

## Statementblatt zur Pressekonferenz zum 1. Fachkongress für Rehabilitationsforschung und Versorgungsmanagement am 06. Juli 2010 in Berlin

(Es gilt das gesprochene Wort)

### Statement von Prof. Dr. Andreas Kruse, Direktor des Instituts für Gerontologie, Universität Heidelberg zu kommenden, demografischen Herausforderungen und zu Rehabilitationspotenzialen im Alter



„Geht es mit der gesellschaftlichen Entwicklung so weiter, dann wird die Zahl der alten, aber auch der chronisch kranken Menschen immer größer. Eine der Folgen wäre, dass die sozialen Sicherungssysteme diese Anforderungen nicht mehr bewältigen könnten.“

„Das Potenzial zu einer Zunahme der Jahre in Gesundheit und Selbständigkeit wurde eindeutig nachgewiesen. Die Nutzung dieses Potenzials ist nicht nur für die Lebensqualität des Einzelnen wichtig, sondern auch für die Erhaltung der Leistungsfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme.“

„Ich appelliere deshalb deutlich an die Politik, dieses demografische Problem entschiedener zur Kenntnis zu nehmen. Nur durch eine schnell zu startende konzertierte Aktion von Politik, Wissenschaft und sozialen Sicherungssystemen kann man den auf die Gesellschaft zukommenden Schwierigkeiten einigermaßen Herr werden.“

„Wir dürfen aber den Einzelnen nicht vergessen. Es braucht auch den Appell an die Selbstverantwortung jeder Bürgerin und jedes Bürgers. Gesundheit im Alter wird einem nicht geschenkt, man muss sie sich erarbeiten – dafür braucht es gute, leicht erreichbare Angebote. Erste wertvolle Schritte haben wir zusammen mit der AOK Baden-Württemberg gemacht und im Feld Schlaganfall jetzt eine wichtige Studie abgeschlossen.“

„Unsere heutigen gesellschaftlichen Altersbilder sind vielfach zu undifferenziert: Zum einen werden die großen Unterschiede zwischen älteren Menschen in den biologischen, physiologischen, psychologischen und sozialen Parametern nicht ausreichend berücksichtigt, zum anderen wird das Altern einseitig als verlustbezogener Prozess gedeutet, zum dritten werden die auch im hohen Alter gegebenen Veränderungspotenziale nicht wirklich anerkannt. Aus dieser undifferenzierten Sicht erwachsen Probleme bei der medizinisch-rehabilitativen und pflegerischen Versorgung, wenn diese nicht wirklich „individualisiert“, also an den individuellen Kompetenzprofilen orientiert erfolgt.“

„Diese differenzierte, individualisierende Sichtweise ist auch für die Rehabilitation älterer Patienten zentral, konzentriert sich diese doch auf zahlreiche Merkmale von Gesundheit, Selbstständigkeit, sozialer Teilhabe und Lebensqualität.“

„Mit der vorliegenden, von der AOK Baden-Württemberg und dem Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg gemeinsam durchgeführten Studie wurde das Ziel verfolgt, (a) zu einer möglichst differenzierten Einschätzung der Rehabilitationspotenziale älterer Menschen zu gelangen und (b) aufbauend auf dieser Einschätzung ein individualisiertes Rehabilitationskonzept zu entwickeln. Darüber hinaus war es möglich, einen Teil der Patienten auch poststationär umfassend zu untersuchen und auf dieser Grundlage Aussagen darüber zu treffen, wie die Versorgung nach der Entlassung aus der stationären Rehabilitation beschaffen sein sollte.“

„Das Lebensalter selbst ist nur eines unter vielen Merkmalen, die das Rehabilitationspotenzial eines älteren Menschen beeinflussen; von sehr viel größerer Bedeutung sind Art und Schweregrad des Schlaganfalls, Anzahl und Art der begleitenden Erkrankungen (Komorbidität), die alltagspraktische Kompetenz vor Eintritt des Schlaganfalls, das Vorliegen oder Fehlen spezifischer funktioneller Störungen (vor allem: Schluckstörungen, Kontinenzstörungen), die kognitive Leistungsfähigkeit, die emotionale und motivationale Situation des Patienten sowie dessen soziale Lebenslage. Aufgrund der Vielzahl jener Merkmale, die für den Rehabilitationserfolg mitbestimmend sind, wäre auch der lebensaltersbegründete Ausschluss eines Patienten von der Rehabilitation fachlich wie ethisch nicht zu rechtfertigen.“

