

*Häusliche Pflege, Rehabilitation und
Gerontechnologie*

*Teilprojekt: Häusliche geriatrische Rehabilitation
im Münchner Norden*

Richard Pieper

Adriane Pokorny

Adelheid Smolka

© 2001

Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg (*ifb*)
96045 Bamberg
Hausadresse: Heinrichsdamm 4, D-96047 Bamberg

Leiter: Prof. Dr. Dr. h.c. Laszlo A. Vaskovics
Tel.: (0951) 965 25 - 0
Fax: (0951) 965 25 - 29
E-mail: sekretariat@ifb.uni-bamberg.de

Jeder Nachdruck und jede Vervielfältigung – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung des Staatsinstituts für Familienforschung an der Universität Bamberg.

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS	3
Vorwort	5
Zusammenfassung	7
Einleitung: Das Modellprojekt „Münchner Norden“	9
1. Grundlagen des Bedarfs	12
1.1 Die „alternde Gesellschaft“	12
1.2 Gesundheitliche Situation alter Menschen	13
2. Geriatrische Rehabilitation	17
2.1 „Geriatrisierung“ des Gesundheitswesens	17
2.2 Grundlagen und Ziele	17
2.3 Erfolgspotentiale geriatrischer Rehabilitation	20
2.4 Sozialrechtliche Rahmenbedingungen	22
2.5 Versorgungsdefizite, Qualitätssicherung und geriatrisches Assessment	23
3. Ambulante geriatrische Rehabilitation	30
3.1 Grundlagen und Ziele	30
3.2 Indikationen und Zielgruppen für ambulante und häusliche geriatrische Rehabilitation	33
3.3 Organisationsformen ambulanter geriatrischer Rehabilitation	34
3.3.1 Funktionen und Akteure: Das „geriatrische Team“	34
3.3.2 Modelle und Organisationsformen	39
3.4 Zusammenfassung	47
4. Das Modellprojekt „Häusliche geriatrische Rehabilitation im Münchner Norden“	49
4.1 Zielsetzungen und Rahmenbedingungen	49
4.1.1 Häusliche Rehabilitation über dezentrale Angebote	51
4.1.2 Nutzung der synergetischen Effekte von Ergotherapie, technischen Hilfen und Wohnungsanpassung	52
4.1.3 „Offene Kooperation“ als organisatorisches Prinzip	53
4.1.4 Pragmatischer Ansatz der Entwicklung vorhandener Strukturen	55
4.2 Zielgruppe und Angebote des Modellprojekts „Münchner Norden“	56
4.2.1 Zielgruppe und räumliche Eingrenzung	56
4.2.2 Aufgaben und Leistungen im Bereich der ambulanten Rehabilitation	56
4.3 Strategie und Organisationsmodell	60
4.3.1 Strategie: ein pragmatischer Ansatz	60
4.3.2 Organisationsmodell: der Initiativkreis „IKARUS“	60
4.3.3 Grundsätze und Aufgaben der Zusammenarbeit	61
4.4 Zusammenfassung	62
5. Literatur	64
Verzeichnis der Abbildungen im Text	67



Vorwort

Dieses Projekt wurde als Verbundprojekt zwischen Professor Dr. Richard Pieper, Universität Bamberg und dem Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg (*ifb*) im Auftrag des Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen durchgeführt. Gefördert wurde diese Forschungsarbeit durch die EU (COST A5 und BIOMED2).

Die zentrale Fragestellung des Projektes lautete, welche Möglichkeiten es gibt, die unabhängige Lebensführung älterer, behinderter oder kranker Menschen bzw. ihre Pflege und Rehabilitation durch einen pflegenden Angehörigen entsprechend ihrem Bedarf in ihrer häuslichen Umgebung zufriedenstellend zu unterstützen. Hierbei sollte das Augenmerk insbesondere auf den Einsatz technischer Hilfsmittel und Maßnahmen zur Wohnungsanpassung, einschließlich neuer Informations- und Kommunikationstechnologien gerichtet werden. Das Verbundprojekt verfolgte diese Zielsetzung auf europäischer Ebene in Kooperation mit Forschungseinrichtungen aus fünf weiteren europäischen Ländern (Finnland, Schottland, Norwegen, Niederlande, Italien). Auf deutscher Ebene erfolgte die Durchführung in Zusammenarbeit mit der Beratungsstelle Wohnen des Vereins „Stadtteilarbeit Milbertshofen“ e.V., München und dem Institut für Nachrichtentechnik an der Universität der Bundeswehr München. Hier wurde in der Verantwortung von Dipl.-Ing. Erwin Riederer ein weiteres Teilprojekt bearbeitet, in dessen Rahmen insbesondere Computerprogramme zur Unterstützung der Betreuung von Demenz- und von Schlaganfall-Patienten entwickelt wurden.

Das Forschungsprogramm wurde daher in drei Teilprojekten organisiert:

- Wohnungsanpassung für ältere Menschen (Analyse der Maßnahmen)
- Wohnungsanpassung und Demenz
- Wohnungsanpassung und Rehabilitation (Modellvorhaben München-Nord)

Der vorliegende Bericht enthält die Ergebnisse der zuletzt genannten Thematik. Die Ergebnisse zu den beiden anderen Themenbereichen werden in einem weiteren Materialienband zusammengefasst veröffentlicht.

Die wissenschaftliche Leitung für dieses Projekt oblag Herrn Professor Dr. Richard Pieper, dafür sei ihm an dieser Stelle herzlich gedankt.

Zusammenfassung

Angesichts der Bevölkerungsentwicklung und der sozial- und gesundheitspolitischen Zielsetzungen („Selbständige Lebens- und Haushaltsführung im Alter“, „ambulante vor stationärer Versorgung“, „Reha vor Pflege“) gilt als unstrittig, dass das System einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation auf- bzw. ausgebaut werden muss. Erste Erfahrungen aus anderen Modellprojekten liegen vor; eine wichtige Aufgabe ist es derzeit, in praxisorientierten Projekten die Erkenntnisse umzusetzen.

Das Modellprojekt „Häusliche geriatrische Rehabilitation im Münchner Norden“ verfolgt einen pragmatischen Ansatz der „offenen Kooperation“ in bestehenden Netzen:

Durchführung ambulanter geriatrischer Rehabilitation in einer Kooperation von niedergelassenen Ärzten, Therapeuten, sozialen Diensten und der Wohnberatung für SeniorInnen und Entwicklung dieser Initiative aus den Anforderungen an eine Beratung über technische Hilfen und Wohnungsanpassungen für Zielgruppen (nicht nur) im Bereich der Rehabilitation und der häuslichen Pflege heraus.

Im Rahmen einer zunächst zweijährigen Pilotphase (1997-98) wurden u.a. die Konzeption des Modellprojekts in der Diskussion mit den Partnern im örtlichen Versorgungsnetz aufgrund der praktischen Erfahrungen und in zwei Workshops (März/April 1998) entwickelt sowie ein „Initiativkreis ambulante Rehabilitation und soziale Dienste IKARUS“ unter Mitgliedschaft von ÄrztInnen, sozialen Diensten, TherapeutInnen und der Wohnberatung gegründet (Juni 1998).

Das inhaltliche Ergebnis ist im vorliegenden Bericht zusammengefasst. Auf praktischer Ebene konnte das primäre Ziel – die Einrichtung eines experimentellen Kooperationsmodells in der ambulanten geriatrischen Rehabilitation im Münchner Norden – realisiert werden. Das Projekt wurde als Verbundprojekt durchgeführt und wissenschaftlich betreut, in dem neben der Universität Bamberg (*ifb*, SOFOS) und der Beratungsstelle Wohnen (Verein Stadtteilarbeit Milbertshofen) insbesondere das Sozial- und Gesundheitsreferat der LH München, das Bayerische Ministerium für Sozialordnung sowie Infratest (Begleitforschung) zusammenarbeitete.

Einleitung: Das Modellprojekt „Münchner Norden“

Eine Reihe von Vorschlägen und Modellvorhaben zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation ist in den letzten Jahren diskutiert bzw. durchgeführt worden. Weitgehend einig ist man sich inzwischen über die grundsätzliche Anerkennung des Bedarfs und die Notwendigkeit des Ausbaus eines flächendeckenden Versorgungssystems. Ebenso einig ist man sich allerdings auch, dass die Kosten eines solchen Systems sehr hoch und angesichts der gegenwärtigen Sparpolitiken und Sparzwänge kaum durchsetzbar sind, selbst wenn die strittige Frage der langfristigen Einspareffekte der Rehabilitation positiv beantwortet werden kann.

In dieser Situation sind Vorschläge gefragt, die vorhandene Ressourcen nutzen und bestehende Einrichtungen ausbauen. Das Gesundheitsreferat der Landeshauptstadt München fördert deshalb eine Reihe von Modellen, die diesen pragmatischen Ansatz verfolgen. Das Bayerische Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen seinerseits fördert die wissenschaftliche Begleitforschung und Evaluation der Projekte. Eines dieser Projekte ist das Modellprojekt „Häusliche geriatrische Rehabilitation im Münchner Norden“ (im folgenden kurz Modellprojekt „Münchner Norden“), das von der Beratungsstelle Wohnen des Wissenschaftszentrums München e.V. und dem Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg (*ifb*) entwickelt und beantragt und seit 1997 unter der Trägerschaft des Vereins Stadtteilarbeit Milbertshofen e.V. durchgeführt wird.

Das Modellprojekt „Münchner Norden“ ist Teil des umfassenderen Projekts „Häusliche Pflege, Rehabilitation und Gerontechnologie“. Zielsetzung dieses Verbundprojekts ist die Forschung und die Entwicklung von Modellvorhaben im Bereich der „Unterstützung der selbstständigen Lebens- und Haushaltsführung im Alter“. Im Verbund kooperieren eine Reihe von Forschungsinstituten, Einrichtungsträgern und Sozialverwaltungen. Neben der ambulanten geriatrischen Rehabilitation wird in diesem Projekt das Thema der Unterstützung des häuslichen Wohnens und der häuslichen Pflege insbesondere bei Demenz mit Hilfe von Wohnungsanpassungen und technischen Hilfen bearbeitet. Die Ergebnisse hierzu werden in einem eigenen Bericht veröffentlicht.

Die Fragen der Unterstützung des selbständigen Wohnens von Personen mit Demenzen werden in Kooperation mit der Sozialwissenschaftlichen Forschungsstelle der Universität Bamberg (SOFOS), europäischen Partnern aus Finnland, Italien, Schottland, den Niederlanden und Norwegen im Rahmen des Projekts „Technology, Ethics and Dementia – TED“, gefördert im Rahmen des EU-Programms BIOMED2 untersucht. Sicherlich existiert zu Fragen der Entwicklung und des Einsatzes von Technologien und Diensten im Alter ein großer Forschungsbedarf. Insbesondere im Bereich der ambulanten geriatrischen Rehabilitation ist aber festzustellen, dass es derzeit weniger um Forschungsfragen, als um die Umsetzung von Erkenntnissen und um die Erprobung von praktikablen Formen der Kooperation im lokalen Versorgungsnetz gehen muss. Das Staatsinstitut für Familienforschung (*ifb*) und die Beratungsstelle Wohnen haben deshalb eine Konzeption für ein praxisorientiertes Modellvorhaben entwickelt und sich die Schaffung eines konkreten Kooperationsmodells zur Aufgabe gemacht.

Die Besonderheit des Modellprojekts „Münchner Norden“ ist, dass es nicht aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich heraus konzipiert wurde, sondern seine Entstehung dem wach-

senden Bedarf an ergotherapeutischem Sachverstand in der Praxis der alten- und behinderten-gerechten Wohnungsanpassung verdankt. Dieser Problembereich, der zunächst eher der Prävention als der Rehabilitation zuzurechnen ist, ist in einem starken Wachstum begriffen, da immer mehr die Bedeutung von und der Bedarf an angepassten Wohnsituationen für eine alternde Bevölkerung gesehen wird und sich bundesweit im Ausbau eines Beratungssystems niederschlägt. Diese Bedeutung wird noch zunehmen, wenn (stärker als noch zur Zeit) der Einsatz technischer Hilfen bis hin zu den neuen Informationstechnologien des sog. „intelligenten Hauses“ stärker Eingang in die Wohnberatung findet.

Damit entsteht einerseits im Bereich der Wohnungsanpassung ein Bedarf an Ergotherapie, der dezentrale und wohnungsnah Angebotsstrukturen erfordert, da Wohnungsanpassung naturgemäß nur „vor Ort“ gemacht werden kann. Andererseits wird in der Diskussion über die ambulante Rehabilitation zunehmend ein Bedarf an häuslicher Rehabilitation anerkannt, die die Rehabilitationsleistungen von therapeutischen Zentren und Kliniken konsolidieren und die Anpassung an die Erfordernisse der jeweiligen Lebens- und Wohnsituation unterstützen soll. In diesem Zusammenhang zeigt sich auch, dass die Wohnungsanpassung und technische Hilfen ihrerseits in vielen Fällen die notwendige Voraussetzung einer erfolgreichen häuslichen Rehabilitation sind. Technologische Entwicklung und Innovation spielen im übrigen schon seit langem eine wichtige Rolle im Bereich der Rehabilitation – insbesondere jüngerer behinderter Menschen – und gewinnen mit dem Altern der Bevölkerung zunehmend auch Einfluss in der Wohnberatung für ältere Menschen.

Es liegt also nahe, die beiden Bedarfe zu verknüpfen, um einerseits die synergetischen Effekte von ergotherapeutischer Rehabilitation und baulich-technischer Prävention zu nutzen und andererseits die Fragen der Organisation und Finanzierung einer dezentralen Angebotsstruktur durch die gemeinsame Nutzung der Ressourcen neu zu stellen. Allerdings ergeben sich auch neue Probleme, u.a. weil die Kooperation mit den Ärzten und Kliniken (noch) nicht entwickelt ist und die Finanzierung von Leistungen auf der Schnittstelle des Gesundheitswesens zum Sozialwesen derzeit noch auf große Schwierigkeiten stößt. Ein Anfang zur Integration ist allerdings mit der Pflegeversicherung und ihrer (Teil-)Finanzierung von technischen Hilfen, Wohnungsanpassungen und Beratungen gemacht.

Das Modellprojekt „Münchner Norden“ setzt sich zum Ziel, durch die Anbindung der häuslichen Rehabilitation an eine Wohnberatungsstelle

- technische Hilfen und Wohnungsanpassungen systematisch und organisatorisch in die häusliche geriatrische Rehabilitation einzubeziehen,
- die Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit der ärztlichen Versorgungskette nach dem Muster einer „offenen Kooperation“ in fallbezogenen „geriatrischen Teams“ auszuloten und
- die auf diese Weise erreichbaren Zielgruppen der ambulanten Rehabilitation und ein entsprechendes Angebot zu bestimmen.

Im Rahmen einer zunächst zweijährigen Pilotphase (1997-98) wurden

- die Konzeption des Modellprojekts in der Diskussion mit dem Gesundheitsreferat der LH München, der Begleitforschung der Modellprojekte durch Infratest (v. Törne), den anderen Modellprojekten (München-Laim, München-Giesing) und den Partnern im örtlichen Versorgungsnetz entwickelt,
- erste praktische Erfahrungen mit der ambulanten Ergotherapie in Kooperation mit der Wohnberatung gesammelt,
- in zwei Workshops die Konzeption mit Vertretern des örtlichen Netzes und Experten diskutiert und fortentwickelt und
- ein „Initiativkreis **ambulante Rehabilitation und soziale Dienste – IKARUS**“ unter Mitgliedschaft von ÄrztInnen, sozialen Diensten, TherapeutInnen und der Wohnberatung gegründet.

Das inhaltliche Ergebnis wird im vorliegenden Bericht zusammengefasst. Auf praktischer Ebene konnte das primäre Ziel – die Einrichtung eines experimentellen Kooperationsmodells in der ambulanten geriatrischen Rehabilitation im Münchner Norden – realisiert werden.

1. Grundlagen des Bedarfs

1.1 Die „alternde Gesellschaft“

Um die Forderung nach rehabilitativen – insbesondere ambulanten – Maßnahmen für ältere Menschen richtig einschätzen zu können, sind die demographischen und sozialen Entwicklungen zu berücksichtigen. Veränderte soziale Strukturen ziehen Veränderungen in den Bedarfen nach sich und stellen neue Anforderungen an das Sozial- und Gesundheitswesen; sie bilden die quantitative und qualitative Basis für die Planung und Organisation sozialpolitischer Maßnahmen. Die demographischen Veränderungen in westlichen Industriegesellschaften lassen sich sehr zusammengefasst als „demographische Alterung“¹ der Gesellschaft begreifen, d.h. das quantitative Verhältnis von jüngeren zu älteren Menschen in der Bevölkerung verändert sich deutlich zugunsten der älteren. Dieser Prozess ist das Ergebnis unterschiedlicher, langfristiger Entwicklungen und ist in allen westlichen Ländern zu beobachten.

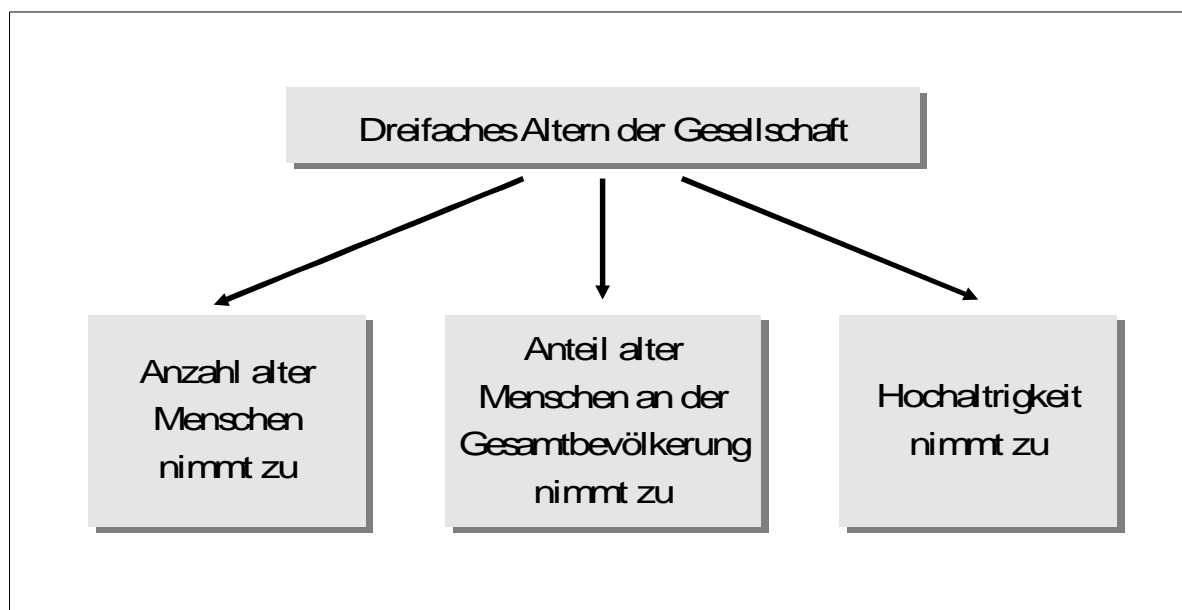
Eine „alternde Gesellschaft“ ist vor allem auf zwei Faktoren zurückzuführen: den Geburtenrückgang und die steigende Lebenserwartung. Der seit etwa 100 Jahren in Deutschland und in anderen Industrieländern zu beobachtende Geburtenrückgang hat – trotz einer in den letzten Jahrzehnten deutlich zurückgegangenen Säuglingssterblichkeit – zu einer Abnahme des Anteils der unter 20-Jährigen an der Bevölkerung von 30% im Jahr 1955 auf etwa 21% im Jahr 1995 geführt. Im gleichen Zeitraum stieg dagegen der Anteil der über 60-Jährigen von knapp 16% auf rund 21%.² Die Lebenserwartung steigt aufgrund der verbesserten allgemeinen Lebensbedingungen sowie der Fortschritte in Medizin und Hygiene in allen Industrienationen seit Jahrzehnten kontinuierlich an. Für die Bevölkerungsstruktur heißt dies, dass zum einen immer mehr Menschen ein immer höheres Alter erreichen und zum anderen sich der Anteil der älteren Menschen an der Bevölkerung immer mehr erhöht. Man kann also von einem „dreifachen Altern“ sprechen: die alten Menschen werden zahlreicher, sie werden immer älter und sie stehen immer weniger jüngeren gegenüber.³

¹ Geißler 1996: 344

² vgl. Statistisches Bundesamt 1997: 28

³ vgl. Tews 1993a

Abb. 1: Dreifaches Altern der Gesellschaft (eigene Darstellung)



Sozialpolitisch impliziert diese Entwicklung, dass eine abnehmende Zahl jüngerer, im Erwerbsleben stehender Personen eine zunehmende Zahl älterer, bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschiedener Personen materiell durch Transferleistungen und sozial durch Unterstützungsleistungen versorgen muss. In naher Zukunft werden einem quantitativ stark zunehmendem Hilfe- und Unterstützungsbedarf älterer Menschen mit aller Wahrscheinlichkeit deutlich knapper werdende Ressourcen sowohl materieller als auch personeller Art gegenüberstehen. Es sind daher präventive sowie Maßnahmen der „Hilfe zur Selbsthilfe“ notwendig, wie sie etwa im Rahmen der SIMA-Studie an der Universität Erlangen-Nürnberg entwickelt wurden.⁴ Insgesamt gilt es, die Produktivität des informellen und des formellen Unterstützungs- und Versorgungssystems zu erhöhen; dies kann nur durch Fortbildung und Qualifikation, bessere organisatorische Strukturen und Verfahren und den Einsatz von (neuen) Technologien gelingen.

1.2 Gesundheitliche Situation alter Menschen

Nicht jeder alte Mensch ist krank oder „altersschwach“: Allein aufgrund seines kalendarischen Alters wird noch kein Mensch zu einem geriatrischen Patienten. Erst wenn durch (multiple) Erkrankungen und Funktionseinbußen die Fähigkeit zur Selbstpflege und zur selbständigen Lebensführung bedroht oder eingeschränkt ist, kann man von einem geriatrischen Patienten bzw. einer geriatrischen Patientin sprechen.

⁴ vgl. hierzu Oswald et al. 1993-1996

Krankheit im Alter zeichnet sich im Gegensatz zu Erkrankungen in jüngeren Jahren durch folgende Merkmale aus:

Merkmale von Krankheit im Alter	
•	Multimorbidität und dadurch ausgelöste (Wechsel-)Wirkungen
•	Zunahme chronischer Krankheiten
•	spezifische Symptomatik
•	erhöhte physische, psychische und kognitive Instabilität sowie reduzierte Kompensations- und Anpassungsfähigkeit
•	große interindividuelle Differenzen auf der funktionellen Ebene, aber auch im Bereich von Kompetenzen und Ressourcen
•	drohende Immobilisation und nachfolgende Abhängigkeit von Hilfe und Pflege durch andere

Wenn Krankheiten zu bleibenden funktionellen Beeinträchtigungen führen, die Auswirkungen auf das soziale Leben haben, spricht man von Behinderungen. Nach der Definition der WHO⁵ wird der Begriff der Behinderung in drei Ebenen gegliedert:

1. Ebene:	<i>impairment</i>	=	funktionseller Schaden
2. Ebene:	<i>disability</i>	=	Funktionseinschränkung
3. Ebene:	<i>handicap</i>	=	soziale Einschränkung

„Impairment“ meint dabei eine Schädigung der anatomischen, psychischen oder physiologischen Struktur, z.B. die Lähmung eines Nervs oder eine amputierte Gliedmaße.

„Disabilities“ sind Funktionseinschränkungen, die sich aus der Strukturschädigung ergeben, und die eine selbständige Bewältigung des alltäglichen Leben erschweren oder unmöglich machen, z.B. Gehunsicherheit oder -unfähigkeit, vermindertes Seh- oder Hörvermögen.

