den jeweiligen Feldern zu Intervention berufen waren: hier der Pfleger, dort das medizinische Personal. Nun wird die bisher bestehende Trennung zwischen dem Krankheitsbegriff und dem Begriff der Pflegebedürftigkeit aufgelockert. In der Sache selbst heißt dies, daß das medizinische Personal neue Interventionsfelder hat.

Sieht man einmal davon ab, daß zahlreiche der einschlägigen Vorschriften des SGB XI zur Rehabilita-

tion eher deklaratorischen als konkret bestimmenden Charakter haben, so muß dennoch in Rechnung gestellt werden, daß der Gesetzgeber das Problem des Rehabilitationsbedarfs gesehen und erkannt hat.

Schon im Rahmen der Leitnormen des SGB XI weisen zahlreiche Regelungen auf die Rehabilitation hin. Hierzu zählen:

- ▷ die Ausrichtung aller Hilfen auf die Wiedergewinnung und Erhaltung von Fähigkeiten (§ 2 Abs. 1 Satz 2 SGB XI);
- ▷ der Vorrang von Prävention und Rehabilitation (§ 5 SGB XI);
- ▷ die Eigenverantwortung zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit (§ 6 SGB XI);
- ▷ die entsprechende Aufklärung und Beratung (§ 7 SGB XI);
- ▷ die Verpflichtung zur Vorhaltung eines Angebots an ergänzenden Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (§ 8 Abs. 2 SGB XI);
- ▷ die Pflicht der Pflegeeinrichtungen, aktivierende Pflege zu leisten (§ 11 Abs. 1 Satz 2 SGB XI);
- ▷ die Pflicht der Pflegekassen zur Sicherstellung rehabilitativer Maßnahmen (§ 12 Abs. 2 SGB XI).

Ohne die Wichtigkeit dieser teilweise deklaratorischen Leitnormen zu unterschätzen, ist jedoch eine Vorschrift besonders hervorzuheben.

Bei dieser Vorschrift geht es bereits im Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst darum, die geeigneten Rehabilitationsmaßnahmen festzustellen (§ 18 Abs. 1 SGB XI). Leider ist diese Norm von einem - eher schlechten - Kompromiß gekennzeichnet: Versicherte haben (nur) dann einen Anspruch gegen den zuständigen Träger der Krankenversicherung auf Maßnahmen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation mit Ausnahme von Kuren, wenn dies durch den Medizinischen Dienst im Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit stattfindet. Der Medizinische Dienst ist im übrigen gehalten, den Pflegekassen die geeigneten Reha-Maßnahmen mitzuteilen (§ 18 Abs. 5 SGB XI). Die Pflegekassen selbst müssen im Einzelfall ebenfalls prüfen, welche Leistungen zur Rehabilitation geeignet und zumutbar sind, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten (§ 31 SGB XI).

Der Vollständigkeit halber soll noch auf die Statistik-Vorschrift hingewiesen werden. In eine Bundesstatistik können auch die Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation eingehen (§ 107 Abs. 2 Nr. 4 SGB XI).

### 3 Offene Fragen bei der Geriatrischen Rehabilitation

Einige Fragen sind bisher offen geblieben. Es kann im Augenblick nicht mit Sicherheit gesagt werden, ob und inwieweit die neue Pflegeversicherung hier Abhilfe schaffen kann.

#### 3.1 Die Erfassung der häuslichen Situation

Die Realität der Versorgung älterer Menschen in der Bundesrepublik zeigt, daß in den Pflegeeinrichtungen und Altenheimen häufig Personen untergebracht sind, bei denen eine Einrichtungsunterbringung nicht notwendig geworden wäre, wenn sie schon entsprechend rehabilitiert worden wären. Das Problem liegt hier darin, daß für von Pflegebedürftigkeit gefährdete Personen nicht rechtzeitig, also wenn sie sich noch zu Hause oder in der Familie aufhalten, rehabilitative Maßnahmen ergriffen werden. Es fehlt also schon an den entsprechenden Vorkehrungen, solche Personen rechtzeitig zu erfassen. Dieses Defizit beruht einerseits an der oft mangelnden Kenntnis von Rehabilitationsmöglichkeiten seitens der niedergelassenen Ärzte. Die rechtlichen Grundlagen im SGB V bieten jedoch Ansätze, im Rahmen der vertrags-

ärztlichen Versorgung, auch in Zusammenarbeit mit den sonstigen ambulanten Leistungserbringern, vor allem also mit den Sozialstationen, rechtzeitig Maßnahmen zur Vermeidung einer Einrichtungsunterbringung zu ergreifen. Allerdings liegt faktisch der Schwerpunkt der ambulanten Betreuung pflegebedürftiger Personen in der Hauptsache bei der grund- und behandlungspflegerischen und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Eine echte ökologische, d.h. am Umfeld des älteren Menschen ansetzende Prophylaxe findet deshalb nicht statt. Vielleicht kann das Pflegeversicherungsrecht dazu beitragen, daß ein Leistungsträger bei einer sich abzeichnenden Pflegebedürftigkeit einer älteren Person Maßnahmen ergreift, die Wohnung entsprechend behindertengerecht auszustatten oder gar für eine andere Wohnung zu sorgen, die Angehörigen auf die Behinderung einzustellen und ihnen womöglich noch eine pflegerisch-rehabilitativ anleitende Schulung zukommen zu lassen. Die jetzt vorgesehenen Schulungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige und für ehrenamtliche Pflegepersonen sollten dies berücksichtigen (vgl. § 45 SGB XI).

### 3.2 Sicherung der Rehabilitation in der stationären Pflegeeinrichtung

Der Ort, an dem sich pflegebedürftige Menschen befinden, wenn sie nicht ambulant versorgt werden, ist nicht die medizinische Facheinrichtung, sondern das Pflegeheim. Bisher haben die Kostenübernahmeregelungen der Sozialhilfe kaum Möglichkeiten der Rehabilitation vorgesehen. Hier öffnet sich ein weites Feld für die Pflegeversicherung.

### 3.3 Die Schnittstellenproblematik: Akutversorgung - Geriatrische Rehabilitation

Nach wie vor ist die Schnittstelle zwischen Akutversorgung und Beginn der Rehabilitation im Krankenhaus im Verhältnis zur weiteren rehabilitativen Versorgung problematisch. Die Übergänge können stattfinden in Richtung auf eine stationäre Pflegeeinrichtung, aber auch in die teilstationäre Versorgung ebenso wie in die häusliche Pflege. Eine rechtzeitige Einschaltung des Medizinischen Dienstes kann hier möglicherweise die Schnittstellenproblematik vermindern.

### 3.4 Das Problem des Zusammenwirkens von medizinischer und sozialer Intervention

Bisher waren die Übergangsberei-

che vom Medizinischen zum Sozialen oft blinde Flecke im Leistungsrecht. Die Vorschrift des § 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V, nach der geriatrische Rehabilitation nur unter fachlich-medizinischer ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal stattfinden darf, sichert zwar auf der einen Seite die Fachlichkeit der entsprechenden Rehabilitationsmaßnahmen; auf der anderen Seite verschärft sie die Trennung zwischen dem Medizinischen und dem Sozialen.