„In allen Lebensaltern muss das differenzierte körperliche, alltagspraktische, kognitive und emotional-motivationale Assessment die Grundlage für jedwede Entscheidung bezüglich der Verordnung von Rehabilitationsleistungen bilden. Dieses fachlich wie ethisch fundierte Ziel hat die AOK Baden-Württemberg und das Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg dazu bewogen, die Studie zu den Rehabilitationspotenzialen älterer Schlaganfallpatienten durchzuführen, an der N= 500 Patientinnen und Patienten teilgenommen haben. Die Studie begann mit Eintritt der Patienten in die stationäre Rehabilitation und endete in der einen Teilgruppe mit Abschluss der stationären Rehabilitation (drei Messzeitpunkte), in der anderen Teilgruppe hingegen erst vier bis sechs Wochen nach Abschluss der stationären Rehabilitation (vier Messzeitpunkte). In der zweiten Teilgruppe war es somit möglich, zu einer differenzierten Abbildung der *poststationären* Versorgungsqualität wie auch zur Einschätzung der Situation betreuender oder pflegender Angehöriger zu gelangen. Bereits zehn bis 14 Tage nach Beginn der stationären Rehabilitation wurde ein zweiter Messzeitpunkt durchgeführt, um eine Aussage darüber zu treffen, inwieweit die Differenz zwischen dem ersten Messzeitpunkt (Beginn der stationären Rehabilitation) und dem zweiten Messzeitpunkt (zehn bis 14 Tage nach Beginn der stationären Rehabilitation) für die Rehabilitationsprognose bedeutsam ist.“

„Die Rehabilitationspotenziale eines großen Teils der älteren Menschen nach Schlaganfall sind hoch oder sehr hoch. Bei den meisten Patienten finden sich bereits während der ersten zehn bis 14 Tage *substanzielle Veränderungen* in zentralen klinischen und psychologischen Parametern, die auf die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer Fortsetzung der Rehabilitation hindeuten. Durch die differenzierte

Einschätzung der bislang erzielten oder ausgebliebenen Rehabilitationserfolge ist es möglich, das Rehabilitationskonzept zu modifizieren.“

„In der Untersuchung fanden sich auch Patientinnen und Patienten mit einem sehr geringen Rehabilitationspotenzial – dieses wurde auch beim zweiten Messzeitpunkt deutlich, in dem sich gegenüber dem ersten Messzeitpunkt keine Veränderungen in den wichtigsten Parametern nachweisen ließen. In Bezug auf diese Gruppe sind auch mögliche Alternativen zur stationären Rehabilitation zu prüfen. Diese liegen in der *rehabilitativen Pflege*, das heißt, einer Versorgungsform, die zusätzlich zur aktivierenden Pflege ergänzende rehabilitative Elemente – wie zum Beispiel eine Physiotherapie oder Ergotherapie – umfasst.“

„Mit diesem Projekt wird auch das Ziel verfolgt, zu einem modernen Verständnis der Pflege zu gelangen: dieses geht weit über die Grundpflege hinaus, es betont das differenzierte Assessment bestehender Ressourcen (und eben nicht nur bestehender Defizite) und verwirklicht – aufbauend auf diesem Assessment – ein individualisiertes Aktivierungskonzept mit rehabilitativen Elementen.“

„Mit diesem modernen Verständnis der Pflege soll deutlich gemacht werden, dass es in der Tat Schnittmengen zwischen Rehabilitation und aktivierender Pflege gibt, die vor allem in der Betonung und systematischen Umsetzung funktioneller, alltagspraktischer, kognitiver, emotionaler und sozialkommunikativer Ressourcen liegen.“

„Die Studie zeigt, dass durch eine individualisierte Versorgung in optimaler Weise auf die spezifischen Ressourcen, Kompetenzen und Defizite älterer Menschen geantwortet werden kann. Vor allem macht sie deutlich, dass durch die rehabilitative Pflege auch jenen Menschen geholfen werden kann, bei denen Hinweise auf sehr geringe Rehabilitationspotenziale vorliegen. Diese Patienten dürfen nicht aufgegeben werden; es genügt auch nicht, sich bei diesen nur auf eine Grundpflege zu konzentrieren. Vielmehr sind auch bei ihnen rehabilitative Konzepte – und zwar im Kontext der Pflege – einzusetzen, die auf Ressourcenerkennung und Ressourcenverwirklichung zielen, auch wenn diese Ressourcen noch so gering erscheinen mögen.“

„Das Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg bewertet die Kooperation mit der AOK Baden-Württemberg bei der Weiterentwicklung individualisierter Rehabilitationskonzepte wie auch bei der Entwicklung des Konzepts der rehabilitativen Pflege als vorbildlich.“

Berlin, 06. Juli 2010

Pressekontakt:

Prof. Dr. phil. Dipl. Psych. Andreas Kruse, Institutsdirektor  
Tel.: 06221 - 54 81 81  
E-Mail: andreas.kruse@gero.uni-heidelberg.de