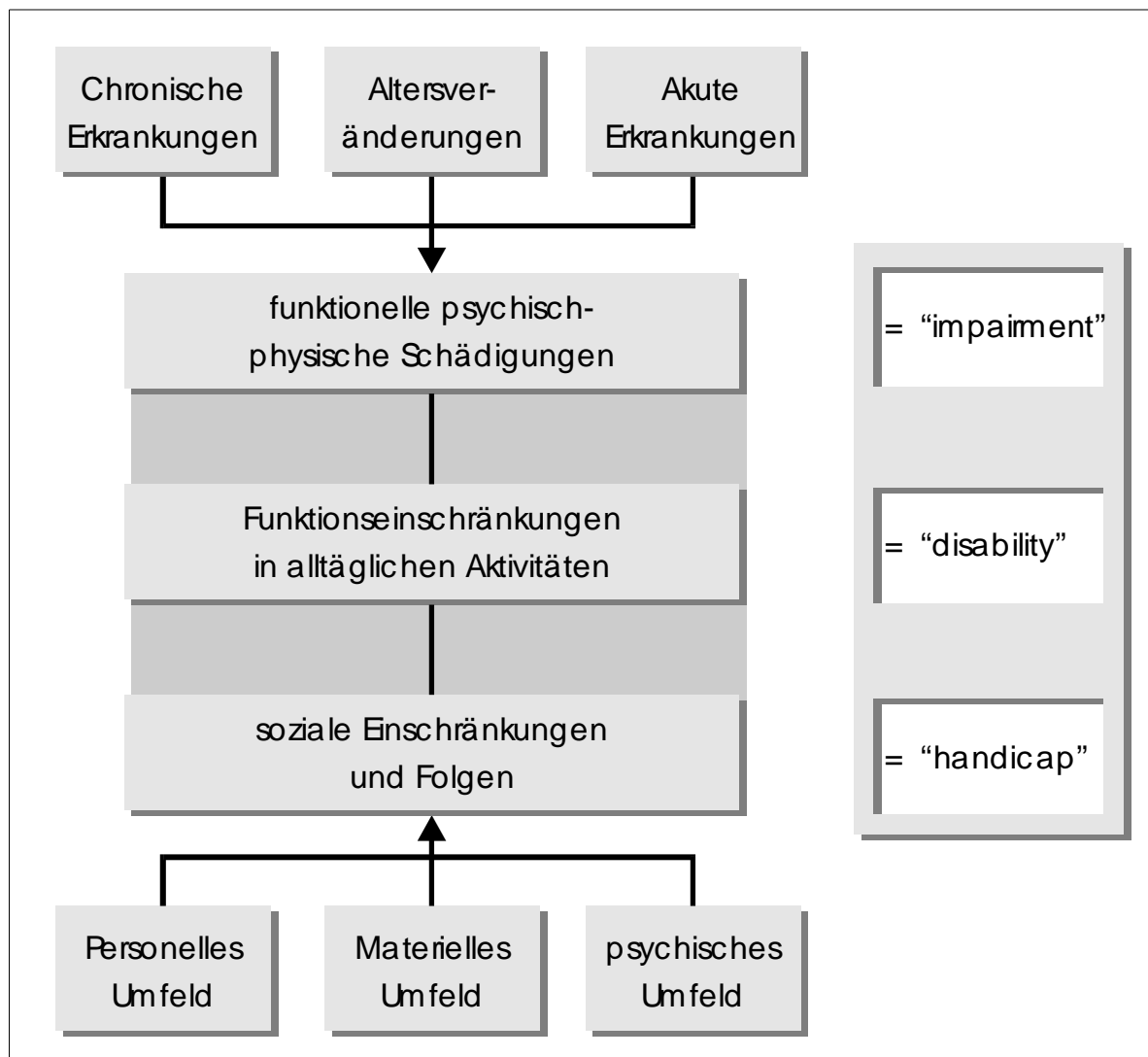
Mit „Handicap“ sind die sozialen Folgen gemeint, die sich dann aufgrund der Funktionseinschränkungen ergeben, z.B. Einschränkung der Mobilität durch Angewiesensein auf eine Gehhilfe oder auf einen Rollstuhl sowie Einschränkungen der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Diese Definitionen der WHO sind für eine häusliche Rehabilitation alter Menschen insofern von besonderer Bedeutung, als sie neben der medizinisch-funktionalen Sichtweise, nach der Krankheit hauptsächlich als Normabweichung gilt, auch die sozialen Folgen von Krankheit berücksichtigen, nämlich die nach gesundheitlichen Krisen im Alter häufig eingeschränkte Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung und zur sozialen Teilhabe. Beide wirken sich ihrerseits nachweislich auf den Gesundheitszustand aus.

⁵ vgl. WHO 1980

Die folgende Abbildung zeigt die Zusammenhänge zwischen chronischen und akuten Erkrankungen, Behinderungen und Altersveränderungen sowie deren Auswirkungen:

Abb. 2: Wechselwirkungen zwischen Erkrankungen, Funktionseinschränkungen und sozialem Umfeld (eigene Darstellung, in Anlehnung an Runge/Rehfeld 1995, S.13)



In den nächsten Jahren muss mit einer steigenden Zahl älterer Menschen mit funktionalen Einschränkungen gerechnet werden. Eine im Auftrag des Bundesministeriums für Familie und Senioren von Infratest durchgeführte Pflegebedarfsstudie prognostiziert für das Jahr 2040 Größenordnungen von rund 2,63 Mio. pflegebedürftigen (1993: 1,7 Mio.) und rund 3,63 Mio. hilfebedürftigen (1993: 2,3 Mio.) Menschen. Zusammengenommen entspricht das einer Anzahl von 6,26 Mio. „Personen mit Einschränkungen in der selbständigen Lebensführung“, das entspricht 8,6 % der Gesamtbevölkerung. Überproportional ansteigen wird dabei jedoch der Anteil der über 80jährigen.⁶ Es ist somit auch von einer steigenden Zahl von Patienten auszugehen, deren eingeschränkte Mobilität (auch) eine häusliche Betreuung erforderlich macht.

⁶ Diese Zahlen basieren auf zwei Infratest-Studien 1991 und 1994, zitiert nach Schneekloth 1996.

Zu berücksichtigen ist zudem die Wohn- und Lebenssituation älterer Menschen, etwa die zunehmende Zahl von Ein-Personen-Haushalten, in denen ältere Menschen möglichst lange selbstständig leben möchten, ohne dabei auf Unterstützung von Familienmitgliedern zurückgreifen zu müssen. Deshalb erhalten Maßnahmen der Prävention – wie etwa die Anpassung der Wohnung an die veränderten Bedürfnisse – aber auch Maßnahmen der Rehabilitation eine noch größere Bedeutung.⁷

⁷ vgl. Bundesministerium für Familie und Senioren 1994

2. Geriatrische Rehabilitation

2.1 „Geriatrisierung“ des Gesundheitswesens

Die zunehmende Zahl alter Menschen und die Besonderheiten ihrer gesundheitlichen Situation werden die Entwicklung des Gesundheitswesens in Zukunft stärker mitbestimmen.⁸ Schon jetzt entfallen größere Anteile der Kosten des Gesundheitswesens auf ältere Menschen. Notwendig sind veränderte, am veränderten Bedarf orientierte Versorgungsstrukturen: die Schaffung spezifisch geriatrischer Einrichtungen und eine bessere Koordination und Kooperation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, zwischen niedergelassenen ÄrztInnen und sozialen Einrichtungen, zwischen Akutmedizin und Rehabilitation.

Die „Geriatrisierung“ des Gesundheitswesens hat drei Dimensionen:

- **Quantität:** die Zunahme der älteren Menschen führt zu einer Zunahme älterer PatientInnen, d.h. der Anteil älterer Menschen in Kliniken, (Hausarzt-) Praxen und Therapieeinrichtungen wird weiter steigen.
- **Qualität:** durch die spezifische Symptomatik der Krankheiten älterer Menschen (z.B. Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit) werden sich auch die Anforderungen an Ärzte und Ärztinnen verändern, z.B. werden in höherem Maß als bisher koordinierende Tätigkeiten und Kooperation in einem therapeutischen Team notwendig sein.
- **Politische Dimension:** durch die quantitativen und qualitativen Veränderungen wird die Entwicklung des Gesundheitswesens insgesamt beeinflusst, nicht zuletzt über das Problem der Finanzierung.⁹

Ähnliche Entwicklungen einer „Geriatrisierung“ sind natürlich auch in anderen Bereichen, insbesondere im Sozial- und Wohnungswesen, zu erwarten.

2.2 Grundlagen und Ziele

Ganz allgemein ist unter Rehabilitation die bestmögliche Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit oder Lebenstüchtigkeit zu verstehen, eine (Re-)Integration in das gesellschaftliche Leben oder in den Arbeitsprozess für körperlich oder geistig geschädigte Menschen.

Bisher wurde Rehabilitation primär im Hinblick auf die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit durchgeführt, d.h. es kamen im Prinzip nur Menschen in den Genuss rehabilitativer Maßnahmen, die (noch) im Erwerbsleben standen. Inzwischen setzt sich mehr und mehr die Erkenntnis durch, dass auch im Alter Rehabilitation sinnvoll und notwendig ist – und zwar sowohl unter ethisch-humanen als auch unter finanziellen Gesichtspunkten. Es ist nicht vertretbar, Leistungen zur Rehabilitation auf eine Lebensphase zu begrenzen. Auch alte Menschen haben einen Anspruch auf eine umfassende und bedarfsgerechte Versorgung, die alle medizinischen Leistungen und alle zur Rehabilitation erforderlichen Hilfen umfasst.¹⁰ Dabei

⁸ Zu den folgenden Ausführungen vgl. Tews 1993b

⁹ vgl. Tews 1993b

¹⁰ vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 1995: 13

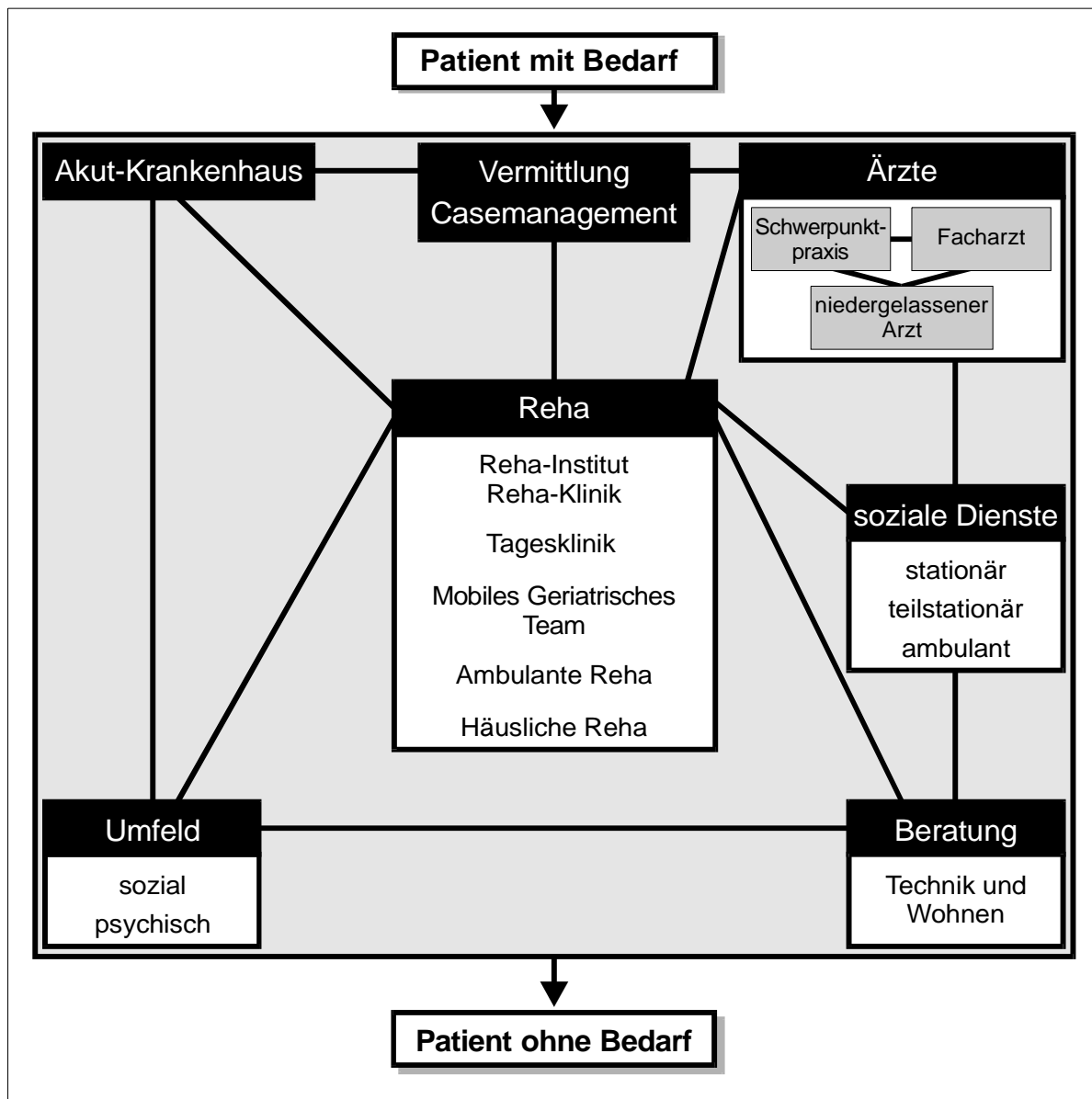
leistet Rehabilitation einen wesentlichen Beitrag zur Abwendung kostenintensiverer Versorgungsformen.

Die Rehabilitation älterer und alter Menschen hat andere Ziele als die jüngerer: nicht die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit steht im Mittelpunkt, sondern die Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit. Zentrales Ziel geriatrischer Rehabilitation ist es, alten Menschen, die nach einer Akuterkrankung oder aufgrund ihrer sich verändernden gesundheitlichen Situation von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit bedroht sind, so lange wie möglich eine – ihren eigenen Vorstellungen und ihrer bisherigen Lebensform entsprechende – selbständige Lebensführung in der eigenen Wohnung zu ermöglichen.

„Rehabilitation im Alter [umfasst] jegliches Bemühen, das sich gegen akute und chronische Erkrankungen mit Verschlechterungen von Befinden und Befindlichkeit wie gegen Behinderungen jeglicher Art richtet und das Ziel verfolgt, den Älteren – wieder - in die Lage zu versetzen, möglichst unabhängig von Pflege und Hilfe durch Dritte ein eigenverantwortliches, seinen bisherigen Lebensformen und -vorstellungen weitestgehend angepasstes Leben zu führen und – so es sein Wunsch ist und er dazu fähig ist – in seiner gewohnten Umgebung zu verbleiben oder wieder hierher zurückzukehren“.¹¹

¹¹ Schütz 1993:17

Abb. 3: Die geriatrische Rehabilitation in der Versorgungskette (eigene Darstellung)



Rehabilitation bei alten Menschen ist aufgrund der interindividuell sehr unterschiedlichen physischen oder psychischen Funktionseinschränkungen, aber auch wegen der in unterschiedlichem Maß vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen ein äußerst individuell verlaufender Prozess. Sie kann deshalb auch nie eine rein somatische, eine rein soziale oder eine rein psychiatrische Maßnahme sein, sie muss immer verschiedene Lebensbereiche umfassen. Sie ist im Grunde eine „Rehabilitation der Person“¹².

¹² Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1996: 135

Innerhalb der Rehabilitation müssen drei Funktionsbereiche unterschieden werden:

Funktionsbereiche der Rehabilitation
<ul style="list-style-type: none"> • Präventive Rehabilitation: bei einer drohenden Verschlechterung des allgemeinen Gesundheitszustandes • Kurative Rehabilitation: bei akuten Erkrankungen, Unfällen etc. • Erhaltende Rehabilitation: zur Verbesserung bereits bestehender Behinderungen oder chronischer Erkrankungen oder zur Vermeidung einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes.¹³

Es gibt für geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen besonders geeignete Krankheitsbilder:

Für geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen geeignete Krankheitsgruppen
<ul style="list-style-type: none"> • gefäßbedingte Hirnfunktionsstörungen • operativ versorgte Frakturen und Gelenkschäden • diabetische Spätschäden • neurologische und gerontopsychiatrische Erkrankungen

In einer 1995 von den gesetzlichen Krankenversicherungen erstellten Rahmenkonzeption zur Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation wurden folgende Ziele formuliert:

Ziele geriatrischer Rehabilitation
<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidung bzw. zeitliches Hinausschieben von Pflegebedürftigkeit • Verkürzung von Klinikaufenthalten • Verhinderung des „Drehtüreffektes“ • Entlastung pflegender Angehöriger

2.3 Erfolgspotentiale geriatrischer Rehabilitation

Geriatrische Rehabilitation ist grundsätzlich sinnvoll und effektiv. Das Rehabilitationspotential bleibt auch im Alter erhalten.¹⁴ Empirische Untersuchungen zeigen,

„dass trotz einer zunächst ungünstigen Eingangsbeurteilung eine Wiederherstellung der Selbständigkeit in vielen Fällen zum Teil oder ganz möglich ist.“¹⁵

¹³ vgl. Wissert u.a. 1996: 81

¹⁴ Kruse 1995

Eine vollständige Wiederherstellung (restitutio ad integrum) durch Rehabilitation ist bei älteren Menschen häufig zwar eine nicht mehr erreichbare Idealvorstellung; meist muss man sich mit Teilerfolgen (restitutio ad optimum) zufrieden geben, die in tatsächlichen funktionellen Verbesserungen, oft aber auch nur in einer Verhinderung von Verschlechterungen des Zustandes bestehen können. Diese Funktionserhaltung bzw. -verbesserung ist jedoch bei einem Großteil der PatientInnen möglich.¹⁶

Entscheidende Faktoren für den Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen sind ihr Beginn und ihre Kontinuität: Rehabilitation sollte nicht erst – womöglich noch mit zeitlicher Verzögerung – nach der Akutbehandlung, sondern im Idealfall bereits im Akutkrankenhaus parallel zu dieser einsetzen und kontinuierlich, ohne längere Unterbrechungen durchgeführt werden. Bisher fühlen sich die Akutkrankenhäuser jedoch in der Regel nicht dazu aufgerufen oder in der Lage, sich um rechtzeitige und angemessene Rehabilitationsmaßnahmen zu kümmern. Wenn keine Behandlungsbedürftigkeit des Patienten/der Patientin mehr vorliegt, sich die gesundheitliche Situation aber nicht so stabilisiert hat, dass sie einfach nach Hause entlassen werden können, werden viele ältere Menschen als „Pflegefalle“ klassifiziert und in Pflegeheime verlegt oder als Langzeitpatienten in den Kliniken belassen.¹⁷

„Experten sind der Ansicht, dass etwa 40% aller Pflegefälle, die von Akutkrankenhäusern so klassifiziert worden sind, nach angemessener aktivierender Behandlung zu einem selbstbestimmten Leben – ggf. mit Hilfen – in der Lage gewesen wären.“¹⁸

Der Erfolg geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen dagegen wird bisher meist nur nach funktionellen Kriterien gemessen: Die Entlassung nach Hause gilt häufig bereits als Erfolg; dabei bleibt die soziale und räumliche Situation, in die hinein die rehabilitierte Person entlassen wird, unberücksichtigt. Dies wird zunehmend kritisiert. Denn die Frage, ob eine Rehabilitation längerfristig erfolgreich war, lässt sich erst dadurch beantworten, wie selbstständig die rehabilitierte Person ihr Leben nach der Rehabilitation zu meistern in der Lage ist. Erst zu Hause zeigt sich der Erfolg bzw. erst durch häusliche Rehabilitation wird der in der Klinik erzielte Erfolg konsolidiert. Aufgrund der auf medizinische Rehabilitation beschränkten Ausrichtung der Altersrehabilitation werden darüber hinaus andere, vor allem psychosoziale Faktoren bei der Evaluation häufig vernachlässigt. Hierfür fehlen auch noch weitgehend die notwendigen Standards und Verfahren.

Ein entscheidender Punkt für den längerfristigen Rehabilitationserfolg gerade bei alten Menschen ist die fortdauernde, häusliche rehabilitative Weiterbehandlung bzw. -betreuung. Durch sie lässt sich eine funktionelle Verschlechterung häufig deutlich vermindern sowie die gesamte Situation stabilisieren. Weiterhin entscheidend ist neben der Rehabilitationsfähigkeit vor allem die Rehabilitationswilligkeit des alten Menschen und die Unterstützung der Angehörigen sowie eine Anpassung des häuslichen Wohnumfeldes. Auch hierfür fehlt es an Einrichtungen und Diensten.

¹⁵ Görres 1995: 164

¹⁶ vgl. Schütz 1996

¹⁷ vgl. hierzu auch die Problematik der Fehlbelegungen in Kapitel 2.5

¹⁸ Schütz 1996: 621

Jeder alte Mensch sollte aber, bevor er zum „Pflegefall“ abgestempelt wird, die Chance einer erfolgreichen Rehabilitation haben.¹⁹ Nach § 11 SGB V besteht darauf sogar ein Rechtsanspruch.

2.4 Sozialrechtliche Rahmenbedingungen

Seit 1990 haben sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Rehabilitation alter Menschen verbessert. Zwei Prämissen, die die politische Zielsetzung formulieren, liegen allen anderen, detaillierteren Regelungen zugrunde: „Prävention und Rehabilitation vor Pflege“ und „ambulant vor stationär“.

Mit der Einführung des **SGB V (Soziale Krankenversicherung)** werden erstmals speziell die gesundheitlichen Lebensrisiken alter Menschen aufgegriffen und durch die Krankenkassen abgesichert. Zu den Leistungen der Krankenversicherung gehören nun auch Leistungen zur Rehabilitation, die notwendig sind, um z.B. Pflegebedürftigkeit vorzubeugen (§ 11 Abs. 2 SGB V). Neben medizinischen übernimmt die Krankenversicherung auch ergänzende Maßnahmen zur Rehabilitation (§ 27 Abs. 1 Satz 6 SGB V und § 43 SGB V). Reichen ambulante Krankenbehandlung und Rehabilitationsmaßnahmen nicht aus, werden von den Kassen stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen bezahlt (§ 40 SGB V).

Generell gilt, dass alle Leistungen der Krankenkasse rehabilitativ auszurichten sind²⁰.

Das **Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)** bietet selbst zwar keine finanziellen Leistungen zur Rehabilitation, in § 5 SGB XI wird jedoch festgelegt, dass die Pflegekassen bei den zuständigen Trägern darauf hinzuwirken haben, dass durch alle geeigneten Maßnahmen der Prävention, der Krankenbehandlung und der Rehabilitation der Eintritt von Pflegebedürftigkeit vermieden wird. Auch nach dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit sollen die anderen Leistungsträger rehabilitative Leistungen in vollem Umfang einsetzen, um die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder um eine Verschlimmerung zu verhindern. Versicherte haben gegen den zuständigen Träger einen gesetzlichen Anspruch auf Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation (§ 18 SGB XI). Bei bereits bestehender Pflegebedürftigkeit soll eine aktivierende Pflege durchgeführt und auch soziale Bedürfnisse des Pflegebedürftigen berücksichtigt werden (§ 28 Abs. 4 SGB XI). Darüber hinaus übernehmen die Pflegekassen Kosten für Pflegehilfsmittel und technische Hilfen sowie für Maßnahmen der Wohnraumanpassung (§ 40 SGB XI). Laut Gesetz hat die Pflegekasse vorläufige Leistungen zur Rehabilitation zu erbringen, wenn andere zuständige Träger nicht sofort tätig werden (§ 32 SGB XI). Damit wird der Notwendigkeit Rechnung getragen, dass sinnvolle Rehabilitation ohne zeitliche Verzögerungen einzusetzen hat.

Leistungen aus der **Rentenversicherung** zielen in erster Linie auf die Wiederherstellung oder Sicherung der Erwerbsfähigkeit. Daher werden alte Menschen hier in der Regel nicht einbe-

¹⁹ vgl. Meier-Baumgartner 1992

²⁰ vgl. Wissert u.a. 1996: 76

zogen. Leistungen nach dem **Bundessozialhilfegesetz (BSHG)** sind nachrangig und damit auf unterstützende Leistungen beschränkt, etwa wenn die finanziellen Leistungen aus der Pflegeversicherung nicht ausreichen, um den Lebensunterhalt bzw. die Kosten der Pflege zu tragen.

