

Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

**Verlaufsuntersuchung rehabedürftiger BewohnerInnen stationärer  
Pflegeeinrichtungen ohne und nach mobiler Rehabilitation**

Eine Primärerhebung des Merkmals „selbstbestimmte Teilhabe“ in fünf  
Zentren zu drei Zeitpunkten

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin (Dr. med.)

vorgelegt

der Medizinischen Fakultät

der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

von Nadine Martin  
geb. am 30.12.1978 in Berlin

Betreuer: Prof. Dr. phil. (habil.) Johann Behrens

Gutachter:

1. Prof. Dr. phil. J. Behrens, Em. / MF
2. Prof. Dr. med. W. Mau
3. Prof. Dr. A. Horbach, Schwäbisch Gmünd

04.02.2020

11.03.2021

## **Referat**

**Zielsetzung:** Die „Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben der Gesellschaft“ ist laut § 1 SGB IX primäres Ziel jeglicher rehabilitativer Bemühungen. Dennoch wird sie als individueller Zielparameter weder erfasst noch gemessen. Die Verwechslung von Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit führt zu einem Einsatz zahlreicher Messinstrumente, die jedoch allenfalls Teilhabe an vordefinierten Lebensbereichen erfasst, ohne die individuellen Lebensumstände und Teilhabebedürfnisse zu berücksichtigen. Diese Arbeit untersucht daher, inwiefern sich individuell formulierte und damit selbstbestimmte Teilhabeziele erheben und messen lassen.

**Methoden:** Für zwei Verlaufsstudien wurden Bewohner und Bewohnerinnen verschiedener stationärer Pflegeeinrichtungen in fünf verschiedenen Bundesländern zunächst auf ihren Rehabilitationsbedarf hin untersucht. Die zwei gebildeten Studiengruppen mit Mobiler geriatrischer Rehabilitation (N=116) und ohne diese, aber mit Indikation für MoRe (N=49) wurden auf die Erreichung ihrer, zu Studienbeginn definierten, höchst individuellen, klartextlich formulierten Teilhabeziele hin beobachtet. In einer Likertskala wurden durch Interviews über einen Katamnesezeitraum von sechs Monaten der Grad der Zielerreichung dieser Teilhabeziele erfasst und im Weiteren ausgewertet.

**Ergebnisse:** Die Erfassung selbstbestimmter Teilhabeziele gelingt, unabhängig vom Ausmaß kognitiver Defizite“ verbal oder körpersprachlich bei jedem der untersuchten Bewohner und Bewohnerinnen. Die Studienteilnehmer erreichen 6 Monate nach stattgehabter MoRe selbstformulierte Teilhabeziele deutlich häufiger. So können knapp 50% die Ziele „voll und ganz“ oder „überwiegend“ erreichen, während die Gruppe ohne More, aber mit Indikation für eine solche nur zu etwa 12% diese beiden Zielstufen angibt. Dabei ist es nicht relevant, ob Bewohner und Bewohnerinnen Ziele überhaupt noch selbstständig formulieren können. In jedem Einzelfall gelingt die Definition eines Teilhabeziels durch die Bezugspflege oder die Angehörigen. Die Erreichung der Teilhabeziele nach 6 Monaten ist unabhängig vom Grad kognitiver oder motorischer Einschränkungen oder dem Pflegegrad.

**Schlussfolgerungen:** Die Erfassung und Messung selbstbestimmter Teilhabeziele muss die bisherige Operationalisierung des Begriffs Teilhabe durch die Messung von Selbstständigkeitsparametern, wie Aktivitäts- und Funktionsdefizite ergänzen. Die Umsetzung des gesetzlich verankerten Rehabilitationsziels, die Verbesserung der selbstbestimmten Teilhabe, kann durch MoRe auch im Lebensumfeld pflegebedürftiger Bewohner und Bewohnerinnen stationärer Pflegeeinrichtungen erreicht werden. Für die Umsetzung im rehabilitativen Alltag besteht noch weiterer Forschungsbedarf.

Martin, Nadine: Verlaufsuntersuchung rehabedürftiger BewohnerInnen stationärer Pflegeeinrichtungen ohne und nach Mobiler Rehabilitation - eine Primärerhebung des Merkmals „selbstbestimmte Teilhabe“ in fünf Zentren zu drei Zeitpunkten, Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 77 Seiten, 2020

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung .....	1
1.1. Pflegebedürftigkeit in Deutschland	1
1.2. Medizinische Rehabilitation im Alter	1
1.2.1. Ambulante geriatrische Rehabilitation	2
1.2.2. Ziele und Prinzipien der geriatrischen Rehabilitation	2
1.3. Teilhabe als Rehabilitationsziel	4
1.3.1. Teilhabeverständnis im Wandel der Zeit	4
1.3.2. International Code of Functioning (ICF)	5
1.3.3. Messung von Teilhabe	8
1.4. Aktueller Stand der Forschung “	9
1.4.1 Studienlage	9
1.4.2 Die „Lücke in der Weltliteratur	10
2. Zielstellung der Arbeit .....	12
2.1. Forschungsbedarfe und –ansätze	12
2.2. Forschungsfragen	13
2.3. Ziel der Arbeit	14
3. Material und Methodik .....	15
3.1. Forschungsprojekt	15
3.2. Studiendesign	15
3.3. Gutachterinnen	18
3.4. Begutachtungsqualität	18
3.5. StudienteilnehmerInnen	19
3.6. Intervention	19
3.7. Outcome-Datenerhebung und Instrumente	20
3.8. Statistische Analysen	22
3.9. Genderaspekte	22
3.10. Ethische Aspekte	23

4. Ergebnisse .....	24
4.1. Ausgangslage	24
4.2. Studienpopulation	25
4.2.1. Analyse demographischer Daten	25
4.2.2. Zuweisungspfade zur Mobilien geriatrischen Rehabilitation	26
4.2.3. Anzahl der Therapien	27
4.2.4. Diagnosegruppen	27
4.3. Verlaufsanalyse des Merkmals selbstbestimmte Teilhabe	28
4.3.1. Benennung von Teilhabezielen	28
4.3.2. Kognition und Formulierung von Teilhabezielen	29
4.3.3. Kategorien selbst verbal formulierter Teilhabeziele	32
4.3.4. Verlauf der Zielerreichung	34
4.4. Subgruppenanalyse	39
4.4.1. Kognitiver Status und Teilhabezielerreichung	39
4.4.2. Selbsthilfefähigkeit und Teilhabezielerreichung	42
4.4.3. Motorische Fertigkeiten und Teilhabezielerreichung	44
4.4.4. Pflegestufen und Teilhabezielerreichung	45
5. Diskussion .....	47
5.1. Limitationen der Studie	47
5.1.1. Interessenlage der Studie	47
5.1.2. Stichprobenumfang	47
5.1.3. Repräsentativität der Stichprobe	48
5.1.4. Methodik der Verlaufsuntersuchung	49
5.1.5. Gutachterinnen	50
5.1.6. Fehlende Werte	50
5.1.7. Validität der Instrumente	51
5.1.8. Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse	54
5.2. Diskussion der Ergebnisse	54
5.2.1. Studienpopulation	54
5.2.2. Formulierung und Kategorien von Teilhabezielen	55
5.2.3. Erreichen von Teilhabezielen mit und ohne Mobile Geriatrische Rehabilitation	56
5.2.4. Zielerreichung bei kognitiven Einschränkungen	57
5.2.5. Zielerreichung bei eingeschränkter Selbständigkeit	58

5.2.6. Zielerreichung bei motorischen Einschränkungen	59
5.2.7. Zielerreichung und Grad der Pflegebedürftigkeit	59
6. Zusammenfassung .....	60
7. Literaturverzeichnis .....	62
8. Thesen .....	70
Anhang .....	71

## Abkürzungsverzeichnis

ADL	Activities of daily living
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation
BI	Barthel-Index
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
Hrsg.	Herausgeber
ICF	International Code of Functioning
i.d.R.	in der Regel
ISIS	Institut für Supervision, Institutionsanalyse und Sozialforschung
MMST	Mini Mental State Test
MoGeRe	Mobile Geriatriische Rehabilitation
MoRe	Mobile Rehabilitation
MW	Mittelwert
PS	Pflegestufe
Reha	Rehabilitation
SGB	Sozialgesetzbuch
vgl.	vergleiche
vs.	versus
WHO	World Health Organisation
z.B.	zum Beispiel

## **1. Einleitung**

### **1.1. Pflegebedürftigkeit in Deutschland**

Aktuell leben laut statistischem Bundesamt in Deutschland ca. 3,41 Mio. Pflegebedürftige gemäß SGB XI. 76% (2,59 Mio.), also mehr als drei Viertel der zu Pflegenden, wurden Ende 2017 im häuslichen Umfeld betreut, wobei ca. 24% (0,83 Mio.) teils oder vollständig von ambulanten Pflegediensten unterstützt wurden. Fast 52% (1,76 Mio.) aller pflegebedürftigen Bundesbürger wurden allein durch die Familienangehörigen versorgt. Etwa 24% (0,82 Mio.) aller Pflegebedürftigen leben in Einrichtungen der vollstationären Pflege (vgl. Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2017).

Betrachtet man die Zahlen der demographischen Entwicklung, so muss von einem deutlichen Rückgang von Familien, die pflegebedürftige Ältere betreuen können, ausgegangen werden. Die „Fürsorgereserve“ sinkt. Laut Pflegestatistik 2017 des statistischen Bundesamtes ist im Vergleich zum Jahr 1999 die Zahl der Pflegebedürftigen bis 2015 um 844 000 gestiegen. Bis 2060 rechnet das Bundesamt mit einem möglichen Anstieg der Pflegebedürftigen auf 4,8 Millionen. Dies entspräche einem Anteil an der Gesamtbevölkerung Deutschlands von 7%. Die Anzahl der durch ambulante Pflegedienste oder in Heimen vollstationär versorgten Pflegebedürftigen nimmt stetig zu. Diese Entwicklung stellt Versorgende und zu Versorgende vor große Herausforderungen, denn insgesamt wird ein erhöhter Bedarf an pflegerischer, medizinischer und auch rehabilitativer Versorgung alter und hochaltriger Menschen zu erwarten sein.

### **1.2. Medizinische Rehabilitation im Alter**

Der Gesetzgeber hat den Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ ins Pflegeversicherungsgesetz aufgenommen. Er verankert damit den Anspruch auf Rehabilitation für von Pflege bedrohte, aber auch von bereits pflegebedürftigen Menschen, wenn durch die Rehabilitation eine Vermeidung oder Minderung des Pflegebedarfs erreichbar scheint. Dabei werden Selbstbestimmung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben als übergeordnete Ziele der Rehabilitation definiert. In der Rehabilitationsmedizin stellt die Wiedererlangung selbstbestimmter Teilhabe die Kernaufgabe von Rehabilitationsmaßnahmen dar. Sozialrechtlich sind keine

Altersgrenzen definiert, so dass auch alte und hochbetagte Bürgerinnen und Bürger nicht von diesen Grundsätzen ausgeschlossen sind (vgl. SGB IX, Art. 25 und 28 UN-BRK).

### **1.2.1. Ambulante geriatrische Rehabilitation**

Der gesetzliche Anspruch auf mobile geriatrische Rehabilitation besteht seit dem Jahr 2007. Diese Form der Rehabilitation fokussiert speziell die rehabilitative Versorgung betagter Patientinnen und Patienten in ihrer häuslichen Umgebung, die ohne dieses Angebot unter- oder nichtversorgt wären. Hierbei handelt es sich insbesondere um Menschen, die aufgrund von Komorbiditäten (fortgeschrittene Demenz mit dem Risiko der Entwicklung eines Delirs bei Verbringung in stationäre Rehabilitationseinrichtungen außerhalb der vertrauten Wohnumgebung, Depression, Hospitalismus, ausgeprägte Hör- und Sehstörungen, Besiedelung mit multiresistenten Keimen) in einer ambulanten oder stationären geriatrischen Rehabilitation nicht allozierbar wären. Auch Schwierigkeiten im Transfer von erarbeiteten Rehabilitationsergebnissen in die alltägliche Umgebung stellen eine Indikation für die Mobile geriatrische Rehabilitation dar. In Deutschland gibt es aktuell ca. 15 Standorte mit einer Mobilen geriatrischen Rehabilitation, was gemessen an der Anzahl älterer, von Pflege bedrohter Bürgerinnen und Bürger nicht ausreichend ist.

### **1.2.2. Ziele und Prinzipien der geriatrischen Rehabilitation**

Unterschiedliche Studien (Tabelle 1) lassen die Wirksamkeit von Rehabilitation in Bezug auf funktionelle Indices auch bei geriatrischen Patientinnen und Patienten vermuten, auch wenn sie wegen mangelnder Kontrollgruppen nicht belegt werden kann. Sicher ist hingegen, dass die Rehabilitation bei geriatrischen Menschen nicht seltener mit positiven Entwicklungen korreliert, als bei jüngeren. Tatsächlich unterscheidet sich die Rehabilitation bei älteren auch kaum in der Zielsetzung von der bei jüngeren Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Immer ist das zentrale Ziel der Rehabilitation die selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Ab dem Rentenalter und insbesondere beim hochaltrigen, multimorbiden Menschen geht es jedoch meist nicht mehr um die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit, wenngleich auch bei Menschen über 67 Jahre noch Erwerbstätigkeit als ein wichtiges

Teilhabebedürfnis für ihre Selbstverwirklichung vorliegen kann. Häufiger rückt jedoch der Erhalt oder der Rückgewinn an Autonomie und Lebensqualität, deren wichtigstes Merkmal die selbstbestimmte Teilhabe darstellt, in den Vordergrund rehabilitativer Prozesse. Autarkie, also Selbständigkeit, kann in keiner Altersgruppe vollständig erreicht werden. Darin unterscheiden sich Erwerbspersonen nicht von Rentnern und Rentnerinnen. Jüngere können aber in mehr Teilbereichen selbständig werden als geriatrische Patienten und Patientinnen. Geriatrische Rehabilitation bedeutet neben der Aktivierung und dem Training von alltagsrelevanten Abläufen (zum Beispiel Wasch- und Anziehtraining), auch eine adäquate Hilfsmittelversorgung, Beratung zur Wohnraumanpassung und Beratung von Angehörigen und Personen der Bezugspflege. Vor allem aber soll sie eben die Einschränkungen der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erfassen und mindern. Es geht bei geriatrischen Patientinnen und Patienten immer um das Erreichen selbstbestimmter Teilhabe, auch wenn Selbständigkeit oder ein Zuwachs an motorischen Leistungen keine Ziele mehr sein können (vgl. Behrens und Zimmermann, 2006).

**Tab. 1** Arbeiten zu positiven Entwicklungen nach mobiler Rehabilitation

Autor	Instrumente
Boden (1997)	BI, IADL, Geriatr. Assessment
Schweizer (1997)	BI, Geriatr. Assessment
Schweizer (2001)	BI, Geriatr. Assessment
Ostermann (2003)	BI, Geriatr. Assessment
Robra, Meinck et. al. (2003)	BI, Geriatr. Assessment
Schmidt-Ohlemann (2009)	FIM
Schulz, Knauf, Püllen (2014)	BI, Geriatr. Assessment
Pippel, Meinck, Lübke (2017)	BI, FIM

BI- Barthel-Index, IADL- Instrumental Activities of Daily Living, RAP- Resident Assessment Protocols , FIM- Functional Independence Measure

### **1.3. Teilhabe als Rehabilitationsziel**

#### **1.3.1. Teilhabeverständnis im Wandel der Zeit**

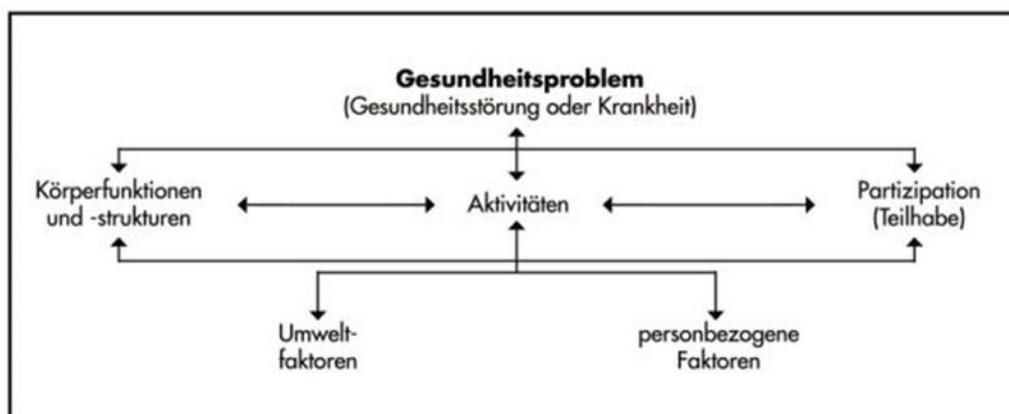
Ende des 19. Jahrhunderts wurden in Deutschland die ersten einheitlichen Grundlagen im Sozialrecht etabliert. Insbesondere das Unfallversicherungsgesetz von 1884 zielte auf eine zügige Heilfürsorge von Arbeitsunfällen ab, um deren Folgen und die sonst notwendigen Rentenzahlungen wirkungsvoll zu reduzieren. Bereits hier war der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“ erkennbar. 1919 erschienen Regelungen zur Kriegsbeschädigtenfürsorge, welche ebenfalls das Ziel avisierten, Kriegsbeschädigte wieder in das Wirtschaftsleben zurückzuführen. In den Fürsorgegrundsätzen von 1924 erschienen die ersten einheitlichen Regelungen für die Eingliederung behinderter Menschen. Die Integration behinderter und von Behinderung bedrohter Bürger und Bürgerinnen wurde zu dieser Zeit immer intensiver verfolgt. Mit den Gesetzen zur Weiterentwicklung des Schwerbehindertenrechts und zur Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation wurde 1974 die bisher bestehende Rechtsauffassung auf alle schwerbehinderten Menschen, unabhängig von Art oder Ursache der Behinderung, ausgedehnt. Es folgten einheitliche Vorgaben für Behindertenwerkstätten und der Einbezug der Krankenversicherung in den Kreis der Rehabilitationsträger. Letztlich wurde 1975 das Recht zur Eingliederung behinderter Menschen in den Allgemeinen Teil des Sozialgesetzbuches aufgenommen (vgl. Blumenthal, 2009).

In den nächsten Jahrzehnten wandelte sich zunehmend das Selbstverständnis von behinderten Menschen. „Im Mittelpunkt der politischen Anstrengungen stehen nicht mehr die Fürsorge und die Versorgung von behinderten Menschen, sondern ihre selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Beseitigung der Hindernisse, die ihrer Chancengleichheit entgegenstehen.“ (vgl. Bundestags-Drucksache 14/2913). Es ging nunmehr aktiv zunächst um die Integration, dann um die Inklusion von Menschen mit Behinderungen in die Familie, in den Beruf und in das tägliche Leben. Dabei stand zunehmend die gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen, kulturellen, politischen und wirtschaftlichen Leben im Mittelpunkt. Ziel war nun eine Chancengleichheit in der Bildung, in der beruflichen Integration und in der Schaffung eines selbstbestimmten Lebensraums in einer barrierefreien Gesellschaft.

### 1.3.2. International Code of Functioning (ICF)

Der Begriff der Teilhabe fand jedoch nicht nur im Sozialstaat Deutschland zunehmend an Bedeutung. Auch in Ländern, die wenige oder keine sozialstaatlich zu verwirklichenden positiven „sozialen Rechte“ in ihrer Verfassung kennen, wurde das Konstrukt der Teilhabe oder „Participation“ als Verbot der Diskriminierung von Personen durchgesetzt (vgl. Behrens, 1987, 2019) und fand in der ICF eine gemeinsame Sprache.

1980 wurde das bestehende bio-medizinische ICD (International Classification of Diseases) um die ICIDH, der internationalen Klassifikation von Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen, ergänzt. Während die ICD-10 Krankheiten klassifiziert, komplettierte die ICIDH die Betrachtung um die Folgen von Krankheiten. In ihren drei Achsen ordnete diese Klassifikation diese Krankheitsfolgen in strukturelle Beeinträchtigungen („Impairments“), Beeinträchtigungen der Aktivitäten („Disability“) und der sozialen Teilhabe („Handicaps“). 2001 wurde letztlich, nach mehreren Anpassungen der ICIDH, das bio-psycho-soziale Modell der ICF verabschiedet. Nach Schuntermann kann im Modell der ICF Teilhabe als Wechselwirkung zwischen Gesundheits- und Aktivitätsstatus einer Person und den Umweltfaktoren definiert werden (vgl. Schuntermann, 2018).



**Abb. 2** Bio-psycho-soziales Modell der ICF, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)

Wie in Abb. 2 ersichtlich, besteht die ICF aus den 2 Ebenen (Teile): „Funktionsfähigkeit und Behinderung“ und den „Kontextfaktoren“. Laut WHO (2005) beinhaltet jeder dieser Teile weitere Komponenten. Zur Funktionsfähigkeit und Behinderung gehören:

- Körperfunktionen (z.B. *Atmung, Sehen, Hören*) und -strukturen (*Organe, Gelenke und ihre Bestandteile*).
- Aktivitäten (*Aktivitäten die Durchführung von Handlungen und Aufgaben*) und
- Teilhabe (*Einbezogenheit in eine Lebenssituation*).

Die Kontextfaktoren differenzieren sich in

- Umweltfaktoren (*materielle, soziale, einstellungsbezogene Gegebenheiten der Umwelt*) und
- personenbezogenen Faktoren (z.B. *Geschlecht, Alter, Beruf*).

Durch die gemeinsame Aufführung werden jedoch alle Lebensbereiche eines Menschen mit seinen Handlungen und Partizipationsbedürfnissen abgebildet. In der Praxis der ambulanten, wie auch stationären Rehabilitation ist der Umgang mit den ICF-basierten gemeinsam gelisteten Komponenten Teilhabe und Aktivitäten (Durchführung einer Handlung) aufgrund der fehlenden klaren Trennung jedoch erschwert (vgl. Schuntermann, 2018).

Ein Pflegeheimbewohner oder eine Bewohnerin kann beispielsweise durch physiotherapeutische Behandlung die Muskulatur der unteren Extremität aufbauen und ein Hilfsmittel sicher benutzen, wodurch er oder sie sich innerhalb seines Wohnbereiches bewegen kann. Eine Verbesserung des individuellen Teilhabebedürfnisses tritt aber erst dann ein, wenn er oder sie den Weg in den Außenbereich bewältigt, um die Vögel in der Voliere oder die Fische im Teich beobachten zu können und dies auch tut.

Gerade ältere Menschen in Einrichtungen der stationären Pflege sind aus rein medizinischer Sicht nahezu alle krank. Diagnosen und Alltagseinschränkungen sind aber häufig nicht kongruent, denn auch Menschen mit schweren oder multiplen Erkrankungen können selbstbestimmt an sozialen und gesellschaftlichen Aktivitäten teilhaben. Auch der Zusammenhang von strukturellen und funktionellen Störungen einerseits und strukturellen und partizipatorischen Einschränkungen andererseits ist nicht immer eindeutig aufzuzeigen. Vielmehr können laut Behrens innerhalb jeder der drei durch die ICF kategorisierten Dimensionen, Menschen mehr oder weniger gesund oder krank sein. Es bestehen somit drei unterschiedliche Krankheits-Gesundheits-Kontinua, die alle einzeln erfass- und messbar sind (vgl. Behrens, 1987 und 2019; Behrens und Zimmermann, 2017).

So können zwei ältere Menschen aufgrund einer fortgeschrittenen Polyarthrose mit gleichartiger Mobilitätseinschränkung im Sinne einer bestehenden Rollstuhlmobilität durchaus unterschiedliche Beeinträchtigungen zu bewältigen haben. Ob diese beiden Menschen in einer stationären Pflegeeinrichtung leben müssen oder innerhalb ihrer Familie Unterstützung im angepassten häuslichen Umfeld erfahren können, hängt von der Umwelt der betroffenen Person und von der Reaktion der Umwelt auf die beeinträchtigte Person ab (vgl. Behrens, 2008; Matthesius et al. 1995).

**Tab. 2:** Domänen von Aktivität und Teilhabe (WHO 2005)

Domäne	Unterkategorien und Beispiele
Lernen und Wissensanwendung	Bewusste sinnliche Wahrnehmung, Elementares Lernen, Wissensanwendung
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen	Einzel- und Mehrfachaufgaben übernehmen, tägliche Routine durchführen, mit Stress umgehen
Kommunikation	Kommunizieren als Empfänger, Kommunizieren als Sender, Konversation und Gebrauch von Kommunikationsgeräten und-techniken
Mobilität	Körperposition ändern und aufrecht-halten, Gegenstände tragen, bewegen und handhaben, Gehen und sich fortbewegen, sich mit Transportmitteln fortbewegen
Selbstversorgung	Waschen, kleiden, Toilette benutzen, essen, trinken, auf Gesundheit achten
Häusliches Leben	Beschaffung von Lebensnotwendigkeiten, Haushaltsaufgaben, Haushaltsgegenstände pflegen und anderen helfen
Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen	Respekt/Anerkennung/Toleranz, Familienbeziehungen, informelle soziale Beziehungen, intime Beziehungen
Bedeutende Lebensbereiche	Erziehung/Bildung, Arbeit und Beschäftigung, Wirtschaftliches Leben
Gemeinschafts-, soz. und staatsbürgerliches Leben	Gemeinschaftsleben, Religion und Spiritualität, Menschenrechte, Politisches Leben

Die ICF als Klassifikation oder Modell eignet sich jedoch nicht als Assessmentinstrument. Nach Gutenbrunner und Glaesener kann die ICF „Defizite und Potenziale von Patienten auf den Ebenen Körperfunktionen und -strukturen, von Aktivitäten und Teilhabe sowie relevanter Kontextfaktoren“ zwar beschreiben, sie aber nicht messen (vgl. Gutenbrunner und Glaesener, 2007).

### **1.3.3. Messung von Teilhabe**

Zur Messung und Erfassung von Teilhabe wurden zahlreiche Instrumente entwickelt, die aber zum großen Teil im deutschen Sprachraum nicht verfügbar sind. In ihrer Veröffentlichung von 2011 führen Farin et al. Assessmentinstrumente auf, die die Messung von Teilhabe geeignet scheinen. Von den insgesamt 17 beschriebenen Instrumenten wurden sieben nach 2004 publiziert und zeigen somit einen Bezug zur ICF (vgl. Farin E, 2011). Für insgesamt vier der durch Farin herausgearbeiteten Instrumente liegen deutschsprachige Versionen vor (Mini-ICF-APP, LLFDI, WHODAS II, IMET).

Das LLFDI (Late Life Function and Disability Instrument) besteht in der Kurzversion aus 32 Items aus 6 Domänen der ICF, die auf einer Ratingskala beantwortet werden. Aufgrund der großen Anzahl an Items bedeutet die Nutzung dieses Instrumentes einen hohen Zeitaufwand. Die Bereitschaft zur Nutzung solch komplexer Frageinstrumente ist gerade bei geriatrischen Patienten eingeschränkt. Durch die detaillierte Erfassung kann das LLFDI Einschränkungen im Bereich Leistung und Leistungsfähigkeit sehr genau erfassen. Es orientiert sich jedoch nicht an der ICF (vgl. Gignac et al., 2011).

Der WHODAS II (WHO Disability Assessment Schedule 2.0) ist eines der älteren, an die ICDIH angelehnten Messinstrumente und besteht aus 36 Items aus insgesamt 8 ICF Domänen der Komponente „Aktivität und Teilhabe“. Die Einschätzung der Einschränkungen erfolgt auf einer 5-Stufigen Likert-Skala, wobei hohe Punktwerte auch ein hohes Maß an Beeinträchtigung bedeuten (vgl. Schenk et al., 2015).

Der Mini-ICF-APP (Mini ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen) ist durch die Kürze des Instruments (13 Items) einfach und schnell anzuwenden (Farin 2011). Allerdings wurde er zur Messung von Teilhabe im Indikationsbereich psychischer Störungen ermittelt und steht daher für die vorliegende Studie nicht zur

Verfügung. Im Unterschied zu den anderen Assessmentinstrumenten ist der Mini-ICF-APP ein reines Fremdbeurteilungsinstrument (vgl. Linden et al., 2005).