Das Pflegeversicherungsrecht enthält aber jetzt eine Vorschrift, die bei den Medizinern für Aufruhr gesorgt hat: Im Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit soll eng mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Kräften zusammengearbeitet werden (§ 18 Abs. 6 SGB XI). Vielleicht trägt diese Vorschrift dazu bei, daß die Grenzen zwischen dem medizinischen und dem sozialen Bereich aufgelockert werden.

### 3.5 Qualitätssicherung und geriatrische Rehabilitation

Als weiteres rechtliches wie sachliches Defizit ist bisher das Fehlen von Qualitätssicherungsinstrumenten zu verzeichnen. Auch die Rehabilitation wird sich der Qualitätssicherung zu unterwerfen haben. Man wird sehen,

ob Qualitätssicherung in der Rehabilitation zu den gewünschten Ergebnissen beiträgt.

## 4 Zusammenfassung

Als Fazit kann festgehalten werden:

Die medizinische Seite der geriatrischen Rehabilitation und der aktivierenden Pflege ist rechtlich im großen und ganzen brauchbar abgesichert. Mit dem Pflegeversicherungsrecht ist ein Schritt nach vorne getan worden. Sicherlich ist dort, gerade auch wegen der geteilten Zuständigkeiten, d.h. des Vorrangs der medizinischen Rehabilitation durch die Krankenkassen, vieles nicht sachgerecht und konfliktfrei geregelt. Die Zuständigkeit für die geriatrische Rehabilitation gehört zur Pflegeversicherung.

Die soziale Seite der geriatrischen Rehabilitation ist leistungsrechtlich nach wie vor unzureichend abgesichert. Aber dies ist ein allgemeines Problem des deutschen Sozialleistungsrechts, das mehr im Leistungsrecht und weniger in der Bereithaltung von Unterstützung im Vor- und Umfeld einer Risikolage denkt.

Man wird auch sehen müssen, wie sich mit dem Pflegeversicherungsrecht das Umfeld der älterer Menschen, auch im Hinblick auf eine öko-

logische Prophylaxe, gestaltet. Gerade im Hinblick auf den im SGB XI dezidiert erklärten Vorrang der häuslichen Pflege XI ist Sorge zu tragen, daß die fachliche Prävention im Umfeld, in der Familie und bei Nahestehenden, nicht außen vor bleibt. Die gegenwärtige faktische - weniger die rechtliche - Gefälelage zwischen den Polen medizinisch-stationär und sozial-ambulant muß zugunsten der ambulanten Reha-Maßnahmen ausbalanciert werden.

Problematisch ist allgemein für die Leistungen der Altenhilfe und speziell auch für die geriatrische Rehabilitation, daß die Koordination und Vernetzung der verschiedenen Dienste und Maßnahmen auf örtlicher Ebene noch nicht oder nur erst ansatzweise erfolgt. Hier bleiben den Kommunen wichtige altenpolitische Gestaltungsspielräume. Allerdings muß man zur Zeit den Eindruck gewinnen, daß die Kommunen Hand in Hand mit der durch die Pflegeversicherung bedingten Entlastung von erheblichen Sozialhilfekosten auch eine Entlastung bei der Verantwortung für die Vorhaltung einer adäquaten Infrastruktur an sozialen Diensten und Einrichtungen für ältere und pflegebedürftige Menschen sehen. Es wird sich als großer Fehler kommunaler Sozialpolitik

erweisen, wenn die Kommunen aber die Gestaltungsmacht für diese Infrastruktur derelinquieren. Die Kommunen bleiben ganz im Gegenteil dazu aufgefordert und verpflichtet, den älteren Menschen diejenigen Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten zu bieten, die ihnen von den anderen Sozialleistungsträgern nicht gegeben werden.

Der gesetzliche Rahmen zur Sicherung der geriatrischen Rehabilitation ist mit der Pflegeversicherung etwas größer geworden. Jetzt geht es darum, ihn auszuschöpfen und mit Inhalt zu füllen. Dies haben die Krankenkassen erkannt. So wurde jüngst gesagt, daß vordringlicher Handlungsbedarf insbesondere auch für den Bereich der geriatrischen (geronto-psychiatrischen) Rehabilitation bestehe (*Widekamp, Peter „Ambulante Rehabilitation“. Trotz vieler Initiativen noch keine klaren Konturen, in: Die Ersatzkasse, S. 181 ff., 184).*

Zum Schluß ist noch darauf hinzuweisen, daß die geriatrische Rehabilitation dazu beitragen wird, das Verständnis von Krankheit und insbesondere von Pflegebedürftigkeit nachhaltig zu verändern. Pflegebedürftigkeit wird nach den gegenwärtigen gesetzlichen Regelungen nicht mehr als irreversibler, sondern wie die Krankheit als beeinflubarer und veränderbarer Zustand begriffen. Damit nähert sich der Begriff der Pflegebedürftigkeit dem Begriff der Krankheit. Aber nicht nur die Begriffe verändern sich: Das Verhältnis des Medizinischen zum Sozialen, in Deutschland bislang fast messerscharf getrennt, wird zu einem kooperativen und verzahnten Verhältnis werden. Die Berufsbilder und die Sicherungsinstitutionen werden sich entsprechend anpassen müssen. □

## Geriatrische Rehabilitation aus der Sicht des Kostenträgers

■ Die Geriatrie und die Gerontopsychiatrie haben neue Wege gewiesen für die Rehabilitation älterer Menschen. Es geht jetzt um nicht mehr und nicht weniger als darum, diese Erkenntnisse praktisch umzusetzen. Zahllose Initiativen und Modelle sind inzwischen zu verzeichnen.

Für die gesetzliche Krankenversicherung stellt sich die Aufgabe, ihre Leistungen unter geriatrischen Gesichtspunkten weiterzuentwickeln, wobei dies für die Akutbehandlung, die Prävention und Rehabilitation gleichermaßen gilt. Zweifellos eine in die Zukunft weisende Aufgabe, die durch das Pflegeversicherungsgesetz noch an Bedeutung gewinnt.

### Aufgaben auf dem Gebiet der (geriatrischen) Rehabilitation

Im Jahre 1974 sind die Krankenkassen einbezogen worden in den Kreis der Reha-Träger, mit dem Auftrag, Reha-Leistungen zur Vermeidung, zur Besserung oder zum Ausgleich von Behinderungen zur Verfügung zu stellen. Dieser Auftrag ist durch das GRG erweitert worden: Reha-Leistungen sind seither auch

zur Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit zu gewähren. Diese Neuregelung steht in einem engen Zusammenhang mit den neu eingeführten Leistungen für Schwerpflegebedürftige:

Die Pflegebedürftigkeit, der „Pflegefall“ ist nicht länger nur ein leistungsausgrenzender Tatbestand, sondern löst u.U. kostenträchtige Dauerleistungen aus, ergo soll er selbst zum Gegenstand rehabilitativer (und präventiver) Strategien werden. Durchaus konsequent, wie ich meine, Reha auch vor Pflege. Durch das Pflegeversicherungsgesetz wird der Reha-Auftrag noch weiter konkretisiert:

„Zu den Leistungen nach Absatz 1 gehören auch medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, die notwendig sind, um einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit vorzubeugen, sie nach Eintritt zu beseitigen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Leistungen der aktivierenden Pflege nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden von den Pflegekassen erbracht.“

Dieser umfassende Reha-Auftrag

wird ganz sicher noch Diskussionen auslösen. Ebenso der letzte Satz (aktivierende Pflege zu Lasten der Pflegeversicherung).