Trotz der mit SGB V und SGB XI erreichten Weiterentwicklung der leistungsgesetzlichen Grundlagen für die Rehabilitation alter Menschen gibt es ein grundsätzliches Problem, das die Schaffung flächendeckender rehabilitativer Versorgungsstrukturen – gerade auch im ambulanten Bereich – sehr erschwert: Das Pflegeversicherungsgesetz enthält den gravierenden Systemfehler, dass Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation weiterhin von den Krankenkassen zu finanzieren sind, die ihrerseits aber gleichzeitig durch das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) einer Deckelung ihrer Leistungen unterworfen sind.

Die „säulenspezifische“ und wenig durchlässige Gliederung des sozialen Sicherungssystems führt weiterhin dazu, dass die durch erfolgreiche Rehabilitationsleistungen erreichten Einspareffekte, etwa durch Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder durch Einstufung in eine niedrigere Pflegestufe, den Pflegekassen und nicht den Krankenkassen zugute kommen. Die Krankenkassen als Hauptkostenträger haben folglich keinen wirtschaftlichen Anreiz zum Ausschöpfen der Rehabilitationspotentiale bei alten Menschen.

2.5 Versorgungsdefizite, Qualitätssicherung und geriatrisches Assessment

Dem Rechtsanspruch auf Leistungen zur Rehabilitation nach § 11 SGB V stehen derzeit so gut wie keine Kapazitäten gegenüber. Sowohl die Versorgungsstrukturen als auch die finanziellen Mittel, die dafür benötigt würden, fehlen weitgehend. Die Strukturen im Bereich der geriatrischen Rehabilitation sind daher derzeit weit von einer angemessenen, flächendeckenden und bedarfsorientierten Versorgung entfernt. Völlig unterentwickelt ist entsprechend eine bedarfsgerechte Differenzierung nach stationärer und ambulanter Versorgung sowie die Abstimmung zwischen Einrichtungen in der Versorgungskette.

Im stationären Bereich sind nur etwa 3% aller Krankenhausbetten explizit geriatrisch ausgerichtet, obwohl der Anteil der über 65-jährigen Menschen an den Gesamtpflegetagen bei etwa 45 bis 50% liegt.²¹ Gleichzeitig liegen viele alte Menschen, die nicht (mehr) sinnvoll behandelt werden, in Akutkrankenhäusern, nur weil niemand weiß, wohin sie verlegt werden könnten. Noch schlechter sieht die Situation im ambulanten Bereich aus: hier existiert heute

*„ein wenig transparentes, ein diffuses und zudem entwicklungsbedürftiges Feld“.*²²

²¹ vgl. Bruder 1996

²² Tews 1995: 33

Als Ursachen hierfür können Defizite auf vier Ebenen ausgemacht werden:

Ursachen für fehlende Versorgungsstrukturen im Bereich ambulanter geriatrische Rehabilitation
<ul style="list-style-type: none">• Defizite auf der Infrastrukturebene• Defizite auf der Finanzierungsebene• Defizite auf der Organisationsebene• Defizite auf der Personalebene²³

Die Defizite auf der Infrastrukturebene und die auf der Personalebene sind zwei unterschiedliche Ausprägungen des Problems der Erreichbarkeit qualifizierter Angebote für die PatientInnen: Bei personellen Engpässen, Mängeln in der Qualifikation und/oder Wartezeiten bei Therapien oder stationären Einrichtungen kann von Defiziten auf der Personalebene gesprochen werden, während bei eingeschränkter Erreichbarkeit (z.B. in ländlichen Gebieten) oder bei einem vollständigen Fehlen niedergelassener TherapeutInnen das Defizit auf der Infrastrukturebene liegt.

Die Defizite auf der Finanzierungsebene beziehen sich auf Fragen der Honorierung von Leistungen. Defizite, die insbesondere bei der häuslichen Rehabilitation hervortreten, bestehen in der unzureichenden Finanzierung von Hausbesuchen, Fallbesprechungen und Koordinationsleistungen, die diese zu einem finanziellen Risiko für die Akteure machen sowie in Mängeln der Finanzierung, von technischen Hilfen, Wohnungsanpassungen und entsprechenden Beratungsleistungen.

Defizite auf der Organisationsebene folgen nicht zuletzt aus der unzureichenden Finanzierung von Abstimmungs- und Koordinationsleistungen. Solange für diese Leistungen kein wirksamer Anreiz in der ärztlichen Gebührenordnungen existiert, kann von niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen nicht erwartet werden, dass sie diese Koordinierungsaufgaben in größerem Umfang übernehmen. Andererseits haben niedergelassene Ärzte und Ärztinnen aufgrund ihrer Position im Gesundheitswesen eine zentrale Rolle im interdisziplinären, therapeutischen Team. Bei der Frage nach der Organisation von Teamarbeit zeigen sich häufig Defizite auf der Organisationsebene, die nicht zuletzt auf Mängel in der entsprechenden Ausbildung zurückzuführen sind. Im Gegensatz zum stationären Bereich, in dem verschiedene Disziplinen in räumlicher Nähe zusammenarbeiten und in dem es regelmäßige Teambesprechungen oder zumindest Übergaben gibt, ist die Koordination verschiedener Berufsgruppen im ambulanten Bereich sehr schwierig. Von einer Vielzahl an Modellprojekten in fast allen Bundesländern

²³ vgl. Tews 1995: 45

abgesehen, gibt es daher bisher im ambulanten Bereich kaum längerfristige, finanziell abgesicherte Angebote im Rahmen der Regelversorgung.

Ziel der Bemühungen – zuerst im Rahmen von Modellprojekten, dann als Regelversorgung – muss daher sein, diese Defizite, wenn nicht komplett aufzulösen, so doch zumindest zu entschärfen, und dadurch eine Verbesserung der ambulanten Versorgungsstrukturen zu erreichen.

Diese Forderung wird unterstützt durch die Notwendigkeit, in Zukunft stärker die Effektivität der Leistungen durch Instrumente und Verfahren der **Qualitätssicherung** in der Rehabilitation zu erhöhen. Qualitätssicherung in der ambulanten geriatrischen Rehabilitation bezieht sich – ebenso wie im stationären Bereich – auf die Dimensionen

- Strukturqualität
- Prozessqualität
- Ergebnisqualität.

Elemente der **Strukturqualität** sind die strukturellen Rahmenbedingungen einer Leistung, wie z.B. die Organisationsform, die Zusammensetzung und Qualifikation des geriatrischen Teams, die Kooperations- und Koordinationsstrukturen.

Zur **Prozessqualität** gehört als zentrales Element das Rehabilitationsverfahren selbst und das Monitoring des Zugangs zur Rehabilitation und des koordinierten Verlaufs. Weiterhin sind entscheidend das geriatrische Assessment und die Dokumentation des Rehabilitationsverlaufs. Nur ein ständig evaluierter und verbesserter Prozessverlauf kann die Ergebnisqualität steigern.

Die **Ergebnisqualität** bemisst sich in erster Linie nach dem Rehabilitationserfolg. Die Bewertung des Ergebnisses der Rehabilitationsmaßnahmen ergibt sich aus der Frage, ob die angestrebten Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung der individuellen Umstände des Patienten/der Patientin tatsächlich erreicht werden konnten.

Auch hier entsteht Bedarf an einer weiteren Qualifizierung aller Beteiligten in der Versorgungskette; dies gilt nicht zuletzt an der Schnittstelle zum Sozialwesen und zur „Ko-Produktion“ von Gesundheit in der Zusammenarbeit mit Angehörigen und Selbsthilfe-Initiativen.

Ein wichtiges Element der Qualifizierung ist das geriatrische Assessment, d.h. ein eigenständiges klinisch-diagnostisches Instrument zur Erfassung und Bewertung der gesundheitlichen Situation geriatrischer Patienten. Es ist Ausgangspunkt jeder sinnvollen geriatrischen Rehabilitation. Das geriatrische Assessment geht über die normale ärztliche Diagnose weit hinaus: Es ist multidimensional und bezieht neben organischen auch psychische, soziale und räumliche Faktoren in die Bewertung der gesundheitlichen Situation des Patienten ein. Es ist somit zugleich ein zentrales Instrument der Qualitätssicherung.

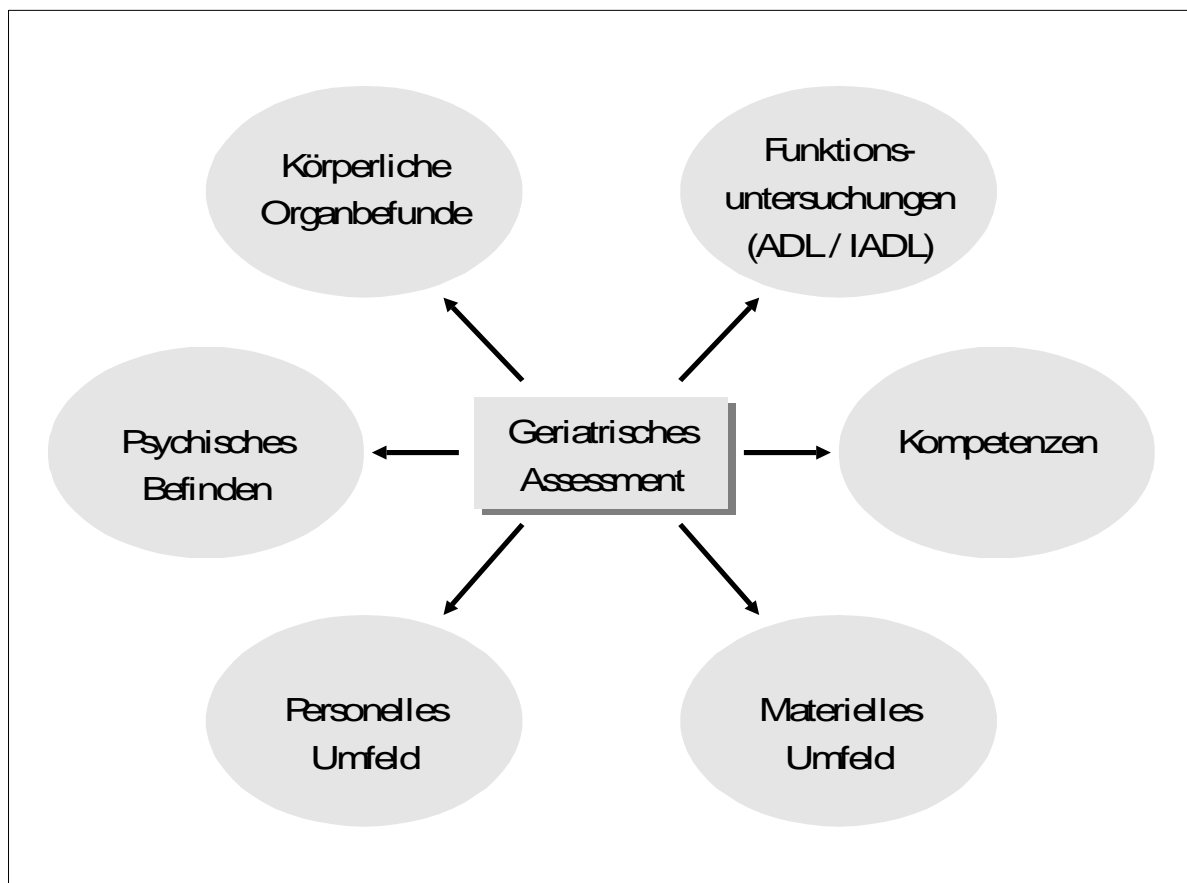
Ziele des geriatrischen Assessments sind die Bewertung von Hilfebedürftigkeit, die Planung von medizinischen, therapeutischen, pflegerischen und sozialen Interventionen sowie deren Kontrolle und Evaluation.

Bestandteile des geriatrischen Assessments

- eine quantifizierende Funktionsdiagnostik (Organfunktionen und Alltagsfunktionen)
- eine pflegerische Diagnostik über Kompetenz und Hilfebedürftigkeit bei der Selbst- und Fremdpflege
- eine überprüfbare Prognose der Rehabilitationsmöglichkeiten
- die Erfassung von ethischen Wertvorstellungen und persönlicher Lebensplanung
- die gemeinsame Erarbeitung eines individuellen Zieles²⁴

Es gibt kein einheitliches, „ideales“ Assessment. Art und Umfang sowie Durchführung und Auswahl der Messinstrumente sind vielmehr je nach Ausgangslage und Bedarf individuell festzulegen. Im Sinne einer multidimensionalen Diagnostik sollte ein umfassendes Basisassessment jedoch grundsätzlich die in der folgenden Abbildung genannten Bereiche umfassen.

Abb. 4: Das geriatrische Assessment (eigene Darstellung)



²⁴ Auflistung im Kasten zitiert nach Runge/Rehfeld 1995: 43

Instrumente des Assessments sind neben der klassischen ärztlichen Untersuchung vor allem Fragebögen. Mittlerweile wurden mehrere Basisassessmentinstrumente, wie z.B. das „Pflegegesetzadaptierte Geriatrische Basisassessment (PGBA)“ oder das Geriatrische Assessment des Krankenhauses München-Neuperlach entwickelt, die – in unterschiedlicher Auswahl und Gewichtung – alle relevanten Bereiche erfassen. Die physischen Funktionen werden dabei mit Hilfe von ADL-/IADL-Skalen überprüft; im psychischen Bereich sind vor allem Depression und Demenz zu untersuchen. Das Ausmaß an sozialen und materiellen Ressourcen wird mit Hilfe von spezifischen Sozialfragebögen erhoben.

Idealerweise sollte – nach einem obligatorischen Basisassessment – das Problemassessment als Prozess die Rehabilitation begleiten, d.h. die zu einem bestimmten Zeitpunkt von einer der an der Rehabilitation beteiligten Personen (z.B. der Ergotherapeutin) fakultativ benötigten (zusätzlichen) Informationen werden von ihr mittels eines spezifischen Assessment-Instruments erhoben.

Die ausgewerteten interdisziplinären Assessment-Ergebnisse werden aufeinander abgestimmt und fließen in einen individuellen Therapieplan ein, der dann vom medizinisch-therapeutischen Team umgesetzt wird. Erst die Bewertung der Ergebnisse ermöglicht begründete Entscheidungen für den weiteren Prozess, der Abwägungen von Nutzen und Risiken bzw. von Aufwand und Risiken, Interessenkonflikte und Ressourcenbeschränkungen und die Koordination von Maßnahmen umfasst.

Ziel des Assessments ist nicht zuletzt eine umfassendere objektive Bedarfsanalyse, die auch Aspekte einbezieht, die nicht im Aufmerksamkeitsbereich eines jeweiligen spezifisch qualifizierten Therapeuten liegen. Aufgrund der besonderen Qualifikationsanforderungen liegt es nahe, das Assessment einer unabhängigen Instanz zu übertragen; Modell für die Organisation könnte der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) sein.

Ähnlich wie im Falle des MDK kann mit dem Geriatrischen Assessment ein neuer Akteur (nicht nur ein Verfahren) in das Versorgungssystem eingeführt werden, dessen Aufgabe die Verbesserung der Informationsbasis aller Beteiligten ist und dessen (zentrale versus dezentrale) Organisation sowie dessen Koordination und Kooperation mit anderen Akteuren eigenständige Fragen aufwirft.

Zentrale Funktion des MDK nach Maßgabe des Pflegeversicherungsgesetzes ist die Feststellung, „ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind“.²⁵ Versicherte haben danach einen rechtlichen Anspruch auf Leistungen der medizinischen Rehabilitation.²⁶ Die Inanspruchnahme dieser Leistungen wird jedoch nicht nur durch die – oben bereits beschriebenen – mangelhaften Versorgungsstrukturen erschwert, sondern darüber hinaus auch durch die zögerliche und unbefriedigende Umsetzung seines gesetzlichen Auftrags durch den MDK. Äußerst selten nur werden der Pflege- bzw. der Krankenkasse tatsächlich Maßnahmen zur geriatrischen Rehabi-

²⁵ § 18 SGB XI

²⁶ vgl. hierzu auch die Ausführungen in Kap. 2.4 und 2.5

litation empfohlen²⁷, und wenn, dann handelt es sich häufig nur um Krankengymnastik, seltener um Ergotherapie, um Logopädie so gut wie gar nicht. Eher noch werden bauliche Maßnahmen und Hilfsmittel vorgeschlagen, die ihrerseits aber häufig nur in Kombination mit therapeutischen Maßnahmen und mit Anleitung sinnvoll sind. Die Einführung dieses weiteren Akteurs hat somit (zunächst) Koordinationsprobleme zur Folge. Allerdings sollte der MDK als unabhängige Instanz den angestrebten Beitrag zur Qualitätssicherung im Versorgungssystem leisten.

Die Frage, ob der MDK (schon) die geeignete Instanz für die Übernahme des geriatrischen Assessments und / oder weitergehender Koordinationsaufgaben in einem vernetzten Versorgungssystem darstellt, kann derzeit noch nicht befriedigend beantwortet werden. Eine Alternative ist die Verankerung des Assessments in der gegenwärtigen diagnostisch-therapeutischen Praxis.

Aufgrund der zunehmenden Zahl älterer Patienten und Patientinnen in den Praxen niedergelassener ÄrztInnen sollte das geriatrische Assessment in jedem Fall langfristig ein Bestandteil der medizinischen Grundversorgung werden. Da im Augenblick jedoch nicht absehbar ist, wie das Assessment über eine unabhängige Instanz in der Grundversorgung sichergestellt werden kann, ist die Qualifikation der Akteure vor Ort sowie die Entwicklung entsprechender Instrumente eine wichtige Aufgabe. Grundsätzlich sollten deshalb auch die Möglichkeiten eines Assessments ausgeschöpft werden, das in der Kooperation der bestehenden Akteure arbeitsteilig verankert ist. Dies setzt die Verbesserung und den Zuschnitt von Diagnoseverfahren, Informationsstrukturen und Qualifikationen für diese Situation voraus. Damit entstehen neue Aufgaben und Belastungen, aber auch neue Chancen der Entlastung durch Kooperation – „vertikal“ in der Versorgungskette und „horizontal“ insbesondere in dezentralen „geriatrischen Teams“.

Es gibt bereits Ansätze, ÄrztInnen und TherapeutInnen in Schwerpunktpraxen²⁸ und Therapiezentren für Assessments zu qualifizieren, damit sie diese dort auch durchführen können. Die Kassen stehen dieser Entwicklung positiv gegenüber. Damit ist jedoch das Problem eines „pragmatischen“ Assessments für die niedergelassene Praxis, das schnell und unkompliziert umgesetzt werden kann, noch nicht gelöst. Ein Konzept hierfür muss – gemeinsam mit dem Ausbau von entsprechenden Strukturen wie im Falle des Modellprojekts „Münchner Norden“ – erst noch entwickelt werden.

²⁷ Einer Auswertung von über 6.000 Gutachten des MDK zufolge wurden bei über 75jährigen Schwerpflegebedürftigen nur in drei Prozent aller Fälle rehabilitative Maßnahmen vorgeschlagen (vgl. Tews 1995: 39)

²⁸ vgl. hierzu Kap. 3.3.2

Neue Versorgungsstrukturen sollten somit **fünf grundlegende Fragestellungen** zugleich angehen:

Anforderungen an die Gestaltung neuer Versorgungsstrukturen

- Neuordnung der Aufgabenverteilung zwischen den Akteuren
- Verbesserung der Informationsbasis (Assessment und Qualitätssicherung) im Netz begleitend zum Prozess der „Patienten-Karriere“
- Verbesserung der organisatorischen Basis (Einrichtungen, Dienste) und der Kooperation
- Sicherung der Übergänge bzw. Anschlussfähigkeiten zu angrenzenden Unterstützungssystemen (z.B. Sozialwesen, technisch-bauliche Maßnahmen im Wohnumfeld, soziales Netzwerk)
- Ausgestaltung der finanziellen und rechtlichen Regelungen

3. Ambulante geriatrische Rehabilitation

3.1 Grundlagen und Ziele

Die medizinische und rehabilitative Versorgung älterer und alter Menschen erfordert ein abgestuftes Versorgungssystem, das die jeweilige gesundheitliche und soziale Situation des Patienten bzw. der Patientin berücksichtigt. Insbesondere stationäre und ambulante Versorgung sind keine Alternativen, sondern je nach den Indikationen bzw. Zielgruppen angemessen oder nicht.

Bei akuten Erkrankungen, bei denen es primär um eine optimale Diagnose und Therapie eines bestimmten Organs geht, steht älteren Menschen grundsätzlich die gleiche Versorgung und Behandlung zu wie jüngeren. Diese bekommen sie in Einrichtungen der allgemeinen, an den Erkrankungen einzelner Organe orientierten Fachmedizin.

Die Geriatrie als ein Zweig der Medizin befasst sich mit den Krankheiten von alternden und alten Menschen; sie umfasst sowohl die akutmedizinische als auch die rehabilitative Behandlung und damit alle Patienten ab einem bestimmten Lebensalter.

Die geriatrische Rehabilitation sollte nun im Idealfall bereits parallel zur Akutbehandlung einsetzen, hat jedoch andere Ziele als diese.²⁹ Da nicht bei allen Krankheitsbildern eine Rehabilitation möglich und/oder sinnvoll ist, richtet sich geriatrische Rehabilitation nur an einen Teil der geriatrischen Patienten.

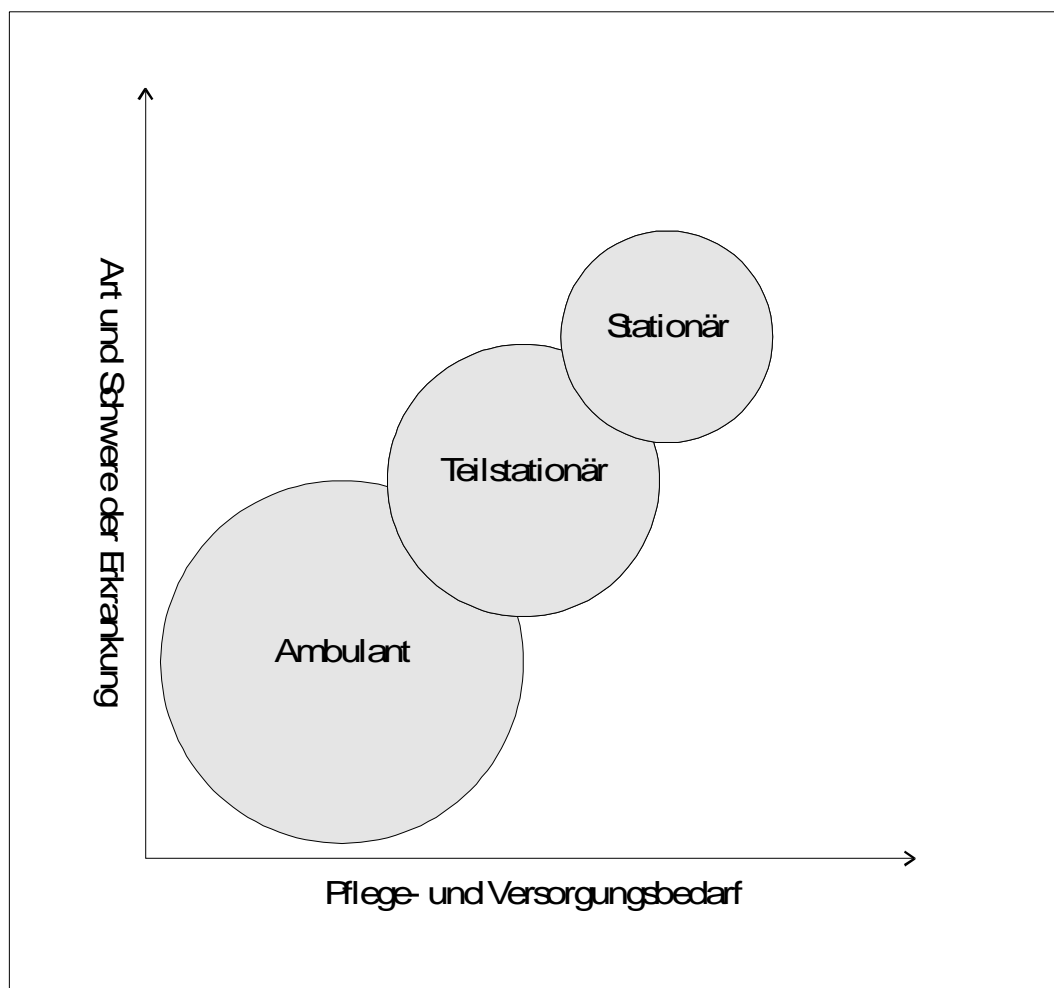
Geriatrische Rehabilitation selbst kann in verschiedener Weise durchgeführt werden: Schwer erkrankte PatientInnen mit einem hohen Versorgungs- und Pflegebedarf müssen stationär untergebracht werden, da eine aufwendige Versorgung zu Hause oft nicht möglich ist. Bei PatientInnen mit weniger gravierenden Erkrankungen und weniger hohem Versorgungs- und Pflegebedarf reichen u.U. teilstationäre und ambulante bzw. häusliche Maßnahmen, unterstützt durch ein angepasstes Wohnumfeld aus.