2005 entwickelten und validierten Deck et al. den ICF-orientierten IMET (Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe). Dieser wurde auf der Basis des Pain Disability Index (PDI) (vgl. Chibnall et al., 1994; Dillmann et al., 1994) erstellt und misst laut Deck als Selbstbeurteilungsinstrument indikationsübergreifend Teilhabe bei Personen mit chronischen Krankheiten. Der Fragebogen besteht aus 9 Items, und sieben Teilbereichen, die in einer einer 11-stufigen Ratingskala erfasst werden (vgl. Deck R et al., 2007).

Gerdes et al. entwickelten 2001 den Selbstständigkeits-Index für die neurologische und geriatrische Rehabilitation (SINGER). Vor allem durch die 6 Stufen der Itemerfassung konnte laut Gerdes die unzureichende Veränderungssensitivität des Barthel-Index umgangen werden. Der SINGER ist ein Fremdbeurteilungsinstrument mit ICF-Bezug und misst Selbstständigkeit, nicht jedoch Selbstbestimmtheit, in den wichtigen Belangen des täglichen Lebens und scheidet daher als Instrument zur Messung von Teilhabe aus (vgl. Gerdes et al. 2005, 2009).

Allen vier Instrumenten ist eines gemein: sie erfassen selbständige Verrichtung bestimmter Aktivitäten und leiten daraus Einschränkungen in der Teilhabe ab. Selbstbestimmte, konkrete und individuelle Teilhabebedürfnisse erfassen sie jedoch nicht.

## **1.4. Aktueller Stand der Forschung**

### **1.4.1. Studienlage**

Die bislang vorliegenden Studien zur positiven Entwicklung (Tab. 1) nach mobiler geriatrischer Rehabilitation kommen bislang zu dem Ergebnis, dass die mobile Rehabilitation vermutlich Effekte in Korrelationen zeigt, wenn auch bisher keine Wirksamkeitsnachweise vorliegen (vgl. Schmidt-Ohlemann und Schweizer, 2009; Schulz et al., 2014). Dabei bezogen sich die Auswertungen auf Datenerhebungszeitpunkte zu Beginn und zum Ende der Rehabilitation. Teilweise gab es ein Follow-up nach 6 Monaten. Gemessen wurde mit einigen Instrumenten des geriatrischen Assessments (u.a.: Barthel-Index, Funktionale Selbstständigkeitsmessung, Instrumentelle Aktivitäten des alltäglichen Lebens, Tinetti-

Test). Damit fokussieren die Arbeiten den funktionellen Teil der Intervention, wodurch Änderungen im Teilhabeempfinden nicht erfasst werden können. Diese empirische Untersuchung belegen jedoch eine Verbesserung der Mobilität und Selbsthilfekompetenzen im Alltag.

Studien zur Teilhabeveränderung nach erfolgter rehabilitativer Therapie zeigen positive Effekte in der stationären geriatrischen Versorgung und in der Behandlung jüngerer Patientinnen und Patienten mit indikationsbezogener Rehabilitation (vgl. Pöppl et al., 2013).

Im deutschsprachigen Raum liegen damit aktuell kaum empirische Daten zur Veränderung der Teilhabe im Zusammenhang mit der Mobilen Rehabilitation beim geriatrischen Menschen vor. Kuck (2014) bezieht sich in ihrer Studie auf eine kleine Patientengruppe (N=7) und einen relativ kurzen Beobachtungszeitraum von durchschnittlich 7 Wochen nach Rehabilitationsende. In den Bereichen Selbsthilfekompetenz, Mobilität und häusliches Leben mit Alltagsroutinen konnten deutliche Verbesserungen im Teilhabeempfinden nachgewiesen werden. Weniger effektiv wirkte sich die MoGeRe jedoch in den Bereichen soziales Leben und interpersonelle Kommunikation und Beziehungen aus.

#### **1.4.2. Die „Lücke in der Weltliteratur“**

Die Wirksamkeit mobiler Rehabilitation wurde bisher nur mit begrenzten methodischen Mitteln und eher geringer Probandenzahl untersucht. Überwiegend entsprachen die Studien Vorher-Nachher-Messungen und fokussieren funktionelle Outcomes der Intervention. Mobile Rehabilitation erreicht bereits jetzt häufig pflegebedürftige Menschen. Die überwiegende Zahl der Patientinnen und Patienten mobiler geriatrischer Rehabilitation weisen im Eingangsassessament einen Barthel-Index von deutlich unter 50 Punkten auf. Die Effektivität der Steigerung der Selbständigkeit (vgl. Schulz et al., 2014; Meinck et al., 2017) nach mobiler geriatrischer Rehabilitation beantwortet die Frage nach Verbesserung des eigentlichen Ziels einer Rehabilitation, dem Ziel der sozialen Teilhabe, jedoch nicht. Eine ausschließlich funktionelle Analyse der Wirksamkeit einer mobilen Rehabilitation erscheint demnach nicht ausreichend. Variablen, wie selbstbestimmte soziale Teilhabe im Sinne des SGB IX, Lebensqualität und Selbstbestimmung müssen in Wirksamkeitsanalysen der mobilen geriatrischen Rehabilitation einfließen. Denn auch, wenn keine motorisch-funktionelle Verbesserung mehr erreichbar ist,

bleibt das Ziel, die selbstbestimmte Teilhabe und die Lebens- und Erlebnisqualität zu verbessern. Hierzu fehlen Studien oder aussagekräftige Datenerhebungen, die Teilhabeveränderungen oder Veränderung der tatsächlichen Wahrnehmung von Teilhabe nach Mobiler geriatrischer Rehabilitation in Einrichtungen der stationären Pflege erfassen. Bislang liegen wenige Daten vor, die die Fragen nach der tatsächlichen Wirksamkeit bezüglich des zentralen Rehabilitationsziels „selbstbestimmte Teilhabe“ einer mobilen Rehabilitation wissenschaftlich beantwortet. Mit dieser Arbeit soll diese Lücke geschlossen und dargelegt werden, ob die mobile geriatrische Rehabilitation bei multimorbiden, pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohnern von Pflegeeinrichtungen überhaupt mit einer Verbesserung von selbstbestimmten Teilhabezielen einhergeht.

## 2. Zielstellung der Arbeit

Das deutsche Sozialgesetzbuch verankert das Recht auf Rehabilitation auch für geriatrische Patienten und Patientinnen (vgl. SGB V, § 40) und für Bewohner und Bewohnerinnen stationärer Pflegeeinrichtungen (vgl. § 72 Abs. 1 SGB XI und § 11 SGB V). Menschen dieser Altersgruppe zeigen häufig komplexe Krankheitsbilder. Die Multimorbidität gefährdet regelmäßig die Aufrechterhaltung der Alltagskompetenzen und selbstbestimmten Teilhabe am Leben in der gewohnten Umgebung. Folge ist eine zunehmende Pflege- und Hilfebedürftigkeit und somit Einschränkung des selbständigen und selbstbestimmten Lebens. Bereits 24% der über 75-jährigen sind von einer Beeinträchtigung ihrer Alltagsaktivität und Teilhabe betroffen (vgl. Teilhabebericht des BMAS 2013).

2007 sind die „Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation“ der Spitzenverbände der Krankenversicherung in Kraft getreten. Sie stellen die Grundlage für Leistungen und Anforderungen an die mobile geriatrische Rehabilitation dar und bilden somit die Basis für dieses Forschungsprojekt. Wohnortnahe Rehabilitationsformen für den geriatrischen Menschen sind in der Bundesrepublik trotz des zu erwartenden Anstieges der Pflegebedürftigkeit nur in geringer Anzahl vorhanden. Insbesondere Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen haben häufig keine Chance, einer geeigneten Rehabilitationsform zugeführt zu werden. Aufgrund kognitiver und/oder schwerer motorischer Einschränkungen oder aufgrund von Besiedelung mit multiresistenten Keimen können besser allozierbare, stationäre oder teilstationäre Behandlungsangebote durch diese Patientengruppe nicht zielführend wahrgenommen werden. Als Unterform der ambulanten Rehabilitation bietet die mobile geriatrische Rehabilitation die Möglichkeit, Patienten und Patientinnen mit komplexem Therapiebedarf in ihrer gewohnten Umgebung (Häuslichkeit oder Pflegeeinrichtung) zu behandeln und auch bei ihnen Selbstbestimmung und Teilhabe zu fördern (Schweizer et al. 2006).

### 2.1. Forschungsbedarfe und -ansätze

Die Gefahr sozialer Exklusion ist gerade für ältere, pflegebedürftige Menschen mit bestehender oder drohender Behinderung allgegenwärtig. Über die Partizipationsbedürfnisse von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen ist jedoch nur wenig bekannt. Welche Teilhabeinteressen kann

ein hochbetagter Mensch in Einrichtungen stationärer Pflege überhaupt noch haben? Wie kann Teilhabe in diesem Setting gelingen? Teilhabewünsche durch die an Pflege Beteiligten zu erfassen und Hemmnisse für selbstbestimmte Partizipation in Einrichtungen stationärer Pflege zu überwinden, sollte Regel und nicht Ausnahmedanke auch in der Versorgung geriatrischer Menschen sein.

Das wohnortbezogene, aufsuchende Angebot der mobilen geriatrischen Rehabilitation spricht eine Patientenklientel an, die bislang kaum Rehabilitationschancen hatte. Die Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ und die Zielstellung „ambulant vor stationär“ gelingt hier in besonderem Maße.

## **2.2. Forschungsfragen**

### **Forschungshypothese:**

Aufgrund unterschiedlicher kognitiver oder kommunikativer Einschränkungen ist eine Formulierung individueller und damit selbstbestimmter Teilhabeziele nicht für alle Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen möglich.

Eine Mobile geriatrische Rehabilitation (MoGeRe) geht bei Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen im Vergleich zu nicht rehabilitierten Bewohnern und Bewohnerinnen mit einer besseren Entwicklung selbstbestimmter Teilhabeziele einher.

### **Nebenfragestellungen:**

Gibt es Verbesserungen selbstbestimmter Teilhabe in der Vergleichsgruppe?

Erreichen Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen selbstbestimmter Teilhabeziele seltener, je höher Einschränkungen der Körperfunktionen wie kognitiven Leistungsfähigkeit, Selbsthilfefähigkeit oder Bewegungsradius sind?

Erreichen Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen selbstbestimmter Teilhabeziele seltener, je höher der bewilligte Pflegegrad ist?

### **2.3. Ziel der Arbeit**

Durch die Anbindung der mobilen geriatrischen Rehabilitation an das unmittelbare Wohnumfeld des Rehabilitanden bzw. der Rehabilitandin werden wichtige Kontextfaktoren, wie unmittelbares Umfeld und Familie bzw. Pflegebezugspersonen in die Rehabilitation mit einbezogen. Individuelle Ressourcen können so besser erschlossen, Barrieren zügig erkannt und abgebaut und die Nachhaltigkeit der in der Mobilen Rehabilitation erworbenen Kompetenzen besser gesichert werden (vgl. Armbruster et al., 2008; Behrens 1983, 2019).

Diese Arbeit untersucht, ob und wie sich selbstformulierte Teilhabeziele nach erfolgter geriatrischer Rehabilitation bei Menschen in stationärer Pflege erreichen lassen. Die multimorbiden Patientinnen und Patienten können aufgrund der motorischen, kognitiven und funktionellen Defizite häufig nicht einer stationären Rehabilitation zugeführt werden.

Ein grundlegendes Ziel dieser Arbeit ist es, Chancen auf Rehabilitation auch während der Pflege zu erhöhen und somit die Möglichkeiten eines jeden Bewohners und einer jeden Bewohnerin auf größtmögliche Mobilität, Selbständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens und der selbstbestimmten Teilhabe zu stärken. Teilhabeziele sollten als Rehabilitationsziele durch die jeweilige, zu rehabilitierende Person definiert und der Rehabilitationserfolg an diesen definierten Zielen gemessen werden.

### **3. Material und Methodik**

#### **3.1. Forschungsprojekt**

Hintergrund des Forschungsprojektes ist die, trotz seit April 2007 bestehender Aufnahme der mobilen Rehabilitation in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, immer noch unzureichende Realisierung des Rechtsanspruchs auf „Rehabilitation vor und während der Pflege“ und somit auch die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen in Einrichtungen der Pflege nach §72 SGB XI. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) förderte daher dieses Forschungsprojekt über einen Zeitraum von 36 Monaten, um:

„... Erkenntnisse über die Wirkung der mobilen Rehabilitation und die Erfordernisse bei ihrer praktischen Umsetzung zu gewinnen und somit einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung von rehabilitationsbedürftigen Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen und Gästen der Kurzzeitpflege zu leisten.“ (BMG, [www.bund.de](http://www.bund.de), 08.05.2014)

Das Gesamtvorhaben wurde in drei Teilbereiche unterteilt:

1. Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfes in stationären Einrichtungen für Langzeit- und Kurzzeitpflege (Teilprojekt A)
2. Evaluation der mobilen geriatrischen Rehabilitation über eine Verlaufsstudie mit vier Messzeitpunkten und einem Katamnesezeitraum von 6 Monaten (Teilprojekt B)
3. Qualitative Untersuchung der Durchführung einer Mobilen geriatrischen Rehabilitation durch Gruppendiskussionen in ausgewählten stationären Einrichtungen (Teilprojekt C)

#### **3.2. Studiendesign**

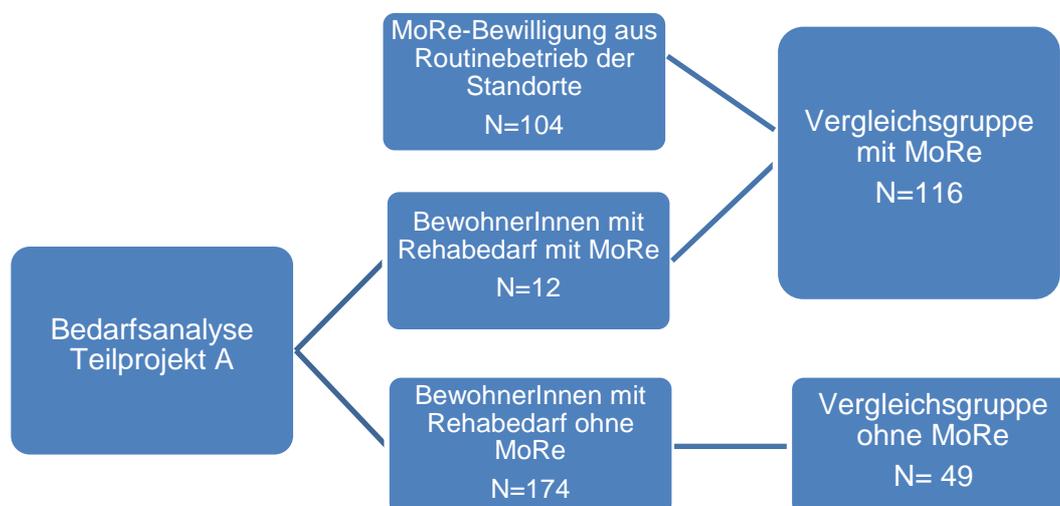
Zur Überprüfung der Forschungsfragen wurde eine multizentrische, klinisch epidemiologische Reihenuntersuchung in 16 Pflegeeinrichtungen fünf geriatrischer Versorgungszentren mit bestehender Einrichtung der Mobilen geriatrischen Rehabilitation in Berlin, Bremen, Bad Kreuznach, Coburg und Woltersdorf im Zeitraum September 2015 bis August 2017 durchgeführt. Ziel des multizentrischen

Designs war es, Verzerrungen durch Beschränkung auf einen Standort entgegenzuwirken. Je nach regionaler Häufigkeit an mobiler geriatrischer Rehabilitation wurde eine Gewichtung der Probandenzahlen vorgenommen. Während in Bremen viele Pflegeeinrichtungen mit MoRe kooperierten, waren die Kooperationen in den anderen Regionen Süd-, Mittel- und Westdeutschlands deutlich geringer. Insgesamt nahmen 52% der Studienteilnehmer aus der Region Bremen teil, während jeweils 12% der Studienteilnehmer aus den anderen vier Regionen der multizentrischen Studie kamen. Als Auswahlkriterien der Pflegeeinrichtungen galten eine seit mindestens fünf Jahren bestehende Zulassung nach § 71 Abs. 2 SGB XI, das Einverständnis zur Teilnahme an der Studie und die Betreuung einer nicht selektierten Bewohnerklientel, also keine ausschließliche Betreuung beispielsweise an Demenz erkrankter oder von Menschen mit Suchterkrankungen. Als Ausschlusskriterium galt eine ärztliche Betreuung nach § 119b SGB V (vgl. Janßen et al., 2018).

Das Forschungsvorhaben unterteilte sich in mehrere Teilprojekte. In Teilprojekt A wurden 622 Bewohner und Bewohnerinnen der Langzeitpflege und 138 Gäste der Kurzzeitpflege in 16 Einrichtungen der stationären Pflege von 12 rehabilitationserfahrenen Fachärztinnen zufällig zu einem Stichtag oder im Rahmen einer Vollerhebung auf ihren Rehabilitationsbedarf hin untersucht. Die Ergebnisse der Untersuchung wurden in einem standardisierten Erhebungsbogen dokumentiert, der sich an dem zur Verordnung von medizinischer Rehabilitation etablierten Muster 61a orientiert. Dieser Erhebungsbogen wurde in der Planungsphase der Studie einem Pretest unterzogen, um Bearbeitungszeit und Verständlichkeit für alle Erhebenden zu überprüfen. Nach Abschluss der Testphase wurde der Erhebungsbogen in seinen Auswahlmöglichkeiten vereinfacht und eine stufenweise Bearbeitung mit Abbruchmöglichkeit der Dokumentation bei Nichterfüllung eines Kriteriums (Rehabedürftigkeit, Rehafähigkeit, Rehaziell, Rehaprognose) eingefügt.

Innerhalb des Studienteilprojektes A konnte ein Rehabilitationsbedarf in der Langzeitpflege von 22,7% und in der Kurzzeitpflege von 32,6% ermittelt werden. Dabei war laut „Rahmenempfehlung zur Mobilen geriatrischen Rehabilitation“ (2007) die positive Rehabilitationsprognose zu etwa 85 % (LZPF) bzw. ca. 44 % (KZPF) an das bestehende Wohnumfeld gebunden, so dass hier die Empfehlung zur Mobilen geriatrischen Rehabilitation auszusprechen war (vgl. Thiel, 2019; Behrens et al. 2017a, 2017b, 2018 a-c; Janßen et al., 2018).

Als weiteres Teilprojekt (B1) wurden zwei parallel gebildete Gruppen von Bewohnerinnen und Bewohnern mit Rehabilitationsbedarf in eine Verlaufsanalyse eingeschlossen. Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflege, die an einer Mobilen geriatrischen Rehabilitation nach Kostenzusage durch die Krankenkassen teilnahmen, wurden über den Routinebetrieb der Anbieter für MoRe rekrutiert. Darunter konnten auch Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Teilprojekt A mit Rehabewilligung durch die Krankenkasse sein. Die so gebildete Vergleichsgruppe mit Rehabilitation erhielt Untersuchungen zu vier Messzeitpunkten (T0: zu Beginn der Rehabilitation, T1: am Ende der Rehabilitation, T2: drei Monate nach Ende der Rehabilitation, T3: sechs Monate nach Ende der Rehabilitation). Weitere Bewohner und Bewohnerinnen mit festgestelltem Rehabilitationsbedarf an MoRe (aus der epidemiologischen Studie - Teilprojekt A), die in den folgenden Wochen nach Empfehlung keine Rehabilitation aufnahmen, dienten als zweite Vergleichsgruppe ohne Rehabilitation, aber mit Indikation für MoRe. Diese Gruppe wurde zu drei Messzeitpunkten (T0, T2, T3) untersucht.



**Abb.4** Rekrutierung der beiden Vergleichsgruppen

Eine zufällige Aufteilung auf die beiden Studienpopulationen der Vergleichsgruppen war aufgrund des Bewilligungsvorbehaltes der Rehabilitationsmaßnahme durch die gesetzliche Krankenversicherung nicht möglich. Eine Randomisierung erfolgte somit nicht. Das Studiendesign entspricht einer kontrollierten prospektiven klinischen Verlaufsstudie (CCT) ohne Einflussmöglichkeit der Befragter auf die Zuordnung der Probanden zur Rehabilitations- oder Vergleichsgruppe ohne MoRe. Es entstanden

damit praktisch zwei Verlaufsstudien parallel gebildeter Studiengruppen, die miteinander verglichen werden.

### **3.3. Gutachterinnen**

Alle 12 Gutachterinnen des Teilprojektes A der Studie waren langjährig erfahrene Fachärztinnen für Rehabilitationsmedizin oder Geriatrie, so dass ihnen Begutachungskriterien und -richtlinien für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bekannt waren. Alle Gutachterinnen waren mit der Rehabilitationsform der Mobilen geriatrischen Rehabilitation vertraut. In den Verlaufsuntersuchungen der Wirksamkeitsanalyse (Teilprojekt B) konnte auch therapeutisches oder pflegerisches Fachpersonal, welches im Umgang mit der Erhebung von Assessment-Instrumenten langjährig durch Tätigkeit in der Geriatrie oder Mobilen geriatrischen Rehabilitation besonders erfahren war und zusätzlich zum Erhebungsbogen gesondert geschult wurde, Verlaufsdaten erheben.

### **3.4. Begutachtungsqualität**

Zur Sicherung der Begutachtungsqualität und Zuverlässigkeitseinschätzung der erhobenen Daten wurden sowohl in Teilprojekt A (Rehabilitationsbedarf) als auch in Teilprojekt B (Verlaufs- und Wirksamkeitsanalyse) der Studie Schulungen zur fachärztlichen Beurteilung und Nutzung der Erhebungsbögen durchgeführt.

In einem Thinking-Loud-Verfahren zur Nutzung des Erhebungsbogens konnte eine Bewertung aller Fragekomplexe für alle Bewohner festgestellt werden, unabhängig von der kognitiven Funktionsfähigkeit, körperlicher oder kommunikativer Einschränkungen. Durch die Gutachter konnte jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass eine Empfehlung zu bestimmten Rehabilitationsformen auch an die Kenntnisse über die vor Ort bestehende Verfügbarkeit von Rehabilitationsmaßnahmen oder Kostenträgerbewilligungen einfluss.

Zudem wurden 20 ausgewählte, anonymisierte Fälle mit und ohne Rehabilitationsempfehlung einer Prüfung durch zwei Ärzte des MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkasse) Bremen unterzogen. Insgesamt war festzustellen, dass die eindeutige Bewertung der Rehabilitationsindikation allein anhand des Erhebungsbogens ohne Aufzeichnungen über Ausmaß oder Zeitdauer der vorliegenden Schädigungen teilweise unmöglich war. In 65% der Fällen (N=13)

wurde eine identische Bewertung aufgrund der zugesandten Unterlagen vorgenommen. In fünf weiteren Fällen konnte nach fachlichem Diskurs ebenfalls eine Übereinstimmung der Indikationsstellung erreicht werden, so dass insgesamt eine Übereinstimmungsrate von 90% (18 Fälle) erzielt wurde. In einem Fall wurde eine durch die Studien-Gutachterin gestellte Rehabilitationsindikation nicht befürwortet, in einem weiteren Fall ein nicht detektierter Rehabilitationsbedarf gesehen.

### **3.5. StudienteilnehmerInnen**

Die Verlaufsanalyse begann im Dezember 2015. Der letzte Einschluss von Probandinnen und Probanden erfolgte im Februar 2017. Die Erhebungsphase endete mit der letzten Folgeuntersuchung im August 2017. Insgesamt konnten 165 Bewohnerinnen und Bewohner der Kurz- und Langzeitpflege in die Studie eingeschlossen werden. Davon erhielten 116 Menschen eine Mobile Rehabilitation. Sie bildeten die Vergleichsgruppe mit Rehabilitation. 17 dieser Probanden und Probandinnen waren zum Katamnesezeitpunkt T0 Gäste der Kurzzeitpflege. Bei 186 Bewohnern und Bewohnerinnen wurde im Teilprojekt A ein Rehabilitationsbedarf festgestellt (vgl. Thiel, 2019; Behrens et al. 2017a). Bei nur 6,5% (N=12) dieser Gruppe wurde eine Mobile geriatrische Rehabilitation nach Antragstellung durch die Krankenkasse bewilligt. Bei 49 Bewohnern und Bewohnerinnen wurde nach einem Zeitraum von maximal 6 Wochen keine Maßnahme bewilligt. Sie bildeten die Vergleichsgruppe ohne Rehabilitation, aber mit Indikation für MoRe, wenn das entsprechende Einverständnis durch die schriftlich vorliegende Einwilligungserklärung für den Teil der Verlaufsstudie vorlag. Jeder Studienteilnehmer und jede Studienteilnehmerin erhielt eine persönliche Kennnummer, um den Datenschutz zu gewährleisten. Die Daten wurden jeweils pseudonymisiert weiterverarbeitet.

### **3.6. Intervention**

Die Therapie während der mobilen geriatrischen Rehabilitation richtete sich stets nach dem individuell erstellten Rehabilitationsplan, der sich auch an den selbstbestimmten Teilhabezielen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden orientierte. Gemäß der Rahmenempfehlung für Mobile geriatrische Rehabilitation erhielten die Probandinnen und Probanden der Interventionsgruppe eine Therapie

bestehend aus mindestens zwei Therapiegruppen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie) plus aktivierend therapeutische Pflege.

Es wurden mindestens 6 Therapieeinheiten an 3 Tagen in der Woche erbracht, wobei eine Therapieeinheit 45 min betrug (vgl. Rahmenempfehlung zur Mobilen geriatrischen Rehabilitation 2007).

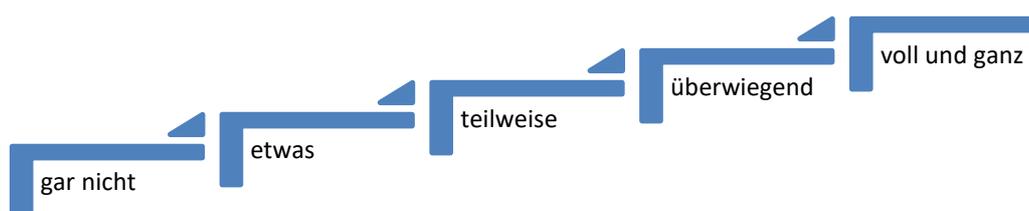
### **3.7. Outcome-Datenerhebung und Instrumente**

Die Datenerhebung zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses (T0) und für die Katamnese (T1-3) wurde auf einheitlich erstellten Befragungsbögen dokumentiert. T0 erfolgte durch Fachärztinnen im Rahmen der Erstuntersuchung zu Beginn der Mobilen Rehabilitation oder im Rahmen einer zweiten Konsultation nach Ablauf von ca. 6 Wochen ohne Bewilligung einer MoGeRe durch die Krankenkasse, aber bei festgestelltem Bedarf im Teilprojekt A, bei der Vergleichsgruppe ohne Rehabilitation. Die als rehabilitationsrelevant zugeordneten Diagnosen wurden durch die Fachärztinnen im Rahmen eines Gespräches mit dem Bewohner oder der Bewohnerin, deren Bezugspflegekraft und nach Einsicht in die Krankenakte in der Einrichtung festgelegt. Die Katamnesedaten erfassten sowohl ärztliches als auch therapeutisches Personal, welches jedoch nicht in die jeweilige Maßnahme involviert und insofern annähernd verblindet war. Eine weitergehende Verblindung erfolgte nicht. Für beide Studiengruppen wurden mit einem Abstand von jeweils drei Monaten drei Messzeitpunkte (T0, T2, T3) definiert. Zudem erhielt die Rehabilitationsgruppe direkt am Ende der Rehabilitationmaßnahme eine weitere Untersuchung (T1). Der Großteil der erhobenen Daten entsprach dem multidimensionalen geriatrischen Assessment. (vgl. Wettstein et. al., 2001; Runge et al., 1996). Für die vorliegende Arbeit wurden neben der Sozialanamnese und den rehabilitationsrelevanten Diagnosen der Barthel-Index nach dem Hamburger Manual, der Bewegungsradius und der Mini Mental State Test (MMST) nach Folstein (Folstein et al. 1975) erhoben (Tab. 3).