Hier stellt sich überhaupt die Frage, ob es eine kluge gesetzgebende Entscheidung war, der GKV den Reha-Auftrag zu übertragen bzw. weiterhin zu überlassen. M. E. wäre es sinnvoller gewesen, die Reha dort anzusiedeln, wo ein (finanzielles) Interesse an erfolgreichen Reha-Maßnahmen besteht. Dies soll aber nicht heißen, daß wir uns nicht ernsthaft bemühen werden, die Rehabilitation älterer Menschen bedarfsgerecht zu organisieren und durchzuführen. Es gibt auch überhaupt keinen Grund, mit der Reha im Alter von 65 Jahren Schluß zu machen, was übrigens ja auch heute nicht geschieht, denkt man nur an die sog. Anschlußheilbehandlungen nach Herzinfarkt, Herzoperation und Operationen an den Bewegungsorganen. Immer mehr ältere Menschen erhalten selbstverständlich „ihre“ Reha-Maßnahme, wie jüngere Versicherte auch.

#### Was ist geriatrische Rehabilitation?

Aber hier und heute geht es ja um die geriatrische Rehabilitation und damit bin ich bei meinem zweiten Punkt. Was verbirgt sich hinter diesem

Begriff im Unterschied zu den eben erwähnten Reha-Maßnahmen, die meist stationär, z.T. aber auch ambulant unbeschadet des Lebensalters allen Versicherten zur Verfügung stehen, wenn „Reha-Fähigkeit“ vorliegt selbstverständlich.

Eine griffige Definition ist offenbar gar nicht so leicht, wie mir eine kleine Schrift einer Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie klargemacht hat.

Die Bundesärztekammer hat immerhin den Versuch unternommen, die Sache auf eine kurze Formel zu bringen.

Für mich sind die folgenden Punkte kennzeichnend:

- ▷ Die Geriatrie will eine ganzheitliche Versorgung älterer Menschen. Das gesamte Krankheitsspektrum und das Umfeld sind bei der Maßnahmenplanung und -durchführung einzubeziehen.
- ▷ Die fachübergreifende Kooperation - auch mit nichtärztlichen Berufen - hat demzufolge eine zentrale Bedeutung.
- ▷ In der Geriatrie spielt die Rehabilitation eine große Rolle. Soweit und solange wie möglich soll ein selbständiges Leben in der vertrauten Umgebung erreicht wer-

den - ggfs. mit Unterstützung durch Hilfsmittel und persönliche Hilfen.

Soweit zum gesetzlichen Leistungsauftrag und zur Definition.

#### Organisation

Für die Organisation der geriatrischen Rehabilitation haben wir drei Ebenen

- ▷ ambulante geriatrische Reha durch den (Haus-)Arzt (in Kooperation mit nichtärztlichen Therapeuten und Diensten),
- ▷ ambulante Reha-Kuren,
- ▷ stationäre Maßnahmen.

Lassen Sie mich die (mögliche) Organisation am Beispiel der ambulanten Geriatrie verdeutlichen, zumal sie m. E. mit Vorrang realisiert werden muß.

Ausgangspunkt hierfür kann § 73 Abs. 1 SGB V i.d.F. des GSG bilden.

Diese gesetzliche Bestimmung ist m. E. eindeutig die Grundlage für ein geriatrisches Handeln der Hausärzte. Daß die Ärzteschaft ebenfalls in diese Richtung denkt, unterstreichen die von der KBV-VV am 09.05.94 beschlossenen Eckpunkte für eine Weiterentwicklung des Gesundheitswesens (Ziff. 19/20).

Insgesamt gesehen gibt es also eine Basis für einen systematischen

Ausbau ortsnaher Geriatrie. Dies ist Aufgabe der Vertragspartner.

Die Ersatzkassen sind willens, die Entwicklung in diese Richtung zu unterstützen, schon weil wir meinen, daß der sicherlich noch steigende Reha-Bedarf für ältere Patienten nicht vorrangig stationär abgedeckt werden kann. Abgesehen davon, daß wir schnell an finanzielle Grenzen stoßen könnten, dürfte es auch im Interesse der älteren Menschen sein, daß sie - wenn irgend möglich - wohnortnah die erforderliche geriatrische Versorgung erhalten.

Selbstverständlich kostet auch eine ambulant organisierte geriatrische Versorgung ihren Preis. Dies betrifft vor allem auch die Vergütung für den (Haus-)Arzt (nach dem Willen der Koalition soll das Budget ja zugunsten der Hausärzte aufgestockt werden).

Wie die wohnortnahe Geriatrie konkret organisiert werden kann, zeigen Überlegungen in Baden-Württemberg. Wir haben bereits Kontakte mit der KBV aufgenommen, um die Thematik vertiefend zu behandeln.

Im Rahmen eines 20-Minuten-Beitrages kann man das weite Feld der Geriatrie nur oberflächlich ausleuchten. Ich bitte um Entschuldigung, daß ich mich auf den ambulanten

Sektor konzentriert habe. Im stationären Bereich gibt es ja aber bereits festgefügte Strukturen, deren Notwendigkeit prinzipiell unbestritten ist. Was fehlt, sind teilstationäre Angebote. Ich darf in diesem Zusammenhang erwähnen, daß die Ersatzkassen Rahmengrundsätze für die Leistungsgewährung bei Unterbringung in geronto-psychiatrischen Tagesstätten verabschiedet haben. (mit diesem Gebiet könnte man sich sicherlich im Rahmen einer besonderen Tagung befassen - was wohl auch für die geriatrische Prävention gilt).

Unverzichtbar ist im übrigen, daß die geriatrische Ausbildung der Studierenden und die geriatrische Weiterbildung und Fortbildung verbessert wird. Die bereits erwähnten

Empfehlungen der Bundesärztekammer widmen sich ausführlich diesem Thema. Ein Arzt, der nach dem Motto „Reha vor Pflege“ darüber urteilen soll, was im Sinne der Geriatrie noch bewirkt werden kann - zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit z.B. - der muß auch die Möglichkeiten und Grenzen kennen.