Stationäre geriatrische Rehabilitation erfolgt im allgemeinen als Anschlussheilbehandlung nach einem Aufenthalt in einem Akutkrankenhaus – im Idealfall ohne zeitliche Verzögerung bzw. bereits parallel zur Heilbehandlung, um eine Immobilisierung durch langes Liegen zu vermeiden. Sie ist für alle Indikationen möglich, die für Rehabilitationsmaßnahmen geeignet sind.

Nach oder statt einer stationären Rehabilitation, wenn der Patient/die Patientin soweit wiederhergestellt ist, dass er/sie entlassen werden kann, sollten die in der Reha-Klinik erzielten Erfolge durch Weiterbehandlung in einer Tagesklinik oder durch ambulante Behandlung stabilisiert und gesichert werden.

²⁹ vgl. Kap. 2.2

Abb. 5: Differenzierung der Versorgungskette



Innerhalb der geriatrischen Rehabilitation gewinnt die ambulante geriatrische Rehabilitation zunehmend an Bedeutung. Dies ist auch als Zielvorstellung in die Konzeption des Pflegeversicherungsgesetzes eingegangen, in dem nicht nur der Anspruch „Reha vor Pflege“, sondern auch der Vorrang der ambulanten und teilstationären vor der stationären Rehabilitation (analog zu ambulanter vor stationärer Pflege) klar formuliert wurde.³⁰

Ambulante Rehabilitation stabilisiert und verbessert die in der stationären Rehabilitation erzielten Rehabilitationserfolge. Sie kann aber auch durchaus eine vollständige Alternative zu einem stationären Aufenthalt darstellen.

Ambulante geriatrische Rehabilitation findet in Praxen und zunehmend auch in der häuslichen Umgebung statt – als häusliche oder mobile Rehabilitation. Ihre besondere Bedeutung liegt in der Möglichkeit der wohnort- und alltagsnahen Versorgung und Betreuung. Besonders für Patienten mit eingeschränkter Mobilität ist dies von großer Bedeutung.

³⁰ „als Anspruch“ deshalb, weil im SGB XI selbst keine expliziten Leistungen zur Rehabilitation vorgesehen sind, sondern die Pflegekasse darauf hinzuwirken hat, dass der Träger der Rehabilitation im Alter – die gesetzliche Krankenversicherung – diesem Anspruch gerecht wird. Vgl. § 5 SGB XI, §§ 31f. SGB XI, § 40 SGB V. Vgl. hierzu auch Abschnitt 2.4

Gerade die mobile oder häusliche Rehabilitation ermöglicht die Weiterentwicklung von Kompetenzen, die den spezifischen Anforderungen des häuslichen Umfelds angepasst sind, da das physische und das psychosoziale Umfeld einbezogen werden können. Die Rehabilitation kann am Alltagshandeln des Patienten/der Patientin ansetzen: dies ermöglicht direkte Reaktionen und Interventionen – Transferprobleme beim Erlernen notwendiger Funktionen entfallen, d.h. die erlernten Funktionen können sofort im Alltag ausgeführt werden. Die PatientInnen haben die Möglichkeit,

„unter Anleitung verschiedene Situationen des Tagesablaufes im betreffenden Wohnumfeld zu erproben.“³¹

Darüber hinaus können Maßnahmen zur Wohnraumanpassung sowie das Üben im Umgang mit Hilfsmitteln einbezogen werden.

Ambulante Rehabilitation

„erfüllt damit in optimaler Weise die Forderung nach vermehrter Integration des Klinik-Umfeldes und des häuslichen Umfeldes“,³²

die in der Diskussion über angemessene Versorgungsstrukturen gefordert wird.

Bei einer Bereitstellung entsprechender Kapazitäten und bedarfsorientierter Angebote im ambulanten und teilstationären Bereich, wie sie etwa das Modellprojekt „Münchner Norden“ in seinem Einzugsgebiet anstrebt, lässt sich eine quantitative Entlastung stationärer Einrichtungen erreichen.

³¹ Hoop 1996: 657

³² Kruse 1995: 90

3.2 Indikationen und Zielgruppen für ambulante und häusliche geriatrische Rehabilitation

Über das Vorliegen einer Erkrankung, die für geriatrische Rehabilitation allgemein geeignet sind (vgl. Punkt 2.2), hinaus, richtet sich die ambulante geriatrische Rehabilitation im einzelnen an folgende Zielgruppen:

Zielgruppen für ambulante bzw. häusliche geriatrische Rehabilitation

Ambulante Rehabilitation:

- PatientInnen, deren Gesundheitszustand nach einer Krankenhausbehandlung so stabil ist, dass sie nach Hause entlassen werden können, wenn sie dort entsprechend versorgt werden können;
- PatientInnen, die nach einem Aufenthalt in einer stationären Rehabilitationseinrichtung weitere Behandlung benötigen, um den Rehabilitationserfolg zu sichern;
- PatientInnen, die nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus auf einen Platz in einer Rehaklinik warten und bei denen diese Übergangszeit genutzt werden kann, um das Rehabilitationspotential zu erhalten;
- PatientInnen, für die nach einer akuten gesundheitlichen Krise Maßnahmen der ambulanten Rehabilitation ausreichen, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

Häusliche Rehabilitation:

- PatientInnen, die aufgrund eingeschränkter Mobilität nicht (mehr) in der Lage sind, eine Praxis aufzusuchen;
- PatientInnen, die in ihrer Wohnung gepflegt werden und nicht mehr in der Lage sind, eine Praxis oder eine stationäre Einrichtung aufzusuchen;
- KlientInnen, die ergotherapeutische Anleitung und Unterstützung bei der Nutzung technischer Hilfen in ihrer Wohnung bzw. nach Wohnungsanpassungen benötigen.

(Quelle: Heinrich 1996, S.24)

Ganz entscheidende Voraussetzungen für den Erfolg ambulanter geriatrischer Rehabilitation sind Rehabilitationsfähigkeit und -bereitschaft des Patienten/der Patientin.³³ Ebenso müssen die Angehörigen einbezogen werden, sie sind die „externen Ressourcen“ des Patienten/der Patientin. Ohne sie kann und darf kein ambulanter Rehabilitationsprozess geplant und durchgeführt werden.³⁴ Darüber hinaus ist die Anpassung der häuslichen Umwelt an die Rehabilitation erforderlich.

³³ vgl. Sozialministerium Baden-Württemberg 1997: 13ff.

³⁴ Runge/Rehfeld 1995: 180ff.

Als Problem stellt sich immer wieder die Abstimmung zwischen Rehabilitation und Pflege bzw. das Einbeziehen von rehabilitativen Maßnahmen in die ambulante Pflege dar:

„Rehabilitation und Pflege stehen nicht isoliert nebeneinander, sondern sind de facto und konzeptionell miteinander verflochten und auch nur in ihrer wechselseitigen Beeinflussung richtig zu verstehen und zu planen.“³⁵

Soweit der theoretische Anspruch. In der Realität ist es häufig eher so, dass Rehabilitation und Pflege zeitlich nacheinander stattfinden und kaum Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen stattfindet. Das Pflegeversicherungsgesetz fordert zwar „Reha vor Pflege“, aber das angestrebte Ziel ist ja nicht nur, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, sondern auch bei bereits eingetretener Pflegebedürftigkeit diese „zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten“.³⁶ Das bedeutet, dass Reha und Pflege keine Alternativen sind, sondern parallel stattfinden und aufeinander abgestimmt werden müssen. Dazu sind gegenseitiges Wissen und klare Kompetenzaufteilungen zwischen Pflegekräften und therapeutischen Fachkräften nötig. Eine Möglichkeit, diese Kommunikation und Kooperation auf lokaler Ebene herzustellen bzw. zu fördern, sind z.B. Pflegekonferenzen, in denen alle an der Versorgung vor Ort Beteiligten vertreten sind.

3.3 Organisationsformen ambulanter geriatrischer Rehabilitation

3.3.1 Funktionen und Akteure: Das „geriatrische Team“

Eine umfassende ambulante bzw. häusliche geriatrische Rehabilitation sollte mehrere Funktionen erfüllen, die sich aus den grundlegenden Fragestellungen an neue Versorgungsstrukturen, die in Kapitel 2.5. genannt wurden, ergeben:

- Diagnose im engeren Sinn
- Assessment
- Therapieplanung
- Therapieleistungen
- (Aktivierende) Pflege
- Soziale Hilfen
- Technische Hilfen
- Wohnungsanpassung und -beratung
- Finanzierung und Verwaltung
- Sozialrechtliche Beratung

³⁵ Runge/Rehfeld 1995: 25

³⁶ § 31 SGB XI

- „Horizontale“ Vermittlung (Koordination)
- „Vertikale“ Vermittlung (Case Management)
- Dokumentation/Evaluation/Qualitätssicherung

Diese unterschiedlichen Funktionen können (und müssen) von unterschiedlichen Akteuren ausgefüllt werden. Welche Funktion von wem übernommen wird, ist nicht bei allen Funktionen festgelegt bzw. kann von Fall zu Fall unterschiedlich entschieden werden. Rehabilitation kann mithin nicht auf einen Akteur beschränkt werden, sie ist eine integrative Leistung.

In der geriatrischen Rehabilitation wird die Erfüllung der beschriebenen Funktionen von einem multiprofessionellen „Team“ erwartet – unabhängig von der im einzelnen gewählten Organisationsform. Dieses Team

„hat ein gemeinsames Konzept und Ziel, an dem jeder entsprechend seinem Berufsbild und seinen persönlichen Kenntnissen arbeitet“³⁷.

Der Begriff des „Teams“ hat – in diesem Zusammenhang – mehrere Bedeutungsebenen. Zum einen spricht man von einem „Team“, wenn eine feste Gruppe von Personen aus unterschiedlichen Bereichen auf ein gemeinsames Ziel hinarbeitet, welches nicht von einer Person allein erreicht werden kann. Ein solches Ziel ist in der geriatrischen Rehabilitation ohne Zweifel gegeben und rechtfertigt die Orientierung am Leitbild des „Teams“. In der Diskussion und auch in vielen Publikationen hat die Betonung der Notwendigkeit zur engen Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen („dialogische Struktur der Entscheidungsprozesse“³⁸) zum anderen oft den normativen Charakter eines moralischen Appells. Dieser normative Appell an eine möglichst partnerschaftliche, nicht-hierarchische Kooperation kann als „Leitgedanke“ von Akteuren in unterschiedlichen Formen der Zusammenarbeit akzeptiert werden. Zum dritten wird mit dem Begriff des „Teams“ auch die organisatorische Struktur i.e.S. beschrieben: Arbeit im Team heißt, eine weitgehend nicht-hierarchische Organisationsstruktur aufzubauen und aufrechtzuerhalten, die regelmäßigen Informationsaustausch, enge Koordination der Aktivitäten und intensive Kooperation ermöglicht.

„Die Organisation geriatrischer Rehabilitation hat dafür zu sorgen, dass das Team mehr ist als die Summe seiner Teile.“³⁹

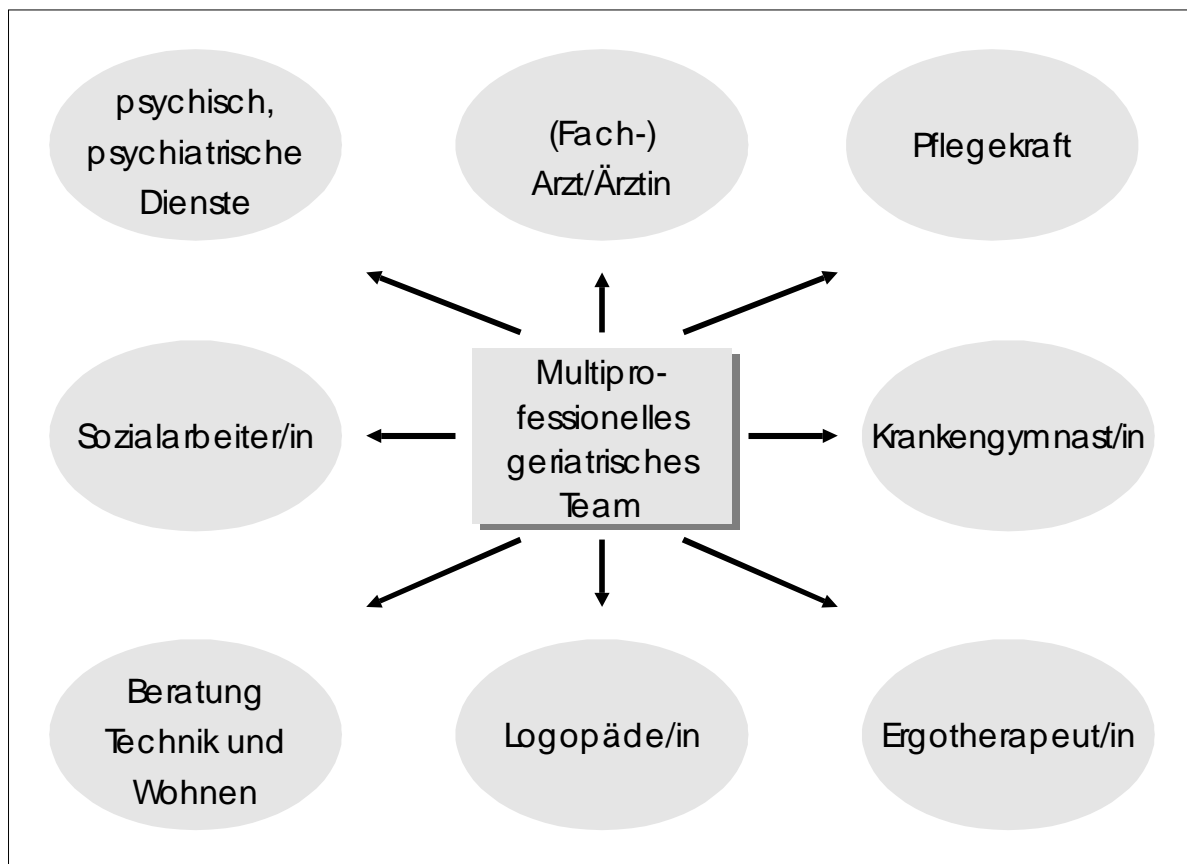
Die Umsetzung eines Teams im engeren organisatorischen Sinne ist in nicht-stationären Zusammenhängen äußerst schwierig. Entsprechend werden mit sehr unterschiedlichen organisatorischen Modellen derzeit Erfahrungen gesammelt (siehe weiter unten). Pragmatisch ist eine fallbezogene Koordination und Kooperation unter dem Leitgedanken des Teams, wobei die Frage zu klären ist, welche Berufsgruppen und Disziplinen – vor allem aus dem therapeutischen Bereich – jeweils zum Team gehören und wie die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zu ordnen sind. Über das Verfahren ist eine allgemeine Vereinbarung zu treffen.

³⁷ Runge/Rehfeld 1995: 153

³⁸ Runge/Rehfeld 1995: 506

³⁹ Runge/Rehfeld 1995: 507

Abb. 6: Das geriatrische Team (eigene Darstellung)



Eine zentrale Funktion im geriatrischen Team bekleidet **der niedergelassene Haus- oder Facharzt/ die niedergelassene Haus- oder Fachärztin**. Er/sie ist verantwortlich für die Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen und entscheidet über deren Dauer; er/sie verordnet Heil- und Hilfsmittel sowie die einzelnen therapeutischen Maßnahmen.

Ein weiterer zentraler Bereich in der ambulanten Rehabilitation ist die **Pflege**. Die Position der Pflegefachkraft ist in der Geriatrie allgemein und insbesondere im ambulanten Bereich im übrigen anders und eigenständiger als in der Akutmedizin: Ziel der Pflege hier ist neben der pflegerischen Versorgung eine Aktivierung und Hinführung zur Selbstpflege.

Die **Krankengymnastik** unterstützt dies durch aktive Bewegungsschulung, durch die Wiederherstellung von Kraft, Ausdauer und Geschicklichkeit. Ziel ist die Rückgewinnung und Verbesserung der Selbständigkeit im Bereich der Körperbewegungen und der Lokomotion.

Spezifisches Element der **Ergotherapie** ist das Training der motorischen Funktionen, die zur Bewältigung von Alltagsaktivitäten nötig sind. Auch der Umgang mit Hilfsmitteln wird geübt.

Viele Apoplex-PatientInnen sind von einer Aphasie betroffen. Ihnen kann eine **Sprach- bzw. Logotherapie** helfen, die auf den verbliebenen intakten Fähigkeiten im Sprachbereich aufbaut.

Soziale Dienste haben die Aufgabe, die PatientInnen zu beraten und Auskunft über die verschiedenen Möglichkeiten für weitere Hilfen, etwa Leistungen von Versicherungsträgern, zu geben.

Zu den bisher vernachlässigten Partnern gehört die **Beratung über technische Hilfen** und die **Wohnberatung**.

Einem geriatrischen Team können bzw. sollten im Idealfall noch weitere Fachkräfte aus Bereichen wie z.B. **Gerontopsychiatrie, Psychologie, Sozialpädagogik, physikalische Therapie, soziale Hilfen oder rechtliche Beratung** angehören.

Als weitere Akteure gelten natürlich auch die stationären Einrichtungen, mit denen eine enge Zusammenarbeit zu pflegen ist.

Je nach Situation und fallspezifischen Erfordernissen wird das geriatrische Team in unterschiedlichen Konstellationen tätig, womit die Koordination und die wechselseitige Information im geriatrischen Team zu einem besonderen Problem wird.

Als eine weitere Schwierigkeit taucht bei mehreren gleichartigen Akteuren (z.B. ÄrztInnen) und fallbezogener Kooperation das Problem auf, d.h. z.B. die Frage, wer welchen Patienten/welche Patientin „bekommt“. Es müssen in diesem Fall zwischen den beteiligten Akteuren einerseits möglichst konkrete Vereinbarungen über die Verteilung der Aufgaben und der Patienten ausgehandelt werden, ohne andererseits das Recht des Patienten bzw. der Patientin auf eine freie Wahl zu schmälern.

Wegen ihrer zentralen Rolle in der ambulanten Versorgungsstruktur verdient die Situation niedergelassener ÄrztInnen näher betrachtet zu werden: Welche Funktionen und Aufgaben haben sie, welche Probleme und Kosten entstehen für sie durch eine Kooperation und welchen Nutzen können sie für ihre eigene Arbeit daraus ziehen?

Das Engagement niedergelassener ÄrztInnen in der ambulanten geriatrischen Rehabilitation kann theoretisch – und wird bisher in den meisten Fällen auch praktisch – auf die Funktion eines „reinen Überweisers“ (auf der Grundlage einer Diagnose oder eines Screenings bzw. Assessments) beschränkt werden. Die Rehabilitationsmaßnahmen werden in diesem Fall von anderen geplant, koordiniert, realisiert und dokumentiert. Der Arzt/die Ärztin kann aber auch als verantwortlicher Koordinator auf der Grundlage einer Diagnose, eines Screenings oder eines Assessments die Aufgabe übernehmen, den Rehabilitationsprozess zu planen, zu koordinieren und zu dokumentieren – teilweise in Kooperation mit anderen TherapeutInnen.

Für die Kooperation zwischen niedergelassenen ÄrztInnen und TherapeutInnen sind also folgende – zunehmend anspruchsvollere und komplexere – Formen denkbar:

- Überweisung auf der Grundlage einer Diagnose
- Überweisung mit Rückmeldung und Absprachen auf der Grundlage einer Diagnose
- Überweisung auf der Grundlage eines Screenings oder Assessments

- Überweisung und Rehabilitationsplanung auf der Grundlage eines Screenings oder Assessments
- Überweisung und Rehabilitationsplanung auf der Grundlage eines Screenings oder Assessments mit anschließender Erfolgskontrolle (dokumentiert)
- Überweisung und gemeinsame Rehabilitationsplanung auf der Grundlage eines Screenings oder Assessments mit Fallbesprechungen und anschließender Erfolgskontrolle (dokumentiert)
- Überweisung und gemeinsame Rehabilitationsplanung auf der Grundlage eines Screenings oder Assessments mit Fallbesprechungen und anschließender Erfolgskontrolle (dokumentiert) unter Einbeziehung pflegerischer Maßnahmen und mit durch Hausbesuche erworbener Kenntnis des häuslichen Umfeldes
- Überweisung und gemeinsame Rehabilitationsplanung auf der Grundlage eines Screenings oder Assessments mit Fallbesprechungen und anschließender Erfolgskontrolle (dokumentiert) unter Einbeziehung pflegerischer Maßnahmen und mit durch Hausbesuche erworbene Kenntnis des häuslichen Umfeldes sowie Integration nicht-ärztlicher Hilfen/flankierender Dienste, z.B. Technik und Wohnen.⁴⁰

Zu den letztgenannten Leistungen – und zwar in vollem Umfang – sind HausärztInnen nach § 73 SGB V verpflichtet.⁴¹ Sie sind im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, d.h. im Rahmen der üblichen ärztlichen Gebührenordnung (Hausarztpauschale) zu leisten. Diesem theoretischen Anspruch können HausärztInnen in der Realität jedoch häufig nicht nachkommen. Einige der Gründe: Angesichts des hohen Aufwandes für Koordinations- und Kooperationsleistungen im Bereich der ambulanten geriatrischen Rehabilitation werden die Vergütungen als nicht ausreichend angesehen; die Koordinations- und Kooperationsleistungen (z.B. Fallbesprechungen) sind zeitlich und organisatorisch kaum zu leisten; die Notwendigkeit von Hausbesuchen konfligiert mit dem Praxiszwang. Hier wird also eine Lücke zwischen dem gesetzlichen Anspruch einerseits und seiner Realisierung andererseits deutlich, die möglicherweise nur dadurch zu lösen ist, dass im Rahmen von § 73 SGB V nur Koordinationsleistungen im Bereich allgemeiner Versorgung zu erbringen sind, während Koordination und Kooperation im Rahmen der Rehabilitation mit dem Anspruch eines geriatrischen Teams, eine eigene

⁴⁰ Diese Aufstellung ergänzt eine Übersicht, die von v. Törne (Infratest) im Rahmen der Begleitforschung des Modellprojekts vorgeschlagen wurde.

⁴¹ Im Sozialgesetzbuch wurde dieser Anspruch folgendermaßen formuliert:

„Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere

1. die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfelds,
2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
3. die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,
4. die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nicht-ärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.“ (§ 73 SGB V)

Leistung außerhalb des allgemeinen kassenärztlichen Auftrags darstellt. Finanziert werden könnte diese Leistung dann z.B. über zeitliche oder fallbezogene Gesamtpauschalen.

Eine Kooperation mit anderen – medizinischen und/oder therapeutischen – Fachkräften kann für niedergelassene ÄrztInnen in mehrfacher Hinsicht vorteilhaft sein. Bei PatientInnen, die eine aufwendige Behandlung mit hohem Koordinationsbedarf benötigen, hat eine Kooperation mit anderen ÄrztInnen und/oder TherapeutInnen Vorteile für den Hausarzt/die Hausärztin: er/sie kann Rücksprache mit anderen Beteiligten halten, es können Verantwortlichkeiten verteilt und Maßnahmen abgestimmt werden.