**Tab. 3** Zeitpunkt auswertungsrelevanter Fragen- und Assessmentkomplexe

Assessment- und Fragenkomplexe		Vergleichsgruppe mit Rehabilitation				Vergleichsgruppe ohne Rehabilitation		
		T0	T1	T2	T3	T0	T2	T3
1	Sozialanamnese	x				x		
2	Bewegungsradius	x	x	x	x	x	x	x
3	Formulierte Teilhabeziele	x	x	x	x	x	x	x
5	Barthel-Index	x	x	x	x	x	x	x
6	Minimental-Status-Test	x			x	x		x

Die Erfassung des gesetzlichen Rehabilitationsziels „selbstbestimmte Teilhabe“ konnte durch diese standardisierten Tests des geriatrischen Assessments jedoch nicht gelingen, da diese Körperfunktionen und Selbständigkeit, nicht jedoch Selbstbestimmtheit messen. Daher erfasste die vorliegende Studie das konkrete, individuelle und selbstbestimmten Teilhabeziel über ein Interview während der Befragung in T0. Die Zielformulierung erfolgte nicht standardisiert, sondern klartextlich. Konnten die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer ihre Teilhabeziele nicht formulieren, z.B. aufgrund schwerer kognitiver Einschränkungen oder bei Aphasie, so konnten diese durch Personen formuliert werden, die durch entsprechend engen Kontakt (Familie, Bezugspflege) die vom Bewohner oder von der Bewohnerin körpersprachlich geäußerten Bedürfnisse in der Teilhabe verbalisierten. Diese formulierten Ziele wurden ohne Zensur aufgenommen. Es konnten eines, aber auch mehrere Teilhabeziele formuliert werden. Die Messung der Erreichung des Teilhabeziels in der Katamnese erfolgt jedoch standardisiert in einer fünfstufigen Likertskala. Es konnten folgende Zielerreichungsstufen jeweils in T1 - T3 angegeben werden:

**Abb. 5** Maß der Teilhabezielerreichung in fünfstufiger Likertskala

### **3.8. Statistische Analysen**

Die Verfahren der Datenerfassung, Datenauswertung und Datenanalyse der statistischen Daten wurden mit der SPSS25-Statistik-Software quantitativ unterstützt. Die Erstellung der Grafiken erfolgte in Excel.

Bei der Erfassung von Häufigkeiten wurden deskriptive Verfahren, wie Mittelwert, Minimum und Maximum verwendet. Dabei ging es um die Darstellung der Patientencharakteristika, wie Geschlecht, Alter, Pflegegrad und kognitiver Status.

### **3.9. Genderaspekte**

Die Teilnahme an der Studie erfolgte freiwillig durch schriftliches Einverständnis. Teilweise musste das Einverständnis einer bevollmächtigten Person oder eines gerichtlich bestellten Betreuers eingeholt werden. Die Probandenwahl war unabhängig von Person und Geschlecht.

Mit der verbalen Formulierung individueller Teilhabeziele können die unterschiedlichen Bedürfnisse, Wahrnehmungen und Lebensrealitäten im biographischen und sozialen Kontext von Männern und Frauen erfasst und berücksichtigt werden. Durch diese freie Formulierung wird das Risiko einer klischeehaften Rollenzuordnung deutlich minimiert. Geschlechtsspezifische Unterschiede können in die Auswertung der Daten einfließen, da das Geschlecht als Merkmal zu anderen Zielgrößen in Beziehung gesetzt werden kann. Es ist jedoch zu erwarten, dass der Anteil an weiblichen Probanden in den beiden Untersuchungsgruppen überwiegt, da bereits im Teilprojekt A mehr pflegebedürftige Frauen in die Bedarfsanalyse eingeschlossen wurden. So wurden 75% weibliche Bewohner (N=563) gegenüber 25% männliche Bewohner (N=188) der Kurz- und Langzeitpflege in die Studie zur Ermittlung auf Rehabilitationsbedarf aufgenommen. (vgl. Thiel, 2019; Janßen et al., 2018). Diese Verschiebung ist jedoch zufällig.

### **3.10. Ethische Aspekte**

Bei der Erhebung des Rehabilitationsbedarfs im Teilprojekt A wurde den untersuchten Rehabedürftigen eine schriftliche Rehaempfehlung ausgehändigt, die sie an ihre Hausärzte weitergeben konnten. Nach drei Wochen wurde nacherhoben, ob ein Antrag für mobile Reha oder für andere Formen der Rehabilitation gestellt

wurde. Ethisch war die Bildung einer Kontrollgruppe in der Verlaufsanalyse gerechtfertigt, da praktisch die Mehrzahl reha-bedürftiger Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner in Deutschland noch keine Mobile geriatrische Rehabilitationsmaßnahme erhält und die Überlegenheit der MoRe im Vergleich zu den Maßnahmen in der Kontrollgruppe noch nicht erwiesen ist. Der Projektplan der Studie wurde der Ethikkommission der Landesärztekammer Bremen und der Landesärztekammer Brandenburg (Zweitvotum) zur Prüfung vorgelegt. Es gab keine Einwände zur Durchführung (aekhb Nr. 482; läkb AS123(bB)/2015, September 2015).

## 4. Ergebnisse

### 4.1. Ausgangslage

Initial wurden 124 Bewohnerinnen und Bewohner für die Vergleichsgruppe mit Rehabilitation aus dem regulären Betrieb der MoGeRe rekrutiert. Acht Personen konnten die Rehabilitationsmaßnahme (2 Rücknahme Bewilligung durch MDK; 4 verstorben; 2 nicht rehafähig zum Zeitpunkt T0) nicht antreten. Zum Abschluss der Einschlussphase lagen somit insgesamt 165 Datensätze für T0 vor. Davon entfielen 116 auf die Vergleichsgruppe mit MoRe und 49 auf die Vergleichsgruppe ohne MoRe. Die Haltequote für einen kompletten Verlauf bis zum Messzeitpunkt T3 betrug in der Rehabilitationsgruppe 76,7%, in der Gruppe ohne Rehabilitation 75,5%. Über den gesamten Beobachtungszeitraum von 6 Monaten konnten somit 89 Studienteilnehmer der Vergleichsgruppe mit Rehabilitation und 37 Bewohner der Vergleichsgruppe ohne Rehabilitation beobachtet werden. Die Drop-Out-Gründe der einzelnen Studienarme sind in Tabelle 2 dargestellt.

**Tab. 4:** Drop-Out-Gründe in beiden Vergleichsgruppen

	Vergleichsgruppe mit Rehabilitation	Vergleichsgruppe ohne Rehabilitation
T0 (Einschluss)	<b>n = 116</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 3 verstorben</li> <li>■ 3 Rehaabbrüche</li> <li>■ 3 nicht bezeichnet</li> </ul>	<b>n = 49</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 5 verstorben</li> </ul>
T1(Reha-Ende)	<b>n = 107</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 8 verstorben</li> <li>■ 2 Krankenhaus</li> </ul>	
T2 (3 Monate)	<b>n = 97</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 6 verstorben</li> <li>■ 1 Krankenhaus</li> <li>■ 1 verzogen</li> </ul>	<b>n = 44</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 6 verstorben</li> <li>■ 1 verweigert</li> </ul>
T3 (6 Monate)	<b>n = 89</b>	<b>n = 37</b>

Die Drop-Out-Rate beider Gruppen unterschied sich nicht wesentlich. In der Rehabilitationsgruppe gab es insgesamt 27 Drop-Outs (23,3%), ohne Verstorbene 10 Drop-Outs (8,6%). In der Vergleichsgruppe ohne Rehabilitation wurden insgesamt 12 Drop-Outs (24,5 %), ohne Verstorbene ein Drop-Out (2,0%) verzeichnet. Die

Mortalitätsraten beider Gruppen waren demnach deutlich verschieden. In der Gruppe ohne MoRe betrug die Mortalitätsrate 22,4% und entsprach damit mit 92% aller Drop-Outs dem häufigsten Drop-Out-Grund in dieser Gruppe. In der Gruppe mit MoRe lag die Drop-Out-Rate durch Versterben bei 62,9%, was einer Mortalitätsrate von 14,7% entsprach.

## 4.2. Studienpopulation

### 4.2.1. Analyse demographischer Daten

Von 116 eingeschlossenen Bewohnerinnen und Bewohner der Vergleichsgruppe mit Rehabilitation (N=116) waren 36,2 männlichen Geschlechts und 63,8% weiblichen Geschlechts. In der Vergleichsgruppe ohne Rehabilitation, aber mit Indikation für MoRe (N=49) waren 22,4% Personen männlich und 77,6% weiblich. Es nahmen, relativ gesehen, zufällig mehr Männer an einer mobilen Rehabilitation teil, als in der Vergleichsgruppe ohne Rehabilitation Männer keine Rehabilitation erhielten. Das mittlere Alter war in beiden Gruppen vergleichbar, auch wenn die Altersspanne in der MoRe-Gruppe größer war. Die Rehabilitationsgruppe hatte ein mittleres Alter von 83,2 Jahren (55 bis 102 Jahre), die Gruppe ohne MoRe von 83,4 Jahren (65 bis 94 Jahre).

**Tab. 5:** Merkmale der Studiengruppen

Variable	Vergleichsgruppe mit Rehabilitation	Vergleichsgruppe ohne Rehabilitation
Geschlecht in %	Männlich 36,2 Weiblich 63,8	Männlich 22,4 Weiblich 77,6
Alter, Mittelwert $\pm$ SD	83,2 $\pm$ 8,9	83,4 $\pm$ 7,0
Barthel, Mittelwert $\pm$ SD	36,5 $\pm$ 19,5	39,4 $\pm$ 20,1
MMST, Mittelwert $\pm$ SD	16,5 $\pm$ 10,5	17,3 $\pm$ 6,5
Pflegestufe 1 in %	48,2	40,8
Pflegestufe 2 in %	35,7	44,9
Pflegestufe 3 in %	8,9	14,3
Pflegestufe 0 in %	7,2	0

Auch die Selbständigkeit beider Gruppen unterschied sich im Mittelwert nicht wesentlich. Der mittlere Barthel-Index der Gruppe ohne MoRe betrug 39,4, der der MoRe-Gruppe 36,5 Punkte, was einer mittelschweren bis schweren motorische Funktionseinschränkung entspricht. Jedoch zeigte die Rehabilitationsgruppe wesentlich häufiger eine schwere motorische Funktionseinschränkung, entsprechend einem Barthel-Index von maximal 30 Punkten, als die Gruppe ohne Rehabilitation (42,2% gegenüber 43,7%). Die kognitive Leistung war mit 17,3 (Vergleichsgruppe ohne MoRe) und 16,5 (Vergleichsgruppe mit MoRe) von möglichen 30 Punkten im Mini-Mental-State-Test (MMST) in beiden Gruppen nur unwesentlich verschieden und entsprach im Durchschnitt einer mittelschweren kognitiven Funktionseinschränkung. Gründe für Zuweisungskriterien zur Mobilen Rehabilitation lagen bei der Rehabilitationsgruppe häufiger bei den Schädigungen der Stimm-, Sprech- oder Sprachfunktion bzw. Seh- und Hörfunktionen. Jedoch überwiegen in beiden Gruppen Allokationsempfehlungen aufgrund von erheblichen Schädigungen kognitionsbezogener Art. In beiden Gruppen gab es auch Empfehlungen außerhalb der Kriterien der Rahmenempfehlungen zur mobilen geriatrischen Rehabilitation. Meist entsprach diese Empfehlung dem Wunsch des Bewohners auf Rehabilitationsleistung ohne Ortsveränderung.

#### 4.2.2. Zuweisungspfade zur Mobilen geriatrischen Rehabilitation

Mit fast 76% (N=88) der Rehabilitationsgruppe wurde dem überwiegenden Anteil der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach akutstationärer Behandlung (geriatrisch und allgemein) eine Mobile geriatrische Rehabilitation bewilligt. 19,8% (N=23) erhielten eine Rehabilitation nach Antragstellung durch niedergelassene Ärzte. 2,6% (N=3) der Teilnehmerinnen und Teilnehmer kamen aus dem teilstationären Bereich oder einer anderen Rehabilitationsklinik.

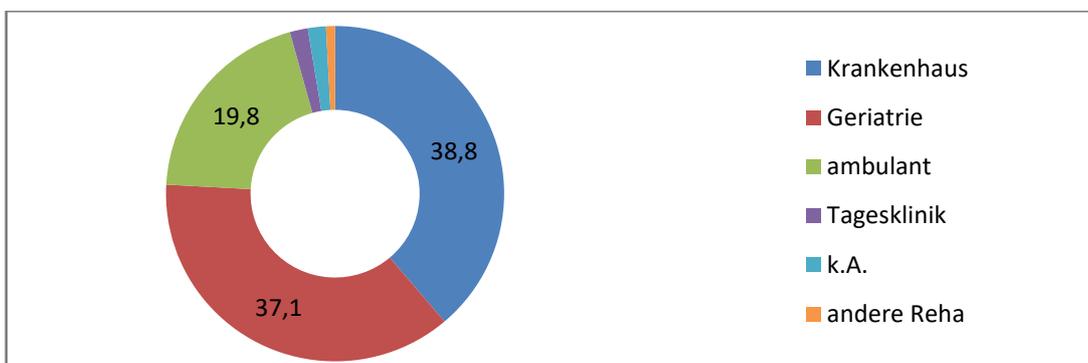


Abb.6: Zuweisungspfade der Vergleichsgruppe mit MoRe, Angaben in %

### 4.2.3. Anzahl der Therapien

Je nach Schädigungsmuster, Rehabilitationsziel, Therapiefortschritt und -motivation dauerten die individuellen Rehabilitationsphasen verschieden lang. Knapp 85% (N=98) der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen beendeten die Maßnahme regulär. Die mittlere Therapieerbringung in der Interventionsgruppe beinhaltete 31 (min. 8, max. 55 Einheiten) Therapieeinheiten ohne Verlängerung der Maßnahme, bzw. 48 (min. 23, max. 80 Therapieeinheiten) Einheiten nach Bewilligung einer Verlängerung durch die Krankenkasse. Insgesamt gab es 34 Fälle mit bewilligter Verlängerung.

### 4.2.4. Diagnosegruppen

Die rehabilitationsrelevanten Hauptdiagnosen der Vergleichsgruppe mit MoRe entsprachen mit 34% (N=40) überwiegend traumatischen Diagnosen (führend die Femurfraktur) und zu 21% (N=21) zerebrovaskulären Erkrankungen, wie Hirninfarkt oder Hirnblutungen. Für 9 % (N=10) bestand eine Gangstörung im weitesten Sinne, ohne Zuordnung zu einer ursächlichen Erkrankung. Für einen Anteil von 17% der RehabilitandInnen konnte keine rehabilitationsrelevante Hauptdiagnose angegeben werden. In der Vergleichsgruppe ohne Rehabilitation, aber mit Indikation für MoRe wurde keine rehabilitationsrelevante Hauptdiagnose dokumentiert.

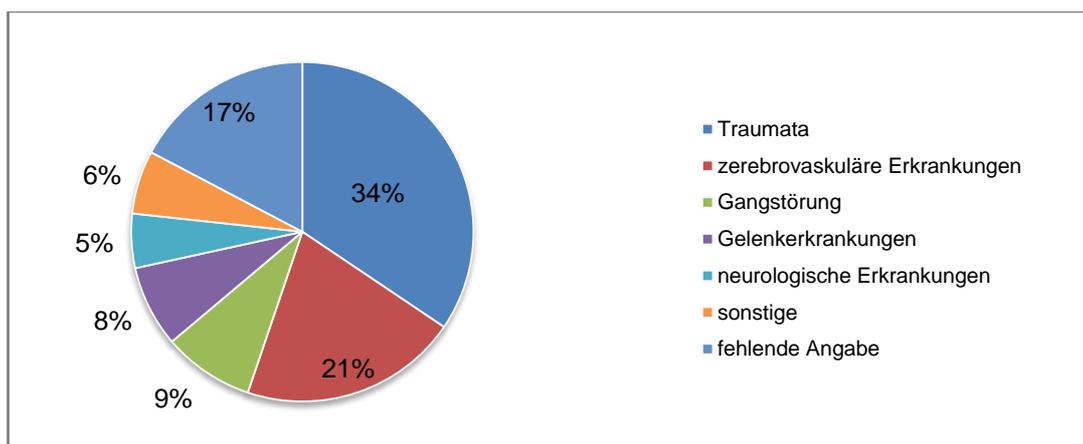


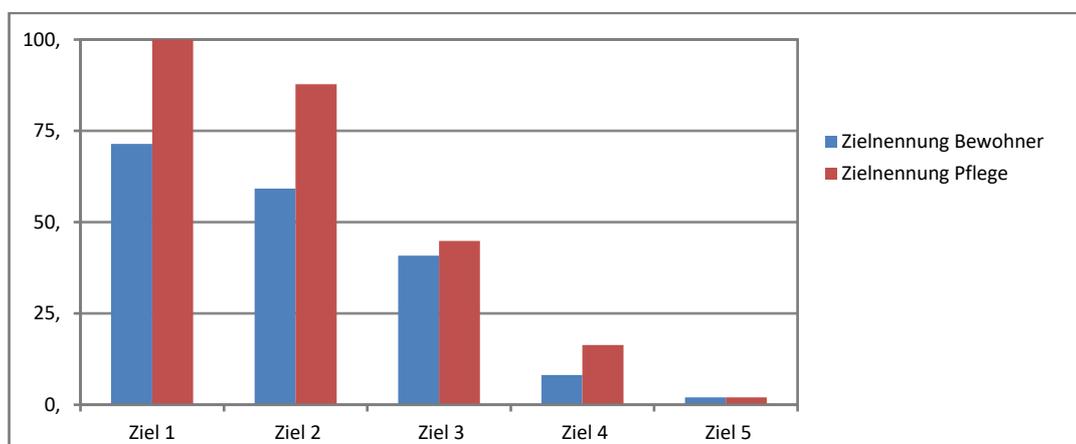
Abb.7: Diagnosegruppen nach ICD-10 der rehabilitationsrelevanten Hauptdiagnose

### 4.3. Verlaufsanalyse des Merkmals selbstbestimmte Teilhabe

Aufgrund der geringen Fallzahlen eigneten sich insbesondere die Teilhabeziele in Benennungsfolge 4 und 5 nicht für eine statistische Einzelbetrachtung. Um Verzerrungen zu vermeiden, wurden alle angegebenen Ziele von Pflege und Bewohnerinnen und Bewohnern summiert und die Verteilung der Zielerreichung als relative und absolute Häufigkeiten errechnet.

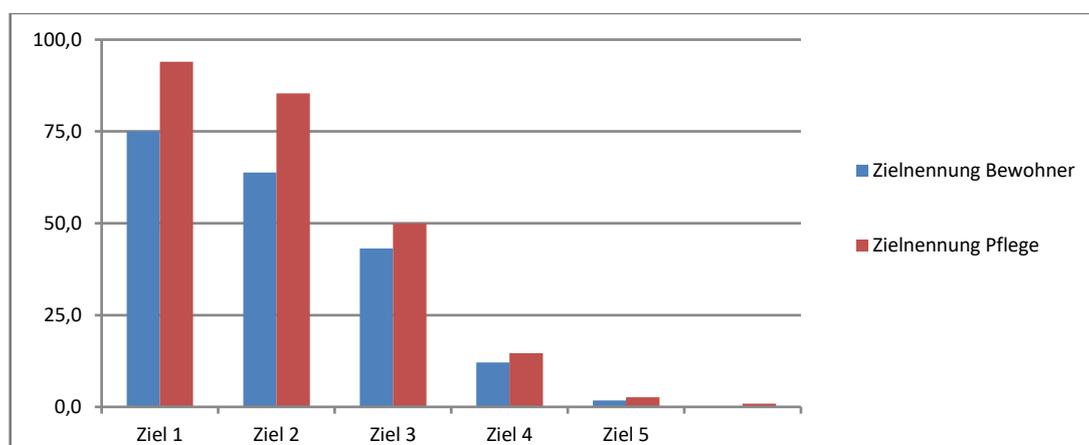
#### 4.3.1. Benennung von Teilhabezielen

In der Gruppe der Pflegebedürftigen mit festgestelltem Rehabilitationsbedarf aber ohne Teilnahme bzw. Bewilligung einer Mobilen Rehabilitation konnten 71,4% (N=35) der Bewohnerinnen und Bewohner zum Zeitpunkt T0 mindestens ein Teilhabeziel benennen. Zu Mehrfachnennungen kam es in 59,2% (N=29) der Fälle. Konnten Teilnehmer und Teilnehmerinnen kein selbstformuliertes Ziel definieren oder äußern (28,6%, N=14), so gelang es in 100% der Fälle mindestens ein Teilhabeziel durch die Bezugspersonen (Familie, Betreuer oder Bezugspflege der Einrichtung) zu berichten, welches sie zuverlässig aus der Körpersprache der Bewohner und Bewohnerinnen ablesen. Insgesamt wurden somit in der Vergleichsgruppe ohne MoRe 89 Ziele direkt durch die Pflegebedürftigen verbal formuliert. 123 Ziele wurden durch die Bezugspersonen, i.d.R. Bezugspflege, der körpersprachlichen Äußerung der teilnehmenden Bewohnerinnen und Bewohner übernommen.



**Abb. 8:** Nennung von Teilhabezielen in der Vergleichsgruppe ohne MoRe, Angaben in %

In der Rehabilitationsgruppe benannten 87 von 116 Befragten in T0 mindestens ein Teilhabeziel (75%). Mehrfachnennungen erfolgten in 63,8% der Fälle. Insgesamt wurden 227 durch die Bewohnerinnen und Bewohner und 287 Ziele durch die Pflege formulierte Ziele dokumentiert. Im Gegensatz zur Vergleichsgruppe ohne MoRe gelang es der Bezugspflege in dieser Gruppe für nur 94% der Bewohnerinnen und Bewohner ein individuelles Teilhabeziel zu formulieren. Dafür benannten mit 85,3% der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erheblich mehr Teilnehmer als in der Vergleichsgruppe ohne MoRe mindestens 2 Ziele.



**Abb. 9:** Nennung von Teilhabezielen in der Vergleichsgruppe mit MoRe, Angaben in %

### 4.3.2. Kognition und Formulierung von Teilhabezielen

Für die Einschätzung der Verteilung der kognitiven Funktionsstörung in den Studiengruppen wurde das vorliegende Datenmaterial der Punktwerte des MMST nach S3-Leitlinie Demenz der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) unterteilt.

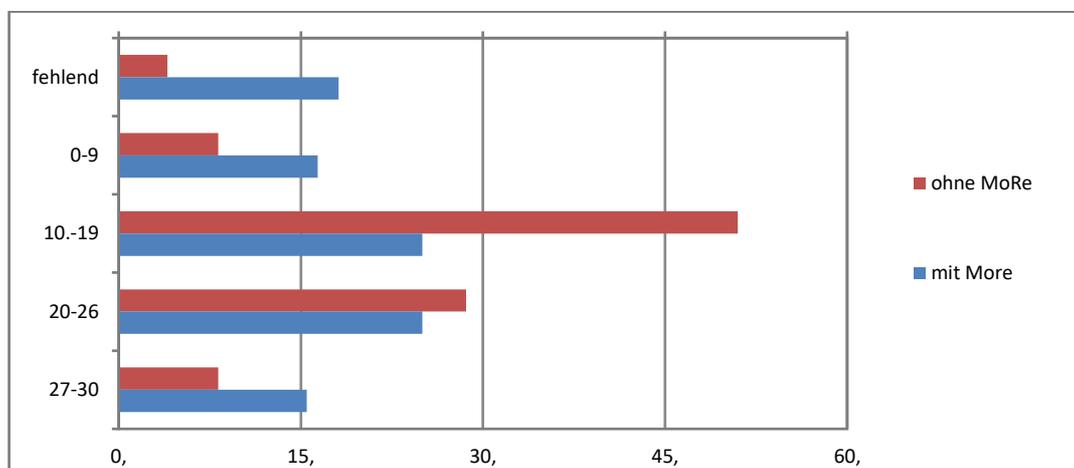
**Tab.6:** Einteilung der kognitiven Funktionsstörung, erhoben mittels Mini-Mental-State-Test

Grad der kognitiven Einschränkung	MMST-Punktwert
keine Einschränkung	27 bis 30
leichte Einschränkung	20 bis 26
mittelschwere Einschränkung	10 bis 19
schwere Einschränkung	0 bis 9

Im Gegensatz zur Rehabilitationsgruppe hat in der Vergleichsgruppe ohne MoRe ein deutlich geringerer Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer keine kognitive Funktionseinschränkung (MMST 27-30 Punkte), wobei für die Aussage der Vergleichbarkeit die geringe Fallzahl zu beachten ist. Insgesamt gibt es in der Vergleichsgruppe ohne MoRe einen deutlich höheren Anteil an Teilnehmern und Teilnehmerinnen mit schwerer und mittelschwerer kognitiver Funktionsstörung. Während 59,2% (N=29) in der Vergleichsgruppe ohne MoRe diese alltagsrelevanten kognitive Defizite aufweisen, sind es in der Rehabilitationsgruppe mit nur 41,4% (N=48) wesentlich weniger Pflegebedürftige. Jedoch gibt es in dieser Gruppe einen deutlich höheren Anteil an fehlenden Werten. Ob der MMST nicht möglich war oder abgelehnt wurde, ist nicht dokumentiert. Bei nicht möglichem MMST ergäbe sich in beiden Gruppen ein ähnliches Verteilungsbild der mittelschweren bis schweren kognitiven Funktionseinschränkungen.

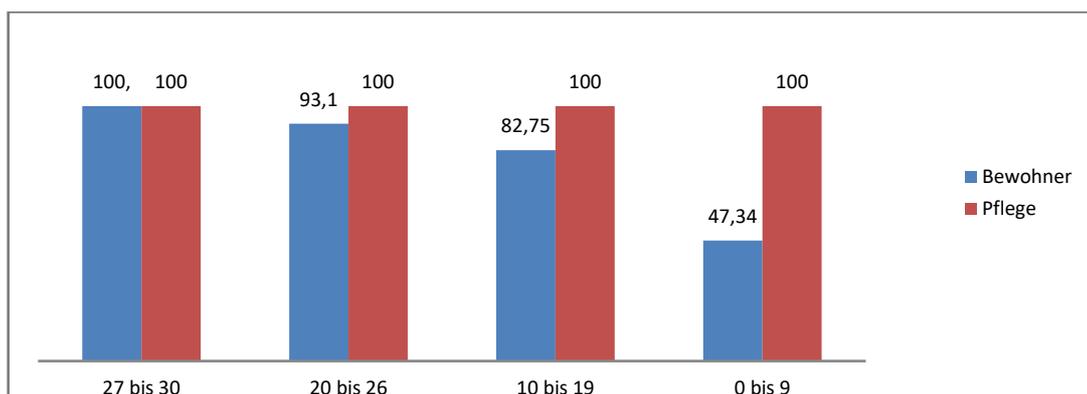
**Tab. 7:** kognitiven Funktionseinschränkungen in den Vergleichsgruppen mit und ohne MoRe

MMST in Punkten	Vergleichsgruppe mit Rehabilitation N (%)	Vergleichsgruppe ohne Rehabilitation N (%)
27-30	18 (15,5)	4 (8,2)
20-26	29 (25)	14 (28,6)
10-19	29 (25)	25 (51)
0-9	19 (16,4)	4 (8,2)
fehlend	21 (18,1)	2 (4)
gesamt	116	49



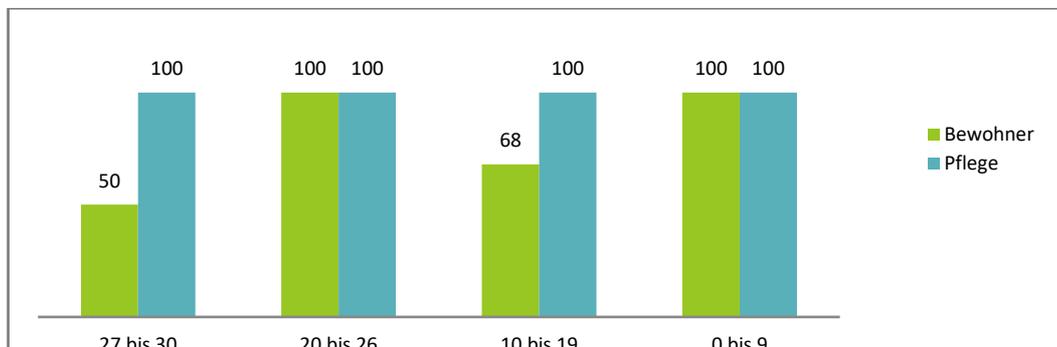
**Abb 10:** Verteilung der kognitiven Funktionseinschränkung in den Vergleichsgruppen in %

Innerhalb der Rehabilitationsgruppe (95 Datensätze bei 21 fehlenden MMST-Werte) konnte durch die Familie oder Bezugspfleger in jedem Einzelfall (100%) mindestens ein Teilhabeziel für alle Probanden und Probandinnen mit gültigem MMST-Wert formuliert werden, auch bei den kognitiv schwer Eingeschränkten (MMST-Punktwert 0-9). Die Formulierung selbstbestimmter Teilhabeziele durch die Bewohnerin oder den Bewohner selbst gelingt überwiegend bei den nicht oder nur leicht kognitiv Eingeschränkten. Bei einem MMST von 27-30 Punkten können alle Befragten dieser MMST-Gruppe mindestens ein Teilhabeziel benennen. Bei einem MMST-Wert von 20-26 Punkten nennen 93,1% ein Ziel. Während mittelschwere bis schwere kognitiven Einschränkungen auch eine Abnahme der Möglichkeit zur selbständigen Formulierung von Teilhabezielen bedingen (MMST 10-19 Punkte: 82,8 %, MMST 0-9 Punkte 47,3%).