Mein Fazit zunächst: In Umrissen zeichnet sich ein geriatrisch geprägtes Versorgungssystem ab. Es kommt darauf an, die Geriatrie Zug um Zug in die ambulante Versorgung, in die Kuren und Reha-Maßnahmen zu integrieren. Dazu müssen die Inhalte bestimmt werden. Qualitäts- und Bedarfs Gesichtspunkte sind zu berücksichtigen. □

## Der niedergelassene Arzt in der geriatrischen Rehabilitation

□ Bei der Vorbereitung auf diesen Tag tauchte in mir die Frage auf, ob der Titel der heutigen Veranstaltung nicht ein Widerspruch in sich sei. Sehr bald wurde mir klar, daß in dieser meiner Frage schon gleich auch eine Antwort auf meine Frage versteckt ist, und zwar im Sinne der Bejahung meiner Frage. D.h. vereinfacht ausgedrückt: Rehabilitation, die Beseitigung körperlicher oder seelisch-geistiger Behinderungen, bringen wir sicherlich nicht immer unmittelbar in einen sinnvollen oder gar geordneten Zusammenhang mit alten Menschen, auch nicht alle Ärzte. Rehabilitation ist ein funktionaler Begriff, zielt auf die optimale Ausnutzung von Funktionen ab, wenn sie durch Unfall oder Krankheit eingeschränkt sind. Das aber setzt eine gewisse Regenerationsfähigkeit, Kooperationsbereitschaft, Motivation und die Möglichkeit voraus, körperliche und geistige Reserven einer beeinträchtigten Körper-Seele-Einheit zu mobilisieren.

Alle diese uns im Umgang mit Menschen der jungen und mittleren Altersklassen geläufigen Bedingungen für die Rehabilitation scheinen

beim alten Menschen nicht oder nur eingeschränkt gegeben.

Wir alle, die wir als niedergelassene Ärzte in Praxen arbeiten, kennen aus unserem medizinischen Alltag die Problematik des alten Menschen:

- ▷ seine körperliche Gebrechlichkeit, die Betreuung oder gar Pflege bedeutet,
- ▷ die Abnahme seiner geistigen Fähigkeiten, die oft die Bewältigung des sozialen und kommunikativen Alltags nicht mehr erlaubt,
- ▷ seine Vereinsamung, weil die Freunde und Verwandten verstorben sind oder selbst den Gesetzen dieser Arbeits-Gesellschaft verpflichtet sind, weil niemand mit ihm redet, niemand ihm zuhört.
- ▷ Der Lebensraum wird immer enger, die sozialen Bindungen lösen sich auf und die Fähigkeit, das Geschehen selbst zu bestimmen, wird immer geringer.

Für uns Ärzte ist nicht der weise Alte die tägliche Erfahrung, sondern der Hilfsbedürftige, Abhängige und mit seiner Vitalität Versandende.

Für uns Ärzte bedeutet das im



Alltag:

- ▷ den Besuch zu Hause, oft ohne Angehörige, bestenfalls mit gelegentlichem Antreffen einer Pflegekraft,
- ▷ das Aufsuchen im Heim, entpersönlicht, fern des häuslichen Herdes, ohne Verwandte oder Freunde, abhängig von der Güte und Gnade anderer, die für ihre bezahlte Zuwendung in dieser Gesellschaft zudem noch wenig Dank und Anerkennung ernten, so daß man sich oft fragen muß, wo die betreuenden Menschen überhaupt die Kraft für ihre Tätigkeit hernehmen.

Als niedergelassene Ärzte haben wir es im allgemeinen nicht zu tun mit der Weisheit des Erfahrenen, von dem eine Familie zehrt und die oft die Brücke bildet zwischen der Eltern- und Kindergeneration, die durch ihr im Laufe eines Lebens angehäuftes Wissen uns bereichert, und dessen Kritik wir akzeptieren. Betreuung alter Menschen bedeutet für uns niedergelassene Ärzte auch die Begegnung mit den Grenzen unseres eigenen ärztlichen Tuns, des Sich-Zufrieden-Gehens mit nur kleinen therapeutischen Fortschritten oder nur der Verhinderung einer rapiden Verschlechterung.

Das bedeutet, nicht helfen zu

können, wenn das Augenlicht oder das Gehör versagen, wenn die Kraft nachläßt. Das bedeutet: Zuspitzung von Persönlichkeitszügen, Verwirrtheit und Wahn. Das bedeutet: Hilflosigkeit in der Familie oder keinerlei soziale Bindungen, hilflose Nachbarn oder überforderte Helfer aus caritativem Bereich.

Die Menschen werden älter und immer kränker. Für uns Ärzte heißt das ein Spannungsfeld zwischen Therapie und Pflege, das oft durch personelle Mängel und unzureichende materielle Mittel ausgezeichnet ist. Wer die Gnade hat, „nur“ alt zu werden, der hat vielleicht „nur“ das Problem der sozialen Entwurzelung.

Wer aber alt und dazu noch krank oder gebrechlich wird, wird entindividualisiert. Solche Leben enden oft in einem Heim, das nur noch für mehr oder weniger längere Krankenhausaufenthalte zur Entlastung der Pflegeversorgung verlassen wird.

Sie mögen nun sagen, daß dieses von mir hier gezeichnete Bild überzeichnet sei. Ich bleibe aber dabei, daß es für viele, viel zu viele Menschen gilt.

Und das müßte nicht sein!

Das kann aber nur anders werden, wenn sich die Rahmenbedingungen für die Versorgung alter Menschen ändern.

Da sich die familiären Strukturen weitgehend aufgelöst haben, in denen zu früheren Zeiten die Menschen alt werden konnten, müssen andere Teile dieser Gesellschaft nach den wieder ins Bewußtsein zu rückenden Prinzipien Solidarität und Subsidiarität einspringen und die Altenversorgung übernehmen.

Diese Übernahme der Versorgung muß mindestens nach den Grundpflichten erfolgen, die wir aus der gesetzlichen Krankenversicherung kennen: „ausreichend, zweckmäßig und notwendig“. An anderer Stelle steht auch noch „human“.

Ich würde als Voraussetzung noch zwei Grundelemente des neuen Pflegeversicherungsgesetzes hinzusetzen:

- ▷ ambulante Versorgung muß unbedingt Vorrang haben vor stationärer,
- ▷ Rehabilitation muß Vorrang haben vor Pflege.

So entsteht vor meinem Auge die Vision einer flächendeckenden Betreuung der alten Menschen. Nur wo es medizinisch geboten ist, muß das Krankenhaus tätig werden. Unterbringungen in Heimen wird man nicht vermeiden können, aber das müßte die Ausnahme sein. Ziel muß sein, die Betreuung zu Hause. Dort wo die Familie es nicht

organisieren kann, springt der Hausarzt ein.

Bei der Betreuung älterer Menschen spielt der Hausarzt eine wesentliche Rolle; ca. 80 - 90 % aller Alten haben regelmäßige Kontakte zu ihnen.

Ihm kommt im Bereich der ambulanten geriatrischen Rehabilitation eine wichtige koordinative Aufgabe zu. Er hat früher als die meisten anderen ambulanten Dienste die Chance, zu intervenieren und eventuell auch isoliert lebende alte Menschen zu erreichen. Der Hausarzt hat die Weichen zu stellen für die Versorgung eines chronisch kranken, pflegebedürftigen Patienten, indem er den Patienten als Behandlungs- oder Pflegefall einstuft und indem er ambulante Pflegedienste bzw. Mitarbeiter anderer Komplementärberufe einschaltet. Damit liegt es vor allem in seiner Verantwortung, ob Behandlung bzw. Rehabilitation das weitere Ziel ist oder ob eine Pflegeabhängigkeit konserviert wird.

Die Rehabilitation nun muß in Zukunft - so wie die endgültige Versorgung - ambulant geschehen. Sie ist die Brücke von der stationären Versorgung in die häusliche Betreuung. Rehabilitation hat im Alter die Aufgabe, Pflege zu verhindern.