Bei vielen älteren PatientInnen kommen zu somatischen Erkrankungen auch psychische Probleme wie z.B. Depressionen hinzu. Häufig gibt es häusliche Faktoren, die eine effektive Behandlung erschweren wie z.B. mangelnde Betreuung. Die Handlungsmöglichkeiten eines Hausarztes/einer Hausärztin sind hier schnell überfordert. Fehlende eigene Fachkenntnisse oder aus Zeitgründen fehlende Kenntnis des häuslichen Umfeldes der PatientInnen könnten durch eine Kooperation mit anderen Berufsgruppen – hier etwa mit PsychologInnen und ErgotherapeutInnen – kompensiert werden und den Arzt/die Ärztin entlasten.

Durch rechtzeitige Einleitung abgestimmter Rehabilitationsmaßnahmen können eventuell Medikationen reduziert und dadurch das ärztliche Budget entlastet werden.

Auch ein stationärer Aufenthalt kann durch ambulante und häusliche Rehabilitation – wenn sie frühzeitig und kontinuierlich durchgeführt wird – vermieden werden. Dadurch wird die Position der niedergelassenen Ärzteschaft gegenüber den Klinikärzten gestärkt.

Neben den patienten- und den budgetbezogenen Vorteilen gibt es auch noch berufsbezogene Vorteile einer Kooperation: Im immer enger werdenden „Ärzte-Markt“ nimmt die Konkurrenz zu. Durch zusätzliche Qualifikationen etwa im Bereich des Assessments und/oder die Herausbildung eines (geriatrischen) Schwerpunkts eröffnen sich neue berufliche Chancen. Gerade auf dem Hintergrund der „Geriatrisierung des Gesundheitswesens“ wird eine Fortbildung in Geriatrie und geriatrischer Rehabilitation in Zukunft von zunehmender Bedeutung sein. Profunde Kenntnisse im Bereich des Assessments und in Fragen der Kooperation und des (Ärzte-)Managements bieten vielfältige Chancen. Auch in den Verhandlungen mit den Kassen stärkt es die Position der Ärzte, wenn sie sich aktiv qualifizieren.

3.3.2 Modelle und Organisationsformen

In der Organisation ambulanter geriatrischer Rehabilitation gibt es eine Vielfalt von Modellvarianten. Sie wurden bzw. werden in verschiedenen Modellprojekten erprobt. Die sechs wichtigsten Modelle werden im folgenden kurz dargestellt und im Hinblick auf ihre Struktur- und Prozessqualität diskutiert.⁴²

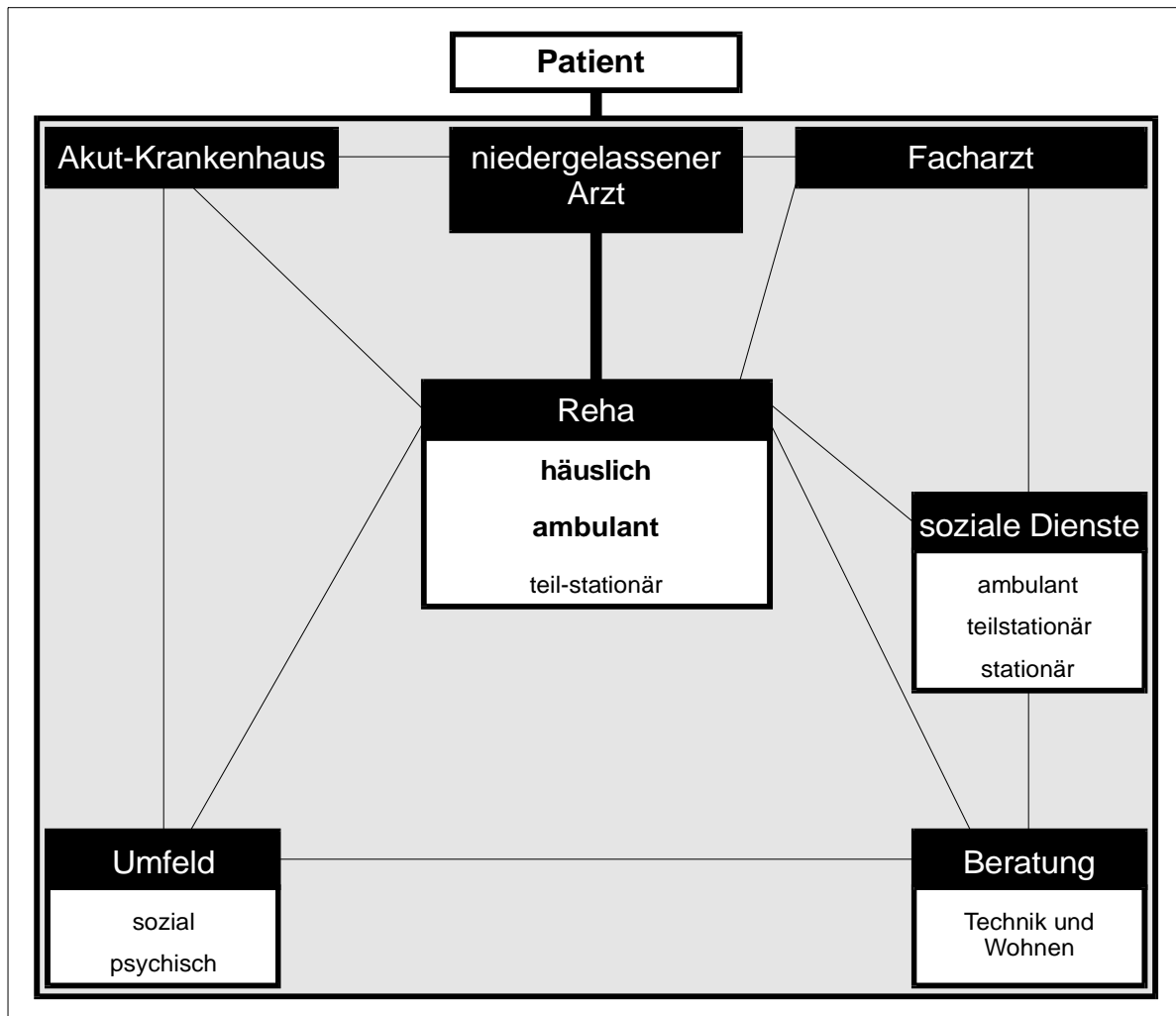
Hausarzt-/Facharzt-Modell

Beim Hausarzt-/Facharzt-Modell übernimmt der niedergelassene Arzt/die niedergelassene Ärztin mit eigener Praxis die zentrale Rolle im Rehabilitations-Team. Unter seiner/ihrer Leitung und Koordination werden die rehabilitativen Leistungen durch die therapeutischen Mit-

⁴² zu den folgenden Ausführungen vgl. u.a. Tews 1995; Rapp 1996

glieder des Teams, die auch in der ärztlichen Praxis angestellt sein können, erbracht. Die Bezahlung erfolgt durch Pauschalen von der Krankenkasse, welche die ärztlichen und therapeutischen Leistungen als Komplex abdecken.

Abb. 7: Hausarzt-/Facharzt-Modell (eigene Darstellung)



In diesem Modell fungiert der Haus- bzw. Facharzt/die Haus- bzw. Fachärztin sowohl als „Gate-Keeper“ für die PatientInnen zur Rehabilitation als auch als Case-Manager für die Durchführung. Die Vorteile eines solchen Modells liegen auf der Hand: Für die meisten älteren Menschen ist der Hausarzt bzw. die Hausärztin eine Ansprechperson, die ihnen häufig schon seit Jahren oder Jahrzehnten vertraut ist und die auch bei Fragen, die über rein medizinische Probleme hinausgehen, zu Rate gezogen bzw. um Hilfe gebeten wird. Die hausärztliche Praxis ist meist in räumlicher Nähe der Patienten, also gut zugänglich, und ihre Funktionen und Leistungen sind bekannt. Es muss also keine neue kostenintensive Anlaufstelle eingerichtet werden, die erst bekanntgemacht und im Bewusstsein der (älteren) Menschen verankert werden muss. Ebenso nahtlos fügt sich dieses Modell in die traditionelle ärztliche

Rolle ein als derjenigen Person, die entscheidet, welche präventiven, kurativen oder rehabilitativen Maßnahmen zu treffen sind, und ihre Durchführung dann an nicht-ärztliche – pflegerische oder therapeutische – Disziplinen delegiert.

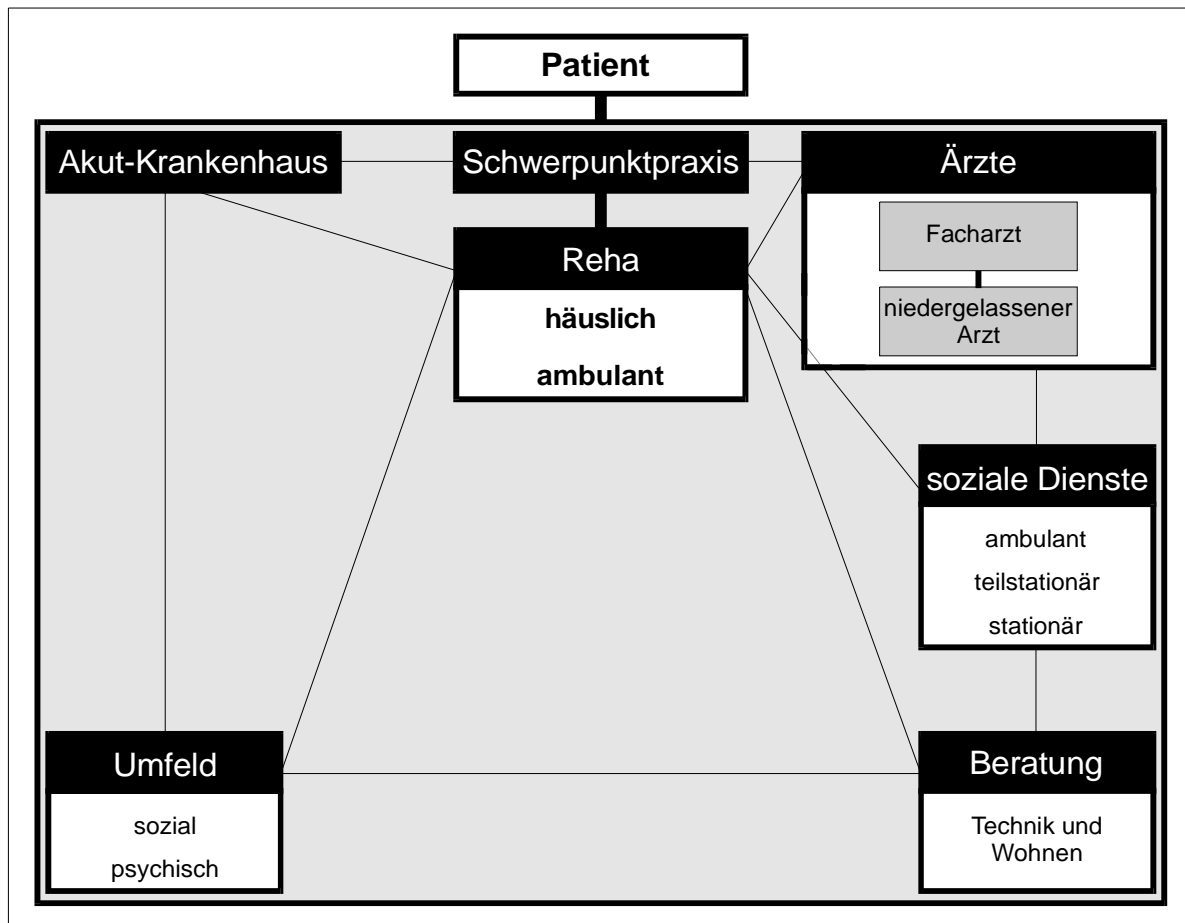
Ein kritischer Punkt bei diesem Modell ist die Frage, inwieweit hier die Idee eines Rehabilitations-„Teams“ in die Praxis umgesetzt werden kann. Für viele ÄrztInnen ist die Arbeit im Team neu; weder in der Ausbildung noch in der Praxis spielt sie bisher eine große Rolle. Durch die zentrale Stellung des Arztes/der Ärztin geraten darüber hinaus die anderen Mitglieder des therapeutischen Teams leicht in eine untergeordnete Rolle. Eine gleichberechtigte Teamarbeit, die durch die höchst unterschiedlichen Beiträge der anderen Teilnehmer im Team eigentlich erforderlich ist, wird dadurch erschwert und hängt von der Bereitschaft des jeweiligen Arztes/der jeweiligen Ärztin ab.

Ein weiterer kritischer Punkt ist die geriatrische bzw. geronto-psychiatrische Qualifikation der Haus- und Fachärzte. Sie wäre durch entsprechende Fort- und Weiterbildung in den meisten Fällen überhaupt erst zu entwickeln. Gleiches gilt auch für das Assessment und Probleme der Qualitätssicherung. Hier können sich auch leicht Konflikte zwischen der „formalen“ Zuständigkeit des Arztes/der Ärztin und Erfordernissen einer sinnvollen Arbeitsteilung ergeben – speziell, wenn es sich nicht um eine „Schwerpunktpraxis“ handelt.

Schwerpunktpraxis

Eine mögliche Antwort auf einige dieser Probleme ist die Bildung von Gemeinschafts- oder Schwerpunktpraxen, in denen zumindest ein Arzt/eine Ärztin die nötige Qualifikation mitbringt bzw. erwirbt. In einer Schwerpunktpraxis arbeiten mehrere ÄrztInnen (aus verschiedenen Fachrichtungen) und TherapeutInnen verschiedener Disziplinen zusammen. Der Arbeitsschwerpunkt liegt dabei auf der Versorgung alter Menschen. Schwerpunktpraxen sind vergleichbar mit den Gesundheitszentren in den USA, in denen therapeutische Leistungen und ambulante Pflege mit einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis verbunden werden. Denkbar sind Schwerpunktpraxen zur Versorgung eines räumlich abgegrenzten Gebietes oder Stadtteils oder auch z.B. im Rahmen eines gegliederten Altenzentrums. Rehabilitative Leistungen, die in diesem organisatorischen Rahmen erbracht werden, werden – wie auch beim Hausarzt-/Facharzt-Modell – durch Pauschalen außerhalb des Honorars der kassenärztlichen Versorgung abgegolten.

Abb. 8: Schwerpunktpraxis (eigene Darstellung)

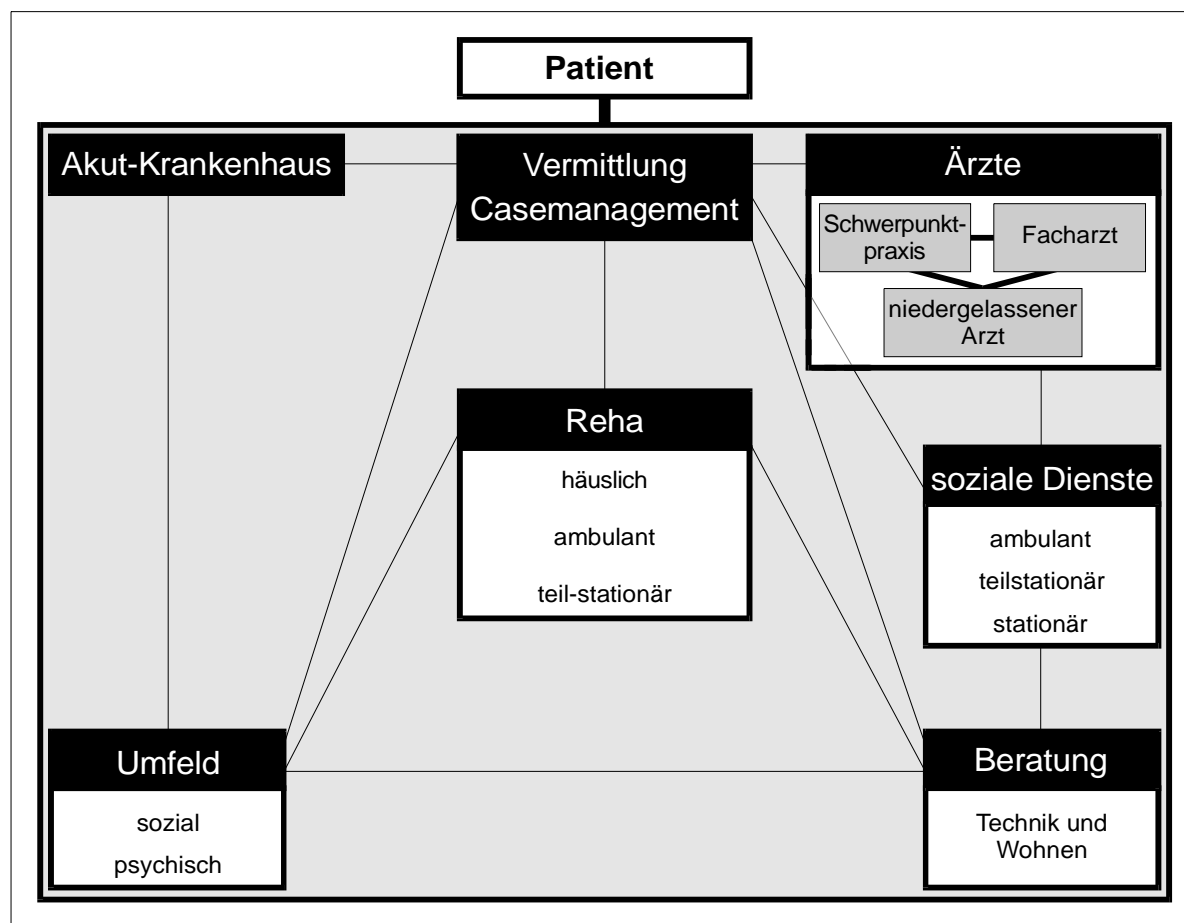


Das Modell der Schwerpunktpraxis ist sicherlich ein möglicher Weg, der allerdings das Problem einer allgemeinen geriatrischen Grundversorgung nicht lösen kann, da die Rolle des Hausarztes in der Geriatrie nicht völlig ersetzt werden kann.

Vermittlungsmodell

Das Vermittlungsmodell setzt auf eine selbständige, im Idealfall organisatorisch und interessenunabhängige Anlauf- und Vermittlungsstelle, die das Zusammenwirken der einzelnen ärztlichen und therapeutischen Leistungen koordiniert, Patienten an die erforderlichen Stellen vermittelt, die Durchführung der Maßnahmen fallbezogen überwacht und evaluiert, kurz das gesamte Casemanagement übernimmt. Im Gegensatz zum Hausarzt-/Facharzt-Modell liegt hier die Verantwortung für den Ablauf der Rehabilitation nicht beim Arzt/bei der Ärztin, sondern bei sozial(pädagogisch)en Berufen. Die Kooperation zwischen den einzelnen Berufsgruppen ist im Vermittlungsmodell relativ locker und jede Disziplin wird für sich allein tätig.

Abb. 9: Vermittlungsmodell (eigene Darstellung)



Da beim Vermittlungsmodell eine zusätzliche Stelle für die Koordination eingeschaltet wird, hängt die Qualität der Kooperation zwischen den am Rehabilitationsprozess Beteiligten von der Effektivität der Vermittlungsinstanz ab. Möglicherweise entstehen erhöhte Reibungsverluste im Informationsfluss und die Verantwortung für den Informationsaustausch wird allzu leicht dieser Vermittlungsinstanz zugeschoben, ohne dass möglicherweise durch geeignete Verfahren sichergestellt wird, dass das Casemanagement die erforderlichen Informationen auch enthält.

Ein zentrales Problem des Vermittlungsmodells stellt – zumindest derzeit – die Ablehnung dieses Modells durch die Krankenkassen dar. Sie sind nicht bereit, Leistungen im Sinne eines Casemanagements zu finanzieren – es sei denn, die Vermittlungsinstanz wäre innerhalb der kasseneigenen Strukturen angesiedelt, etwa als neues Aufgabengebiet der kasseneigenen Sozialarbeit.

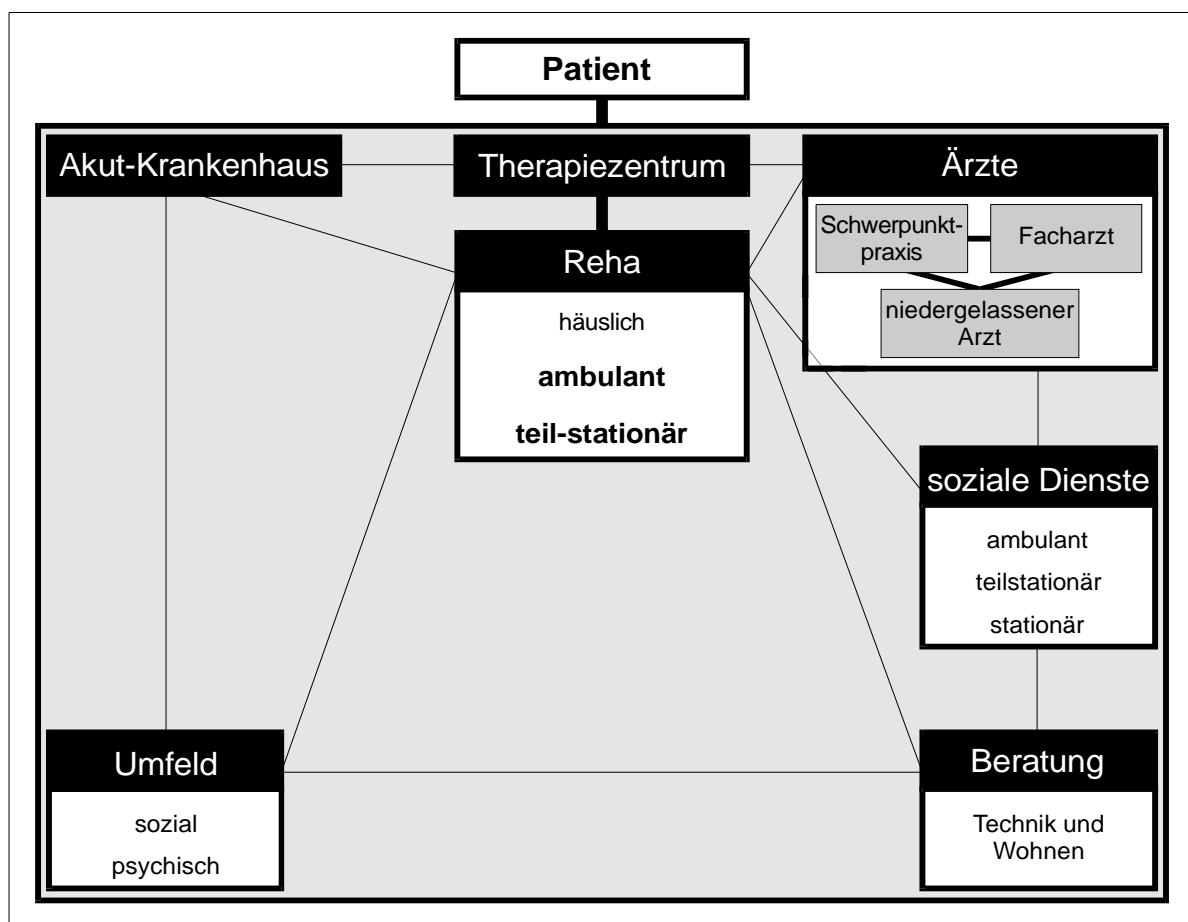
Therapiezentrummodell

Hier handelt es sich um ein ambulantes Modell, bei dem die therapeutischen Rehabilitationsleistungen in einem Zentrum unter ärztlicher Leitung und nach einem ärztlichen Therapieplan erbracht werden. Organisationsstruktur und Trägerschaft eines solchen Therapiezentrums können unterschiedlich sein. Denkbar wären Wohlfahrtsverbände, ebenso ärztliche oder therapeutische Genossenschaften oder auch ganz andere Einrichtungen. Grundsätzlich wird im

Rahmen eines Therapiezentrums eine Komplexeistung unter ärztlicher Leitung angeboten und zwar außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung.