**Abb.11:** Formulierung von Teilhabezielen nach MMST-Punkten, Vergleichsgruppe mit MoRe in %

Anders als in der Rehabilitationsgruppe formulierten nur 2 von 4 Teilnehmern bzw. Teilnehmerinnen der Vergleichsgruppe ohne MoRe (50%) ohne kognitive Störung ein Teilhabeziel. Ob hier ein Motivations- oder Verständnisproblem vorlag, ist retrospektiv nicht zu klären. Auch die übrigen Schweregrade zeigen in der Zielformulierung keine eindeutige Regredienz der Zielformulierung in Richtung zunehmender kognitiver Funktionsstörungen, was aber auch der geringen Fallzahl geschuldet sein kann. Auch in der Vergleichsgruppe ohne MoRe gelingt, ebenso wie in der Rehabilitationsgruppe, in jedem Einzelfall die Festlegung eines Teilhabeziels durch die Pflegebezugspersonen. Die Formulierung individueller Teilhabeziele ist damit unabhängig von kognitiven oder kommunikativen Einschränkungen, wohl aber

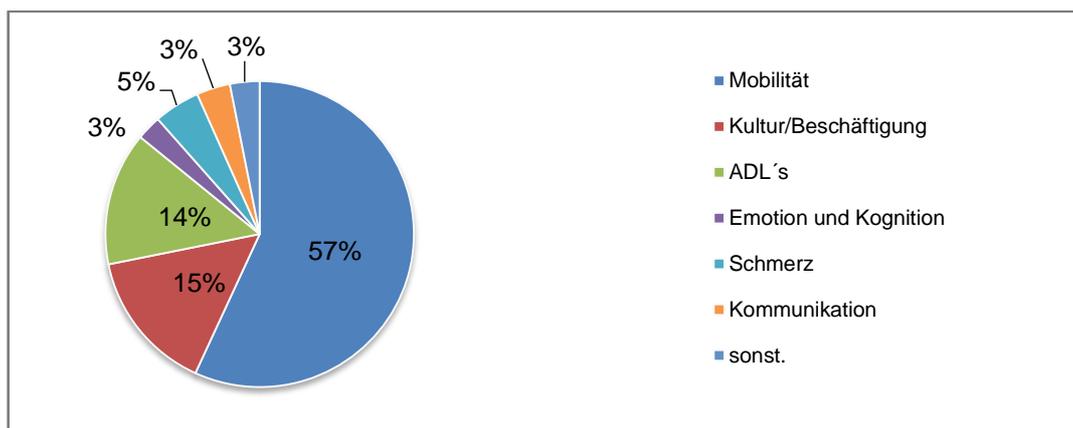
ist eine Bezugsperson erforderlich, die die körpersprachlich geäußerten Teilhabebedürfnisse erkennt und verbal übersetzt.



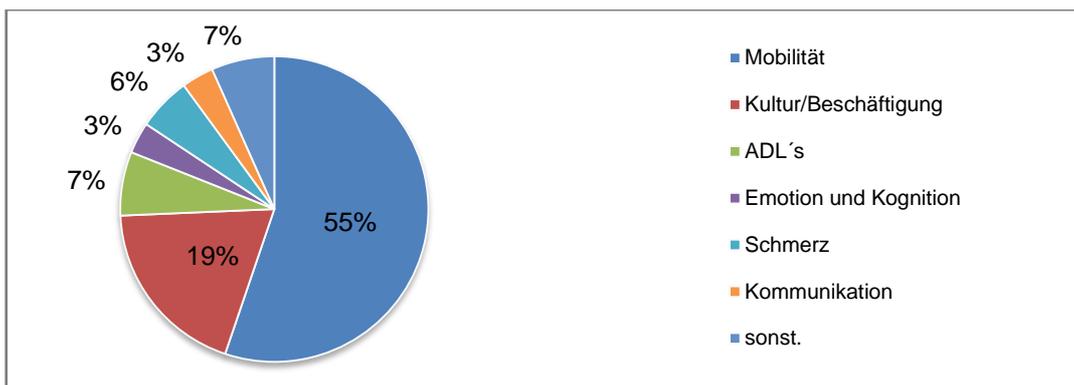
**Abb.12:** Formulierung von Teilhabezielen nach MMST-Punkten, Vergleichsgruppe ohne MoRe in %

#### 4.3.3. Kategorien selbst verbal formulierter Teilhabeziele

Die Art der formulierten Ziele ließ sich sowohl in der Interventions- als auch in der Vergleichsgruppe zum überwiegenden Teil den Zielbereichen „Mobilität“, „Kultur/Beschäftigung“ und „AEDL“ zuordnen. 57% der formulierten Ziele in der Interventionsgruppe entsprachen einem Ziel aus dem Bereich Mobilität. In der Vergleichsgruppe war es mit 55% der benannten Ziele ein vergleichbarer Anteil.



**Abb. 13:** Kategorien der selbst verbal formulierten Teilhabeziele, Vergleichsgruppe mit MoRe in %



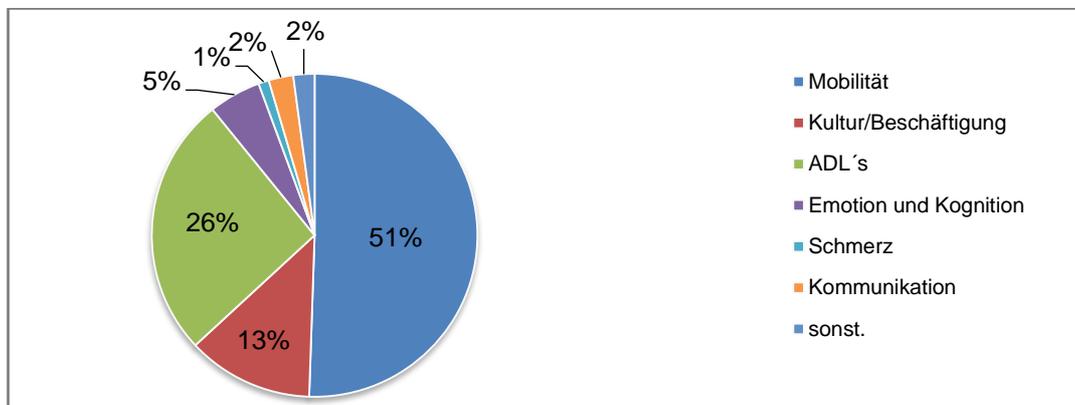
**Abb. 14:** Kategorien der selbst verbal formulierten Teilhabeziele, Vergleichsgruppe ohne MoRe in %

Rangfolgte 2 nimmt mit 15% (mit MoRe) bzw. 19% (ohne MoRe) aller formulierten Bewohnerziele für beide Studiengruppen die Kategorie „Kultur und Beschäftigung“ ein. Einen deutlichen Unterschied gibt es in Rangfolge 3 der häufigsten Teilhabeziele. 14% der benannten Ziele der Rehabilitationsgruppe sind der Kategorie „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ADL) zuzuordnen. In der Vergleichsgruppe ohne Rehabilitation entsprechen nur 7% der Ziele dieser Kategorie. Gleichrangig wurden in dieser Studiengruppe dafür Ziele der Kategorien „Schmerz“ und „Sonstiges“ formuliert.

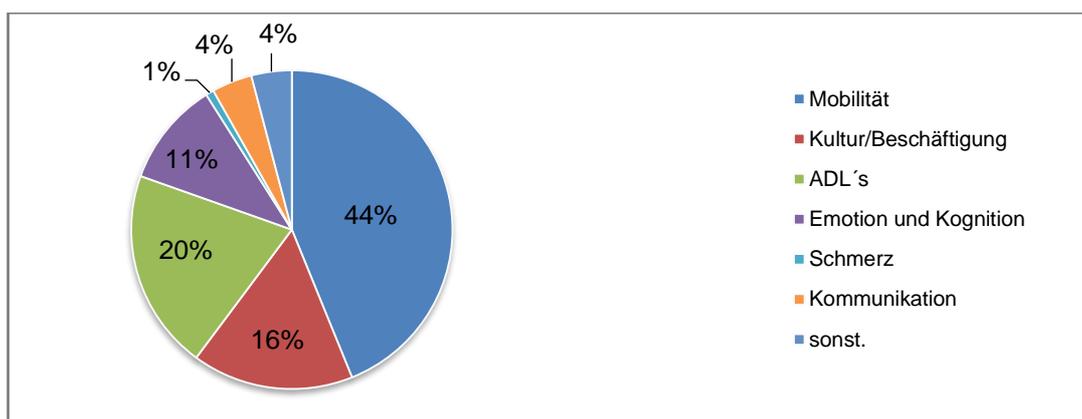
Konkret formulierten Bewohner und Bewohnerinnen der untersuchten Pflegeeinrichtungen beispielsweise folgende Teilhabeziele: „sicher laufen können“, „am Rollator laufen können“, „Spaziergehen in Begleitung“, „Treppensteigen können“, „Treppe zu Hause wenn er zu Besuch ist schaffen“, „aus Zimmer rauskommen, um an Beschäftigungsangeboten teilzunehmen“, „Veranstaltungen im Heim aufsuchen können“, „wieder normal im Kopf werden“, „nach draußen gehen können in den Park“.

Bezüglich der durch die Bezugspflege übersetzten und formulierten Ziele fällt auf, dass mit 26% in der Vergleichsgruppe mit MoRe und mit 20% in der Vergleichsgruppe ohne MoRe ein erheblich größerer Anteil der Ziele in die Kategorie der Aktivitäten des täglichen Lebens und Pflegeverrichtungen entfällt. Wie häufig bei Übersetzungen auch in Prosa und Poesie, ist hier ein Einfluss der Übersetzenden auf die Übersetzung zu vermuten. In beiden Studiengruppen sind dennoch die Teilhabeziele, die durch verbesserte Mobilität erreicht werden können, am stärksten ausgeprägt. 51% der durch Pflege formulierten Ziele der Rehabilitationsgruppe und 44% der durch Pflege formulierten Ziele der Vergleichsgruppe ohne MoRe lassen

sich hier einordnen. Rangfolge 3 nimmt der Bereich Kultur und Beschäftigung ein. In der relativen Häufigkeit unterscheiden sich die Angaben hier geringfügig von denen der Bewohnerinnen und Bewohnern.



**Abb. 15:** Kategorien der durch Pflege formulierten Ziele, Vergleichsgruppe mit MoRe in %



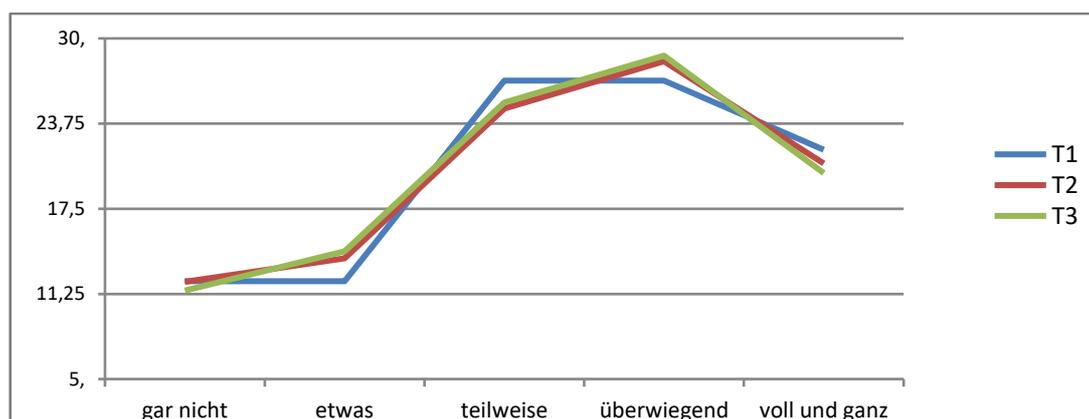
**Abb. 16:** Kategorien der durch Pflege formulierten Ziele, Vergleichsgruppe ohne MoRe in %

Konkret formulierten die Mitarbeiter der Pflege für den Bewohner bzw. die Bewohnerin folgende Teilhabeziele (Beispiele): „mit Rollator laufen können in Begleitung“, „Mitarbeit an Pflegemaßnahmen“, „Pflegerleichterung bei der Körperpflege“, „Pflegerleichterung beim Waschen des Oberkörpers“, „Teilnahme an Grillabend“, „Teilnahme an Festen der Einrichtung“, „Mahlzeiten in Gesellschaft einnehmen“.

#### 4.3.4. Verlauf der Zielerreichung

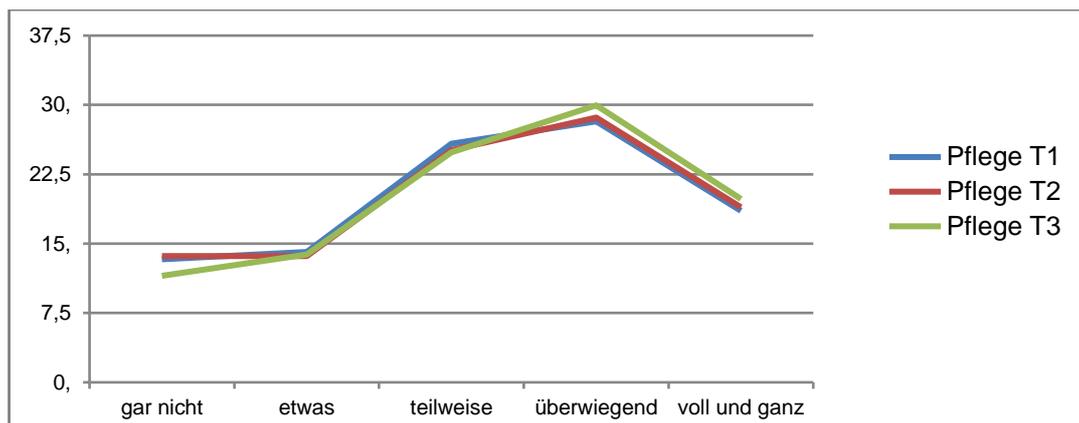
Für die Wirksamkeits- und Nachhaltigkeitsanalyse ergibt sich nach Errechnung der Mittelwerte bei der Betrachtung der Zielerreichung in der Rehabilitationsgruppe von T0 zu T1 eine Zielerreichungsstufe im Mittel von 3,34, was einer Likertformulierung von etwas besser als „teilweise“ entspricht. Nach 3 Monaten (T2) und 6 Monaten (T3) beträgt dieser Mittelwert weiterhin 3,32. Es sind somit keine relevanten Verluste der erreichten, selbstformulierten Teilhabeziele 6 Monate nach Rehabilitationsende nachzuweisen.

Im Einzelnen sehen wir, dass 75,6% der formulierten Teilhabeziele unmittelbar nach Abschluss der Rehabilitation teilweise (26,9%), überwiegend (26,9%) oder voll und ganz (21,8%) erreicht werden. Dieser Effekt schwächt sich nach 3 und 6 Monaten geringfügig ab, ist mit jeweils 74% in diesen drei Likertkategorien aber weiterhin deutlich vorhanden.



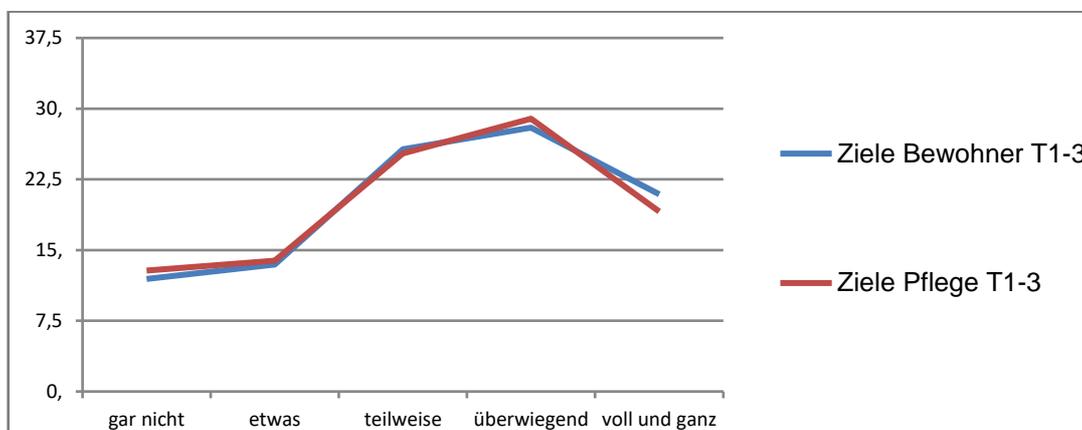
**Abb. 17:** Zielerreichung aller Bewohnerziele Vergleichsgruppe mit MoRe in %

Auch für die durch die Bezugspflege formulierten Teilhabeziele ergibt sich eine Zielerreichung von 72,6% zum Zeitpunkt T1 („teilweise“ 25,8%, „überwiegend“ 28,2%, „voll und ganz“ 18,6%). 13,3% erreichen die formulierten Ziele „gar nicht“, 14,1% nur „etwas“. Hier schwächt sich der Effekt über den Katamnesezeitraum nicht ab, sondern bleibt auch nach 3 Monaten mit 72,7% in diesen drei Likertkategorien stabil. Nach 6 Monaten ist der Effekt sogar noch deutlicher nachweisbar (74,7% in Kategorie „teilweise“, „überwiegend“ und „voll und ganz“).



**Abb. 18:** Zielerreichung aller Pflegeziele in der Vergleichsgruppe mit MoRe in %

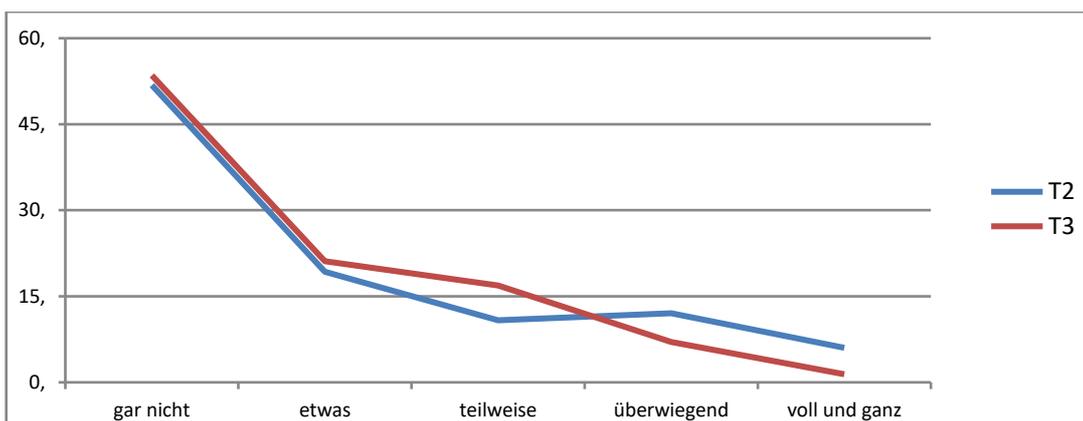
Der Anteil der Ziele, die „gar nicht“ erreicht wurden, bleibt in beiden Untergruppen (Bewohnerziel und Pflegeziele) der Rehabilitationsgruppe von T1-3 mit Werten zwischen 11,5% und 13,6% relativ konstant. Weder in der Kategorisierung noch in der Erreichung der durch Bezugspersonen (i.d.R. Bezugspflege) formulierten Ziele kann ein relevanter Unterschied zu den durch die Bewohnerinnen und die Bewohner selbst formulierten Zielen dargestellt werden.



**Abb. 19:** Zielerreichung der Vergleichsgruppe mit MoRe, Pflege- und Bewohnerziele in %

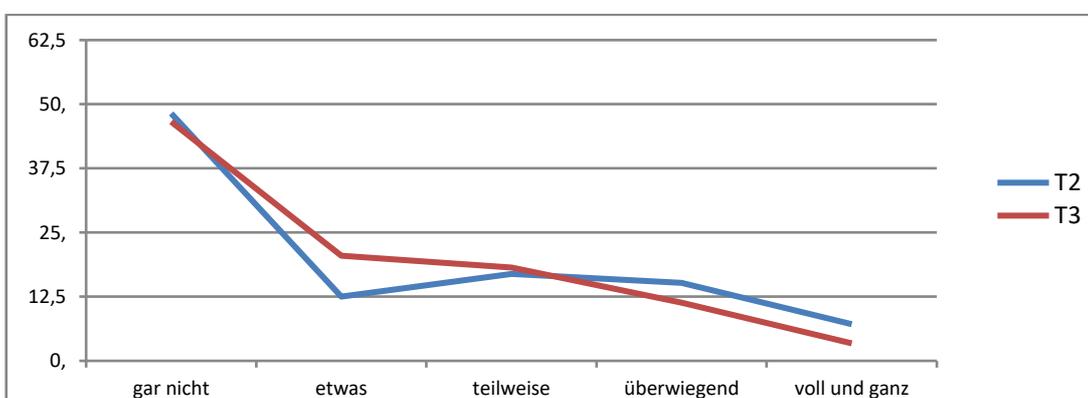
In der Vergleichsgruppe ohne MoRe konnte über den Katamnesezeitraum von sechs Monaten (Median 6,1 Monate, min. 5,1 Monate, Max. 6,7 Monate) bezüglich der likertskalierten Zielerreichung eine deutlich geringere Verbesserung erfasst werden. 51,8% (T2) bzw. 53,5% (T3) erreichten ihre selbstdefinierten Ziele gar nicht. Erstaunlicherweise gibt es jedoch auch Einzelfälle in denen eine Zielerreichung bis

zur Stufe „voll und ganz“ zu verfolgen ist (T2 6%, T3 1,4%). Kumuliert erreichen auch Bewohnerinnen und Bewohner ohne MoRe zu 48,1% in T2 ihre selbstformulierten Ziele (etwas 19,3%, teilweise 10,8%, überwiegend 12%, voll und ganz 6%). In T3 schwächt sich dieser Effekt auf 46,4% ab (etwas 21,1%, teilweise 16,9%, überwiegend 7%, voll und ganz 1,4%).



**Abb.20:** Erreichung Teilhabeziele Vergleichsgruppe ohne MoRe, Bewohner in %

Für die durch die Bezugspflege formulierten Teilhabeziele werden ebenso in etwa der Hälfte der Fälle (T2 48,2 %, T3 46,6%) die angegebenen Ziel „gar nicht erreicht“. 12,5% erreichen die formulierten Ziele „etwas“, 16,9% „teilweise“, 15,1% überwiegend und 7,1% voll und ganz. Nach 6 Monaten erreichen mehr Pflegebedürftige die Ziele „etwas“ (20,5%) oder „teilweise“ (18,2%), während in den Kategorien „überwiegend“ (-3,8%) und „voll und ganz“ (-3,7%) ein Rückgang in der Zielerreichung zu verzeichnen ist.

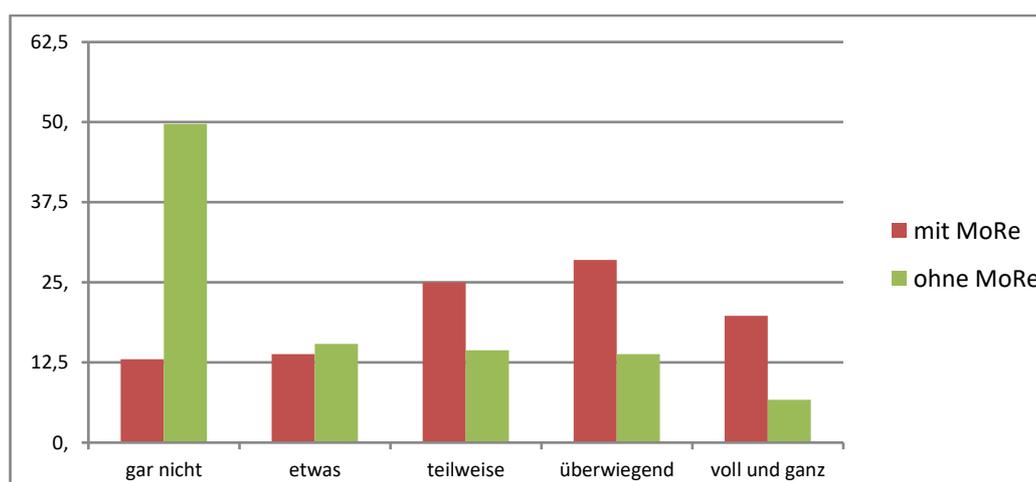


**Abb. 21:** Erreichung Teilhabeziele Vergleichsgruppe ohne More, Pflege in %

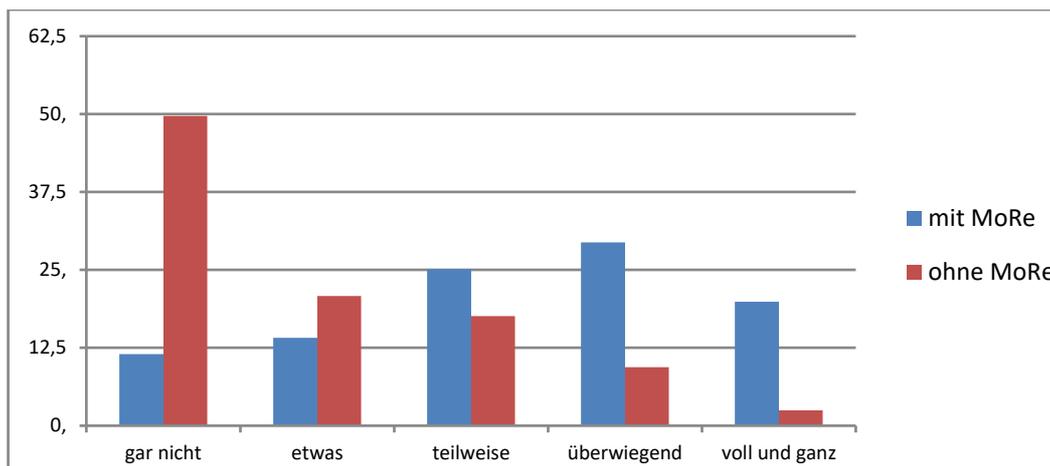
Im direkten Vergleich der relativen Häufigkeiten aller formulierten Ziele der beiden Studiengruppen mit und ohne MoRe wird deutlich, wie groß der Unterschied beider Gruppen im Maß der Zielerreichung ist. Bewohnerinnen und Bewohner mit Rehabilitation durch MoRe können demnach Ihre frei formulierten, individuellen Teilhabeziele wesentlich häufiger in unterschiedlicher Zielgradausprägung erreichen, als Bewohnerinnen und Bewohner ohne Rehabilitation. Dieser Effekt ist nach 6 Monaten sogar noch deutlicher abgrenzbar, was für die Nachhaltigkeit der durch MoRe erzielten Rehabilitationsergebnisse spricht.