Um die Defizite bei der Rehabili-

tation alter Menschen auszugleichen, ist durch das Gesundheitsreformgesetz (ß 11, Abs. 2 SGB V) ausdrücklich festgelegt worden, daß zu den Leistungen der Krankenversicherung auch medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation gehören.

Diese Leistungen sind zur Minderung oder gar Vermeidung von Pflegebedürftigkeit notwendig. Damit hat auch der Begriff Pflegebedürftigkeit erstmalig im Krankenversicherungsrecht eine gänzlich neue Bedeutung erhalten. Pflegebedürftigkeit schließt somit Behandlungs- und Rehabilitationsbedürftigkeit nicht mehr aus. Es wird nunmehr auch offiziell anerkannt, daß Pflegebedürftigkeit revidierbar ist.

Frühzeitige Rehabilitation strebt die bestmögliche, langfristige und gegebenenfalls dauerhafte Wiederherstellung der Gesundheit sowie die Verbesserung von krankheits- und gesundheitsbezogenen Einstellungen, Lebens- und Verhaltensweisen an.

Für die ambulante lebens- und wohnortnahe Rehabilitation gilt, daß der Patient so früh wie möglich aus der klinischen Versorgung in die häusliche Umgebung (Lebenspartner, Familie, Freunde) und die ambulante ärztliche Versorgung reintegriert

wird. Durch ambulante Rehabilitation kann in einer Vielzahl von Fällen insbesondere bei alten Menschen die stationäre Einweisung bzw. lange Liegezeiten in Krankenhäusern vermieden werden.

Eine qualifizierte ambulante Rehabilitation kann der Hausarzt angesichts der komplexen Anforderungen und des breiten Aufgabenspektrums nicht alleine leisten. Es müssen Konzepte gefunden werden für die Integration von Rehabilitation und aktivierender Pflege.

Nicht alle Probleme sind nur durch Zurverfügungstellen von Einrichtungen und Geldmitteln zu lösen. Was unbedingt zu solchen Konzepten dazugehört, ist die Bereitschaft der Menschen - und hier denke ich vor allem an die jungen Menschen nach Abschluß der schulischen Ausbildung - sich aktiv an der Betreuung alter Menschen zu beteiligen. Das setzt aber voraus, daß der jungen Generation klar wird, daß sie eine Verpflichtung gegenüber den Alten hat, die sie selbst einmal sein werden.

Meine sehr verehrten Damen und Herren!

In Jacob Grimm's „Rede über das Alter“, gehalten in der Königlichen Akademie der Wissenschaften zu Berlin am 26. Januar 1860, heißt es

unter anderem:

*„So berichtet die nordische Sage von einem König Ani, der durch Hinopferung seiner Söhne ein höheres Alter errungen hatte, zuletzt wieder, einem Kind gleich, Milch trinken und, weil er nicht mehr gehen konnte, im Bett getragen werden mußte:nach ihm hieß ein schmerzloses gebrechliches Alter: Ana sött: Anis Krankheit, und im Namen selbst scheint die Vorstellung von ai, Großvater oder Urgroßvater, gelegen. Doch nicht Opfer, nicht Gebete, können das Alter fernhalten, wohl aber vermag ihm die stärkere und verschwendete Lebenskraft jedes Menschen längeren oder kürzeren Widerstand zu leisten, und wie jene Stufen des Lebens herüber und hinüber schwanken, ist kein Wunder, daß es im einzelnen Fall bald früher oder später eintritt.*

*Nimmer aber bleibt es aus, kündigt sich durch Zeichen, gleichsam geheime Boten, unversehens an und läßt sich als unwillkommener und uneingeladener Gast zuletzt nicht mehr abweisen.“*

Meine sehr verehrten Damen und Herren!

Eine menschenwürdige Versorgung der alten Menschen wird eine der großen Aufgaben dieser Gesellschaft in Zukunft sein. Tragen wir als einzelne dazu bei, daß das Alter wie eine Flamme ist, die irgendwann verlischt, und nicht ein loderndes Feuer von Hilflosigkeit und Einsamkeit, das nur noch ausgetreten oder mit Wasser gelöscht werden will. □

## Politischer Wille tut not!

□ Meine sehr geehrten Damen und Herren,  
es wird mittlerweile kaum noch bestritten, daß die Bedeutung der stationären Geriatrie, der geriatrischen Früh-Rehabilitation und auch der Langzeit-Rehabilitation wächst.

Diese Veranstaltung ist dafür ein guter Beleg. Die Arbeiterwohlfahrt kann bereits auf eine lange Tradition der sozialen und gesundheitlichen Dienste für alte Menschen zurückblicken. Das Engagement des Hartmannbundes für die ärztlichen und sozialen Komponenten einer sinnvoll abgestimmten Versorgung alter Menschen ist dagegen relativ neu.

Es wird darauf ankommen, in Zukunft die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen hier stärker miteinzubeziehen.

Diese gemeinsame Aktion beider Verbände ist deshalb ein besonders gutes und wichtiges Zeichen. Diese Veranstaltung ist ein Indiz für die Bereitschaft, die Probleme der Altenversorgung in Angriff zu nehmen, gemeinsam in Angriff zu nehmen.

Der Arbeiterwohlfahrt und dem Hartmannbund gilt daher mein Dank.

Mein Dank gilt auch Ihnen, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus sehr unterschiedlichen Bereichen und von verschiedenen Institutionen. Sie repräsentieren eine große Bandbreite innerhalb der geriatrischen Rehabilitation. Die unterschiedlichen Aspekte dieser Tagung tragen dieser Bandbreite und dem Bedeutungszuwachs der Rehabilitation im Alter Rechnung.

Sehr geehrte Damen und Herren, der Blick auf Zahlen der demographischen Entwicklung zeigt, daß der Anteil der Gruppe der älteren Bürgerinnen und Bürger kontinuierlich steigt.

Der Anteil der Menschen über 60 Jahren an der Gesamtbevölkerung in Nordrhein-Westfalen wird, so die Prognosen, in den nächsten 30 Jahren um rund ein Viertel ansteigen. Von 20,9 % im Jahre 1992 auf voraussichtlich 25,9 % im Jahre 2020.

Dieser Trend gilt auch für sehr alte Menschen. Heute sind knapp 6,6 % der NRW-Bevölkerung 75 Jahre oder älter. Im Jahre 2020 werden es bereits fast 10 % sein.

Dies hat Auswirkungen auf viele Felder, auf unterschiedliche Politik-

bereiche.

Wir wollen die Selbständigkeit und Mündigkeit unserer älteren Bürgerinnen und Bürger, auch bei eintretender Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, solange wie möglich erhalten.

Hier hat sich das Menschenbild verändert. Aus meinen eigenen früheren Erfahrungen als junger Fürsorger weiß ich, daß die Abschiebung in Heime über einen langen Zeitraum gängige und vorherrschende Praxis war. Es ist gut, daß sich andere Leitideen durchgesetzt haben.

Diese Leitlinie der nordrhein-westfälischen Altenpolitik gilt auch in bezug auf die Rehabilitation im Alter.