In einer solchen therapeutischen Gemeinschaftseinrichtung können die einzelnen Reha-Maßnahmen gut aufeinander abgestimmt werden und die PatientInnen erhalten die Behandlung sozusagen aus einer Hand bzw. unter einem Dach. Insbesondere für hochqualifizierte Leistungen, die eine aufwendige Ausstattung voraussetzen, ist dieses Modell geeignet. Aufgrund der erforderlichen Größe eines solchen Therapiezentrums ist eine wohnortnahe und flächendeckende Versorgung auf diese Weise sicherlich nicht erreichbar – wenn auch eher als im folgenden „Institutsmodell“. Die Versorgungsstruktur müsste auf jeden Fall durch weitere ambulante Angebote ergänzt werden.

Abb. 10: Therapiezentrummodell (eigene Darstellung)



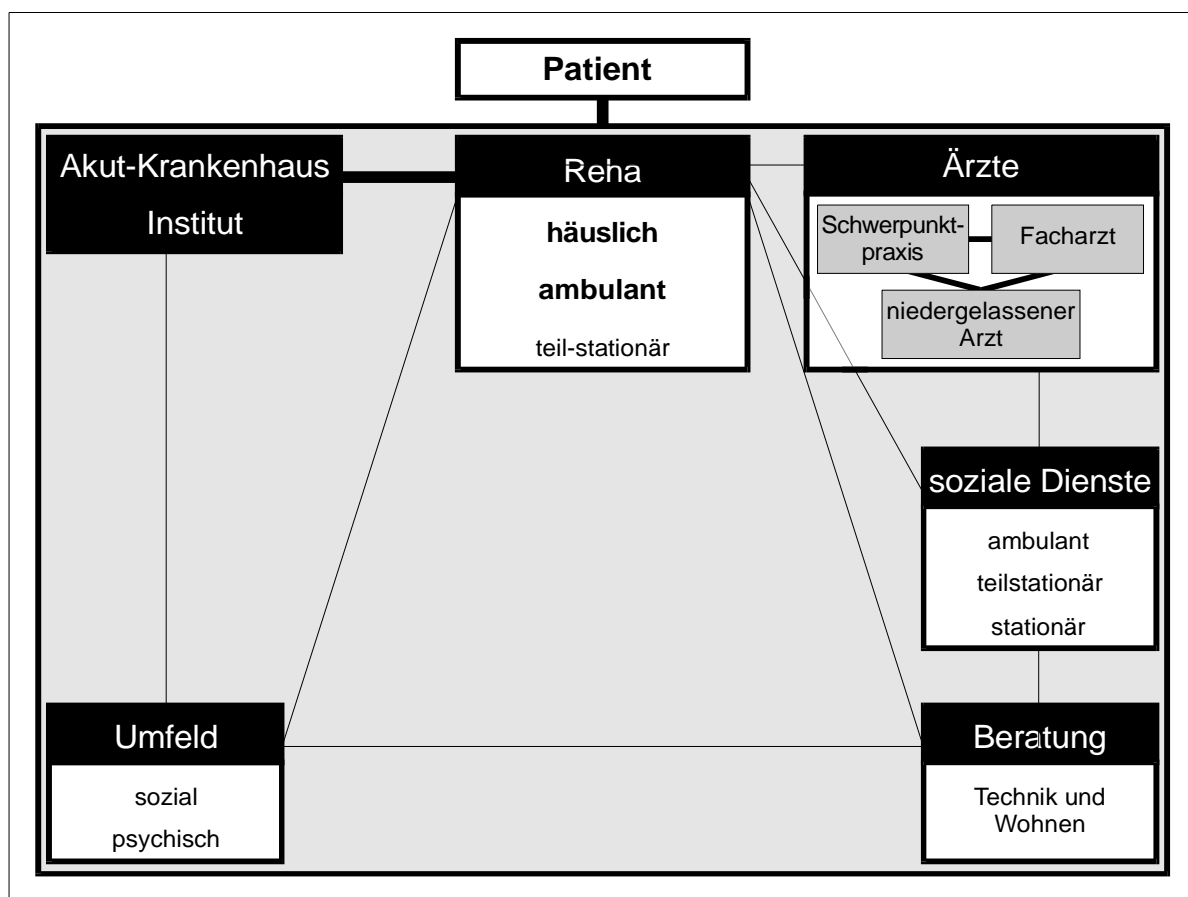
Institutsmodell

Beim Institutsmodell handelt es sich um eine Erweiterung einer Klinik in den ambulanten Bereich: Eine stationäre Einrichtung der geriatrischen Rehabilitation wird ermächtigt, auch ambulante Leistungen zu erbringen und abrechnen zu können. Es können also über die stationäre Rehabilitation hinaus ambulante Behandlungen durchgeführt und mobile ambulante Teams

eingesetzt werden. Organisatorisch ist die Institutsambulanz an einen Klinikbetrieb angegliedert, die organisatorischen Aufgaben und die rehabilitativen Maßnahmen werden von MitarbeiterInnen der Trägereinrichtung durchgeführt.

Das Institutsmodell hat den Vorteil, auf bestehende Einrichtungen aufzubauen und vorhandene Ressourcen zu nutzen. Es bietet die Möglichkeit, PatientInnen rehabilitativ zu betreuen, die nicht durch Vertragsärzte oder durch andere ambulante Angebote erreicht werden können. Andererseits setzt es das Vorhandensein eines stationären Betriebes voraus – eine Voraussetzung, die nicht überall gegeben ist. Eine flächendeckende Versorgung älterer Menschen ist auf diese Weise nicht möglich. Möglich ist so nur eine Schließung von Lücken und eine Versorgung von besonders schwer Betroffenen.

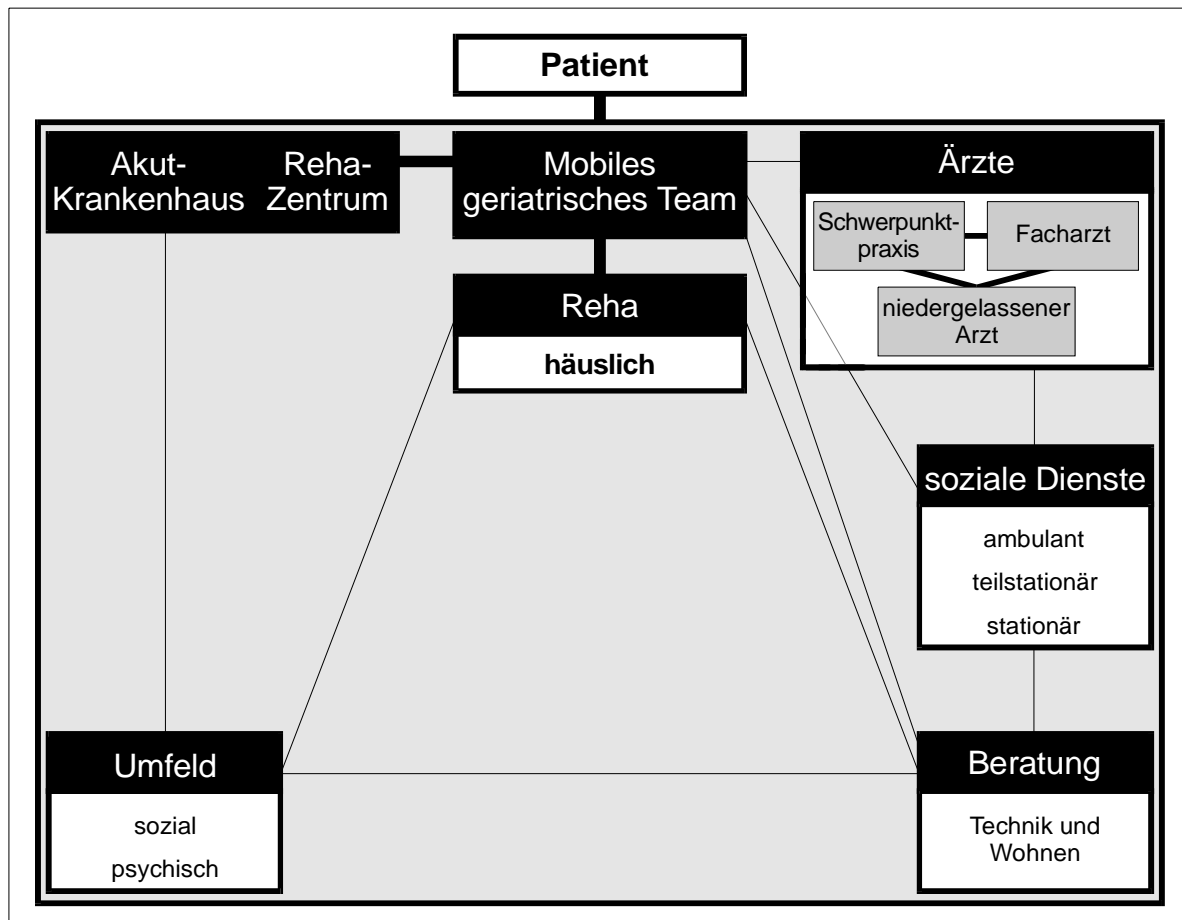
Abb. 11: Institutsambulanz (eigene Darstellung)



Mobiles geriatrisches Team

Eine Flexibilisierung der Versorgung, die auch häusliche Rehabilitation stärker einbezieht, besteht in der Bildung mobiler geriatrischer Rehabilitationsteams. Bei dieser Modellform werden keine Räumlichkeiten vorgehalten, die Rehabilitation wird ausschließlich in der häuslichen Umgebung der PatientInnen durchgeführt. Hinsichtlich der organisatorischen Anbindung, der Trägerschaft und Fragen der internen Koordination gibt es unterschiedliche Ansätze, die derzeit in verschiedenen Modellprojekten erprobt werden. Eine sinnvolle Lösung scheint die Anbindung des mobilen Teams an eine Sozialstation zu sein, da dies gleichzeitig zu einer Aufwertung der Arbeit der Sozialstation führen würde. Offen ist noch, wie die Mobilität dieser Teams zu finanzieren ist und wie die Zusammenarbeit mit niedergelassenen ÄrztInnen, sozialen Diensten und anderen Akteuren wie etwa der Beratung über technische Hilfen und Wohnungsanpassungen erfolgen kann.

Abb. 12: Mobiles geriatrisches Team (eigene Darstellung)



3.4 Zusammenfassung

Eine Bewertung der unterschiedlichen Modelle ist derzeit nicht abschließend möglich, auch wenn erste Erfahrungen und Evaluation von Modellvorhaben vorliegen (z.B. aus Baden-Württemberg). Offenkundig ist, dass die Versorgungsprobleme nicht über ein Modell gelöst werden können, sondern dass eine differenzierte Struktur geschaffen werden muss – und dass diese derzeit noch weitgehend fehlt und geeignete Strukturen somit entwickelt und erprobt werden müssen.

Dies ist u.a. auch eine Forderung des sog. „Solinger Modells“, das in seinem Anspruch noch über die eben genannten Modellformen hinausgeht, da hier auch explizit politische Forderungen gestellt werden. Ausgehend von der Erkenntnis, dass die bislang vorherrschende kurative Versorgung der Situation älterer und alter Menschen nicht gerecht wird, werden hier strukturelle Veränderungen der kassenärztlichen Versorgung gefordert. In das ambulante Versorgungssystem soll neben der kurativen Medizin eine weitere Säule eingefügt werden, die ganzheitlicher orientiert ist und deren Kern ein Geriatrisches Assessment darstellt.⁴³

Gerade mit Blick auf die häusliche ambulante Rehabilitation wird auch deutlich, dass die Suche nach geeigneten Lösungen sich nicht nur auf den medizinischen Bereich in einem engeren Sinne beschränken sollte, sondern auch Instrumente, Verfahrensweisen und organisatorische Konzepte für die Kooperation mit anderen Diensten und dem Bereich der Angehörigen- und Selbsthilfe entwickeln muss. Welche Anforderungen an die organisatorische Gestaltung neuer Versorgungsstrukturen zu stellen sind, wurde bereits weiter oben beschrieben.⁴⁴

Eine wichtige Schnittstellenfunktion hat in diesem Zusammenhang die Ergotherapie, die typischerweise eine medizinisch-therapeutische Perspektive mit einer Orientierung an den Erfordernissen der konkreten, selbständigen Lebensführung im Alltag verbindet. Sie kann damit auch in der Kooperation unterschiedlicher Angebote im System sozialer Sicherung „vor Ort“ eine besondere, fördernde Rolle übernehmen. Dies gilt nicht zuletzt für die Qualifizierung der informellen Hilfe durch Angehörige und Selbsthilfe-Initiativen. Die Ergotherapie als Disziplin mit spezifischen vermittelnden Funktionen wurde bisher in den Modellen nicht hinreichend berücksichtigt. Das Vorhalten dezentraler, die hausärztliche Versorgung ergänzender therapeutischer Kompetenzen wird aber um so wichtiger, wenn die ambulante Versorgung gegenüber stationären Einrichtungen den Vorzug erhält und wenn sie nicht – insbesondere unter dem Druck von Sparpolitiken – zu einer Absenkung des Versorgungsniveaus führen soll.

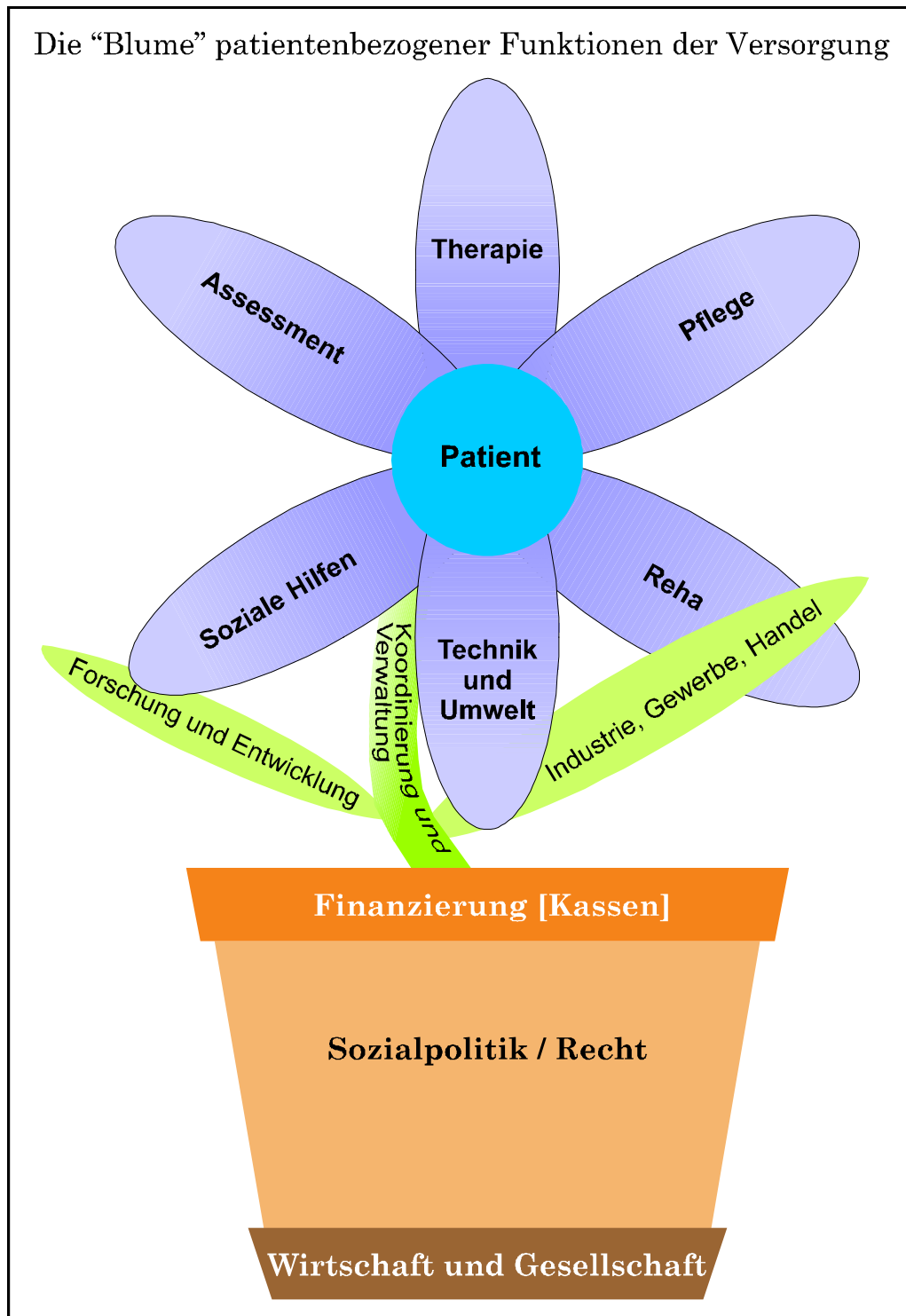
Darüber hinaus ist mit der Beratung über Wohnungsanpassung und technische Hilfen in den letzten Jahren ein Bereich mit einem Bedarf an ergotherapeutischem Sachverstand und Leistungen auch außerhalb der medizinisch-rehabilitativen Versorgung im engeren Sinne entstanden. Angesichts der präventiven und kostensparenden Bedeutung technischer Hilfen wird dieser Bereich zukünftig noch anwachsen. Nicht zuletzt die Tatsache, dass die Ergotherapie eine Vermittlerrolle an der Schnittstelle von therapeutischen Maßnahmen und physisch-

⁴³ vgl. Rapp 1996: 36f.

⁴⁴ vgl. S. 37

technischer Umwelt besitzt, ist Ausgangspunkt für das Modell „Münchner Norden“ mit seiner Verbindung von häuslicher Rehabilitation mit der Wohnberatung.

Abb.13: Die „Blume“ patientenbezogener Funktionen der Versorgung



4. Das Modellprojekt „Häusliche geriatrische Rehabilitation im Münchner Norden“

4.1 Zielsetzungen und Rahmenbedingungen⁴⁵

Zusammen mit dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Gesundheit, Familie und Frauen hat sich die Stadt München das Ziel gesetzt, im Rahmen einer Modellphase den Aufbau von Versorgungsstrukturen zu fördern, „in denen die ambulante rehabilitative Versorgung alter Menschen bedarfs- und bedürfnisgerecht gewährleistet ist“.⁴⁶ Mehrere unterschiedliche Modelltypen sollen im Verbund über eine Begleitforschung des Instituts Infratest unterstützt und evaluiert werden. Folgende Modelle wurden in den Modellverbund einbezogen:

- „Mobile Ambulante Reha Laim“ unter der Trägerschaft der Arbeiterwohlfahrt
- Mobiles Rehabilitationsteam BRK (Vermittlungsmodell)
- Das Modellprojekt „Häusliche geriatrische Rehabilitation im Münchner Norden“ der Beratungsstelle Wohnen und der Universität Bamberg (im Folgenden kurz Modellprojekt „Münchner Norden“)

Gemeinsam ist den Projekten im Münchner Stadtgebiet bei allen sonstigen Unterschieden zum einen der Fokus auf häusliche Versorgung, d.h. die Rehabilitationsleistungen werden nicht in einem Therapiezentrum oder einer (Gemeinschafts-)Praxis erbracht, und zum anderen ein „pragmatischer“ Ansatz, der von bestehenden Versorgungsstrukturen ausgeht und sich die Schaffung neuer im lokalen Umfeld verankerter Kooperations- und Koordinationsformen zum Ziel setzt.

Die Beratungsstelle Wohnen wurde 1986 vom Wissenschaftszentrum München e.V. (WZM) mit dem Ziel gegründet, ältere und behinderte Menschen bei Problemen in der Wohnung, bei Fragen der Wohnungsanpassung und -modernisierung zu beraten und konkret zu unterstützen. Ihre Aufgabe ist es, im Sinne von Prävention und Rehabilitation die gesundheitlichen, psychischen, sozialen und baulich-technischen Voraussetzungen für eine selbständige Lebensführung zu schaffen, zu erhalten oder wiederherzustellen. Eine Architektin, eine Ergotherapeutin und zwei Sozialarbeiterinnen betreuen die (überwiegend älteren) KlientInnen und deren Angehörige. Gemeinsam mit ihnen planen sie z.B. Umbaumaßnahmen in der Wohnung, koordinieren die Ausführung, klären Zuständigkeiten und beantragen die Finanzierung. Seit Anfang 1997 ist die Beratungsstelle Wohnen eine Einrichtung des Vereins Stadtteilarbeit Milbertshofen e.V. Die Aufgabenstellung und die Zuständigkeiten der Beratungsstelle wie auch das Modellprojekt sind durch den Trägerwechsel nicht berührt.

Ausgangspunkt für die Entwicklung des Modells ist entsprechend der Bedarf an ergotherapeutischen Leistungen, wie er im Kontext von alten- und behindertengerechten Wohnungsanpassungen sowie bei der Beratung über technische Hilfen auftritt. Ziel ist – wie auch bei der Rehabilitation – die Unterstützung einer selbständigen Lebens- und Haushaltsführung.

⁴⁵ zu den folgenden Ausführungen vgl. den Jahresbericht 1997 des Modellprojekts „Münchner Norden“ (Beratungsstelle Wohnen 1997)

⁴⁶ Landeshauptstadt München – Gesundheitsreferat 1995: 4

Ambulante häusliche geriatrische Rehabilitation und altengerechte Wohnungsanpassung haben somit teilweise gemeinsame Zielgruppen und müssen ihren Aufgaben gemäß beide dezentral organisiert sein und die KlientInnen bzw. PatientInnen in ihrer Wohnung aufsuchen. Daraus ergeben sich spezifische Möglichkeiten und Grenzen für die Anbindung der Rehabilitation mit Bezug auf die Zielgruppen, das Leistungsspektrum und die Organisation bzw. Kooperation in der Versorgungskette, wie noch auszuführen sein wird.

Das Modellprojekt „Münchner Norden“ integriert in einem ersten Schritt das Angebot häuslicher Rehabilitation als ergänzenden Baustein in die Beratungsstelle Wohnen in München-Milbertshofen. In einem zweiten Schritt ist dann eine entsprechende dezentrale Koordinations- und Kooperationsstruktur unter Einbeziehung weiterer Akteure zu schaffen.

Für die konkrete Arbeit bedeutet dies unter anderem, dass ein therapeutisches Team nicht in einer fixen Zusammensetzung vorgehalten wird, sondern sich je nach den Erfordernissen des Einzelfalles konstituiert.

Der Münchner Norden bietet im übrigen günstige Voraussetzungen für dieses Modellprojekt. Unter dem Gesichtspunkt der „Nachfrage“ ist festzustellen, dass in diesem Stadtgebiet ein hoher Anteil älterer und gesundheitlich beeinträchtigter Menschen mit geringem Einkommen lebt, die in hohem Maße auf Hilfe (auch i.e.S. auf Sozialhilfe) angewiesen sind. Auf der Seite der „Anbieter“ hat sich gerade in diesem Stadtgebiet im Rahmen von anderen Modellprojekten (u.a. REGSAM – Regionalisierung Sozialer Arbeit in München) ein relativ dichtes Kooperationsnetz von sozialen Diensten und Initiativen herausgebildet, das gute Voraussetzungen für weitere Projekte lokaler Kooperation bietet. Dazu gehört auch die Initiative einiger Arztpraxen, sich zu einem ärztlichen Bereitschaftsdienst im Münchner Norden zusammenzuschließen.

Das Modellprojekt „Münchner Norden“ hat folgende Zielsetzungen:

- häusliche geriatrische Rehabilitation in einer „offenen Kooperation“ mit den bereits vorhandenen und im lokalen Umfeld verankerten Akteuren flexibel und dezentral anzubieten,
- für die „offene Kooperation“ ein geeignetes Organisationsmodell, geeignete Verfahren und Instrumente zu entwickeln,
- die Vorteile einer engeren Einbindung von Beratung über technische Hilfen und Wohnungsanpassung zu prüfen und
- die Zielgruppen eines solchen Angebots und damit die Funktion im Kontext anderer Rehabilitationsangebote näher zu bestimmen.