**Tab.8:** Häufigkeiten des Maßes der Zielerreichung mit und ohne MoRe

Zielerreichungsstufe	T2		T3	
	mit MoRe (400 Ziele)	ohne MoRe (195 Ziele)	mit MoRe (391 Ziele)	ohne MoRe (159 Ziele)
voll und ganz	19,8 %	6,7 %	19,9 %	2,5 %
überwiegend	28,5 %	13,8 %	29,4 %	9,4 %
teilweise	25 %	14,4 %	25,1 %	17,6 %
etwas	13,8 %	15,4 %	14,1 %	20,8 %
gar nicht	13 %	49,7 %	11,5 %	49,7 %



**Abb 22:** Vergleich Zielerreichung aller Ziele zu T2, Vergleichsgruppen mit und ohne MoRe, in %



**Abb 23:** Vergleich Zielerreichung aller Ziele zu T3, Vergleichsgruppen mit und ohne MoRe, in %

#### 4.4. Subgruppenanalyse

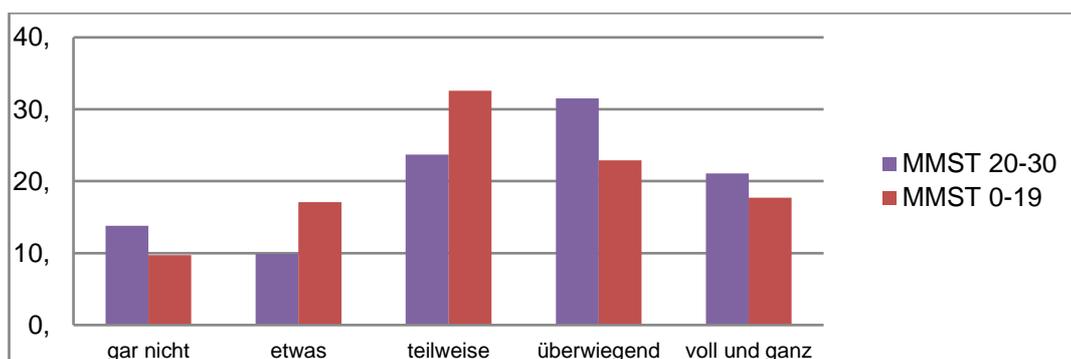
In der Verlaufsanalyse der beiden Studiengruppen wurde deutlich, dass zwischen der Zielerreichung von selbstformulierten und durch Bezugspflege übersetzten Ziele kein maßgeblicher Unterschied darzustellen ist. Daher wurde untersucht, ob die Erreichung aller genannten Teilhabeziele (Pfleger- und Bewohnerziele summiert) der Probanden und Probandinnen der Interventionsgruppe abhängig vom Grad kognitiver Einschränkungen (MMST), der Selbsthilfefähigkeit (Barthel-Index) oder der Mobilität (Bewegungsradius) bei Studienbeginn ist. Anzunehmen ist, dass je größer die kognitiven Einschränkungen oder Einschränkungen der motorischen Fertigkeiten zu Studienbeginn sind, desto geringer wird die Erreichbarkeit von individuellen Teilhabezielen durch Mobile Rehabilitation sein. Da in der klinischen Praxis ein häufiger Ablehnungsgrund für Rehabilitationsmaßnahmen auch das Vorliegen einer höheren Pflegestufe darstellt, wurde untersucht, ob für dieses Merkmal ein geringeres Maß der Zielerreichung von selbstbestimmter Teilhabe vorliegt.

##### 4.4.1. Kognitiver Status und Teilhabezielerreichung

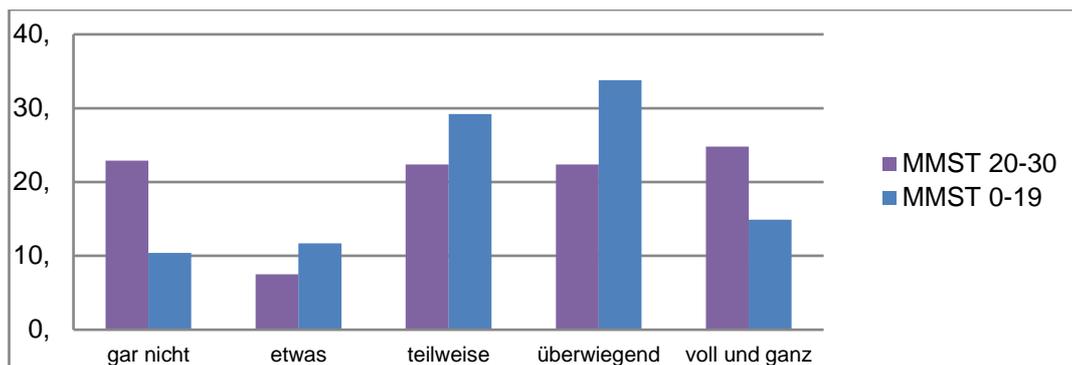
Anhand des zum Zeitpunkt T0 erhobenen kognitiven Screenings über den Mini-Mental-State-Test erfolgte die Einteilung der Schweregrade der kognitiven Leistungseinbußen nach S3-Leitlinie Demenz (DGN), aber der Vergleich der Zielerreichung zur besseren Übersicht in den zwei gebildeten Kategorien „keine bis

leichte kognitive Funktionsstörung“ (MMST 20-30 Punkte) und „mittelschwere bis schwere kognitive Funktionsstörung (MMST 0-19 Punkte).

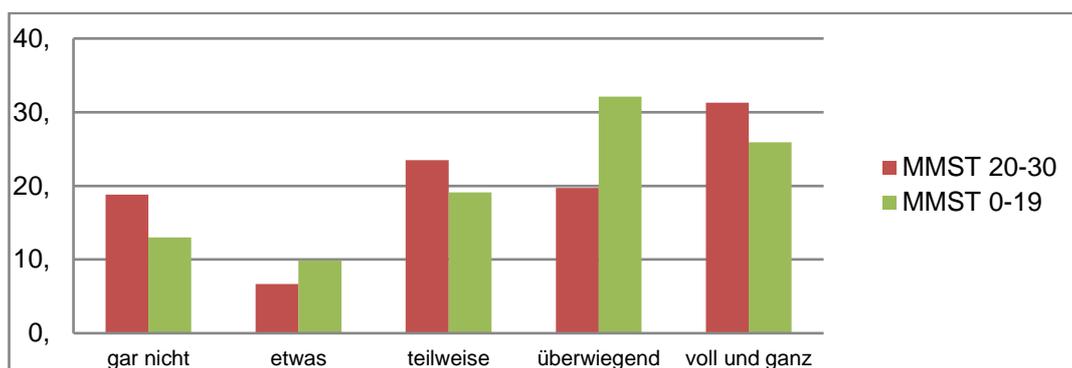
Direkt nach Rehabilitationsende erreichen Bewohner und Bewohnerinnen mit keiner oder leichter kognitiver Einschränkung die formulierten Ziele häufiger „überwiegend“ oder „voll und ganz“ (52,6%) als Bewohner und Bewohnerinnen mit schwerer oder mittelschwerer Funktionseinbuße (40,6%). Dieser Vorteil verändert sich jedoch über den Katamnesezeitraum hinweg. Nach 3 Monaten ist die Zielerreichung in den beiden Zielerreichungsstufen mit 47,2% bei den leicht kognitiv eingeschränkten Bewohnerinnen und Bewohnern und 48,7% bei den schwergradig kognitiv eingeschränkten Bewohnerinnen und Bewohnern nahezu ausgeglichen. Bis T3 verkehrt sich die Ausgangslage zugunsten der mittelschwer bis schwer eingeschränkten Teilnehmer und Teilnehmerinnen. 58% der selbstbestimmten Ziele werden „überwiegend oder „voll und ganz“ erreicht, bei den Probandinnen und Probanden mit MMST-Werten über 20 trifft dies nur noch für 51% zu. Zum Ende des Beobachtungszeitraumes unterscheiden sich die Ergebnisse der kognitiv leicht oder nicht eingeschränkten Pflegebedürftigen somit nicht erheblich von denen mit mittelschwerer bis schwerer kognitiver Funktionsstörung. Bewohner und Bewohnerinnen mit kognitiven Einschränkungen benötigen aber offenbar einen längeren Zeitraum um selbstbestimmte Teilhabeziele zu erreichen.



**Abb. 24:** Teilhabezielerreichung nach MMST in %, Vergleichsgruppe mit MoRe T1

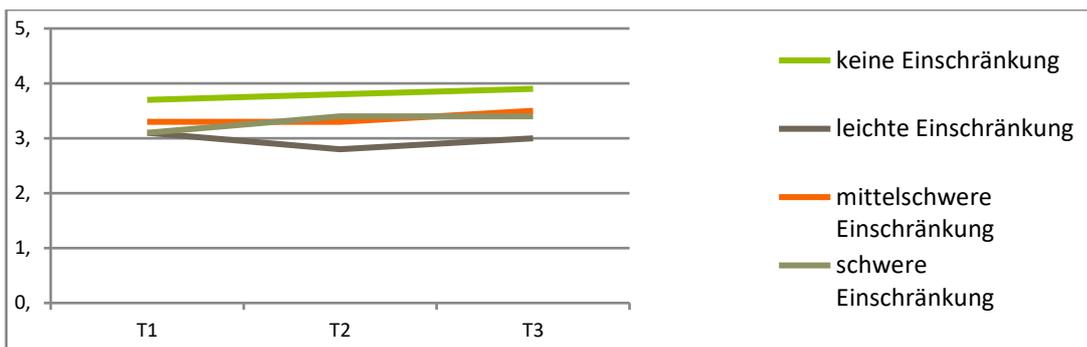


**Abb. 25:** Teilhabezieleerreichung nach MMST in %, Vergleichsgruppe mit MoRe T2



**Abb. 26:** Teilhabezieleerreichung nach MMST in %, Vergleichsgruppe mit MoRe T3

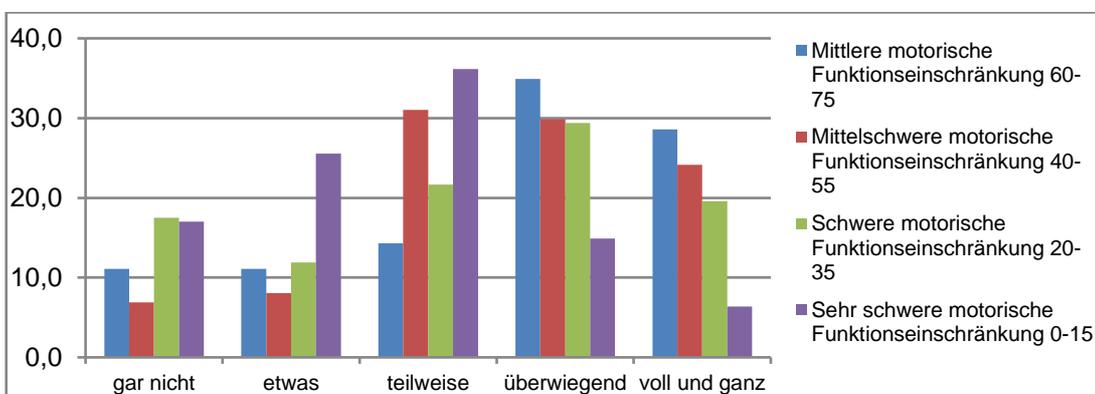
Differenziert man nach Einteilung der kognitiven Einschränkungen nach S3-Leitlinie Demenz (DGN) in alle 4 Kategorien (vgl. Kapitel 4.3.2.), erreichen Bewohnerinnen und Bewohner ohne kognitive Einschränkungen selbstbestimmte Teilhabeziele unmittelbar nach Mobiler Rehabilitation deutlich häufiger (MW 3,7), als Bewohner und Bewohnerinnen mit bereits leichter, mittelschwerer oder schwerer kognitiver Beeinträchtigung. In der Katamnese verliert sich dieser Benefit jedoch etwas, so dass nach 3 und 6 Monaten keine relevanten Unterschiede zwischen den einzelnen Bewohnergruppen zu detektieren sind. Im Mittel erlangen Studienteilnehmer ohne kognitive Beeinträchtigung ihre Ziele nach 6 Monaten „überwiegend“ (MW 3,9), während Bewohnerinnen und Bewohner mit leichter (MW 3,0), mittelschwerer (MW 3,5) und schwerer (MW 3,4) kognitiver Funktionseinschränkung die formulierten Ziele „teilweise“ erreichen. Die Verläufe der Rehabilitationsgruppe zeigen für den Katamnesezeitraum eine Wirksamkeit der Mobile Rehabilitation für alle Probanden und Probandinnen, unabhängig vom Status ihrer kognitiven Fähigkeiten zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme.



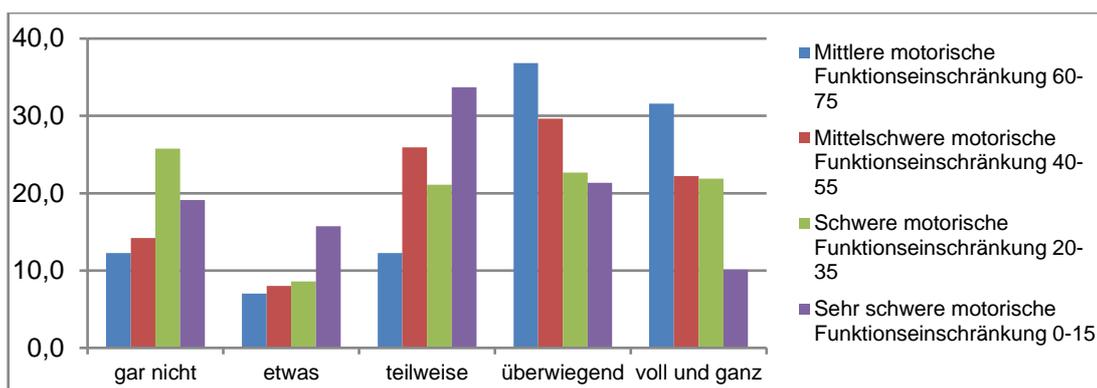
**Abb. 27:** Erreichen v. Teilhabezielen nach MMST, Vergleichsgruppe mit MoRe T1-T3, Mittelwerte, Zielerreichung nach Faktor: 1 - „gar nicht“, 2 - „etwas“, 3 - „teilweise“, 4 „überwiegend“, 5 – „voll und ganz“

#### 4.4.2. Selbsthilfefähigkeit und Teilhabezielerreichung

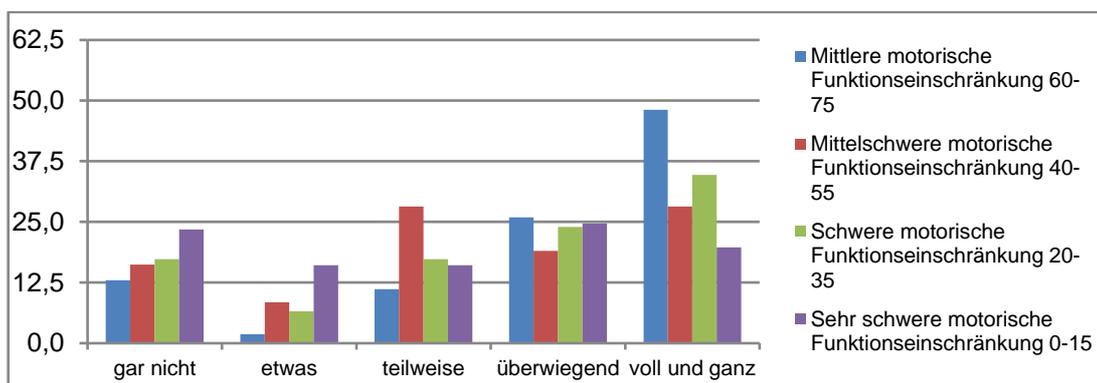
Kategorisiert man die zum Zeitpunkt T0 dokumentierten Barthel-Index-Punkte nach der Schwere der Funktionseinschränkung und verfolgt die Erreichung der Teilhabeziele über die Messzeiträume, dann zeigt sich bei Teilhabezielen, die Bewohnern und Bewohnerinnen mit einer sehr schweren motorischen Funktionseinschränkung (Barthel 0-15 Punkte) zuzuordnen sind, direkt nach Rehabilitation tatsächlich ein erheblich geringerer Zielerreichungsgrad für die formulierten Ziele. 21,3% der durch die Studienteilnehmer mit einem Barthel-Index von 0-15 formulierten Teilhabeziele können direkt nach Rehabilitation „überwiegend“ oder „voll und ganz“ erreicht werden. Im Katamnese Fenster zeigt sich mit zunächst 31,5% (T2), dann 44,4% (T3) ein deutlicher Zugewinn in den Zielerreichungsstufen „überwiegend“ und „voll und ganz“ in dieser Gruppe.



**Abb. 28:** Teilhabezielerreichung nach Barthel-Index, Vergleichsgruppe mit MoRe T1

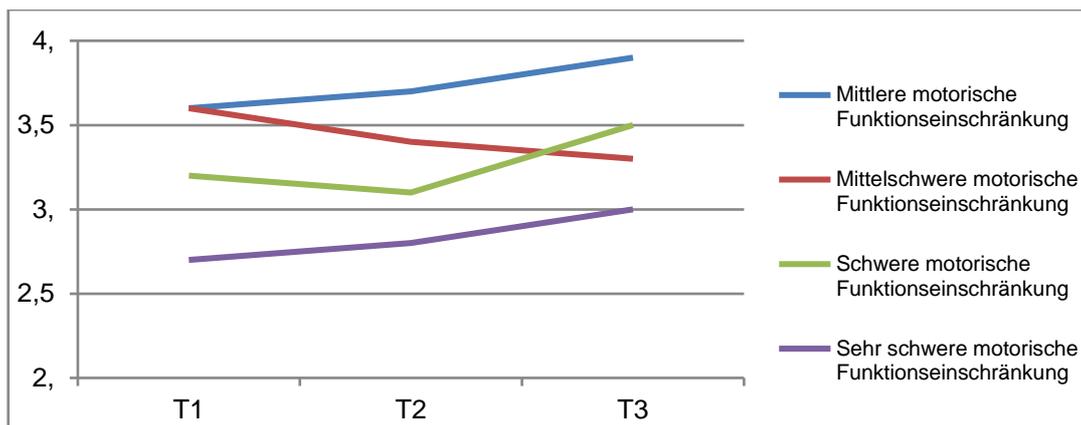


**Abb. 29:** Teilhabezielenerreichung nach Barthel-Index,, Vergleichsgruppe mit MoRe T2



**Abb. 30:** Teilhabezielenerreichung nach Barthel-Index,, Vergleichsgruppe mit MoRe T3

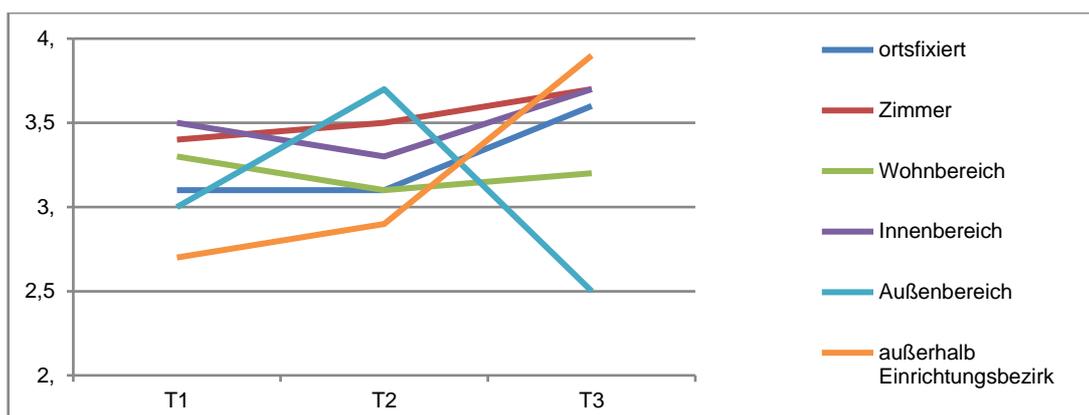
Betrachtet man die Mittelwerte ergibt sich ein deutlicher Unterschied im gesamten Beobachtungszeitraum in der Zielerreichung von sehr schwer motorisch eingeschränkten Bewohnerinnen und Bewohnern (BI 0-15: MW T0: 2,7, T1: 2,8, T3: 3,0) und Bewohnerinnen und Bewohner mit nur mittlerer motorischer Funktionseinschränkung (BI 60-75: MW T1: 3,6, T2: 3,7, T3: 3,9). Die Differenz des Zielanstiegs zwischen T1 und T3 ist jedoch in beiden „Randgruppen“ des Leistungsspektrums der Selbständigkeit gleich. Insgesamt ist zu beobachten, dass Teilnehmer und Teilnehmerinnen mit geringeren Punktwerten im Barthel-Index in geringerer Ausprägung selbstformulierte Teilhabeziele erreichen, das Ausmaß der Zielerreichung aber über den Katamnesezeitraum von 6 Monaten weiter zunimmt.



**Abb. 31:** Teilhabezielerreichung nach Barthel-Index, Vergleichsgruppe mit MoRe T1-T3 Mittelwerte  
Zielerreichung: 1 - „gar nicht“, 2 - „etwas“, 3 - „teilweise“, 4 „überwiegend“, 5 – „voll und ganz“

#### 4.4.3. Motorische Fertigkeiten und Teilhabezielerreichung

Bewohner und Bewohnerinnen mit Ortsfixierung zu Beginn der Rehabilitation zeigen direkt nach Beendigung dieser (T1) ein durchschnittliches Ausmaß der Zielerreichung von 3,1 (MW), was der Likertstufe etwas besser als „teilweise“ entspricht. 2,6 % der genannten Ziele werden gar nicht, 23,7 % etwas, 42,1 % teilweise, 23,7 % überwiegend, 7,9 % voll und ganz erreicht. Diese Zielerreichung ist auch bei Bewohnern und Bewohnerinnen mit dem Bewegungsradius „Zimmer“ (MW 3,4); „Wohnbereich“ (MW 3,3) und „Außenbereich“ (MW 3,0) zu verzeichnen. Bewohner und Bewohnerinnen stationärer Pflegeeinrichtungen, die bereits zum Rehabilitationsbeginn außerhalb des Einrichtungsbezirks mobil sind, erreichen direkt nach Rehabilitation ihre Ziele nur mit einem Mittelwert von 2,7. Sie entwickeln aber über den Katamnesezeitraum einen deutlichen Zuwachs.



**Abb. 32:** Erreichen v. Teilhabeziele nach Bewegungsradius, Interventionsgruppe T1-T3, Mittelwerte, Zielerreichung nach Faktor: 1 - „gar nicht“, 2 - „etwas“, 3 - „teilweise“, 4 „überwiegend“, 5 – „voll und ganz“

Insgesamt ist kein eindeutiger Trend in Richtung fehlender Zielerreichung bei schlechterem Bewegungsradius festzustellen. Nach 6 Monaten nähert sich das Ausmaß der Zielerreichung für ortsfixierte, im Zimmer/Wohnbereich und außerhalb des Einrichtungsbezirks mobile Bewohnerinnen und Bewohner aneinander an. Lediglich Studienteilnehmer, die zum Zeitpunkt T0 im Außenbereich mobil waren, büßen nach 6 Monaten erheblich an der Erreichung ihrer selbstformulierten Teilhabeziele ein.

#### 4.4.4. Pflegestufen und Teilzielerreichung

Tabelle 9 zeigt die Häufigkeitsverteilung der Zielerreichung aller benannten Ziele der Interventionsgruppe nach 6 Monaten. Aufgrund des eher geringen Anteils an Bewohnern und Bewohnerinnen mit Pflegestufe 0 und Pflegestufe 3 sind insgesamt auch deutlich weniger Zielformulierungen zu verzeichnen. Etwas mehr als die Hälfte der in T3 noch verfolgten Ziele sind Bewohnern und Bewohnerinnen mit Pflegestufe 1 zuzuordnen. Knapp 40% entfallen auf Pflegestufe 2.

**Tab.9:** Häufigkeiten des Ausmaßes der Zielerreichung nach 6 Monaten nach Pflegestufe

Zielerreichung	PS 0	PS 1	PS 2	PS 3
gar nicht	40% (N=8)	17,1% (N=28)	17,1% (N=24)	33,3% (N=6)
etwas	15% (N=3)	8,8% (N=16)	10,0% (N=14)	0%
teilweise	20% (N=4)	19,3% (N=35)	24,3% (N=34)	0%
überwiegend	0%	23,2% (N=42)	25,7% (N=36)	22,2% (N=4)
voll und ganz	25% (N=5)	33,2% (N=60)	22,9% (N=32)	44,4% (N=8)
<b>Summe</b>	<b>100% (N=20)</b>	<b>100% (N=181)</b>	<b>100% (N=140)</b>	<b>99,9% (N=18)</b>

Im Mittel erreichen Bewohner und Bewohnerinnen mit Pflegestufe 0 (meist motorisch unauffällige Menschen mit kognitiven Funktionseinschränkungen) und 1 direkt nach Rehabilitation (T1) ihr selbstformuliertes Rehabilitationsziel Teilhabe deutlich häufiger (MW 3,5), als jene mit Pflegestufe 2 (MW 2,9) und 3 (MW 2,8). Über den Katamnesezeitraum von 6 Monaten hinweg gleichen sich die Zielerreichungsmittelwerte der Bewohnerinnen und Bewohner mit Pflegestufe 1 (MW 3,5), 2 (MW 3,3) und 3 (MW 3,4) an. Bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Pflegestufe 0 ist hingegen nach 6 Monaten ein erheblicher Abfall im mittleren Wert der Zielerreichung zu beobachten. Auch Teilnehmer und Teilnehmerinnen mit hohem Pflegebedarf profitieren demnach von Mobiler Rehabilitation bezüglich der Erreichung ihrer selbstgewählten Teilhabeziele, wenngleich erst zum Zeitpunkt der letzten Erhebung nach 6 Monaten.

## **5. Diskussion**

### **5.1. Limitationen der Studie**

Die vorliegende Studie weist aufgrund ihres Studiendesigns unterschiedliche Limitationen auf, die bei der Auswertung der Ergebnisse und den resultierenden Schlussfolgerungen zu beachten sind.

#### **5.1.1. Interessenlage der Studie**

Die Planung und Durchführung der Studie erfolgte weitgehend durch das unabhängige Frankfurter Institut für Supervision, Institutionsanalyse und Sozialforschung (ISIS e.V.). Der rehamedizinische Teil der Erhebung wurde durch MoRe-erfahrene Internistinnen, Rehamedizinerinnen und Geriaterinnen und ausschließlich in stationären Pflegeeinrichtungen mit etablierten MoRe-Standorten in unmittelbarem Umkreis erbracht. Das ISIS-Institut vermutete daher, dass ein Interesse daran bestand, positive Rehabilitationsergebnisse für die Gruppe der Rehabilitanden nachzuweisen. Daher erfolgte die Katamnese der Verlaufsuntersuchung auch nicht durch die rehabilitierenden Ärzte oder Therapeuten, sondern durch geschultes Fachpersonal, das keine Kenntnis über die zuvor erhobenen Daten hatte.