Darauf muß sich auch die Gesundheitspolitik einstellen. Bereits heute sind 40 % der Krankenhauspatienten über 60 Jahre alt. Dies bedeutet vielfach längere Genesungszeiten und damit längere Krankenhausaufenthalte.

Die Landesregierung hat schon frühzeitig auf diese Entwicklung reagiert. Dabei stand zunächst der Aufbau eines flächendeckenden Netzes in der Akutversorgung im Rahmen der Krankenhausplanung im Vordergrund. Mittlerweile sind 53 geriatrische Abteilungen mit 3.084 Betten anerkannt; und der Ausbau

geht weiter.

Diese Anstrengungen der Landesregierung könnten noch besser unterstützt werden, wenn es zu einem stärkeren Umdenken käme. Noch immer herrscht die Auffassung vor, Rehabilitationsmaßnahmen müßten in erster Linie der Wiedereingliederung ins Berufsleben dienen.

Im Umkehrschluß werden so nicht mehr Berufstätige, in der Regel also ältere Menschen, noch zu sehr von Rehabilitationsmaßnahmen ausgeschlossen.

Ich sage in aller Deutlichkeit: Dies widerspricht unseren Vorstellungen von sozialstaatlicher Ethik und Gleichberechtigung. Ältere und auch ganz alte Menschen haben dasselbe Recht auf Rehabilitationsmaßnahmen wie etwa Berufstätige. Auch für sie müssen Reha-Maßnahmen bereitgestellt werden mit dem Ziel, eine selbständige Lebensführung zu ermöglichen.

Hinzu kommt: Erfolgreiche geriatrische Rehabilitation ist allemal billiger als jahrelange Pflegebedürftigkeit.

Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang einfügen:

Auch in Zukunft wird es nicht immer zu vermeiden sein, daß ein alter Mensch nach einem längeren

Krankenhausaufenthalt zu einem Pflegefall wird.

Ich bin deshalb froh, daß vor wenigen Wochen die Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung verabschiedet wurde. Die Landesregierung von Nordrhein-Westfalen hat sich intensiv für ein Zustandekommen dieses Gesetzes eingesetzt.

Die Pflegeversicherung ermöglicht denjenigen, die auf Hilfe angewiesen sind, ein menschenwürdiges Leben. Das ist ein entscheidendes Ziel unserer Politik.

Sehr geehrte Damen und Herren, wir wollen aber auch, daß mit geeigneten geriatrischen Rehabilitationsmaßnahmen erreicht wird, daß ältere Menschen möglichst lange ihre eigene Lebensführung erhalten können und eben nicht pflegebedürftig werden.

Dabei verkenne ich nicht, daß es im Bereich der geriatrischen Rehabilitation noch Defizite gibt, daß noch vielfache Anstrengungen notwendig sind.

Hier ist noch viel politischer Wille notwendig, um Strukturen aufzubauen, die den Anforderungen an eine geriatrische Rehabilitation gerecht werden.

Dabei betone ich ausdrücklich, daß der politische Wille aller Beteiligten gemeint ist:

- ▷ der Kostenträger,
- ▷ der Krankenhäuser,
- ▷ der Ärzteschaft,
- ▷ der unterschiedlichen therapeutischen Berufsverbände,
- ▷ der Verbände der freien Wohlfahrtspflege und selbstverständlich
- ▷ auch der Politik.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, ein entscheidendes Problem bei der Fortentwicklung der geriatrischen Rehabilitation ist die Finanzierung. Die Rentenversicherer sind zwar ein Rehabilitationsträger, aber gerade nicht für die Rentner zuständig. Ihre unbestritten große Erfahrung bei Rehabilitationsmaßnahmen, vor allem als Instrument der Wiedereingliederung ins Berufsleben, kommt älteren Menschen daher selten zugute.

Das mag der Grund dafür sein, daß über viele Jahrzehnte die Bedeutung der Rehabilitation alter Menschen vernachlässigt wurde.

Mittlerweile haben sich die Krankenkassen als zuständiger Leistungsträger für Rehabilitation im Alter in diese Materie hineingearbeitet. Mit viel Erfolg und Sachverstand, wie ich an dieser Stelle anfügen möchte.

Trotzdem erschwert dieses duale System unterschiedlicher Leistungs-

träger Fortschritte im Rehabilitationsgeschehen. Die Grenzbereiche zwischen Leistungen der Krankenkassen und Rentenversicherer sind nicht immer genau auszumachen. So kommt es zu schwierigen Abstimmungsprozessen.

Eine klare gesetzliche Regelung, das Sozialgesetzbuch IX, ist deshalb überfällig.

Leider steht nun fest, daß in dieser Legislaturperiode kein Gesetzentwurf aus Bonn mehr erwartet werden kann. Dies muß in der nächsten Legislaturperiode unbedingt nachgeholt werden.

Sehr geehrte Damen und Herren, es müssen klare Regelungen beim Übergang zwischen Akutgeriatrie, der Frührehabilitation und der Langzeit-Rehabilitation festgelegt werden.

Diese Nahtstellen dürfen eben nicht künstlich aufgerissen, sondern sie müssen ganz eng verstrickt und vernetzt werden. Dazu ist der Wille aller Beteiligten notwendig.

In diesem Zusammenhang ist es zu begrüßen, daß die Krankenkassen die künftigen Träger der Pflegeversicherung sind, denn die Rehabilitation hat auch in der Pflegeversicherung ihren Eingang gefunden. Pflegeversicherer, also auch die Krankenkassen, werden in der Zukunft

verstärkt auf Rehabilitationsleistungen vor der Pflege hinzuwirken haben und im Vorgriff ggfs. auch Rehabilitationsleistungen übernehmen können.

Allerdings sind weitere Verbesserungen auch des SGB V erforderlich, um durch einen entsprechenden rechtlichen Rahmen die Nahtstellen zwischen Akutversorgung und Rehabilitation besser als bisher zu gestalten.

Ein deutlicher Schwachpunkt der gegenwärtigen Rechtsgrundlage des Sozialgesetzbuches V ist, daß ambulante Rehabilitationsmaßnahmen, die gerade auch für alte Menschen hohe Bedeutung hätten, nur eingeschränkt möglich sind. Leistungsrechtliche Verbesserungen durch ein neu zu schaffendes Sozialgesetzbuch IX und entsprechende Änderungen im Sozialgesetzbuch V wären also eine wichtige Voraussetzung für eine bessere Vernetzung von Akutgeriatrie und Rehabilitationsversorgung.

Die Landesregierung hat bisher einen Schwerpunkt auf Akutversorgung in geriatrischen Abteilungen in Krankenhäusern gelegt. Die Praxis hat gezeigt, daß noch stärker als in anderen Disziplinen in der Geriatrie der Beginn rehabilitativer Maßnahmen bereits im Krankenhaus notwendig ist. Manche Erkrankung

bedarf der Rehabilitation sogar vom ersten Tag an. Früh-Rehabilitation gehört deshalb im gesamten Umfang bereits ins Krankenhaus.

Die weiteren Übergänge zur Nachsorge und zur Langzeit-Rehabilitation sind fließend. Deshalb brauchen wir eine bessere Vernetzung zwischen der stationären und ambulanten Versorgung.