Das Modellprojekt „Münchner Norden“ wählt also nicht die Option, neue Stellen zur Bündelung ambulanter Versorgungsangebote im Sinne eines „Vermittlungsmodells“ (s.o.) einzu-

richten, sondern versucht über einen „pragmatischen“ Ansatz die Koordination und Kooperation innerhalb der vorhandenen Strukturen durch ein besseres „Informationsmanagement“ zu fördern und zu entwickeln. Vom Ansatz her folgt es somit im wesentlichen dem „Hausarzt-Modell“, wobei allerdings in diesem Falle die Initiative von der Wohnberatung ausgeht und die Anbindung der Ergotherapie an die Wohnberatung für einen gleichberechtigten Partner des Hausarztes bzw. der Hausärztin sorgt.

Das Modell umfasst somit **vier charakteristische Elemente**:

Zentrale Elemente des Modellprojekts "Münchner Norden"

- Häusliche Rehabilitation über dezentrale Angebote
- Nutzung der synergetischen Effekte von Ergotherapie und Wohnungsanpassung
- „Offene Kooperation“ als organisatorisches Prinzip
- Pragmatischer Ansatz bei der Entwicklung vorhandener Strukturen

4.1.1 Häusliche Rehabilitation über dezentrale Angebote

Eine ausgewogene Versorgungsstruktur (nicht nur) im Bereich der Rehabilitation benötigt sowohl zentrale wie auch dezentrale Einrichtungen und Dienste. Viele hochqualifizierte, teure und relativ seltene Leistungen können nur in Zentren vorgehalten werden; andere Leistungen, insbesondere aus dem Bereich einer allgemeinen Grundversorgung, können und müssen dezentral angeboten werden, um die PatientInnen in ihrem Lebenszusammenhang zu erreichen. Dies gilt nicht zuletzt im Sinne und Dienste der Prävention.

Ambulante geriatrische Rehabilitation, insbesondere, wenn sie als **häusliche Rehabilitation** im Wohnumfeld der PatientInnen stattfindet, ist grundsätzlich sinnvoll. In zahlreichen Studien wurde festgestellt, dass die Rehabilitationserfolge, die im stationären Bereich erzielt wurden, nach der Rückkehr in die eigene Wohnung häufig nicht anhalten.

Stationäre Reha-Einrichtungen sind in der Versorgungskette i.d.R. vor der ambulanten Reha angesiedelt und können ihre Rehabilitationserfolge und deren Erhaltung im häuslichen Umfeld nur durch Weitervermittlung an ambulante Angebote sichern und langfristig stabilisieren. In anderen Fällen ist eine stationäre Behandlung nicht notwendig oder möglich – etwa im Kontext häuslicher Pflege – und daher eine ambulante Versorgung von vorne herein geboten. Es besteht somit keine Konkurrenzsituation, sondern eher eine wechselseitige Ergänzung bei unterschiedlichen Zielgruppen, die durch Kooperation zu gewährleisten ist. Die unterschiedlichen Zielgruppen der häuslichen Rehabilitation wurden schon im Abschnitt 3.2. näher bestimmt. Grundsätzlich gilt, dass sie um so sinnvoller ist, als es um eine Stabilisierung der Person in ihrer gesamten Lebenssituation geht – im Gegensatz zu hochqualifizierten medizinischen Maßnahmen bezüglich spezieller Funktionsbeeinträchtigungen.

Insbesondere die niedergelassenen ÄrztInnen sichern eine wohnortnahe und weitgehend flächendeckende ärztliche Infrastruktur und erfüllen für die PatientInnen (und für das Projekt) eine „gate-keeper“-Funktion: Durch sie erhalten die PatientInnen eine dezentrale Anlaufstelle

und die Möglichkeit, Leistungen zur Rehabilitation in Anspruch nehmen und über die Krankenkasse abrechnen zu können. Das Modellprojekt geht von dieser Schlüsselrolle der niedergelassenen ÄrztInnen im Sinne des „Hausarzt-Modells“ (s.o.) aus.

Die organisatorische Anbindung der ambulanten bzw. häuslichen Rehabilitation lässt sich unterschiedlich gestalten. Aus der **Dezentralität** ergeben sich zunächst spezifische Kooperationsprobleme der beteiligten Akteure, die eher strukturorientiert über neue Instanzen gelöst werden können (z.B. „Casemanagement“ bzw. „Vermittlungsmodell“) oder eher prozessorientiert über neue Informations- und Kooperationsformen. Für die ergotherapeutischen Leistungen gilt, dass es neben einer Anbindung an die Praxis eines niedergelassenen Arztes/einer niedergelassenen Ärztin oder an eine Sozialstation auch die Möglichkeit der Anbindung an eine nicht medizinisch-pflegerische Einrichtung gibt, z.B. an die Wohnberatung für alte und behinderte Menschen. Diese Form wurde beim Modellprojekt „Münchner Norden“ gewählt. Sinnvoll ist diese Organisationsform zum einen deshalb, weil die Wohnberatung zunehmend zu einem eigenständigen und spezifischen Aufgabenbereich der Ergotherapie wird, und zum anderen, weil sich bei ergotherapeutischer Behandlung im häuslichen Wohnumfeld gleichzeitig die Möglichkeit von bzw. der Bedarf an Wohnraumanpassung evaluieren lässt. Denkbar ist natürlich auch das ergotherapeutische Angebot in Form einer selbständigen Praxis. In diesem Fall wird aber die Ergotherapie voraussichtlich nicht die Ressourcen haben, um eine gleichberechtigte Rolle in der Kooperation übernehmen zu können.

Für ein dezentrales Angebot spricht ein weiteres Argument: Die Unterstützung der Selbständigkeit über Rehabilitation und Wohnungsanpassung ist noch wesentlich effektiver, wenn die rehabilitativen Bemühungen die Angehörigen, das spezifische Umfeld, die individuelle Lebenslage, den Lebensstil und die Interessen der PatientInnen einbeziehen. Die Motivation der PatientInnen, an der Rehabilitation mitzuwirken, und damit das Erfolgspotential der rehabilitativen Maßnahmen lässt sich auf diese Weise u.U. deutlich erhöhen. Auch die Einübung und Anleitung beim Gebrauch technischer Hilfen ist im konkreten Umfeld sinnvoller und weitaus erfolgversprechender, als wenn sie sozusagen „im Labor“ stattfindet.

4.1.2 Nutzung der synergetischen Effekte von Ergotherapie, technischen Hilfen und Wohnungsanpassung

Eine barrierefreie und altersgerechte Gestaltung der Wohnung und die Verwendung technischer Hilfen bei physischen und psychischen Beeinträchtigungen sind wichtige Faktoren im Bereich der Prävention. Denn in vielen Fällen gefährden nicht das Alter bzw. altersbedingte Einschränkungen der Kompetenzen, sondern eine nicht altersgerechte Wohnung die selbständige Lebensführung älterer Menschen. Deutlich wird diese Problematik oft erst, wenn ein älterer Mensch etwa in der Wohnung stürzt, oder nach akuten gesundheitlichen Krisen wie z.B. einem Schlaganfall. Nicht selten ist eine mangelhafte oder veraltete Ausstattung der Wohnung dann die Ursache für eine stationäre Unterbringung.

Anfangs wurde eine altengerechte oder barrierefreie Wohnraumgestaltung als ausschließlich technischer Aufgabenbereich gesehen, der weitgehend von ArchitektInnen, Sanitärausstattern

sowie dem Handel und der Beratung im Bereich der Sanitäts- und Reha-Technologie abgedeckt wurde. Es wird jedoch zunehmend deutlich, dass einerseits bauliche Veränderungen in der häuslichen Umgebung sowie die Verwendung von technischen Hilfen nicht ohne ergotherapeutische Beratung, Unterstützung und Anleitung durchgeführt werden können. Zudem erfordert die Durchführung von Reha-Maßnahmen häufig, dass auch die Wohnung verändert wird, um Erfolge abzusichern. Daraus ergibt sich ein zunehmender Bedarf an ergotherapeutischer Kompetenz und Beratung. Durch die enge Verzahnung zwischen beiden Bereichen im Modellprojekt „Münchner Norden“ kann gleichzeitig eine Verbesserung des häuslichen Umfeldes durch baulich-technische und eine Erhöhung der individuellen Handlungskompetenz und Selbstständigkeit durch therapeutische Maßnahmen erreicht werden.

Darüber hinaus zeigt sich im Rahmen der Wohnungsanpassung immer wieder, dass medizinische Kompetenzen erforderlich sind. Eine enge Kooperation mit ÄrztInnen ist deshalb geboten, nicht nur im offenkundigen Falle der erforderlichen Verschreibung von Maßnahmen bzw. Hilfsmitteln durch ÄrztInnen. Die Schnittstelle im Versorgungssystem zwischen ärztlicher und technisch-sozialer Unterstützung wird in besonderer Weise durch die Ergotherapie abgedeckt. Die Kombination von Wohnungsanpassung und Ergotherapie fördert somit die Integration in der Versorgungskette auch jenseits der engeren Aufgaben häuslicher geriatrischer Rehabilitation. Darüber hinaus werden zukünftig technische Hilfen in der Wohnungsanpassung und der ambulanten medizinischen Versorgung noch an Bedeutung gewinnen. Die Wohnberatung wird sich qualifizieren (müssen), um auch neue Technologien – Stichworte „Intelligentes Haus“ oder „Telemedizin“ – in die häusliche Rehabilitation integrieren zu können.

4.1.3 „Offene Kooperation“ als organisatorisches Prinzip

In Abgrenzung zu Modellen, die auf die Zusammenfassung von Leistungen in Zentren oder Schwerpunktpraxen, auf spezielle geriatrische Teams oder Vermittlungsinstanzen setzen, wird im Modellprojekt „Münchner Norden“ die Entwicklung einer „offenen Kooperation“ angestrebt. Gegenüber (den in der Regel nicht näher erläuterten) Forderungen nach einer „Vernetzung“ wird unter „offener Kooperation“ ein Organisationsprinzip verstanden, demzufolge die einzelnen medizinischen, therapeutischen und sonstigen Akteure die interorganisatorische Zusammenarbeit konkreten vereinbarten Regeln unterwerfen und mit methodischen Verfahrensweisen und Instrumente den Austausch von Informationen betreiben. Die Möglichkeiten und Formen dieses Austauschs können unterschiedlich – je nach Zusammensetzung der Beteiligten und je nach dem Einzelfall – ausgestaltet werden, über die Notwendigkeit und den Nutzen einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit und eines ausführlichen Berichts- und Dokumentationswesens muss jedoch unter allen Beteiligten Konsens bestehen. Ziel des Projekts ist nicht zuletzt, diesen Konsens über die gemeinsame Initiative der Akteure vor Ort und eine Analyse der Versorgungspraxis herzustellen. Ein praktisches Problem für eine „offene Kooperation“ ist sicherlich, dass die Akteure unterschiedliche Qualifikationen, Zuständigkeiten, Ressourcen und Macht in die Kooperationen einbringen und damit die Partnerschaftlichkeit gefährdet sein kann. Ein entscheidender Vorteil des Modellprojekts „Münchner Norden“ kann es deshalb sein, dass mit der Verbindung von Wohnberatung und Ergotherapie ein Partner für die Arztpraxen geschaffen wird, der beruflich qualifiziert einen ganz eigenständigen Bereich – über die Verbindung von Architektur, (Reha-)Technik und Ergotherapie – einbringt und

damit auch die traditionelle Gegenüberstellung von Medizin und Sozialarbeit/Pflege in der ambulanten Versorgung aufbricht.

Die praktikablen Formen einer Kooperation sollen im Rahmen des Modellprojekts entwickelt und evaluiert werden. Folgende Elemente sollte die „offene Kooperation“ enthalten:

Elemente der „offenen Kooperation“
<ul style="list-style-type: none"> • fallbezogenes geriatrisches Team „vor Ort“ • Verbesserung der Informationsbasis und Assessment • Organisation der Kooperation • Entwicklung der Kooperation mit anderen Unterstützungssystemen • Ausgestaltung und Ausschöpfung rechtlicher und finanzieller Regelungen

Fallbezogenes geriatrisches Team „vor Ort“

Die Zusammensetzung des „geriatrischen Teams“ erfolgt kooperativ und fallbezogen durch die Akteure „vor Ort“. Die medizinische Verantwortung liegt beim Hausarzt bzw. bei der Hausärztin (oder beim Facharzt/bei der Fachärztin); die Aufgabenverteilung wird jeweils unter Einbeziehung der häuslichen Ergotherapie und (nach Bedarf) der Wohnberatung und weiterer Dienste sowie der Angehörigen- und Selbsthilfe vorgenommen; die Maßnahmen und Zielsetzungen werden in einem Therapieplan festgehalten.

Verbesserung der Informationsbasis und Assessment

Ausgehend von einem geriatrischen Basisassessment wird geklärt, welche (zusätzlichen) Informationen über die bestehenden Arztbriefe hinaus zu welchem Zeitpunkt für wen notwendig sind und wer sie im Rahmen eines arbeitsteiligen Assessment erhebt. Teilerhebungen werden abgestimmt und koordiniert, um Doppeluntersuchungen und die Ausblendung bestimmter Fragen zu vermeiden. Als Einstieg und Vorleistung erhalten im Modellprojekt die niedergelassenen ÄrztInnen ausführliche Berichte der Ergotherapeutin auf der Basis einer umfassenden Fall-Dokumentation. Ein geeignetes Instrumentarium für die gemeinsame Dokumentation und Therapieplanung ist in Anlehnung an bestehende Instrumente, unterstützt durch die Begleitforschung und in Kooperation mit Reha-Zentren zu entwickeln.

Organisation der Kooperation

Auch eine „offene Kooperation“ benötigt regelmäßige Treffen für die Koordination der Arbeit (zur Zeit im Modellprojekt alle sechs Wochen). Dennoch sollte die Kooperation vorrangig über Kommunikationsmedien und gestützt durch das Berichts- und Informationswesen erfolgen. Da ein sinnvoller Abstimmungsprozess nicht nur über schriftliche oder telefonische Mitteilungen laufen kann, sind Fallbesprechungen (von Teilen) des Teams, insbesondere in Form gemeinsamer Hausbesuche, und regelmäßige Treffen aller örtlichen Partner in der Versor-

gungskette vorgesehen. Mit den „vorgelagerten“ Kliniken und Reha-Zentren sind Vereinbarungen über die Zusammenarbeit und den Informationsfluss zu treffen, wobei die Kooperation nach Möglichkeit schon vor der Entlassung des Patienten aus der stationären Versorgung einsetzen soll.

Entwicklung der Kooperation mit anderen Unterstützungssystemen

Besondere Aufmerksamkeit wird der Entwicklung der „offenen Kooperation“ an der Schnittstelle zur Beratung über Wohnungsanpassungen und technische Hilfen, zum Netz sozialer Dienste im Stadtgebiet sowie zu den Angehörigen und Selbsthilfe-Initiativen gewidmet, um eine selbständige Lebensführung wirksam zu unterstützen.

In Bezug auf die „Koproduktion“ der Gesundheit in der Zusammenarbeit mit Angehörigen und Selbsthilfe-Initiativen ist auf die Bedeutung qualifizierter Anleitung, Beratung und Betreuung durch therapeutische Fachkräfte hinzuweisen. Eine stärkere Einbeziehung dieser sozialen Unterstützungsformen über ambulante Versorgung führt ansonsten – nicht zuletzt motiviert durch Sparpolitiken – zu einer Dequalifizierung und Absenkung der Versorgung mit absehbaren Folgekosten für die stationären Versorgungseinrichtungen.

Ausgestaltung und Ausschöpfung rechtlicher und finanzieller Regelungen

Die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen können im Rahmen der Modellprojekte nicht geändert werden. Förderungen durch die LH München und das Sozialministerium sowie Vereinbarungen mit den Krankenkassen müssen die notwendigen Spielräume für die experimentelle Praxis schaffen. Ausgangspunkt ist hier eine Vereinbarung mit der AOK München. Im übrigen sollen die Probleme und Grenzen bestehender Regelungen über die Praxis der Projekte aufgezeigt werden. Besondere Bedeutung kommt dabei den Aufwendungen für Hausbesuche, für die Verbesserung der Informationsbasis und für Kooperations- und Vermittlungsaktivitäten zu.

4.1.4 Pragmatischer Ansatz der Entwicklung vorhandener Strukturen

Das Modellprojekt „Münchner Norden“ baut auf die vorhandenen Strukturen im medizinischen, therapeutischen und sozialen Bereich auf. Diese Strukturen sind gewachsen, haben sich in der Regel bewährt – auch in der Zusammenarbeit mit der Beratungsstelle Wohnen. Daher soll auf sie zurückgegriffen, die Kooperation untereinander auf der vorhandenen Basis gefördert werden, ohne völlig neue Strukturen oder neue Organisationsformen einzuführen, die bei allen Beteiligten ein hohes Maß an Umstellung und Einarbeitung erforderlich machen würden. Zu einem pragmatischen Ansatz gehört auch das Ausloten vorhandener rechtlicher und finanzieller Möglichkeiten auf ihre Umsetzbarkeit.⁴⁷ Die konkret verfolgte Strategie und das „pragmatische“ Organisationsmodell der Zusammenarbeit wird in einem eigenen Abschnitt (4.3) dargestellt.

⁴⁷ vgl. S. 68

4.2 Zielgruppe und Angebote des Modellprojekts "Münchner Norden"

4.2.1 Zielgruppe und räumliche Eingrenzung

Die Zielgruppe des Modellprojekts „Münchner Norden“ – und der Beratungsstelle Wohnen – sind im Regelfall ältere Menschen über 60 Jahre im nördlichen Stadtgebiet von München, die wegen Krankheit oder Behinderung auf gezielte therapeutische und technische Maßnahmen angewiesen sind, um in größtmöglicher Selbständigkeit in ihrer häuslichen Umgebung leben zu können. Es geht – wie schon ausgeführt – insbesondere um ältere Menschen, die aus Gründen eingeschränkter Mobilität zu Hause bleiben müssen und/oder keine Leistungen benötigen, die nur durch spezialisierte Einrichtungen in Therapiezentren angeboten werden können. Typische Krankheitsbilder sind Schlaganfälle, rheumatische Erkrankungen, Brüche im Bewegungsapparat oder Amputationen. Die Größe der Zielgruppe ist schwer einzuschätzen, weil es darüber keine verlässlichen Zahlen gibt. Im Einzugsgebiet im Norden Münchens⁴⁸ leben ca. 40.000 Menschen über 60 Jahre, davon etwa 10.000 Menschen über 80 Jahre. Wenn davon ca. 25% hilfebedürftig sind, und von diesen wiederum ca. 5 bis 10% ergotherapeutische und rehabilitative Versorgung zu Hause benötigt, ergibt sich ein Bedarf von 100 bis 200 Personen, die als engere Zielgruppe des Modellprojektes gelten können. Geht man von dem Potential der Pflegebedürftigen aus (etwa 3 bis 4% der über 60-Jährigen), dann wäre der Bedarf noch höher anzusetzen.

4.2.2 Aufgaben und Leistungen im Bereich der ambulanten Rehabilitation

Der therapeutische Prozess der häuslichen Rehabilitation orientiert sich am Klienten/der Klientin und der Lebenssituation, an der Diagnose und an der ärztlichen Verordnung. Grundlegende Schritte im Prozessablauf sind:

- Hausbesuche
- Geriatrisches Assessment
- Befunderhebung/Diagnose, evtl. auch stationär
- Erstellung eines Therapieplans in Rücksprache im „geriatrischen Team“
- Organisation von Fallgesprächen
- Dokumentation und Erfolgskontrolle

Im Modellprojekt kommt dabei (im 1. Schritt der Kooperationsentwicklung) der arbeitsteiligen Kooperation von Hausarzt/Hausärztin und Ergotherapeutin eine gewisse Schlüsselstellung zu, aber grundsätzlich sind alle Beteiligten im „geriatrischen Team“⁴⁹ gleichberechtigt gefordert.

⁴⁸ dazu gehören die Bezirke Moosach-Olympiazentrum, Milbertshofen, Am Hart, Harthof, Lerchenau, Schwabing, Freimann, Feldmoching und Hasenberg

⁴⁹ vgl. Abschnitt 3.3.1

Die therapeutischen Leistungen werden in der Regel in der Wohnung des Patienten/der Patientin erbracht. Eine spezielle Zielsetzung im Rahmen des Modellprojekts besteht darin, die Aufgaben der Ergotherapeutin in dieser besonderen arbeitsteiligen Konstellation einer „offenen Kooperation“ näher zu bestimmen. Betrachtet man speziell die ergotherapeutischen Leistungen „am Patienten“, so können dies im einzelnen sein:

- Selbsthilfetraining im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)
- Verbesserung der Mund- und Essmotorik
- Entwicklung und Verbesserung der Grob- und Feinmotorik und der Koordination von Bewegungsabläufen
- Training im Gebrauch von Hilfsmitteln
- Verbesserung der psychischen Grundleistungsfunktionen
- Verbesserung kognitiver Funktionen
- Entwicklung und Verbesserung der Funktion einzelner Sinnesorgane
- Koordination und Umsetzung von Sinneswahrnehmungen
- Stabilisierung sensomotorischer Funktionen
- Verbesserung von Gelenkfunktionen
- Abbau pathologischer Haltungs- und Bewegungsmuster.

Darüber hinaus wären natürlich Leistungen zu nennen und im gemeinsamen Therapieplan des „geriatrischen Teams“ zu berücksichtigen, die durch andere beteiligte Dienste eingebracht werden, z.B. medizinische Versorgung, Krankengymnastik, Logopädie, Pflege, Sozialdienste, Wohnberatung etc. Außerdem sind zu erwähnen:

- Mitbestimmung des Patienten/der Patientin bei der Erstellung des Therapieplans, damit Über- oder Unterforderungen vermieden werden; gemeinsame Formulierung der Nah- und Fernziele, um eine kontinuierliche Zusammenarbeit zu ermöglichen, und
- Einbindung von Angehörigen in das Rehabilitationsprogramm, um die Mitwirkungsbereitschaft zu erhöhen und Entlastungen zu ermöglichen.

Aufgrund der Anbindung an die Beratungsstelle Wohnen sind von der Ergotherapeutin weitere Leistungen zu erbringen, um u.a. die präventive Wirkung von Maßnahmen bzw. die Effektivität der Pflege durch Angehörige und/oder ambulante Dienste zu erhöhen:

- Beratungsleistungen im Rahmen der Wohnungsanpassung zur Qualifizierung der technischen Hilfen und der baulichen Veränderungen,
- therapeutische Leistungen zur Anpassung an die baulichen Maßnahmen und technischen Hilfen.

Insbesondere im ersten Jahr des Modellversuchs sind bzw. waren Initiativen zu ergreifen, um die Konzeption zu entwickeln und die Kooperation zwischen den Partnern in der Versorgungskette anzuregen und zu fördern:

- Unterstützung der Kooperation in der Versorgungskette über die Rolle als Ansprechperson für alle Beteiligten sowie durch die Sammlung von Vorschlägen zur Verbesserung der Kooperation,
- Rückmeldungen über den Rehabilitationsverlauf an die behandelnden ÄrztInnen und sonstige Einrichtungen der medizinischen Versorgung, um die Abstimmung von Maßnahmen auf die jeweilige häusliche Situation zu verbessern und die Aufgaben der ambulanten Ergotherapie in der Kooperation neu zu bestimmen,
- Zusammenarbeit und Erfahrungsaustausch mit anderen ErgotherapeutInnen, KrankengymnastInnen und LogopädInnen über Probleme der häuslichen Rehabilitation, Betreuung und Wohnungsanpassung,
- Fortbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Einrichtungen im Bereich der Pflege und Betreuung im Stadtbezirk (Regsam, öAG),
- Methodische Dokumentation der Tätigkeiten und Maßnahmen zur internen Evaluation und zur Entwicklung geeigneter Instrumente für die Verbesserung der Informationsbasis.