#### **5.1.2. Stichprobenumfang**

Der Umfang der Stichprobe unterscheidet sich in beiden Studiengruppen deutlich. Für die Vergleichsgruppe mit Mobiler geriatrischer Rehabilitation wurden mit 116 Fällen mehr als doppelt so viele Datensätze gesammelt, wie in der Vergleichsgruppe ohne Mobile geriatrische Rehabilitation, aber mit Indikation für eine solche Rehabilitationsform (49 Fälle). Die beiden Vergleichsgruppen sind damit zu klein, um wirklich differenziert kleine Untergruppen zu bilden. Aber auch die kleine Vergleichsgruppe ohne Rehabilitation ist mit 49 Personen groß genug, um allgemeine statistische Auswertungen zuzulassen. Beide Gruppen sind mit ca. 25% vergleichbar durch Drop-Outs gekennzeichnet. Den häufigsten Drop-Out-Grund stellt in beiden Gruppen der „Tod“ eingeschlossener Probanden und Probandinnen dar. Zieht man die Verstorbenen ab, so verbleibt für die Vergleichsgruppe mit Mobiler geriatrischer

Rehabilitation eine Drop-Out-Rate von ca. 8%, für die Vergleichsgruppe ohne MoRe von lediglich 2 %.

Datensätze über den gesamten Beobachtungszeitraum für Gäste der Kurzzeitpflege konnten nur in 8 Fällen für die Rehabilitationsgruppe gesammelt werden. Hauptproblem war die fehlende Erreichbarkeit nach Ende der Kurzzeitpflege, da die Probandinnen und Probanden inzwischen in vollstationärer Dauerpflege oder wieder zu Hause lebten. Eine Auswertung von Gästen der Kurzzeitpflege in Gegenüberstellung zur Langzeitpflege erfolgt daher aufgrund der geringen Fallzahlen nicht. Die Ergebnisse sollten somit keinesfalls als repräsentativ für diese Gruppe gewertet werden.

### **5.1.3. Repräsentativität der Stichprobe**

Die Zufallsstichprobe bzw. Vollerhebung in einigen Pflegeeinrichtungen ist repräsentativ für die jeweils untersuchte Einrichtung. Ob die untersuchten Einrichtungen repräsentativ für alle Einrichtungen der stationären Pflege in Deutschland sind, ist zu bezweifeln. Ungewöhnlich ist dies in der klinischen Epidemiologie nicht. Weltweit beruht klinischer Fortschritt auf klinischen Untersuchungen, die lediglich repräsentativ für die Kliniken sind, in denen sie durchgeführt wurden, nicht jedoch für die Gesamtpopulation aller vergleichbar Kranken. Das ISIS-Institut hat bei der Studienplanung mehrere Schritte vorgeschlagen, die die Richtung der sich einstellenden Verzerrung besser abschätzbar machen sollten. Um Verzerrungen durch regionale Besonderheiten zu reduzieren, wählte die Studie daher ein multizentrisches Design mit 16 Einrichtungen stationärer Pflege in fünf Bundesländern. Anzunehmen war ebenfalls eine Selektivitätsverzerrung durch die Art der Rekrutierung, da die teilnehmenden Einrichtungen allesamt freiwillig an der Studie teilnahmen. Es war laut ISIS e.V. daher zu vermuten, dass eher an Rehabilitation interessierte Einrichtungen, als an Rehabilitation desinteressierte Einrichtungen teilnahmen. Aufgrund dieser Konstellation könne sich mehr Engagement in der Umsetzung ergeben und daher ein Bias in Richtung interessierter Einrichtungen eingestellt haben. Zudem wurde die Studie ausschließlich an Standorten mit etablierter MoRe und daher MoRe-geschulten Fachärzten und Fachärztinnen durchgeführt. Wenn die Vermutung des größeren rehabilitativen Engagements der beteiligten Einrichtungen jedoch zuträfe, ließe diese Überrepräsentation an MoRe-Erfahrenen vermuten, dass die Bewohner und Bewohnerinnen anderer stationärer Einrichtungen Deutschlands eher noch

weniger rehabilitativ versorgt seien, als die Bewohner und Bewohnerinnen der untersuchten Einrichtungen.

#### **5.1.4. Methodik der Verlaufsuntersuchungen**

Das Studiendesign musste aufgrund der schwierigen Machbarkeit auf eine durchgehende Verblindung des Studienpersonals verzichten. In Anbetracht der notwendigen Zusammenarbeit des MoRe-Therapeutenteams und des Pflegepersonals der Einrichtungen wäre diese Verblindung nicht realistisch gewesen. Ebenso konnte ein Bewohner oder eine Bewohnerin nach erfolgter Rehabilitation ggf. Informationen über diese Maßnahme auch in der Katamnese an den Befrager weitergeben. Auch wenn für die Katamneserhebung die Erhebenden keine Information über stattgehabte oder nicht stattgehabte MoRe hatten, ist dadurch nicht auszuschließen, dass durch die Erwartung an die Wirksamkeit von MoRe durch die Befragten höhere Zielerreichungsstufen angegeben wurden. Schließlich erfuhren sie durch die Rehabilitation eine andere Art der Zuwendung und Betreuung (Performance Bias).

Aufgrund des Studiendesigns stellt die Vergleichsgruppe ohne MoRe selbstverständlich keine randomisierte Gruppe im Vergleich zur Rehabilitationsgruppe dar. Vielmehr ist eine Verzerrung durch Selbstauswahl anzunehmen, da sich die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Vergleichsgruppe ohne MoRe (bzw. deren Ärzte) bei bestehender Indikation zur Rehabilitation gegen die empfohlene Rehabilitationsmaßnahme entschieden. Verglichen mit diesem Selbstauswahl-Bias ist es weniger erheblich, dass sich die beiden Gruppen hinsichtlich ihrer Kognition, Pflegebedürftigkeit, Selbständigkeit und die Geschlechtsverteilung unterscheiden. Man kann diese beiden unterschiedlich gebildeten Gruppen zwar mit Gewinn vergleichen, die kausale Interpretierbarkeit ist gegenüber durchweg randomisierten Studien, die es noch nicht gibt, aber eingeschränkt (vgl. Schumacher und Schulgen, 2002).

In der Vergleichsgruppe ohne Rehabilitation, aber mit Indikation für MoRe stellte sich die Beteiligung an den wiederholten Befragungen des Katamnesezeitraums ohne einen erkennbaren Zugewinn für die Befragten als problematisch dar. An zwei Studienstandorten war es nicht möglich, Teilnehmerinnen oder Teilnehmer für die Mehrfachbefragung der Verlaufsuntersuchung zu gewinnen. Andere teilnehmende Standorte versuchten daher, mehr Personen einzuschließen als ursprünglich geplant.

Eine Nachrekrutierung am jeweiligen Standort war aufgrund des aufwändigen Verfahrens zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfs mit Abwarten der Fristen zur eventuellen Bewilligung einer Rehabilitationsmaßnahme nicht durchführbar. Es gelang nicht, Gäste aus der Kurzzeitpflege in die Vergleichsgruppe zu übernehmen. Diese Gruppe an Teilnehmern und Teilnehmerinnen aus der Bedarfsanalyse waren nach ihrem Aufenthalt in den Pflegeeinrichtungen für die Verlaufsbeobachtung nicht mehr erreichbar. Daher wurden sie nicht ausgewertet.

#### **5.1.5. Gutachterinnen**

Es ist anzunehmen, dass die Gutachterinnen aufgrund ihrer vielfältigen Erfahrungen mit MoRe in der Befragung nicht unvoreingenommen sind. Diese Art der Voreingenommenheit durch Erfahrung ist in klinischen Studien die Regel. Durch die dargestellten Qualitätssicherungsverfahren und Schulungen, sollte diese Verzerrung nicht nur möglichst reduziert, sondern vor allem in ihrer Richtung abschätzbar werden.

#### **5.1.6. Fehlende Werte**

Bei zu Beginn (T0) definierten Zielen, für welche im Verlauf keine Angaben mehr zur Zielerreichung vorliegen, wurde keine explizite Einberechnung der fehlenden Werte in die statistische Auswertung vorgenommen. So fehlten in den Daten der Interventionsgruppe von allen in T0 angegebenen Zielen der Bewohner und Bewohnerinnen 23% der Ziele zum Zeitpunkt T3. In der Vergleichsgruppe waren es 20% der ausgewählten Teilhabeziele. Diese sich geringfügig unterscheidende Unvollständigkeit der Daten in MoRe- und Vergleichsgruppe, kann eine Verzerrung durch fehlende Werte verursachen. Die Verzerrung entstünde, wenn in der Interventionsgruppe eventuell nur erreichbare oder erreichte Ziele in die weitere Befragung eingeflossen wären.

### 5.1.7. Validität der Instrumente

Die in der Studie genutzten etablierten, als valide, reliabel und praktikabel eingeschätzten geriatrischen Assessmentinstrumenten, Mini-Mental-State-Test, Barthel-Index oder Bewegungsradius unterliegt dennoch einer gewisser Einschränkungen bezüglich ihrer Interpretierbarkeit.

Durch die Ordinalskalierung des Barthel-Index kann man dessen Ergebnisse zwar in eine Rangfolge einordnen, die Abstände zwischen den einzelnen Punktwerten sind aber nicht wirklich gleich. So bestätigt der Barthel-Index in der Rubrik „Gehen“ mit 10 Punkten zwar eine bessere Gehfähigkeit als mit 5 Punkten usw.. Dies bedeutet aber nicht, dass der Mensch mit 5 Punkten nur halb so gut geht, wie ein Mensch mit 10 Punkten. Auch ein gleicher Summenwert im Barthel-Index kann einen sehr unterschiedlichen Hilfebedarf bedeuten. Bereits Barthel und Mahoney hielten die Aussagekraft des Summenwertes für ihr Instrument für sehr eingeschränkt. Vielmehr seien es die Einzelitems, die die Defizite tatsächlich abbilden (vgl. Mahoney und Barthel, 1965).

Nach Folstein et al. zeigt der MMST eine hohe Sensitivität für frühe Formen kognitiver Beeinträchtigung. Aufgrund des möglichen Lerneffektes ist er für kurzfristige Verlaufskontrollen unter 6 Monaten jedoch nicht geeignet. Zudem setzt die Erhebung ein ausreichendes Seh- und Hörvermögen voraus, was beim untersuchten Patientengut nicht immer vorhanden ist. Auch die Durchführung bei aphasischen Menschen ist nachvollziehbarer Weise schwierig. Die Ergebnisse zeigen eine Abhängigkeit von Alter und Bildungsgrad. (vgl. Folstein et al., 1975; Kessler et al., 1990) Zudem vermag der Test nicht zu differenzieren, ob die kognitive Einschränkung akut im Rahmen eines Delirs oder bei Demenz vorliegt. Zur Einordnung sind weitere anamnestische Angaben und ggf. Tests nötig. Die vorliegende Studie benutzt daher auch nicht die Bezeichnung Demenz, sondern beschreibt die Bewohner als kognitiv eingeschränkt mit dem Ausprägungsgrad des Merkmals.

Bezüglich der Messung von Teilhabe eignen sich die unter 1.4.3. aufgeführten Assessmentinstrumente aufgrund unterschiedlicher Einschränkungen kaum, um ein höchst individuelles, durch den Rehabilitanden selbst bestimmtes Ziel zu erfassen und das Maß der Zielerreichung zu messen. Laut Deck et. al zeigt der IMET eine: „... zufriedenstellende, signifikante Korrelation mit Skalen zur Leistungsfähigkeit in Beruf, Alltag und Freizeit und mit verschiedenen Skalen zu gesundheitsbezogenen Beeinträchtigungen“. Teilhabe bedeutet aber nur bedingt Leistungsfähigkeit. Vielmehr bedarf es neben dieser auch eines selbstbestimmten

Leistungsbedürfnisses, um von den gesetzlichen Zielen der Rehabilitation Selbstbestimmung und Teilhabe gemäß §§1 ff SGB IX im konkreten, immer höchst individuellen Kontext sprechen und sie erreichen zu können (vgl. Behrens, 2019).

Die Items des Whodas-2 erfassen einerseits Aktivitäten und Selbständigkeit, andererseits Hemmnisse an der Teilhabe am sozialen Leben. Ob diese Hemmnisse tatsächlich relevant für den jeweiligen Befragten sind, weil er die Intention und das Bedürfnis hat überhaupt an den vorgegebenen Bereichen teilhaben zu wollen, bleibt unklar. Auch der Mini-ICF-APP fragt nach psychischer Leistungsfähigkeit. Neben der fehlenden Eignung für die vorliegende Studie aufgrund der Indikationseinschränkung, scheint auch hier die eigentliche Komponente selbstbestimmte Teilhabe nicht ausreichend gut erfasst zu sein.

Durch die strenge Orientierung an der gemeinsamen Domänen-Liste der ICF erreichen alle Instrumente einen hohen Standardisierungsgrad, es ist jedoch nicht klar getrennt, was die Items tatsächlich erfassen - Aktivität oder Teilhabe. Genannt sind Aktivitätseinschränkungen und Einschränkungen der Selbständigkeit oder Leistungsfähigkeit, die über Ratingskalen hochdifferenziert erfasst werden. Dies gleichzusetzen mit Teilhabedefiziten im Sinne von eingeschränkter Selbstbestimmtheit widerspricht der urtümlichen Trennung dieser beiden Komponenten im Schema der ICF (vgl. Behrens, 2019). Verständlicherweise gelingt in der stationären Rehabilitation das Ziel der Teilhabe am Leben nicht vor Ort in der Rehaklinik zu erreichen. Daher ist im stationären Setting die Messung von beobachtbaren Aktivitäten als Indiz für erreichbare Teilhabe als schlechte Operationalisierung menschlich verständlich. In der Rehabilitation zu Hause oder am Arbeitsplatz hingegen, ist es durchaus möglich und sinnvoll, Teilhabe korrekt getrennt von Aktivitäten zu erfassen und zu messen.

Auch die Messung des klartextlich formulierten Teilhabeziels in einer Likert-Skala bringt Einschränkungen der Interpretierbarkeit mit sich. Die Likert-Skalen sind ein weit verbreitetes und häufig eingesetztes Diagnoseinstrument zur Abbildung persönlicher Urteile über eine Aussage oder einen Sachverhalt. Wir wählten eine fünfstufige Likertskalierung, um die inhaltsunabhängige Zustimmungstendenz, als Neigung, unabhängig vom Inhalt der Fragen zuzustimmen, zu reduzieren. Es könnte jedoch die Verzerrung durch die Tendenz zur Mitte auftreten. In Skalen mit ungerader Antwortmöglichkeit tendieren die Befragten eher dazu, die mittleren Skalenpunkte auszuwählen als die am Rande befindlichen (Schnell et. al., 1999). Nimmt man diese Verzerrung an; ist laut ISIS-Institut die Richtung der Verzerrung jedoch abschätzbar.

Da die Mitte bedeutet, das Teilhabeziel als Rehaziel wurde nicht vollständig erreicht, führt die Tendenz zur Mitte zu einer Unterschätzung der Verbesserung, wie auch der Verschlechterung. Nicht ein Nachteil, sondern ein Vorteil des Untersuchungsdesigns besteht zusätzlich in der Subjektivität der durch die Rehabilitationsbedürftigen formulierten Teilhabeziele. Die genutzte Freiformulierung der Teilhabeziele birgt jedoch das Risiko der übermäßigen Beeinflussung durch die Rehamedizinerinnen, tatsächlich auch Leistungsfähigkeits- und Autarkieziele zu formulieren und nicht Selbstbestimmung. Raspe (2005) spricht von der Versuchung zum Indikationsschwindel, der unter Ärzten weit verbreitet sei. Zuverlässig wurden allerdings alle, durch Bewohner oder Bezugspersonen genannten Ziele aufgenommen. Dies führte zur Dokumentation unterschiedlich vieler und unterschiedlich authentisch selbstbestimmter Angaben. Andererseits sind höchst persönliche Teilhabeziele immer subjektiv. Nur Subjekte haben Ziele. Ärztlich formulierte Ziele sind nicht weniger subjektiv als durch Pflegebedürftige formulierte Ziele. Allerdings setzen realistische Teilhabeziele immer den Aufbau interner Evidenz beim Pflegebedürftigen voraus. Die Begegnung mit einer Professionsangehörigen, die ihn über externe Evidenz informiert, kann ihn bei der Klärung realistischer Ziele helfen (vgl. Behrens und Langer, 2010; Behrens et al., 2012; Behrens, 2019). Der Vorstellung, ein ärztlicher Kollege könnte Teilhabeziele nun so formulieren haben, dass die rehabilitative Maßnahme sie immer erreicht kann durch die vorliegenden Ergebnisse entgegnet werden. 11,9% der durch Bewohner und 12,8% der durch die Bezugspersonen formulieren, klarschriftlich aufgezeichnete Teilhabeziele der Vergleichsgruppe mit MoRe wurden in dieser Studie nicht erreicht. Trotz der eingeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen (vgl. Kap. 3.4.) bleibt festzuhalten, dass das Instrument der Teilhabemessung durch klartextliche Formulierung nicht durch ein Interraterverfahren in Reliabilität und Validität getestet wurde, sondern dass jede Geriaterin zwar aufgrund der Pflegedokumentation und in Zusammenarbeit mit der Bezugspflegerin oder den Familienangehörigen das Teilhabeziel aufnahm, sich dabei aber nicht mit anderen Geriaterinnen absprach.

### **5.1.8. Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse**

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit sollen vor allem als erste Erkenntnisse und Überlegungen dienen, um die bislang kaum untersuchten Auswirkungen von Rehabilitation auf die selbstbestimmte Teilhabe von Pflegebedürftigen noch mehr in den Fokus der Rehabilitations- und Versorgungsforschung zu rücken. Die Verallgemeinerbarkeit dieser Untersuchung ist, wie bei der Mehrheit qualitativer Studien, begrenzt. Die detektierten Veränderungen in der Teilhabe mit und ohne Rehabilitation sind nicht zwangsläufig auf die Gesamtheit aller Pflegeeinrichtungen oder Pflegebedürftige generell übertragbar.

## **5.2. Diskussion der Ergebnisse**

### **5.2.1. Studienpopulation**

Vergleicht man die Daten der Rehabilitationsgruppe mit der Auswertung der bundesweiten Basisdokumentation der Mobilen geriatrischen Rehabilitation von Pippel, Meinck und Lübke (2017), so ergeben sich keine Unterschiede bezüglich der Altersmittelwerte (83 Jahre) und nur geringe Abweichungen für den Barthel-Index zu Reha-Beginn (34 vs 36 Punkte) für die Gruppe der in Pflegeheimen durch MoGeRe Rehabilitierten. Der Frauenanteil unterscheidet beide Studiengruppen jedoch deutlich voneinander. Daher kann diese Studie nicht den Anspruch erheben, die Wirksamkeit mobiler Rehabilitation auf Teilhabeveränderungen für alle Pflegeheimbewohner Deutschlands zu beweisen. Sie bildet aber Unterschiede im Maß der Zielerreichung von selbstformulierten Teilhabezielen für die gebildeten Kohorten (Vergleichsgruppe mit MoRe gegenüber der Vergleichsgruppe ohne MoRe, aber mit Indikation für MoRe) ab.

Laut Statistischem Bundesamt (vgl. Pflegestatistik 2015) besaßen von den in stationären Pflegeeinrichtungen versorgten Bewohnern 39% die Pflegestufe 1, 40% die Pflegestufe 2 und 20% die Pflegestufe 3. Ohne Zuordnung zu Pflegestufen waren 1% der Bewohner. Beide Studiengruppen weisen in unterschiedlicher Weise von diesen statistischen Werten ab. Besonders die Interventionsgruppe zeigt mit ca. 10% höhere Zuordnungen zu Pflegestufe 1 und 11 % weniger Bewohner in Pflegestufe 3. Diese Verschiebung in Richtung „weniger Pflegebedarf“ kann die Zielerreichung teilweise positiv beeinflussen und wäre als Effekt nicht der Mobilen geriatrischen Rehabilitation zuzuschreiben.

### **5.2.2. Formulierung und Kategorien von Teilhabezielen**

Für nahezu jeden Bewohner oder jede Bewohnerin (100% in der MoRe-Gruppe, 94% in Gruppe ohne MoRe) der stationärer Pflegeeinrichtungen war in den beiden Verlaufsstudien ein selbstformuliertes Teilhabeziel zu erfassen, entweder direkt durch den Bewohner oder die Bewohnerin formuliert oder durch eine Bezugsperson übermittelt. Dass mit deutlich über 50% der überwiegende Anteil der formulierten Teilhabeziele mit verbesserter „Mobilität“ erreichbar scheint, erstaunt nicht, nach den Erkenntnissen von Schneekloth et al., die im Grad der Einschränkung der Bewegungsfähigkeit und der daraus resultierenden Gefährdung von Autonomie einen wesentlichen Einfluss auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von pflegebedürftigen Menschen sahen (vgl. Schneekloth und Wahl, 2007). Auch die Aufrechterhaltung sozialer Bindungen und Kontakte ist aufgrund eingeschränkter motorischer Funktionalität schwierig. Schmitt belegt in ihrer Studie, wie wichtig Bewohnern und Bewohnerinnen stationärer Pflegeeinrichtungen der Erhalt ihrer Mobilität und der damit verbundenen Selbstbestimmung ist (vgl. Schmitt, 2011). Aus den vorliegenden Studien wird jedoch auch deutlich, dass Mobilität nur das Mittel zur Erreichung von Autonomie ist. Schaut man sich die in der vorliegenden Arbeit formulierten Teilhabeziele im Einzelnen an, so wird augenscheinlich, wie schwierig die Erfassung eines tatsächlichen Teilhabeziels, nicht nur eines Pflege- oder Mobilitätsziels, ist.

Schneekloth und Wahl (2007) zeigten in ihrer Befragung über die Lebenssituation Pflegebedürftiger in vollstationären Pflegeeinrichtungen auf, dass nach Einschätzung des Pflegepersonals stationärer Pflegeeinrichtungen „... vorrangig der Verlust von Selbständigkeit, der vor dem Hintergrund fehlender privater Versorgungsmöglichkeiten durch Angehörige oder Bekannte zu dem Wechsel in das Heim ...“ führt. Durch diese Einschätzung liegt der Gedanke nahe, primäre Bedürfnisse eines Heimbewohners seien Bedürfnisse des Versorgtseins. Die überdurchschnittlich häufige Übersetzung von Teilhabezielen der Bewohner und Bewohnerinnen in pflegfachliche Einzelverrichtungen durch die Pflegebezugspersonen wäre damit erklärlich.

### **5.2.3. Erreichen von Teilhabezielen mit und ohne Mobile geriatrische Rehabilitation**

75,6% der durch Probandinnen und Probanden definierten Teilhabeziele werden mit durchgeführter Mobiler Rehabilitation in unterschiedlicher Ausprägung erreicht (teilweise 26,9%, überwiegend 26,9%, voll und ganz 21,8%). Dieser Effekt schwächt sich nach 3 und 6 Monaten geringfügig ab, ist mit jeweils 74% in diesen drei Zielerreichungsstufen aber weiterhin nachweisbar. Auch für die durch die Bezugspflege angegebenen Teilhabeziele ist ein ähnlicher Erfolg in der Zielerreichung zu sehen. 72,6% der formulierten Ziele werden direkt nach Rehabilitationsende erreicht („teilweise“ 25,8%, „überwiegend“ 28,2%, „voll und ganz“ 18,6%). Auch hier bleibt das Ausmaß der Zielerreichung bis auf eine geringe Abschwächung auch nach 6 Monaten weiterhin nachweisbar. Keinesfalls wurde immer das höchste Maß der Teilhabezielerreichung „voll und ganz“ am Ende der Rehabilitation angegeben. Die Ziele waren so dokumentiert, dass sie im Mittel (MW 3,3) nur teilweise erreicht werden konnten. Die gegen das genutzte Instrument der Teilhabezielerfassung eingewandte These, Fachpflegende wie auch Ärzte und Ärztinnen würden opportunistisch, die von den Pflegebedürftigen körpersprachlich angezeigten Teilhabeziele immer so „niedrig“ übersetzen, dass sie sicher voll und ganz erfüllbar seien, wird durch dieses Ergebnis widerlegt (Behrens J. im Erscheinen 2020).

Im Gegensatz dazu konnten in der Vergleichsgruppe ohne Mobile Reha deutlich geringere Verbesserungen der Teilhabezielerreichung erfasst werden. 51,8% (T2) bzw. 53,5% (T3) der selbstdefinierten Ziele wurden gar nicht erreicht. Für immerhin knapp die Hälfte der Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Vergleichsgruppe können jedoch auch ohne Rehabilitation Teilhabeziele erreicht werden, wenn auch in geringerem Ausmaß. Zu diskutieren ist hier, ob allein die Wahrnehmung von Teilhabebedürfnissen und Sensibilisierung der Pflegebezugspersonen bereits zu einer Verbesserung von Teilhabezielen führen kann. Eine andere Erklärung könnte darin liegen, dass sich Verbesserungen im Verlauf völlig ohne Rehabilitation einstellen. Bekannt ist für Therapie und Medizin generell, dass häufig ohne jedwede ärztliche oder therapeutische Behandlung, also allein durch die körpereigenen Kräfte, eine Genesung von einer Krankheit möglich ist. Das in der Rehabilitationsforschung viel zu seltene Verdienst dieser Untersuchung ist, dass überhaupt die Erreichung von Rehabilitationszielen bei Personen mit eindeutiger Rehabilitationsindikation, aber ohne Reha im Verlauf, nachverfolgt wurde. Die Ergebnisse legen nahe, dass MoRe die Erreichung selbstbestimmter Teilhabeziele wesentlich unterstützt und auch zu einer nachhaltigen Verbesserung der Teilhabe als zentrales Rehabilitationsziel beiträgt.

Diese Einschätzung stützt die allein mit prozessproduzierten Routinedaten durchgeführte Studie von Pöpl, Deck und Fries (2013). Die in der vorliegenden Studie festgestellte Verbesserung in der selbstbestimmten Teilhabe ist zwar aufgrund mangelnden individuellen Randomisierung und anderer, weniger relevanter Limitationen nicht sicher spezifisch und ausschließlich der Intervention durch Mobile geriatrische Rehabilitation zuzuschreiben. Auch wäre in einer anderen Studienpopulation (siehe Kap. 5.1.3) die Nachhaltigkeit möglicherweise nicht in dieser Ausprägung nachzuweisen.

#### **5.2.4. Zielerreichung bei kognitiven Einschränkung**

Die Art der kognitiven Einschränkung wurde nicht untersucht, nur ihr Ausmaß. Nicht alle Einschränkungen im MMST sind auf eine Demenz zurückzuführen (vgl. Kapitel 5.1.7).

Selbst wenn ein Bewohner oder eine Bewohnerin aufgrund der kognitiven Defizite Ziele nicht mehr selbst formulieren kann, so gelingt dies doch den jeweiligen Bezugspersonen. Kognitive Einschränkungen machten die Identifikation individueller Teilhabeziele demnach nicht unmöglich. Die Übersetzung der nonverbal gezeigten Teilhabebedürfnisse in klartextlich formulierte Ziele verlangt eine genaue Beobachtung des Bewohners oder der Bewohnerin durch das Pflegepersonal der Einrichtung. So konnte sowohl in der Interventions- als auch in der Vergleichsgruppe für jeden Teilnehmer und jede Teilnehmerin mindestens ein Ziel definiert werden. Es war jedoch auch zu beobachten, dass nicht jede befragte Pflegebezugsperson eine Vorstellung vom Begriff „Teilhabe“ hatte und dies in der Begutachtung zu T0 zunächst erörtert werden musste.

Loegters et al. (2008) stellten in ihrer Studie bereits fest, dass Behandlungserfolge in der geriatrischen Frührehabilitation nach Oberschenkelhalsfraktur bei dementen Patientinnen und Patienten erst nach dem eigentlichen Behandlungsende sichtbar wurden. So erreichte diese Patientengruppe erst ein Jahr nach der rehabilitativen Behandlung ein ähnliches Niveau in der Selbstversorgungsfähigkeit, wie kognitiv nicht eingeschränkte Patienten. Korczak et al. (2012) kommen in der Bewertung ihrer Literaturrecherche zu dem Schluss, dass Rehabilitationsmaßnahmen bei kognitiv leicht- und mittelgradig eingeschränkten Menschen zur Verbesserungen ihrer Fähigkeiten beiträgt. Die Fortschritte dieser Patientinnen und Patienten verliefen jedoch langsamer als bei zu kognitiv unbeeinträchtigten Personen. Auch das

Ausgangs- und Endniveau der Funktionellen Outcomeparameter sei geringer. Kruse und Ding-Greiner (2003) konnten in ihrer Evaluation eines Trainingsprogramms zur Förderung und Erhaltung der Selbständigkeit bei Menschen mit geistiger Beeinträchtigung feststellen, dass auch bei älteren Menschen mit kognitiven Defiziten von einer lebenslangen Lernfähigkeit auszugehen ist.