Kurzum: Prävention und Vorsorge, Akutversorgung in geriatrischen Abteilungen und die unterschiedlichen Rehabilitationsmaßnahmen müssen stärker als bisher verzahnt werden. Die möglichen Stationen innerhalb des Krankheits- bzw. Gesundungsprozesses müssen von allen Beteiligten als Einheit gesehen werden.

Diese stärkere Vernetzung ist gerade deshalb erforderlich, weil alte Menschen wohnortnah akut- und rehabilitationsversorgt sein wollen. Eine Rehabilitation weit weg von gewohnten Beziehungen ist gerade für ältere Menschen oft problematisch.

Es ist also dringend erforderlich, daß ein Netz von ambulanten Einrichtungen mit Rehabilitationsmaßnahmen für alte Menschen geknüpft wird.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

die Kassenärztlichen Vereinigungen werden sich bewegen müssen, damit auch ambulante Rehabilitationsmaßnahmen an Institutionen ermöglicht werden. Gerade in Ballungsräumen, in den Großstädten muß es möglich sein, solche neuen Strukturen aufzubauen, ohne gleich neue Gesetze schreiben zu müssen und neue Ressourcen zu suchen. Die bestehenden Ressourcen in der niedergelassenen Ärzteschaft und in Krankenhäusern, sowohl in den geriatrischen Abteilungen als auch in anderen Krankenhausabteilungen und in den zukünftigen geriatrischen Rehabilitationsabteilungen, müssen einbezogen werden.

Sehr geehrte Damen und Herren, die Landesregierung setzt für die Zukunft auf ergänzende stationäre und teilstationäre Einrichtungen für die geriatrische Rehabilitation.

In Zusammenarbeit mit dem Bundesarbeitsministerium werden z.Zt. fünf geriatrische Rehabilitationsabteilungen aufgebaut. In diesen Modellprojekten sammeln wir Erfahrungen mit der geriatrischen Rehabilitation.

Dabei wollen wir die stationären Einrichtungen der Rehabilitation und ihre Verzahnung mit dem Gesamtsystem der geriatrischen Versorgung erproben. So hat beispielsweise die

Einrichtung in Bochum einen integriert akut-geriatrischen und reha-geriatrischen Ansatz.

Auch diese Einrichtungen dürfen nicht isoliert stehen. Sie müssen vernetzt werden mit den Sozialstationen und niedergelassenen Ärzten sowie anderen sozialen Dienstleistungsangeboten der Altenhilfe.

Auch das geplante Reha- und Servicezentrum für alte Menschen hier in Krefeld kann Modellcharakter bekommen. Der Bezirk Niederrhein der Arbeiterwohlfahrt und der Kreisverband der Arbeiterwohlfahrt hier in Krefeld haben gemeinsam ein Konzept entwickelt, das eine umfassende ganzheitliche Ausrichtung hat, die sowohl medizinische, soziale, stationäre und ambulante Aspekte der Altenversorgung beinhaltet. Ich sage ausdrücklich, daß mein Haus dieses Modellvorhaben unterstützt.

Solche Modellvorhaben gehen allerdings auf die Dauer ins Leere, wenn sie nicht aufgefangen und unterstützt werden von den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen. Leider gibt es von seiten der Kassenärzte Widerstände gegen diese geriatrische Rehabilitation, weil sie offensichtlich befürchten, ihnen werde ein wichtiges Klientel entzogen. Wie ich meine, zu Unrecht.

Rehabilitation in der Altersmedizin ist mehr als die Verordnung von Medikamenten und von ein wenig Krankengymnastik. Der interdisziplinäre Aspekt muß in den Vordergrund gerückt werden. Wir brauchen hier ein Team, in dem der Arzt eine wichtige Rolle einnimmt.

Aber in der Alters- und Rehabilitationsmedizin muß die Einbeziehung von Ergotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden und Psychologen selbstverständlich sein.

Dabei ist klar, daß die vielfältigen Berufe gleichgewichtet nebeneinander stehen müssen.

Dies bedeutet keine Abwertung des Arztes, sondern eine Aufwertung der anderen therapeutischen Berufe in der Altersmedizin.

Dies ist sowohl medizinisch wie wirtschaftlich sinnvoll und notwendig. Wir werden ansonsten vor unlösbaren und unbezahlbaren Problemen stehen, wenn es nicht gelingt, alle Ressourcen zusammen, gemeinsam und vernetzt auszuschöpfen.

Meine sehr geehrten Damen und Herren, unser sozialstaatliches System, insbesondere hier im Land Nordrhein-Westfalen, hat in den vergangenen über 40 Jahren gerade auch deshalb so gut funktioniert, weil es ein ausgewogenes Verhältnis zwi-



schen gesetzlichen Vorschriften und freiwilligen Vereinbarungen zwischen den unterschiedlichsten Partnern im Sozial- und Gesundheitssystem gegeben hat.

Bei der Schaffung zukunftsfähiger Strukturen in der geriatrischen Rehabilitation werden wir sicherlich nicht ohne Gesetze auskommen.

Aber auch hier wird es maßgeblich auf die Verständigung aller Verantwortlichen ankommen. Die heutige Tagung ist hier ein ermutigendes Zeichen.

Allen, die daran mitgewirkt haben, den Organisatoren und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, danke ich für dieses Engagement. □

## Ausblick

□ Lassen Sie mich zum Ende dieser Veranstaltung die Ergebnisse dieser Tagung aus meiner Sicht kurz zusammenfassen und einen Ausblick auf die vor uns liegende Zukunft im Zusammenhang mit dem Thema „geriatrische Rehabilitation“ wagen.

Um es in aller Kürze auf den Punkt zu bringen, kann man als aufmerksamer Zuhörer dieser Veranstaltung den Eindruck gewinnen, daß von allen Seiten - und hier sind Vertreter der wichtigsten Partner im Zusammenhang mit geriatrischer Rehabilitation namhaft vertreten - das Problem in seiner Dringlichkeit und Überfälligkeit längst erkannt wird. Alle versammelten Fachdisziplinen, alle hier vertretenen Verbände und Interessengruppen unterstützen unsere Auffassung, daß rehabilitative Arbeit für hochbetagte alte Menschen nicht nur wichtig ist, sondern daß Erfolge aus ärztlicher, humaner und ökonomischer Sicht sichtbar zu belegen sind. Wie wir zusammen mit dem Hartmannbund in unserer gemeinsamen Erklärung zur geriatrischen Rehabilitation ausführen, finden diese Erkenntnisse und dieses Wissen und - mit Betonung gesagt - auch die Erfolge in der

geriatrischen Rehabilitation nur zögerlich Eingang in den Alltag wohnortnaher Arbeit mit älteren Menschen.

In der Praxis setzt sich dieses, in den Köpfen vieler vorhandene, Bewußtsein nur schwerlich um, ob es nun darum geht, rehabilitative Maßnahmen und ihre Notwendigkeit zu diagnostizieren, sie kostenrelevant zu verordnen oder sie gar über die derzeitigen Finanzierungssysteme in der gesetzlichen Krankenkasse und den Rehabilitationsträgern zu bezahlen.