Auf der Basis der ersten Schritte zur Kooperationsentwicklung konnten Beziehungen zu einem Kreis von Partnern des Modellprojekts „Münchner Norden“ aufgebaut werden:

- die Reha-Kliniken in Haag und Dachau-Markt Indersdorf sowie das Krankenhaus Schwabing. Beide Einrichtungen vermitteln Patienten aus dem „Münchner Norden“ an das Projekt, die nach einem stationären Aufenthalt Bedarf an ambulanten ergotherapeutischen Leistungen, Wohnungsanpassungen oder technischen Hilfen haben.
- eine Gruppe von niedergelassenen ÄrztInnen im Münchner Norden. Insbesondere die Hausärzte sollen und konnten durch aktive Öffentlichkeitsarbeit auf das erweiterte ergotherapeutische Angebot und die Ziele des Modellprojekts – die Entwicklung einer „offenen Kooperation – hingewiesen werden.⁵⁰
- die örtliche AG Altenhilfe. Aufgrund der engen Zusammenarbeit der Beratungsstelle Wohnen und der AG Altenhilfe bestand von vorne herein eine Einbindung des Modellprojektes in die vorhandenen Strukturen der Altenarbeit: mit Sozialstationen, Sozialdiensten, Kirchengemeinden, stationären Einrichtungen.
- die städtische Beratungsstelle für Wohnungsanpassung, mit der die Zuständigkeit der Beratungsstelle Wohnen für den Münchner Norden vereinbart ist.

Das Modellprojekt ist außerdem vertreten im Arbeitskreis Gesundheit, im Arbeitskreis ambulanter Dienste, in der örtlichen Arbeitsgemeinschaft für Altenhilfe, in der Arbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung sowie in regionalen Arbeitskreisen im Stadtbezirk (RAK, REGSAM).

⁵⁰ vgl. Landeshauptstadt München – Gesundheitsreferat 1995: 12ff.

Eine wichtige Aufgabe, die nicht zuletzt durch die Ausgestaltung des Modells der „offenen Kooperation“ zu leisten ist, liegt in der Eingrenzung und Kanalisierung der „Gremienarbeit“ und Öffentlichkeitsarbeit auf einen vertretbaren Anteil der Arbeitszeit.

Eine weitere wichtige Zielsetzung und Aufgabe ist die Entwicklung der geeigneten Instrumente für Dokumentation, Assessment und Qualitätssicherung. Dies gilt zunächst für den engeren Aufgabenbereich der Ergotherapie im Projekt, aber auch – mit der Ausgestaltung der „offenen Kooperation“ – für das Modellvorhaben insgesamt.

Zentrale Verfahren und Instrumente zur Qualitätssicherung im Modellprojekt „Münchner Norden“ sind ein Basisassessment und eine Basisdokumentation. Diese Instrumente werden in Zusammenarbeit mit der Begleitforschung der Münchner Modellvorhaben durch das Institut Infratest im Auftrag des Bayerischen Sozialministeriums (weiter-)entwickelt. Verwendet wird zum einen ein den spezifischen Anforderungen angepasstes Basisassessment. Für den Einsatz dieses Assessmentinstruments wurde die Ergotherapeutin umfassend geschult.

Eine ausführliche und detaillierte Dokumentation aller Bereiche des Rehabilitationsverlaufs ist neben der Durchführung des Assessments eine wichtige Aufgabe. Die Basisdokumentation hat das Ziel, die wesentlichen Patienten- und Prozessdaten sowie die Kooperationsstrukturen zu dokumentieren.⁵¹ Somit dient sie einerseits der Datensammlung für die wissenschaftliche Begleitung des Projekts und der Qualitätssicherung in Bezug auf das Projekt im engeren Sinne der Aufgabenbestimmung der Ergotherapie, andererseits der Verbesserung der Informationsbasis der therapeutischen Maßnahmen sowie als „strategisches“ Mittel der Einbindung der niedergelassenen ÄrztInnen in die Kooperationsstruktur und damit der Qualitätssicherung der patientenbezogenen Arbeit. Auch wenn im weiteren Verlauf der „offenen Kooperation“ eine solche kontinuierliche Dokumentation für die Ergotherapeutin sicherlich nicht ohne Probleme – z.B. Zeitmangel, ungeklärte Fragen inhaltlicher und ethischer Art – umzusetzen ist, ist sie von entscheidender Bedeutung für die Qualität der Rehabilitation und die Entwicklung der Kooperation.

Ziele und Vorteile der Dokumentation

- Strukturierung der ergotherapeutischen Befunderhebung und der Therapieplanung
- Ermöglichung zielorientierten Arbeitens durch explizite Formulierung der Ziele
- Erinnerungshilfe während des Therapieverlaufs
- Evaluation des Rehabilitationsverlaufs (Qualitätssicherung)
- Geeignete Grundlage für Zwischen- und Abschlussberichte
- „Strategisches“ Angebot zur Entwicklung der „offenen Kooperation“ in der Versorgungskette

⁵¹ vgl. von Törne 1997b: 23ff.

4.3 Strategie und Organisationsmodell

4.3.1 Strategie: ein pragmatischer Ansatz

Wie bereits im Kapitel über die Grundelemente des Modellprojekts „Münchner Norden“ kurz angesprochen wurde, steht ein pragmatischer Ansatz im Zentrum der Entwicklung der lokalen und regionalen Kooperationsstrukturen. „Pragmatisch“ ist zum einen die Konzentration auf die gewachsenen Strukturen und die lokalen Bedingungen und Besonderheiten der Versorgungsstrukturen und die Verankerung verbesserter Kommunikations- und Kooperationsformen in eben diesen Strukturen. Nicht von außen sollen neue Strukturen und Arbeitsformen kommen, sondern sie sollen sich innerhalb der bestehenden und unter Beteiligung aller Akteure entwickeln. Zum anderen ist „pragmatisch“ auch die Fokussierung auf die Klienten und Patienten, die im Einzugsbereich leben und die gleichzeitig auch die Zielgruppe der Beratungsstelle Wohnen bilden (s.o.).

Als ein erster Schritt zur Umsetzung des Ansatzes – zur Information über das Modellprojekt und zur Anregung weiterer konkreter Schritte – wurde im April 1998 ein Workshop für alle beteiligten Berufsgruppen im Münchner Norden, insbesondere für Ärzte und Ärztinnen angeboten. Im Rahmen dieses Workshops wurde deutlich, dass ein Bedarf an besserer Kooperation besteht und dass hierfür geeignete Möglichkeiten und Instrumente geschaffen werden müssen. Eine zweite Tagung im Mai 1998 wurde vorgeschlagen, beschlossen und durchgeführt, welche die Themen der ersten weiterentwickelte und konkretisierte. Im Rahmen dieser Workshops wurde schließlich beschlossen, einen „Initiativkreis“ als Forum der Kooperation und Koordination im Bereich der ambulanten geriatrischen Rehabilitation im Münchner Norden zu gründen. Die Ergebnisse der Workshops wurden protokolliert und für die Weiterentwicklung der Konzeption ausgewertet.

4.3.2 Organisationsmodell: der Initiativkreis „IKARUS“

Ganz im Sinne des pragmatischen Ansatzes und der Leitidee einer „offenen Kooperation“ wurde der Initiativkreis als eine (zunächst) von der Mitgliedschaft und den Zielsetzungen her noch offene Struktur vereinbart.

Ziele des Initiativkreises „IKARUS“ (**I**nitiativ**k**reis **a**mbulante geriatrische **R**ehabilitation **u**nd **s**oziale **D**ienste) sind

- die Verbesserung der medizinischen, therapeutischen und sozialen Versorgung älterer Menschen im Münchner Norden im Bereich der ambulanten geriatrischen Rehabilitation und
- die Förderung und Entwicklung der Zusammenarbeit zwischen ambulanter Versorgung durch niedergelassene Ärzte in Kooperation mit anderen therapeutischen und sozialen Diensten einerseits und den stationären Einrichtungen andererseits.

Mitglieder im Initiativkreis sind ÄrztInnen, TherapeutInnen und soziale Dienste sowie die Beratung zu technischen Hilfen und Wohnungsanpassung im Münchner Norden. Die Mitglieder

verfügen über bzw. erwerben – so die Zielsetzung der Konzeption – durch Fort- und Weiterbildung spezielle Qualifikationen im Bereich der Geriatrie, des geriatrischen Assessments, der Rehabilitation sowie der Altenhilfe.

„IKARUS“ versteht sich – wie gesagt – nicht als geschlossener Kreis, sondern vielmehr als offene Initiative, die sich an alle Interessierten Personen und Einrichtungen im Münchner Norden wendet und an der sich möglichst viele Akteure beteiligen sollten. Treffen im sechswöchigen Rhythmus wurden vereinbart. Mehrere Treffen zur gegenseitigen Information und zur Planung des weiteren Vorgehens haben bereits stattgefunden.

Angestrebt wird eine Anerkennung des Initiativkreises als Modellvorhaben durch die Krankenkassen und eine damit verbundene Vereinbarung spezieller Honorierungs- und Abrechnungsverfahren für die ambulante geriatrische Versorgung und Rehabilitation.

Geplant bzw. geprüft wird die Gründung eines Vereins, um den Initiativkreis noch handlungsfähiger nach außen zu machen. Aufgaben dieses Vereins könnten dann Verhandlungen mit den Kassen und stationären Einrichtungen sowie Fortbildungsveranstaltungen für alle Mitglieder sein, insbesondere in den Bereichen Qualitätssicherung und Geriatrisches Assessment. Eine Finanzierung dieser Fortbildungsmaßnahmen wie auch der allgemeinen Aufgaben des Vereins durch die Krankenkassen z.B. im Rahmen eines „Qualitätszirkels“ wird erwogen.

4.3.3 Grundsätze und Aufgaben der Zusammenarbeit

Mit seiner Gründung übernimmt der Initiativkreis zukünftig natürlich auch die Aufgabe, Ziele und Aufgaben selbst festzulegen und gegebenenfalls von der Konzeption des Modellvorhabens abzuweichen. Die Diskussionsvorschläge der Konzeption für die Kooperation der Mitglieder von „IKARUS“ basieren auf folgenden Grundsätzen:⁵²

- Es wird eine Liste aller Mitglieder von „IKARUS“ erstellt und im Einzugsgebiet veröffentlicht, um die Kooperation zu erleichtern, interessierten Nicht-Mitgliedern die Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit zu erleichtern und für das Anliegen des Initiativkreises zu werben.
- Sofern sie die vom Initiativkreis festgelegten Kriterien für besondere geriatrische Bedürftigkeit erfüllen, erhalten PatientInnen bzw. KlientInnen eines Mitglieds einen „Patienten-Pass“, der von jedem Mitglied ausgestellt werden kann. Diese Kriterien (Kriterien 1. Stufe) beziehen sich auf einen Bedarf an Kooperation verschiedener Dienste.
- Die PatientInnen bzw. KlientInnen sollen diesen Pass möglichst immer bei sich tragen, damit bei Inanspruchnahme eines Dienstes bzw. bei Konsultation mit einem Mitglied des Initiativkreises dies mit Datum im Pass vermerkt werden kann. Die Mitglieder des Initiativkreises werden auf diese Weise auf den besonderen Bedarf der InhaberInnen dieses „Patienten-Passes“ aufmerksam und können sich ihnen besonders zuzuwenden und insbesondere den Informationsaustausch und die Kooperation zwischen den Diensten gewährleisten.

⁵² Die nachfolgenden Ausführungen sind einer unveröffentlichten Diskussionsvorlage von „IKARUS“ entnommen, die vom Modellvorhaben eingebracht wurde.

- Zusätzlich zu den „Kriterien 1. Stufe“ legt der Initiativkreis spezielle „Kriterien 2. Stufe“ für PatientInnen bzw. KlientInnen mit einem besonderen Bedarf ambulanter geriatrischer Rehabilitation fest. Für diese PatientInnen wird – orientiert an den jeweils individuellen Bedürfnissen – aus den Mitgliedern von „IKARUS“ sowie ggf. weiteren fallbezogen herangezogenen Diensten ein „mobiles Reha-Team“ gebildet. In der Regel gehören dazu ein Arzt/eine Ärztin, ein/e TherapeutIn, ein sozialer oder Pflegedienst sowie die Beratung über technische Hilfen und Wohnungsanpassung. Die Aufgaben des Teams umfassen dann
 - ein Geriatrisches Assessment und eine Dokumentation
 - Erstellung und Fortschreibung eines Rehabilitationsplanes
 - Fallbesprechungen
 - „Case Management“, d.h. der Patient/die Patientin wird durch ein Teammitglied verantwortlich betreut

Der Status als „Initiativkreis-PatientIn“, das Mitglied mit Casemanagement-Funktion und die Namen aller Mitglieder des Teams werden im „Patienten-Pass“ vermerkt. Alle Mitglieder des Teams stehen auch als Kontaktstellen für externe ambulante wie stationäre Dienste zu Verfügung, d.h. externe Stellen müssen sich nicht speziell an das Casemanagement wenden, sondern die Team-Mitglieder informieren sich gegenseitig über Kontakte mit anderen Akteuren im Versorgungsnetz.

4.4 Zusammenfassung

Das Modellprojekt „Münchner Norden“ geht aus von bestehenden Strukturen und versucht in einem pragmatischen Ansatz einen Beitrag zur Entwicklung kooperativer Strukturen „vor Ort“ d.h. wohnungs- und patientennah, im Bereich der ambulanten häuslichen Rehabilitation zu leisten. Modell ist hier die „offene Kooperation“ in Anlehnung an das „Hausarzt-Modell“. Zielgruppen sind insbesondere Patienten, deren Mobilität eingeschränkt ist und die keine speziellen technisch aufwendigen und/oder fachlich besonders qualifizierten Maßnahmen benötigen, sondern eher im Sinne einer Grundversorgung, Nachversorgung und Prävention zu betreuen sind. Weiterhin steht die Einübung in die selbständige Haushalts- und Lebensführung im Vordergrund sowie der Gebrauch von technischen Hilfen und die Anpassung an bauliche Veränderungen in der Wohnung – eine Zielsetzung nicht nur der Rehabilitation, sondern auch der Prävention. Darüber hinaus ist es Ziel und Aufgabe des Projekts, für die Ergotherapie eine neue Rolle in der „Koproduktion“ von Gesundheit an der Schnittstelle von ÄrztInnen, sozialen Diensten und sozialen Unterstützungssystemen (Familie, Selbsthilfe) und Wohnberatung zu bestimmen.

Das Projekt kann sich dabei auf die Erfahrungen und die Kooperationsbeziehungen im Stadtgebiet der Beratungsstelle Wohnen stützen und synergetische Effekte durch die Anbindung an die Beratung über technische Hilfen und Wohnungsanpassungen nutzen. Einerseits wird ergo-

therapeutischer Sachverstand in der Beratung benötigt, andererseits erschließen die Zielgruppen und Kooperationsbeziehungen der Wohnberatung der Ergotherapie ein wichtiges Klientenpotential. Rehabilitation verknüpft sich hier wiederum in organischer Weise mit Prävention und trägt somit zur Integration der Leistungen im Gesundheitswesen bei. Insbesondere durch die Einbeziehung neuer innovativer Technologien in die Wohnberatung ist zu erwarten, dass die Kombination von ambulanter Rehabilitation und Wohnberatung ein fruchtbares Modell für die Ausgestaltung zukünftiger dezentraler Versorgungsstrukturen sein kann.

Kooperationspartner sind aus dem medizinischen Bereich vor allen die Haus- und FachärztInnen sowie die Reha-Kliniken, welche die Patienten für eine Weiterführung und Konsolidierung der Rehabilitation nach Hause entlassen.

Orientiert am „Hausarzt-Modell“ für die ambulante geriatrische Rehabilitation wurde ein Modell für eine „offene Kooperation“ entwickelt und in Workshops mit Vertretern des Versorgungssystems im Münchner Norden diskutiert und ein „Initiativkreis ambulante geriatrische Rehabilitation und soziale Dienste – IKARUS“ gegründet.

5. Literatur

- AOK-Bundesverband (1995): Rahmenkonzeption zur Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation in der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 28.03.1995. O.O.
- Beratungsstelle Wohnen – Modellprojekt „Häusliche geriatrische Rehabilitation im Münchner Norden“: Jahresbericht 1997. München.
- Brandt, H. (1993): Altenhilfe als Verbundsystem. Überlegungen zum planvollen rechtlich-organisatorischen und konzeptionell-fachlichen Zusammenwirken von medizinischen, pflegerischen und sozialen Hilfen (KDA-Forum 21). Köln.
- Braun, H. et al. (Hg.) (1992): Vernetzung in Altenarbeit und Altenpolitik. Probleme und Perspektiven in der neuen Bundesrepublik (KDA-Forum 17). Köln.
- Bruder, J. (1996): Geriatriepläne der Länder und ihre Realisierung – Die Situation in der Bundesrepublik Deutschland. In: von Ferber, Ch./ Greuel, H.-W./ Schneider, A. (Hg.): Geriatrische Rehabilitation im europäischen Vergleich – Modelle und Perspektiven (KDA Forum 29). Köln, 73–85.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (1995): Arbeitshilfe zur Rehabilitation bei älteren Menschen. Frankfurt.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1995): Übersicht über das Sozialrecht. Bonn.
- Bundesministerium für Familie und Senioren (BMFuS) (1994): Die Alten der Zukunft – Bevölkerungsstatistische Datenanalyse (Schriftenreihe des BMFuS Bd. 32). Stuttgart.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (1996): Erster Altenbericht. Bonn.
- Geißler, R. (1996): Die Sozialstruktur Deutschlands. Bonn.
- Görres, S. (1992): Geriatrische Rehabilitation und Lebensbewältigung. Weinheim/München.
- Görres, S. (1995): Die Lebensqualität muss Richtschnur rehabilitativen Handelns sein. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 7+8/1995, 142. Jahrgang, 164–165.
- Hartmannbund und Arbeiterwohlfahrt (Hg.) (1995): Ambulante geriatrische Rehabilitation. Dokumentation der Fachtagung am 12. Mai 1995 in Ulm. Bonn.
- Heinrich, R. (Hg.) (1996): AGERE – Die Schlüsselrolle des niedergelassenen Arztes in der Ambulanten Geriatrischen Rehabilitation. 25. Märkischer Ärztetag am 14. Oktober 1995 in Iserlohn. Herausgegeben von MEDICE. Bochum.
- Heinrich, R. (1996): Geriatrische Rehabilitation – nach den Bedürfnissen des Menschen gestalten. In: Sozialverband VdK Bayern (Hg.): a.a.O., 17–26.
- Hoop, D. (1996): Wohnraumanpassung in der Geriatrie. In: Ergotherapie und Rehabilitation, Heft 7, Dezember 1996, 657–663.
- Igl, G. (1994): Die heutigen Rechtsgrundlagen für die geriatrische Rehabilitation. In: Zeitschrift für Gerontologie 5/1994, 319–323.
- Kruse, A. (1995): Aufgaben und Erfolge der ambulante Rehabilitation älterer Patienten. In: Schmidt, R. / Vogel, W.: Behandlung und Rehabilitation vor Pflege. 1. Hofgeismarer Geriatriesymposium. Herausgegeben vom Kuratorium Deutsche Altershilfe (Forum 27). Köln, 81–96.
- Landeshauptstadt München – Gesundheitsreferat (1995): Gesamtkonzept der Versorgung alter Menschen; Kooperationsprojekte „ambulante geriatrische Rehabilitation“. München.

- Meier-Baumgartner, H. (1992): Die Effektivität von Rehabilitation bei älteren Menschen unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer Komponenten bei ambulanter, teilstationärer und stationärer Betreuung (Schriftenreihe des BMFuS Bd. 12.2). Stuttgart.
- Mobile Ambulante Rehabilitation Karlsruhe (mark) GmbH (Hg.) (o.J.): Mobile Rehabilitation – Lebensweltorientierte Therapie zu Hause – Ein neuer Ansatz in der geriatrischen Rehabilitation. Dokumentation eines Symposiums vom 30. April 1997 in Karlsruhe. Karlsruhe.
- Niederfranke, A. (Hg.) (1993): Fragen geriatrischer Rehabilitation (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren Bd. 21). Bonn.
- Oswald, W.D. et al. (1993–1996): Bedingungen der Erhaltung und Förderung von Selbständigkeit im höheren Lebensalter (SIMA): 1. –19. Band. Erlangen: Institut für Psychogerontologie.
- o.V. (1997): Sozialgesetzbuch. 23. Auflage. München.
- Rapp, G. (1996): Organisations- und Finanzierungsmodelle. In: Heinrich, R., a.a.O., 33–38.
- Runge, M./ Rehfeld, G. (1995): Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team. Stuttgart.
- Schmidt, W. u.a. (1997): Berufsübergreifende Zusammenarbeit in der häuslichen Versorgung pflegebedürftiger älterer Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Bd. 30, Heft 6, 430–438.
- Schneekloth, U. (1996): Entwicklung von Pflegebedürftigkeit im Alter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 29, Heft 1, 11–17.
- Schütz, R.-M. (1993): Geriatrische Rehabilitation – eine Standortbestimmung. In: Niederfranke, A., a.a.O., 16–20.
- Schütz, R.-M. (1996): Besonderheiten der geriatrischen Rehabilitation. In: Ergotherapie und Rehabilitation, Heft 7, Dezember 1996, 621–623.
- Sozialministerium Baden-Württemberg (Hg.) (1997): Ambulante geriatrische Rehabilitation. Endbericht zum Modellversuch des Sozialministeriums. Stuttgart.
- Sozialverband VdK Bayern (Hg.) (1996): Die Zukunft der Rehabilitation für behinderte und ältere Menschen. München.
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (1997): Datenreport. Bonn.
- Tews, H.P. (1993a): Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alterns. In: Naegele, G./ Tews, H.P. (Hg.): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Opladen, 314–325.
- Tews, H.P. (1993b): Hilfs- und Pflegebedürftigkeit aus der Sicht niedergelassener Ärzte (Reihe KDA thema 74). Köln.
- Tews, H.P. (1995): Ambulante geriatrische Rehabilitation – Modellprojekte und Praxiserfahrungen. In: Hartmannbund/AWO (Hg.): Dokumentation der Fachtagung „Ambulante geriatrische Rehabilitation“ am 12. Mai 1995 in Ulm, 33–56.
- von Törne, I. (1997a): Dokumentation des Workshops „Ambulante geriatrische Rehabilitation“ am 21.04.1997 im Alten- und Service-Zentrum in Eching, veranstaltet von Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit. München
- von Törne, I. (1997b): Ambulante geriatrische Rehabilitation. Evaluation von Modellvorhaben im Freistaat Bayern (Pilotphase). Bericht der Infratest Epidemiologie und Gesundheitsforschung. München.
- Wissert, M. u.a. (1996): Ambulante Rehabilitation alter Menschen. Freiburg.
- World Health Organization (WHO) (1980): International classification of impairments, disabilities, and handicaps. Genf.

Verzeichnis der Abbildungen im Text

Abb. 1:	Dreifaches Altern der Gesellschaft (eigene Darstellung)	13
Abb. 2:	Wechselwirkungen zwischen Erkrankungen, Funktionseinschränkungen und sozialem Umfeld (eig. Darstellung, in Anlehnung an Runge/Rehfeld 1995, S.13).	15
Abb. 3:	Die geriatrische Rehabilitation in der Versorgungskette (eigene Darstellung)	19
Abb. 4:	Das Geriatrische Assessment (eigene Darstellung)	26
Abb. 5:	Differenzierung der Versorgungskette	31
Abb. 6:	Das geriatrische Team (eigene Darstellung).....	36
Abb. 7:	Hausarzt-/Facharzt-Modell (eigene Darstellung)	40
Abb. 8:	Schwerpunktpraxis (eigene Darstellung).....	42
Abb. 9:	Vermittlungsmodell (eigene Darstellung)	43
Abb. 10:	Therapiezentrummodell (eigene Darstellung).....	44
Abb. 11:	Institutsambulanz (eigene Darstellung)	45
Abb. 12:	Mobiles geriatrisches Team (eigene Darstellung)	46
Abb. 13:	Die „Blume“ patientenbezogener Funktionen der Versorgung	48