Die vorliegende Arbeit unterstützt mit einer etwas stärkeren Methodik für die formulierten Teilhabeziele diese Vermutungen. Sie zeigt auf, dass MoGeRe Teilhabeziele auch bei kognitiv eingeschränkten Bewohnern stationärer Pflegeeinrichtungen mit positiv und nachhaltig verbesserter, selbstbestimmter Teilhabe einhergeht, auch wenn das Ausmaß der Zielerreichung erst im Katamnesezeitraum von 6 Monaten das Niveau kognitiv nicht eingeschränkter Bewohner erreichte. Das Ausgangs- und Endniveau der Zielerreichung zeigt jedoch keine direkte Tendenz zur Abhängigkeit von der kognitiven Leistungsfähigkeit. So erreichen die besten Ergebnisse Bewohner ohne kognitive Einschränkungen, die schlechtesten Werte jedoch Bewohner mit nur geringen kognitiven Einschränkungen.

### **5.2.5. Zielerreichung bei eingeschränkter Selbstständigkeit**

Die Einschränkung der Selbständigkeit in bestimmten alltäglichen Verrichtungen (sogenannte Selbstversorgungsfähigkeit) zum Beginn der Rehabilitation, gemessen durch den Barthel-Index, scheint mit dem Erreichen von Teilhabezielen direkt nach Rehabilitationsende schwach einherzugehen. Je schwerer der Grad der Einschränkung der Selbsthilfefähigkeit, desto geringer ist das Maß der Zielerreichung in T1. In der Katamnese nach 3 und 6 Monaten nähern sich die angegebenen Zielerreichungsstufen jedoch auch für schwer und sehr schwer motorisch eingeschränkte Bewohnerinnen und Bewohner den Ergebnissen der mittelschwer funktionseingeschränkten Personen an. Eindeutig besser schneiden Bewohnerinnen und Bewohner mit nur mittleren motorischen Funktionsstörung (BI 60-75 Punkte) ab. Analog zu den Ergebnissen der kognitiven Funktionseinschränkungen scheint der bestehende Barthel-Index zu Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme kein prognostischer Wert für das Erreichen von Teilhabezielen zu sein. Vielmehr deutet er an, wie lange eine Person Zeit benötigen wird, um diese selbstformulierten Ziele zu erreichen.

### **5.2.6. Zielerreichung bei motorischen Einschränkungen**

Bewohner und Bewohnerinnen mit Ortsfixierung zeigen direkt nach Beendigung der Rehabilitation (T1) kein geringeres Ausmaß der Zielerreichung als im Bewohner und Bewohnerinnen mit größerem Aktionsradius. Warum bereits zu Rehabeginn im Außenbereich mobile Studienteilnehmer zum Zeitpunkt T3 plötzlich einem erheblichen Abfall der Zielerreichung zeigen, erklärt sich eventuell auch dadurch, dass nur 3,3% der benannten Ziele in T3 Bewohnern und Bewohnerinnen mit einer Mobilität im Außenbereich zuzuordnen sind. Durch die geringe Fallzahl kann es zu statistischen Verzerrungen kommen. Dieses Phänomen ist jedoch in den ebenfalls mit je 4,3 % zuzuordnenden Zielen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen mit Ortsfixierung bzw. Mobilität außerhalb des Einrichtungsbezirks nicht wahrzunehmen.

### **5.2.7. Zielerreichung und Grad der Pflegebedürftigkeit**

Sowohl für Pflegestufe 0, als auch für Pflegestufe 3 lag für die Studie nur eine geringe Anzahl (N=51 in T1, N=39 in T2, N=38 in T3) an auswertbaren Zielformulierungen vor. Diese sehr unterschiedliche Verteilung der Anzahl der Ziele auf die jeweilige Pflegestufe, kann leicht zu einer statistischen Verzerrung in diesen beiden Gruppen führen. Vor allem für Bewohner und Bewohnerinnen mit Pflegestufe 0 fehlen ab T2 30% der Werte für die zuvor angegeben Zielerreichungen. Von T2 zu T3 gibt es in dieser Gruppe keine weiteren fehlenden Werte, so dass das deutliche Absinken der Zielerreichung zum Zeitpunkt T3 nicht allein durch die Reduktion der Datenmenge für Bewohner und Bewohnerinnen mit Pflegestufe 0 zu erklären ist. Die Ursache dieser Beobachtung ist letztlich nicht zu klären. Der These, die kognitiven Fähigkeiten (meist sind diese der Grund für Zuordnung zu Pflegestufe 0) könnten die Verschlechterung der Zielerreichung in dieser Gruppe begründen, stehen die Ergebnisse aus Kapitel 5.2.4 entgegen.

Erhebliche Unterschiede bestehen sowohl direkt nach Rehabilitation als auch noch nach 3 Monaten zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern mit Pflegestufe 2 und 3 und denen mit Pflegestufe 1. Pflegebedürftige mit Pflegestufe 1 erreichen zu diesen

beiden Testzeitpunkten die selbstformulierten Ziele deutlich häufiger. Nach 6 Monaten nähern sich die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer mit Pflegestufe 2 und 3 jedoch denen mit Pflegestufe 1 bezüglich des Maßes der Zielerreichung an. Bewohnerinnen und Bewohner mit Pflegestufe 1 halten ihr erreichtes Zielniveau konstant über den gesamten Beobachtungszeitraum. Die Zuordnung zu einer bestimmten Pflegestufe kann damit keine Aussage darüber treffen, ob ein Bewohner selbstbestimmte Teilhabe erreichen kann oder nicht.

## 6. Zusammenfassung

Auch geriatrische, pflegebedürftige Menschen haben bei diagnostiziertem Bedarf einen Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation (§ 11 und § 40 SGB V, §§ 2, 4 und 42 SGB IX). Aufgrund der funktionellen Einschränkungen ist für sie jedoch nicht jede Rehabilitationsform geeignet. Häufig auch, weil sie ihren aktuellen Lebensraum nicht mehr verlassen möchten oder können. Trotz hoher Bedarfe an Rehabilitation unter den Pflegebedürftigen in Einrichtungen der stationären Pflege mit etwa 22 % in der Langzeitpflege und ca. 32% in der Kurzzeitpflege (vgl. Behrens et al., 2017, 2018; Thiel, 2019), findet Rehabilitation hier nur in äußerst geringem Ausmaß statt und meist erst, wenn ein Akutaufenthalt im Krankenhaus die bestehende Situation aggraviert (vgl. auch Pippel et. al 2016). Etwa 85% der Langzeitpflegebewohner mit Indikation zur Rehabilitation bedürften einer Allokationsempfehlung für die Mobile Rehabilitation, bei der Kurzzeitpflege sind es noch 53% (vgl. Thiel, 2019; Behrens et al., 2017a, 2018a-c). Die Mobile Rehabilitation stellt mit ihrem aufsuchenden Rehabilitationsangebot für pflegebedürftige Menschen ein wirksames Element zur Förderung selbstbestimmter Teilhabe dar.

Die vorliegende Studie versucht erstmals, selbstformulierte Teilhabeziele zu erfassen und deren Verlauf zu messen. Das Studiendesign kann durch die begrenzten finanziellen und zeitlichen Ressourcen jedoch nur einen Näherungswert der Veränderung von Teilhabe mit und ohne wohnortnahe Rehabilitation im Setting des Pflegeheims abbilden. Das in der Studie genutzte Instrument ist erstmalig eingeführt und noch nicht ausführlich getestet worden. Instrumente zur Erfassung und Messung von Teilhabe in stationären Pflegeeinrichtungen sind noch nicht verbreitet. Die hier gewählte, klartextliche Erfassung des individuellen Teilhabeziels orientiert sich jedoch maximal an den Interessen des Bewohners in seiner jeweiligen,

höchst individuellen Lebenssituation. Aufgrund dessen wurden zwar individuell höchst wesentliche Aspekte der Teilhabe untersucht, nicht aber die Teilhabe in ihrer gesamten Dimension. Hier ist weiterer Forschungsbedarf vorhanden.

Diese Arbeit zeigt, wie einfach höchst individuelle, selbstformulierte und damit selbstbestimmte Teilhabeziele partizipativ erfasst und gemessen werden können. Das Instrument einer offenen Abfrage individueller Teilhabeziele und die nachfolgende likertskalierte Erfassung der Zielerreichung kann daher empfohlen werden (vgl. Behrens et al., 2018c). Zudem liefert die Studie Hinweise auf die vermutlich positive Wirkung Mobiler geriatrischer Rehabilitation auf das zentrale Rehabilitationsziel der selbstbestimmten Teilhabe, auch bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit höhergradigen kognitiven oder funktionellen Einschränkungen. Dieser Effekt bleibt auch über 6 Monate nahezu konstant, so dass die Nachhaltigkeit der Zielerreichung zu belegen ist. Die Sicherung nachhaltiger Effekte auf selbstbestimmte Teilhabe, sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege, kann jedoch nicht allein die Aufgabe der medizinischen Rehabilitation sein. Teilhabeförderung ist als interdisziplinärer und interprofessioneller Entwicklungsprozess zu verstehen, der durch MoGeRe angebahnt und unterstützt werden kann. Zur Realisierung individueller Teilhabeziele ist es nötig, diese im Lebensumfeld des Pflegebedürftigen zu erkennen und Möglichkeiten zu deren Erfüllung zu schaffen. Dabei ist die Zusammenarbeit des Rehabilitationsteams mit der Pflege vor Ort und den Bezugspersonen des Pflegeheimbewohners essentiell. Ohne diese abgestimmte Zusammenarbeit kann der Erfolg einer MoGeRe gefährdet sein. Für die Nachhaltigkeit der erreichten selbstbestimmten Teilhabe („Rehabilitationserfolg“) ist die Entwicklung von Pflegeheimkonzepten notwendig, die die Teilhabebedürfnisse der Bewohner in das Zentrum der Betrachtung rückt.

Es bedarf weiterer Teilhabeforschung, um in der angestrebten inklusiven Gesellschaft (vgl. UN-Behindertenrechtskonvention) eine Chancengleichheit auf ein selbstbestimmtes Leben auch für pflegebedürftige Menschen in Einrichtungen der stationären Pflege zu bewirken und gesellschaftliche Teilhabe auch im Alter zu ermöglichen.

## 7. Literaturverzeichnis

Armbruster J, Kruse A, Metz BR, Schmidt-Ohlemann M, Schomberg A, Steffens T, Voigt KI (2008) Mobile Rehabilitation. Ein Konzept der Teilhabesicherung. In: Diakonisches Werk der evangelischen Kirche e.V. (Hrsg.) Diakonie Texte 14.2008

Behrens J (1983) „Bedürfnisse“ und „Zufriedenheit“ als Statussymbole und Anrechte. Lehren aus einem Panel für Bedürfnistheorie und Planung, Hondrich KO, Vollmer R (Hrsg), Bedürfnisse. Stabilität und Wandel. Theorie, Zeitdiagnose, Forschungsergebnisse, Opladen 1983: S. 193-244

Behrens J, Leibfried S (1987) Sozialpolitische Forschung. Eine Übersicht zu universitären und universitätsnahen Arbeiten, Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 33, Heft 1/1987: 1-19

Behrens J und Zimmermann M (2006) Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit. Konzept und Forschungsperspektiven. Z Gerontol Geriat, 39 (2006): 165-172

Behrens J und Zimmermann M (2017) Sozial ungleich behandelt? A. Sens und P. Bourdieus Theorien und die soziale Ungleichheit im Gesundheitswesen - am Fallbeispiel präventiver Rehabilitation, hogrefe Verlag, Bern, 2017: S. 215-242

Behrens J (2008) in Bauer U, Büscher A (Hrsg): Soziale Ungleichheit und Pflege: Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 1. Auflage, Wiesbaden 2008: S. 180-210

Behrens J, Langer G, (Hrsg.) (2010) Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik in Pflegepraxis und Versorgungsforschung. Verlag Hans Huber, 1. Auflage, 2010: S. 89-102

Behrens J, Weber A, Schubert M (Hrsg) (2012) Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwortlichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe? Gesundheits- und Sozialpolitik seit 1989. Verlag Barbara Budrich, Opladen, Berlin & Toronto

Behrens J (2019) Theorie der Pflege und der Therapie, Bern, Hogrefe-Verlag, Bern, 2019: S. 54-79

Behrens J, Grune K, Janßen H, Köhler L, Kraft J, **Martin N**, Naumann F, Pflug M, Schmidt-Ohlemann M, Siegert R, Thiel S, Warnach M, Wolf M (2016) Kein Assessment misst das Erreichen des gesetzlichen Rehaziels, oder? Die Verwechslung von Zielen und Mitteln, Thieme, Das Gesundheitswesen 08/09 2016, Vol.78: A194

Behrens J, Grune K, Janßen H, Köhler L, Kraft J, **Martin N**, Naumann F, Pflug M, Schmidt-Ohlemann M, Siegert R, Thiel S, Warnach M, Wolf M (2017a) Nur etwa einem Drittel der Rehabilitationsbedürftigen in der stationären Pflege kann zur Zeit eine Reha empfohlen werden. Die Filter zwischen Rehabedürftigkeit und Rehaempfehlung. DRV Schriften 2017: 131-133

Behrens J, v. Carnap C, Grune K, Kraft J, Köhler L, Friedrich C, **Martin N**, Naumann F, Pflug M, Ralle-Sander G, v. Rothkirch C, Schmidt-Ohlemann M, Siegert R, Thiel S, Warnach M, Weiglein M, Wolf M (2017b) Hindernisse und Förderfaktoren mobiler geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen. Gerontologie und Geriatrie, Suppl 3 2017: 132-133

Behrens J, v. Carnap C, Grune K, Kraft J, Köhler L, Friedrich C, **Martin N**, Pflug M, v. Rothkirch C, Schmidt-Ohlemann M, Siegert R, Thiel S, Warnach M, Weiglein M, Wolf M (2018a) Hindernisse und Förderfaktoren mobiler geriatrischer Rehabilitation in stationären Pflegeeinrichtungen. Schlussfolgerungen aus klinisch-epidemiologischen Erhebungen und Organisationsverlaufs-Studien, Gerontologie und Geriatrie, Suppl 1 2018: 89

Behrens J, Grune K, Janßen H, Köhler L, Kraft J, **Martin N**, Friedrich C, Pflug M, Schmidt-Ohlemann M, Siegert R, Thiel S, Warnach M (2018b) Hindernisse und Förderfaktoren mobiler geriatrischer Rehabilitation (MoGeRe) in stationären Pflegeeinrichtungen. Ergebnisse klinisch-epidemiologischer Reihenuntersuchungen und Organisationsverlaufs-Studien. DRV-Schriften 2018, S.469-471

Behrens J, Thiel S, Grune K, **Martin N**, Janßen H, Kraft J, Köhler L, Friedrich C, Pflug M, Schmidt-Ohlemann M, Siegert R, Warnach M (2018c) Rehabilitationsbedarf und Inanspruchnahme von med. Rehabilitationsmaßnahmen in Pflegeheimen und Kurzzeitpflege, Eine klinisch-epidemiologische Reihenuntersuchung in regional ausgewählten

Pflegeeinrichtungen Bayerns, Bremens, Brandenburgs, Berlins und von Rheinland-Pfalz, gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit auf Beschluss des Deutschen Bundestages. DRV-Schriften 2018, S.471-473

Blumenthal W, Jochheim KA (2009) Entstehen und Entwicklung der Rehabilitation in Deutschland in Blumenthal W, Schliehe F: Teilhabe als Ziel der Rehabilitation, DVfR Heidelberg 2009: 11-27

Boden K (1997) Der Einfluss der Mobiler Rehabilitation auf Selbständigkeit und Kompetenz bei geriatrischen Patienten, Humboldt-Universität zu Berlin, 2009, Dissertation

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2010) ICF Praxisleitfaden, 3. Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Für das Krankenhausteam. Frankfurt a.M.: BAR

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2013) Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe-Beeinträchtigung-Behinderung. Bonn. BMAS: S. 361

Bundestags-Drucksache 14/2913, Abschnitt a, Abs. 1

Chibnall JT, Tait RC (1994) The Pain Disability Index: Factor Structure an Normative Data. Arch Phys Med Rehabilitation 1994 (75): 1082-1086

Deck R, Mittag O, Muche-Borowski C, Hüppe A, Raspe H (2007) Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET) - Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2007 (76): 113-120

Dillmann U, Nilges P, Saile P, Gerbershagen HU (1994) Behinderungseinschätzung bei chronischen Schmerzpatienten. Der Schmerz 8 (2): 100-110

DIMDI [=Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information] (Köln 2017) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. World Health Organization, Genf 2005.

Farin E (2011) Teilhabe von Patienten an Lebensbereichen als Gegenstand der Versorgungsforschung: Beziehung zu verwandten Konstrukten und Übersicht über vorhandene Messverfahren. *Gesundheitswesen* 2011 (73): e1-e11

Farin E (2012) Konzeptionelle und methodische Herausforderungen der Teilhabeforschung. *Rehabilitation* 2012 (51): S3-S11

Folstein MF, Folstein SE, Mc Mugh PR (1975) „Mini-mental state“: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12:189-198

Gerdes N, Funke UN, Schüwer U, Kunze H, Walle E, Kleinfeld A, Reiland M, Jäckel WH (2009) Ergebnisorientierte Vergütung der Rehabilitation nach Schlaganfall - Entwicklungsschritte eines Modellprojekts 2001-2008. *Rehabilitation* 2009 (48): 190-201

Gerdes N; Funke UN, Claus B, Schüwer U, Themann P (2005) Selbständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation (SINGER)-Entwicklung und Validierung eines Assessment-Instrumentes, In: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): 14. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium 2005. DRV Schriften Band 59, S.341-343

Gignac M, Cao X, Mcalpine J, Badley E (2011) Measures of disability: Arthritis Impact Measurement Scales 2 (AIMS2), Arthritis Impact Measurement Scales 2-Short Form (AIMS2-SF), The Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Long-Term Disability Questionnaire, EQ-5D, World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODASII), Late-Life Function and Disability Instrument-Abbreviated Version (LLFDI-Abbreviated)“. *Arthritis care & research*, 63(11): 24.

Gutenbrunner C, Glaesener JJ (2007) *Rehabilitation, Physikalische Medizin und Naturheilverfahren*, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2007: S. 115-134

Immich H (1974) *Medizinische Statistik*, Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 1974: S. 327-332

Janßen H, Behrens J, Köhler L, Kraft J, Naumann F, Schmidt-Ohlemann M, Siegert R, Warnach M (2018) Ermittlung des allgemeinen Rehabilitationsbedarfs und Evaluation Mobiler Geriatrischer Rehabilitation in

stationären Pflegeeinrichtungen und in der Kurzzeitpflege. Abschlussbericht im Rahmen des Modellprogramms des Bundesministeriums für Gesundheit. Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger, Bremen. [www.bmg.de](http://www.bmg.de)

Kessler J, Denzler P, Markowitsch HJ (1990) Mini Mental Status Test, deutschsprachige Fassung, Beltz-Test: 1-6

Korczak D, Steinhauser G, Kuczera D (2012) Effektivität der ambulanten und stationären geriatrischen Rehabilitation bei Patienten mit der Nebendiagnose Demenz, Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA). Bd. 122, DIMDI, Köln 2012

Kruse A, Ding-Greiner C (2003) Ergebnisse einer Interventionsstudie zur Förderung und Erhaltung von Selbständigkeit bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 36, 463-474

Kuck F (2014) Mobile Rehabilitation im höheren Lebensalter, Alice-Salomon-Hochschule Berlin, 2014, Masterarbeit

Linden M, Baron S (2005) Das Mini-ICF-Rating für psychische Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Rehabilitation 2005 (44): 144-151

Loegers T, Hakimi M, Linhart W, Kaiser T, Briem D, Rueger J, Windolf J (2008) Die geriatrische Frührehabilitation nach hüftgelenksnahe Oberschenkelbruch: Nachhaltiges Konzept oder lediglich Kostenverschiebung? Der Unfallchirurg 2008, 111(9): 719-726

Mahoney FI, Barthel DW (1965) Functional Evaluation. The Barthel Index. MD State Med J 1965; 14: 61-65.

Matthesius RG, Jochheim KA, Barolin GS, Heinz C (1995) ICDIH, Teil 1: Die ICDIH - Bedeutung und Perspektiven, Teil 2: Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen. Ein Handbuch zur Klassifikation der Folgeerscheinungen der Erkrankung. Ullstein-Mosby, Berlin Wiesbaden 1995, S. 107-112

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V.; GKV-Spitzenverband (2007) Rahmenempfehlung zur Mobilen Rehabilitation, 2007: S. 10-11

Meinck M, Freigang K, John B, Keitel C, Puls E, Robra BP (2003) Wohnortnahe geriatrische Rehabilitation. Evaluation zweier Modelle anhand medizinischer Verlaufskriterien. In: Rehabilitation 2003 (42): 45-51

Meinck M, Pippel K, Lübke N (2017) Settingspezifische Auswertung der bundesweiten Basisdokumentation der mobilen geriatrischen Rehabilitation (Teil 1), Z Gerontologie und Geriatrie 2017 (59): 226-232

Ostermann K (2003) Mobile ambulante geriatrische Rehabilitation im Landkreis Marburg-Biedenkopf. Abschlussbericht im Rahmen des Modellprogramms des Bundesministeriums für Gesundheit. Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger, Kassel.

Pippel K, Meinck M, Lübke N (2017) Settingspezifische Auswertung der bundesweiten Basisdokumentation (Teil 2), Z Gerontologie und Geriatrie 04/2017: 325-331

Pöpl D, Deck R, Fries W, Reuther P (2013) Messung von Teilhabe in der wohnortnahen ambulanten Neurorehabilitation - eine Pilotstudie. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 2013 (81): 570-578

Raspe H, Ekkernkamp M, Matthis C, Raspe A, Mittag O (2005) Bedarf an rehabilitativen Leistungen: Theorie und Empirie. Rehabilitation 2005 (44): 325-334

Runge M, Wahl JH (1996) Ambulantes geriatrisches Assessment: Werkzeuge für die ambulante geriatrische Rehabilitation, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, Darmstadt: Steinkopff 1996

Schenk E, Lange J, Schucany M, Wendel C (2015) Teilhabe nach Schlaganfall - Validierung der deutschen Übersetzung des IMPACT-S. Die Rehabilitation 2015 (54): 160-165

Schmidt-Ohlemann M, Schweizer C (2009) Mobile Rehabilitation. Eine Innovation in der ambulanten medizinischen Rehabilitation. Rehabilitation 2009 (48): 15-25

Schmitt S (2011) Subjektive Gesundheitskonzepte und Gesundheitsförderung im Alter. Universität Bremen, 2011, Dissertation

Schneekloth U, Wahl HW (2008) Deutschland Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend - Bundesministerium für Familie, Senioren: Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV) - Befunde und Empfehlungen: Zusammenfassung; Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren: 99

Schnell R, Hill PB, Esser E (1999) Methoden der empirischen Sozialforschung. 6. Aufl. Oldenbourg Verlag, München 1999, S. 330-331

Schulz M, Behrens J, Schmidt-Ohlemann M (2008) Ergebnisorientierte Evaluation eines Mobilen Rehabilitationsdienstes: Eine prospektive Studie. In: Phys Rehab Kur Med 2008 (18): 30-34

Schulz R, Knauf W, Püllen R (2014) Mobile geriatrische Rehabilitation bei funktionell schwer beeinträchtigten Patienten. Untersuchungen zur Effektivität. Gerontologie und Geriatrie 2014 (47): 147-152

Schumacher M, Schulgen G (2002) Methodik klinischer Studien, 3. Auflage, Springer Verlag, S. 7

Schuntermann MF (2018) Einführung in die ICF: Grundkurs, Übungen, offene Fragen. 4. überarb. Aufl. Heidelberg (u.a.): ecomed Medizin

Schweizer C, Schmidt-Ohlemann M, Schönle PW (2006) Nachhaltigkeit der (mobilen) Geriatrischen Rehabilitation. Definition und Messung von Outcomes in langfristiger Perspektive. Saarbrücken, Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (ISO): S. 14-27

Schweizer C (2001) Ambulante Geriatrische Rehabilitation. Endbericht zum Modellversuch der AOK Baden-Württemberg und der LKK Baden-Württemberg, Stuttgart.

Schweizer C, Brandt F (1997) Ambulante Geriatrische Rehabilitation. Endbericht zum Modellversuch des Sozialministeriums Baden-Württemberg, Stuttgart.

Schweizer C (2005) Mobile Rehabilitation: Vom Modell in die Regelversorgung, Saarbrücken, Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (ISO)

Sozialgesetzbuch IX (2014) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I-XII mit Durchführungsbestimmungen, Wohngeldgesetz (WoGG) und Sozialgerichtsgesetz (SGG). Rechtsstand 15. Januar 2017. Regensburg, Walhalla Fachverlag: S. 1073-1170

Sozialgesetzbuch V (2014) Gesetzliche Rentenversicherung. Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I-XII mit Durchführungsbestimmungen, Wohngeldgesetz (WoGG) und Sozialgerichtsgesetz (SGG). Rechtsstand 15. Januar 2017. Regensburg, Walhalla Fachverlag: S. 363-708

Sozialgesetzbuch XI (2014) Soziale Pflegeversicherung. Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I-XII mit Durchführungsbestimmungen, Wohngeldgesetz (WoGG) und Sozialgerichtsgesetz (SGG). Rechtsstand 15. Januar 2017. Regensburg, Walhalla Fachverlag: S.1231-1364

Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2017, Wiesbaden 2018

Thiel S (2019) Rehabilitationsbedarf und Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen in Pflegeheimen und Kurzzeitpflege, Halle (Saale), Univ., Med. Fak., Diss., 2019

UN-Behindertenrechtskonvention. Artikel 25 und 28

Wettstein A, Conzelmann M, Weiß HW (2001) Checkliste Geriatrie, 2., komplett überarbeitete und erweiterte Auflage 2001, Thieme-Verlag: S. 101 – 128

## 8. Thesen

1. Höchst individuelle, selbstformulierte und damit selbstbestimmte Teilhabeziele können mit dem Instrument einer offenen Abfrage einfach partizipativ erfasst werden.
2. Das Erreichen der selbstbestimmten Teilhabeziele ist messbar.
3. Die Formulierung selbstbestimmter Teilhabeziele gelingt für nahezu jeden rehabilitationsbedürftigen Bewohner und jede Bewohnerin stationärer Pflegeeinrichtungen, unabhängig vom Ausmaß seiner bzw. ihrer kognitiven oder kommunikativen Schädigung.
4. Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen, die an einer Mobilen Rehabilitation teilnahmen, erreichten ihre selbstformulierten Teilhabeziele deutlich häufiger, als Bewohnerinnen und Bewohner ohne Mobile Rehabilitation.
5. Auch 6 Monate nach Mobiler Rehabilitation werden die selbstformulierten Teilhabeziele nachhaltig erreicht.
6. Bewohnerinnen und Bewohner mit höhergradigen kognitiven Einschränkungen erreichen ihre Teilhabeziele nach 6 Monaten ebenso, wie jene mit leichten oder keinen kognitiven Einschränkungen.
7. Die vorliegende Pflegestufe ist kein prognostischer Parameter für das Erreichen oder Nichterreichen selbstbestimmter Teilhabeziele durch Mobile Rehabilitation in Einrichtungen stationärer Pflege.