Es fehlen, wie heute hinlänglich gehört, in ausreichender Anzahl wohnortnahe Angebotsformen für geriatrische Rehabilitation, die den Betroffenen die Möglichkeit eröffnen, weiterhin in ihrer gewohnten Umgebung zu leben.

Aus Sicht der Arbeiterwohlfahrt wird diesem Dilemma auch nicht abgeholfen, indem - wie gerade auch hier in Nordrhein-Westfalen oftmals zu beobachten - Krankenhausbetten durch das „Auswechsellernen des Türschildes“ zu geriatrischen Betten umfunktioniert werden. Nach unserer Einschätzung nutzt dies weder dem Versorgungssystem, noch den

Sozialversicherungssystemen im Zusammenhang mit ihren Einsparungsnotwendigkeiten; mit Sicherheit nutzt es nicht den Betroffenen. Die reine Umwidmung von Krankenhausbetten ist allein betriebswirtschaftlich im Preis nicht akzeptabel, da die hohen Regie- und Betriebskosten der Krankenhäuser immer in die Pflegesätze der geriatrisch-rehabilitativen Abteilungen eingerechnet sind.

Wir wissen, daß es einen anderen Weg gibt, eine den Betroffenen angemessene Form der Rehabilitation anzubieten und dies zu einem vernünftigen Preis. Aus Sicht der Arbeiterwohlfahrt muß der Weg sein, wenn wir auf das Gesamtversorgungssystem für alte Menschen schauen, Krankenhausbetten insgesamt sinnvoll abzubauen und Altenpflegeheime bzw. Altenpflegeheimstationen in Rehabilitationsabteilungen umzuwidmen. Da, wo dies aus den unterschiedlichsten Gründen nicht geschehen kann, müssen entsprechende Facheinrichtungen einer vernünftigen Größenordnung gebaut werden. Die ärztliche Versorgung, so ist unsere feste Auffassung, muß in enger Kooperation mit den Krankenhausärzten und durch gemeindenahe, niedergelassene Ärzte geschehen, die therapeuti-

schen Fachkräfte werden an die Reha-Einrichtungen in den Altenpflegeheimen angebunden.

Die Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Niederrhein ist von der Richtigkeit, der Notwendigkeit und der sozialpolitischen Dringlichkeit der Umsetzung geriatrisch rehabilitativer Angebotsformen überzeugt. Hier darf ich ausdrücklich die Arbeiterwohlfahrt Bremen mit einbeziehen. Die Arbeiterwohlfahrt, Bezirksverband Niederrhein sowie Bremen, sind darüber hinaus dafür bekannt, daß sie nicht nur reden, sondern immer bemüht sind, ihre sozialpolitischen Forderungen auch in unmittelbares Handeln umzusetzen. Aus diesem Grunde sind wir entschlossen, ein effektives rehabilitatives Dienstleistungsangebot in einer Modelleinrichtung hier in Krefeld umzusetzen, bzw. haben die Bremer in Bruchhausen-Vilsen mit diesem Modell begonnen.

Auf der Grundlage des bestehenden Bedarfs und dem Wunsch alter Menschen, so lange wie möglich in den eignen vier Wänden, in der gewohnten Umgebung leben zu können, soll ein Reha- und Servicezentrum für ältere Menschen entwickelt werden, das Wohnen, ambulante, teilstationäre und stationäre Dienste sowie ergänzende therapeu-

tische Maßnahmen zur Prävention und - unser Hauptthema heute - zur Rehabilitation sowie zu umfassenden individuellen Beratungen unter einem Dach anbietet. Hierbei hat der Bereich der Rehabilitation eine ganz ausgewiesene wichtige Bedeutung in der Realisierung des Grundprinzipes, als wohnortnahe Einrichtung eine flächenübergreifende Kooperation einzelner qualifizierte Dienstleistungsträger, mit dem Ziel, Pflegebedürftigkeit und Krankheit bei älteren Menschen zu mindern oder zu vermeiden, anzubieten.

Hierbei wird jedes einzelne Angebot darauf ausgerichtet sein, die Fähigkeit zur Selbstversorgung älterer Menschen zu erhalten bzw. wiederherzustellen und zu verbessern, damit die Abhängigkeit von fremder Hilfe für den älteren Menschen vermindert wird und ein selbständiges Leben in der gewohnten Umgebung, so lange wie möglich erhalten bleibt.

Die Richtigkeit dieses Konzeptes wird mir durch die einzelnen Beiträge des heutigen Tages noch einmal eindringlich bestätigt.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, all diejenigen, die hier und heute die Notwendigkeit geriatrischer Rehabilitation aus ihrer jeweiligen Fachsicht unterstrichen haben, können uns bei der Umsetzung die-

ses Projektes tatkräftig unterstützen. Wir brauchen ihre Zusammenarbeit, wir sind aber auch davon überzeugt, daß die Arbeiterwohlfahrt mit den unterschiedlichsten Fachverbänden hier in Ausrichtung auf ein gemeinsames Ziel gute und für die Betroffenen wertvolle Arbeit leisten kann. Allein die Tatsache, daß es gelungen ist, zwei so unterschiedlich entstandene und „gestrickte“ Verbände wie den Hartmannbund und die Arbeiterwohlfahrt in Ausrichtung auf ein gemeinsames Ziel zusammenzutun, um diese Fachveranstaltung durchzuführen, stimmt mich hier sehr zuversichtlich.

Auch wenn ich dies mit gewissem Eigeninteresse verbinde, kann der Erfolg dieser Veranstaltung u.a. auch hier in Krefeld, in unserer geplanten Modelleinrichtung, wirksam werden.

Ich darf mich nochmals bei allen, die zum Zustandekommen dieser Veranstaltung hier und heute beigetragen haben, ganz herzlich bedanken. Ausdrücklich möchte ich Herrn Dr. Jousen und Frau Bosch vom Hartmannbund, Herrn Dr. Stamm, Herrn Taake, und unseren Mitarbeitern und Kollegen, Herrn Olgemann und der Arbeiterwohlfahrt in Krefeld, Herrn Reinders, den Initiatoren und Organisatoren für ihre Arbeit danken. Wir werden gemeinsam, der

Hartmannbund und die Arbeiter-  
wohlfahrt, diese Veranstaltung im  
Südwesten fortsetzen. Der Erfolg  
dieser Veranstaltung und die

hoffentlich hieraus resultierenden  
Anstöße in der Praxis, werden Ihnen  
und uns den Dank der betroffenen  
alten Menschen einbringen. □

## Sponsoren

Wir bedanken uns für die finanzielle  
Unterstützung dieser Publikation  
bei:

▷ **duphar med communication**

Herr Erken Steffen  
Hans-Böckler-Allee 20  
30173 Hannover

▷ **neuraxpharm Arzneimittel**

**GmbH u. Co. KG**  
Sepp-Herberger-Straße 11  
40764 Langenfeld

▷ **SANOFI WINTHROP GmbH**

Herr Bernd Betzold  
Herr Dr. J. Rainer Fiebig  
Augustenstraße 10  
80333 München

▷ **LUITPOLD PHARMA GmbH**

Zielstattstraße 9  
81379 München