Allgemeine und medizinische Daten

1 Sozialanamnese

<input type="checkbox"/>	Bewohner/in eines nach § 72 SGB XI zugelassenen Pflegeheimes seit _____	<input type="checkbox"/>	Kurzzeitpflege seit ..... Tagen
--------------------------	---	--------------------------	---------------------------------

Geburtsdatum _____ (TT.MM.JJJJ)	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Wurde ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit / Höherstufung gestellt, der noch nicht entschieden ist? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Pflegestufe	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3+
Schwerbehinderung anerkannt <input type="checkbox"/> ja Grad der Behinderung ____ . Merkmale _____	
Kassenzugehörigkeit	<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat

2 Klinische Anamnese

Rehabilitationsrelevante Hauptdiagnose (ICD-10 Code): \_\_\_\_\_

Beschwerden		
<b>Internistische Diagnosen:</b> <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz u.a. <input type="checkbox"/> Herzkrankungen <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen insb. VHF <input type="checkbox"/> Arterieller Hypertonus <input type="checkbox"/> PAVK <input type="checkbox"/> Pulmonale Insuffizienz, COPD <input type="checkbox"/> Erkrankungen des Magendarmtrakts <input type="checkbox"/> Erkrankungen Leber, Galle, Pankreas u.a. <input type="checkbox"/> Chron. Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus und Folgen, and. endokrine Erkrankungen <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Malignom	<b>Muskuloskelettales System:</b> <input type="checkbox"/> Degenerative WS-Erkrankungen <input type="checkbox"/> Arthrosen großer Gelenke <input type="checkbox"/> Zustand nach Frakturen Hüfte, Becken <input type="checkbox"/> Zustand nach sonstige Frakturen untere Extremität <input type="checkbox"/> Zustand nach Frakturen Schulter, Ober- und Unterarm <input type="checkbox"/> Zustand nach TEP Hüfte, Knie <input type="checkbox"/> Zustand nach Beinamputation	<b>Neurologie/Sinnesorgane:</b> <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> Hemiparese mit und ohne Neglect <input type="checkbox"/> Tetraparese, Querschnittslähmung <input type="checkbox"/> Neurodegenerative Erkrankungen <input type="checkbox"/> Sprach-/Sprechstimmstörung <input type="checkbox"/> Alltagsrelevante Sehstörung <input type="checkbox"/> Alltagsrelevante Hörstörung <input type="checkbox"/> Dysphagie <input type="checkbox"/> Spinale/periphere Nervenlähmung <input type="checkbox"/> Epilepsie

**MoGeRe**

**B. Verlaufsstudie T0  
mit MoRe Intervention**

ID Nummer: \_\_\_\_\_

Erhebungsdatum: \_\_\_\_\_

Einrichtung: \_\_\_\_\_



Gefördert durch:  

**Bundesministerium für Gesundheit**  
 aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

**Koordination: Hochschule Bremen  
 Leonore Köhler  
 Neustadtswall 30, 28199 Bremen  
 Telefon: 0421 / 5905 2774  
 Email: [leonore.koehler@hs-bremen.de](mailto:leonore.koehler@hs-bremen.de)**

#### 4 Teilhabeziele des Patienten/der Patientin

Aus Sicht des Bewohners/der Bewohnerin (in 3 Monaten)

- 1.....2...
- .....
- 3.....
- .....
- .....

Aus Sicht der Pflege(person)

- 1.....2...
- .....3.....
- .....
- .....

#### 5 Ziele in Hinsicht auf Kontextfaktoren der Teilhabe

Aktivierung von möglichen Ressourcen ...

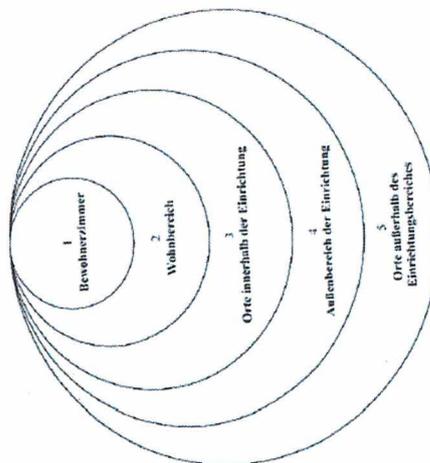
<input type="checkbox"/> Einbezug der Familie in die Versorgung im Heim: Essen, Leckereien	<input type="checkbox"/> Einbezug in ADL Transfers usw.	<input type="checkbox"/> Gemeindemitglieder/ Besuchsdienste
<input type="checkbox"/> Bezugspflege ausbauen	<input type="checkbox"/> zusätzlicher Unterstützungs- personen (Ehrenamt)	<input type="checkbox"/> PKW-Transfer ermöglichen, ggf. Taxifahrten
<input type="checkbox"/> Einbezug von Freunden	<input type="checkbox"/> Umgebungserkundung	<input type="checkbox"/> Zimmergestaltung
<input type="checkbox"/> Rollstuhlmobilität	<input type="checkbox"/> Anschluss an die Kommune	<input type="checkbox"/> Anschluss Kirchengemeinde
<input type="checkbox"/> Lesehilfen		

Sonstiges: <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<b>Geriatritypische Syndrome:</b> <input type="checkbox"/> Sarkopenie, Frailty <input type="checkbox"/> Multifaktorielle Gangstörungen, Sturzsyndrom <input type="checkbox"/> Urininkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Chronische Wunde/n	<b>Psychiatrie:</b> <input type="checkbox"/> Demenz, alltagsrelevante kognitive Störungen <input type="checkbox"/> Psychiatrische Erkrankungen <input type="checkbox"/> (Depression, Psychose, Angststörung u.a.) <input type="checkbox"/> Abhängigkeitskrankheit (Alkohol, Schlafmittel)
--	--	---

#### 3 Bewegungsradius

Wo befindet sich der am weitesten entfernte Ort, den der Bewohner/ die Bewohnerin zurzeit regelmäßig (d.h. mindestens einmal in der Woche) selbständig oder mit Hilfe aufsucht?

- 0 Bewohner/in ist ortsfixiert
- 1 Bewohnerzimmer
- 2 Wohnbereich
- 3 Orte innerhalb der Einrichtung
- 4 Außenbereich der Einrichtung
- 5 Orte außerhalb des Einrichtungsbereiches



**6 Ziele in Hinsicht auf Aktivitäten und Teilhabe**

Bitte für jedes Teilhabeziel eine Konkretisierung mit Endpunkt in Freitext formulieren!

<input type="checkbox"/>	<p><b>1</b> Ziel ca. 4-stündigen Sitzen (im Stuhl, Sessel, Rollstuhl) zum Zweck der Teilhabe z. B. 1. Tageszeit (Vormittag, Nachmittag, Abend) z. B. Zimmer wird verlassen, Besuch wird außerhalb des Bettes empfangen Freitext: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>2</b> Ziel: zuverlässiger und regelmäßiger (mind. 1x täglich) Transfer durch 1 Hilfsperson z. B. Bett-Rollstuhl. z. B. mit Lifter, Umsetzhilfe, Rutschbrett, Kinästhetik oder über den Stand Freitext: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>3</b> Optimierte Lokomotion, d.h. a. eigenständige Beweglichkeit zur selbstständigen Positionsänderung im Bett oder b. Bewegung im Raum: Stehen, Gehen Freitext: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>4</b> Mobilität von A nach B z. B. = Zimmer, Station, Haus, Nachbarschaft, naher Stadt, Stadt, Fernbereich. <small>Tatsächliche Mobilität, gleichgültig mit welchem Hilfsmittel</small> z. B. mit oder ohne Begleitung Freitext: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>5</b> Vermeidung oder teilhabeunschädliche Bewältigung von <b>Hautschäden</b> (z. B. Dekubitus, Infektionen) im alltäglichen Leben z. B. kann trotzdem Sitzen oder Gehen z. B. das Präventionsmanagement erfolgreich? Freitext: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>6</b> Verständnis und Mitteilungsfähigkeit z. B. Missverständnisse berichtigen können gleichgültig, mit welchen Mitteln (Schrift, Bilder, Listen, Systematische Gestenverwendung, digitale Medien u.a.) z. B. Telefon z.B. Anweisungen geben, Hilfe holen, sich unterhalten Freitext: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>7</b> Realisierung des Essen und Trinkens/Nahrungsaufnahme mit Wunschessen allein oder in Gesellschaft auch bei orofazialer Dysfunktion z.B. bei Mahlzeiten, Besuch, z.B. positive Geschmackserlebnisse Freitext: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>8</b> Bewältigung der Inkontinenz, mit dem Ziel, dass soziale Aktivitäten nicht mehr</p>

	<p>wesentlich eingeschränkt sind. z. B. mittels Hilfsmitteln z.B. Abführreglement Freitext: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>9</b> Sonstige Aktivitäten des kleinen Haushaltes (Zubereiten von einfachsten Speisen und Getränken, ev. Blumenschmuck, Leckerleien) und/oder Umgang mit Kleidung, persönliche Hygiene Freitext: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>10</b> Strategien zur Bewältigung eingeschränkter <b>Sinnesfunktionen</b>, u. a. zur Orientierung, Kommunikation, bei Kulturtechniken und sozialen Aktivitäten, u.a. durch Hilfsmittel bei Sehstörungen und Hörstörungen (z.B. Fernsehen mit Kopfhörer, Induktion, Anpassung Telefonie). Freitext: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>12</b> Praktische Ausübung von <b>Kulturtechniken</b> im Alltag wie Lesen, Schreiben, Rechnen, Telefonie, elektronische Medien, SMS, Skype, whatsapp, Zeitung, Fernsehen Freitext: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>13</b> Umfeldsteuerung und Umfeldkontrolle z. B. Praktische Steuerung von Notruf, Fernbedienung, Telefonapparat, Verstellmöglichkeiten Bett, Elektrorollstuhl mit Spezialsteuerung, Freitext: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>14</b> Kontrollkompetenz und Souveränität im Hinblick auf die Gestaltung der Pflegeverrichtungen, die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge, die Zeit und die Assistenz. Außert erfolgreich Wünsche und Kritik, gibt Rückmeldung, bestimmt konkrete Pflegeverrichtungen, z. B. Waschwasser kalt/warm, im Sitzen, Zeitpunkt, Zimmertemperatur usw. Freitext: _____</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>15</b> Ermöglichung relevanter Beschäftigung im Alltag einschließlich solcher Aktivitäten, die dem Betroffenen Bedeutung in der sozialen Gemeinschaft geben können. Hobby, selbstgewähltes Ehrenamt, sich um andere kümmern, sich nützlich machen Freitext: _____</p>

<input type="checkbox"/>	16	Ermöglichung einer persönlichen strukturierten <b>Tagesgestaltung</b> , ggf. durch Nutzung von Angeboten des Heims und anderer Organisationen. Freitext: _____
<input type="checkbox"/>	17	Lernen, Wissensanwendung und Aktivierung der kognitiven Funktionen einschließlich Gedächtnis, Konzentration, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit etc. speziell im Hinblick auf die alltäglichen praktischen Lebensvollzüge im eigenen Umfeld (z. B. Zeitung/Buch, TV, bestimmte Sendungen, Hörfunk, Nutzung von Lexika, Internet, Informationen aus der Pflegeeinrichtung/des sozialen Umfelds, der Politik und andere persönlich relevante Themen wie Fußball, Kreuzworträtsel, Quiz). Freitext: _____
<input type="checkbox"/>	18	Selbstgesteuertes Schmerzmanagement, so dass soziale Aktivitäten nicht beeinträchtigt werden z. B. Medikamente, TENS, Pflaster Freitext: _____
<input type="checkbox"/>	19	Bewältigung psychischer Probleme, Verbesserung der Stimmungslage, von Depressivität, Unzufriedenheit, Unruhe, Angst, Zwänge und anderer gerontopsychiatrischer Syndrome; Kenntnisse und Umgang der Pflege und der Angehörigen u.a. mit der Symptomatik und deren Bewältigung im sozialen Kontext. Freitext: _____
<input type="checkbox"/>	20	Bewältigung von Atmungsproblemen, u. a. bei COPD und anderer Formen der respiratorischen Insuffizienz mit und ohne intermittierende oder dauerhafte Beatmung, bei rezidivierenden Infekten, bei Schluckstörungen u.a. Alltagsrelevante Reduktion der Teilhabebeschränkung durch die Symptomatik, z. B. Spaziergang, Besuche, (mobile O2-Geräte) Freitext: _____
<input type="checkbox"/>	21	Förderung und Stabilisierung des primären sozialen Netzes durch Information, Beratung, Stützung, Beseitigung von Begegnungshindernissen, Erschließung des öffentlichen Raumes (z. B. Gaststätten) z.B. Feste bei Angehörigen, Zahl der Kontakte (egal mit welchem Medium) Freitext: _____
<input type="checkbox"/>	22	Förderung des regionalen sozialraumbezogenen sekundären sozialen Netzwerks. Wie z0, aber ferner stehende Menschen: Pfarrer, Vereine etc., ggf. auch persönliche Assistenz zur Ermöglichung eigener Aktivitäten (diese dann nennen) Freitext: _____

<input type="checkbox"/>	23	Bearbeitung von Konflikten, Erwartungen von Bewohnern und Bezugspersonen, Förderung realistischer Erwartungen aneinander, dadurch konstante persönliche Beziehung und eines stabilen, angstfreien offenen, freundlichen Umfeldes mit verlässlichen Partnern, Bezugspersonen. Stützung, Beratung und Anleitung der Bezugspersonen, insbesondere auch im Verständnis der Situation des Patienten, einem angemessenen Umgang und einer angemessenen Kommunikation vor allem bei kognitiv beeinträchtigten, gerontopsychiatrischen Patienten, und in Bezug einer möglichst breiten Förderung der Unterstützung der Aktivitäten und sozialen Teilhabe des Patienten. Freitext: _____
<input type="checkbox"/>	25	Fachgerechtes medizinisches Management einschl. hausärztl., fachärztl, Heil- und Hilfsmittel sowie Medikamentenversorgung ohne Beeinträchtigung aber mit Förderung der Teilhabe z.B. auch: Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, Fußpflege, Hörgeräte, Diäten Freitext: _____
<input type="checkbox"/>	26	Beantragung und Organisation sozialstaatlicher Leistungen unter den Pflegeheim Refinanzierung des Heimaufenthaltes, ausreichendes Taschengeld ggf. Empfehlung von Eingliederungshilfe bei anspruchsberechtigten Personen, Beförderungskosten, Heimfahrten Freitext: _____

**7 Symptombezogene Ziele**

<input type="checkbox"/>	<b>Schmerzlinderung/-beseitigung</b> Stärke und Lokalisierung Bestehen aktuell Schmerzen (sehr stark/stark/etwas/kaum/gar nicht)? Wo?
<input type="checkbox"/>	<b>Vigilanz</b> Wachheit, Aufmerksamkeit, Ansprechbarkeit
<input type="checkbox"/>	<b>Unternehmungslust</b> Eigeninitiative, Energie, Tatendrang
<input type="checkbox"/>	<b>Medikamentenverbrauch</b> Sedierung, Polypharmazie

### 8 Transferleistung

In Anlehnung an Esslinger Transferskala (Runge M, Rehfeld G 1997)

Hilfestufe	Graduierung: Umsetzen vom Bett in den (Roll-)Stuhl ... - laut Fremdanamnese - ohne personelle Hilfe	Erläuterungen
<input type="checkbox"/> H0	mit spontaner Laienhilfe	Bei selbstständigem Umsetzen mit unmittelbarer Sturzgefahr = H1. Wenn Anweisung/Überwachung erforderlich = H1
<input type="checkbox"/> H1	mit geschulter Laienhilfe	Bezugspunkt ist ein durchschnittlicher Erwachsener ohne besondere Schulung. Wenn offenkundige Probleme sichtbar werden (Gefahr, Schmerz), ist höher einzustufen.
<input type="checkbox"/> H2	mit geschulter Laienhilfe	Durchschnittlich geschickter Erwachsener nach ca. zweimal je ½ Stunde Schulungszeit
<input type="checkbox"/> H3	mit einem Helfer professionellen Standards	Ausgebildete Kranken- oder Altenpflegekraft oder Therapeut/in. Bei Apoplex-Patienten werden die Grundregeln des Umsetzens nach Bobath vorausgesetzt, allerdings wird Kompensation zugelassen, wenn der Patient von sich aus so vorgeht. Auch ein geschickter Nicht-Prof kann in diesem Bereich professionellen Standard erreichen.
<input type="checkbox"/> H4	mit mehr als einem Helfer professionellen Standards	Ein Helfer, der üblichen professionellen Standard erreicht, ist nicht ausreichend, um den Patienten schmerzlos oder gefahrlos (auch für den Helfer gefahrlos) umzusetzen. Ein zweiter Helfer oder ein technisches Gerät (Lifter, Rutschbrett, Drehbrett) sind nötig.

Bei starken Tagesschwankungen wird dies vermerkt (z.B. „fluktuierend“), üblicherweise wird die jeweils schlechtere Einstufung gewählt, wenn diese nicht die klare Ausnahme ist.

### 9 Aktivitäten des täglichen Lebens (Barthel-Index)

Kurzfassung des Hamburger Manuals, Mahoney FI, Barthel DW. 1965 MD State Med J 14: 61-65.

Wird aus Gründen der Sicherheit oder wegen fehlenden eigenen Antriebs für die ansonsten selbstständige Durchführung einer Aktivität Aufsicht oder Fremdstimulation benötigt, ist nur die zweithöchste Punktzahl zu wählen.  
Sollten (z.B. je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungskriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen.

Alltagsfunktionen	Punkte
<b>Essen</b>	
Komplett selbständig oder selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung	10
Hilfe bei mündgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung	5
kein selbständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung	0
<b>Aufsetzen &amp; Umsetzen</b>	
Komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück	15
Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	10
erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	5
wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	0
<b>Sich waschen</b>	

© Forschungsvorhaben Mobile Geriatrische Rehabilitation - Verlaufsuntersuchung

vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	5
erfüllt "5" nicht	0
<b>Toilettenbenutzung</b>	
vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung	10
vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich	5
benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	0
<b>Baden/Duschen</b>	
selbständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5
erfüllt "5" nicht	0
<b>Aufstehen &amp; Gehen</b>	
ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen	15
ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen	10
mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen	5
alternativ: im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl	
erfüllt "5" nicht	0
<b>Treppensteigen</b>	
ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen	10
mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	5
erfüllt "5" nicht	0
<b>An- und Auskleiden</b>	
zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. Antithrombose-Strümpfe, Prothesen) an und aus	10
kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	5
erfüllt "5" nicht	0
<b>Stuhlkontinenz</b>	
ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung	10
ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / AP-Versorgung	5
ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	0
<b>Harnkontinenz</b>	
ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einmüssen von Kleidung oder Bettwäsche)	10
kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einmüssen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems	5
ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent	0

© Forschungsvorhaben Mobile Geriatrische Rehabilitation - Verlaufsuntersuchung

10 Lebensqualität

H.I.L.D.E. (E. Selbst eingeschätzte Zufriedenheit)

Becker, S., Kaspar, R., Kruse A. (2011). H.I.L.D.E. Heidelberg Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen. Verlag Hans Huber, Bern.

Herr /Frau ..., sind Sie zurzeit zufrieden mit Ihrem Leben im Allgemeinen? oder

Herr /Frau ..., würden Sie sagen, Sie haben Alles in Allem zurzeit ein gutes Leben?

Versuchen Sie das Ausmaß der Zufriedenheit einschätzen zu lassen, indem Sie nachfragen:

Sind Sie Alles in Allem ... sehr zufrieden/eher zufrieden/ eher unzufrieden/sehr unzufrieden?

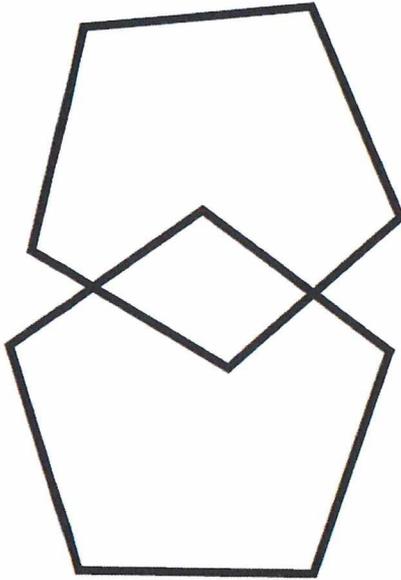
Der Bewohner versteht die Frage nicht und/oder gibt keine passende Antwort	0
Der Bewohner reagiert erkennbar angemessen auf die Frage (z.B. mit „ja, gut“ oder „nein“, kann aber auf nähere Nachfrage keine Angabe zum Ausmaß machen. Seine Antwort war...	..tendenziell negativ (1)
	..tendenziell positiv (2)
Der Bewohner versteht die Frage und schätzt sich deutlich erkennbar ein als...	..sehr unzufrieden 1
	..eher unzufrieden 2
	..eher zufrieden 3
	..sehr zufrieden 4

11 Mini-Mental-Status Test

Folstein et al., 1975 J Psychiatr Res 12: 189-196; ICD-10-GM Version 2015

I. Orientierung		Richtig	Falsch
Fragen Sie zuerst nach dem Datum, dann gezielt z.B. „Können Sie mir auch sagen, welche Jahreszeit jetzt ist?“			
1	Datum	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2	Jahreszeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3	Jahr	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4	Wochentag	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5	Monat	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
6	Bundesland	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
7	Landkreis/Stadt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
8	Stadt/Stadteil <i>In Großstädten sollte nach Stadt und Stadtteil gefragt werden</i>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
9	Wo sind wir hier (in welchem Pflegeheim)?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
10	Stockwerk/Station	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
II. Merkfähigkeit		Anzahl Versuche:	
Fragen Sie den Untersuchten, ob er mit einem kleinen Gedächtnistest einverstanden ist. Er wird darauf hingewiesen, dass er sich 3 Begriffe merken soll. Die Begriffe langsam und deutlich nennen. Die Begriffe direkt wiederholen lassen, ggf. wiederholen, bis alle drei Begriffe gelernt sind (max. 6 Versuche zulässig)			
11	Apfel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
12	Pfennig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
13	Tisch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
III. Aufmerksamkeit und Rechnen			
Bitte Sie den Untersuchten bei 100 beginnend insgesamt fünfmal jeweils 7 abzuziehen. Jeder einzelne Rechenschritt wird unabhängig vom vorangehenden beurteilt, damit ein Fehler nicht mehrfach gewertet wird. In Ausnahmefällen, wenn der Betroffene nicht rechnen kann oder will, kann das Wort STUHL rückwärts buchstabiert werden. Das Wort sollte zunächst vorwärts buchstabiert und wenn nötig korrigiert werden. Die Punktzahl ergibt sich aus der Anzahl der Buchstabe, die an der richtigen Rangposition genannt werden.			
14	1. Zahl _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
15	2. Zahl _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
16	3. Zahl _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
17	4. Zahl _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
18	5. Zahl _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
IV. Erinnerungsfähigkeit			
Fragen Sie den Untersuchten, ob er die drei Begriffe noch erinnert, die er vorher gelernt hat			
19	Apfel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
20	Pfennig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
21	Tisch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
V. Sprache			

Zeigen Sie dem Patienten den Gegenstand und fragen ihn, was das ist		
22	Armbanduhr	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
23	Bleistift	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
Bitten Sie den Patienten, den Ausdruck „kein wenn und oder aber“ nachzusprechen (max. 3 Wiederholungen)		
24	Nur ein Versuch ist erlaubt. Die Redewendung „kein wenn und aber“ gilt nicht.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
Der Untersuchte erhält ein Blatt Papier, die dreiteilige Aufforderung wird nur einmal erteilt: „Nehmen Sie ein Blatt in die Hand, falten Sie es in der Mitte und legen Sie es auf den Boden.“ Jeder richtig ausgeführter Teil ergibt einen Punkt:		
25	Blatt in die Hand nehmen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
26	In der Mitte falten	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
27	Auf den Boden legen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
Schreiben Sie den Satz „Schließen Sie die Augen“ in großen Buchstaben auf ein Blatt Papier. Bitten Sie den Patienten, den Satz vorzulesen und dann den Befehl auszuführen.		
28	Schließt der Patient die Augen, gibt es einen Punkt.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
Geben Sie dem Patienten ein Blatt Papier und bitten Sie ihn, einen beliebigen Satz aufzuschreiben.		
29	Der Satz enthält ein Subjekt und ein Verb und ergibt einen Sinn.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0
Zeigen Sie dem Patienten die Abbildung (Fünfecke) und bitten Sie ihn, die Figur genau nachzuzeichnen.		
30	Es gibt einen Punkt, wenn alle zehn Ecken vorhanden sind und zwei Ecken sich überschneiden.	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0



**Gesamtpunktzahl** \_\_\_\_\_ von erreichbaren \_\_\_\_\_ Punkten

- Einschränkungen in der Durchführung bestanden
- Blind/starke Sehbeeinträchtigung
- Motorik z.B. durch Spastik, Hemiparese
- Sprechen z.B. Dysphasie
- MMST nicht durchführbar
- MMST verweigert

## Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Unterstützt wurde ich durch meinen Betreuer Prof. Dr. phil. J. Behrens. Zudem habe ich eine biometrische Beratung bei Prof. Dr. A. Wienke am Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik genutzt. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet. Die Regeln zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis wurden beachtet (Amtsblatt der MLU Nr. 5, 02.07.09).

Ich versichere, dass ich für die inhaltliche Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- und Beratungsdiensten in Anspruch genommen habe. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Nadine Martin

01.01.2020

## **Erklärung**

Ich erkläre hiermit, dass ich bisher weder an der Universität Halle noch an einer anderen Universität im In- und Ausland Promotionsversuche unternommen habe.

Nadine Martin

01.01.2020

# Curriculum Vitae

## Nadine Martin

### Persönliche Daten

Geburtsdatum	30. Dezember 1978
Geburtsort	Berlin
Familienstand	verheiratet, 2 Kinder (9 und 17 Jahre)

### Berufserfahrung

Seit Juli 2020	Leitende Oberärztin SANA Krankenhaus Woltersdorf Fachklinik für Innere Medizin/Geriatrie
09/2015-07/2020	Oberärztin im Evangelischen Krankenhaus Woltersdorf Fachklinik für Innere Medizin/Geriatrie
21. November 2012	Facharztprüfung Innere Medizin und Geriatrie, LÄK Brandenburg
08. Juni 2011	Fachkunde Rettungsdienst
10/2010-03/2011	Weiterbildungsrotation Intensivmedizin, Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Krankenhaus MOL
Seit Januar 2006	Assistenzärztin im Evangelischen Krankenhaus Woltersdorf Fachklinik für Innere Medizin/Geriatrie

### Studium

29.12.2005	Approbation als Ärztin
1998 – 2005	Studium der Humanmedizin Humboldt-Universität zu Berlin

### Schullaufbahn

1985 – 1987	Marschall-Tschuikow-Oberschule, Berlin
1987 – 1991	Reinhold-Huhn-Oberschule, Berlin
1991 – 1998	Charles-Darwin-Gymnasium, Berlin Abschluss: Abitur

## Danksagung

Ich danke meinem Doktorvater Prof. Dr. phil. Johann Behrens für die freundliche Überlassung des Themas, für seine immerwährende Geduld und den Glauben daran, dass ich diese Arbeit zu Ende führen kann, ebenso für seine konstruktiven Anmerkungen und kritischen Hinweise bei der Erstellung dieser Arbeit.

Für den fachlichen Diskurs und ihren unermüdlichen Enthusiasmus und Einsatz für die mobile geriatrische Rehabilitation danke ich Prof. Dr. Heinz Janßen, Frau Leonore Köhler, Prof. Dr. med. Johannes W. Kraft, Dr. med. Frank Naumann, Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann, Dr. med. Rudolf Siegert, Dr. med. Martin Warnach, allen beteiligten Gutachterinnen ebenso wie meinen Kolleginnen Stephanie Thiel und Katarzyna Grune, ohne die diese Studie nicht möglich gewesen wäre.

Zudem danke ich Prof. Dr. Andreas Wienke aus dem Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg für seine Unterstützung und Anregungen zur statistischen Auswertung der erhobenen Daten.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei meiner Familie für „den Finger in der Wunde“, aber auch für warme Umarmungen zur rechten Zeit, für ihre Geduld, ihren liebevollen Zuspruch und Ihre immer gegenwärtige Unterstützung bedanken. Ohne sie wären mein bisheriger Lebensweg und damit auch diese Dissertation nicht möglich gewesen.