

1. Fachkongress für Rehabilitationsforschung und Versorgungsmanagement

Neues Untersuchungskonzept für mehr Vernetzung in der Rehabilitation nach Schlaganfall

Die Rehabilitation von älteren Menschen steht noch immer im Abseits: »Es fehlt an Transparenz und Vernetzung mit der Krankenhausbehandlung und der Häuslichen Krankenpflege«, sagte der Vorstandschef der AOK Baden-Württemberg, Dr. Rolf Hoberg, auf dem 1. Fachkongress für Rehabilitationsforschung und Versorgungsmanagement am Dienstag (6. Juli 2010) in Berlin. Aus der Abseitsfalle komme die Rehabilitation nur durch ein deutlich besseres Zusammenspiel zwischen der medizinischen Behandlung und der Prävention heraus.

»Die Forschung zeigt, dass gute Reha immer individuell und vernetzt ist. Dies wollen wir jetzt bei der Reha von älteren Schlaganfallpatienten stärker erreichen«, erklärte Hoberg. Dazu werde die AOK Baden-Württemberg zusammen mit der Universität Heidelberg ab Herbst eine intensive Untersuchung mit umfassendem Arztgespräch, ein sogenanntes Assessment, auf seine Praxistauglichkeit hin testen. Ziel des Praxistests ist Hoberg zufolge eine individuell auf den Einzelnen zugeschnittene Reha, die wirklich helfe, die Krankheitsdauer insgesamt zu verkürzen und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden: »Am Ende steht die Selbstständigkeit des Patienten, die erhalten oder zurückgewonnen wird. Gesund werden und im Alter möglichst lange auch gesund bleiben«, heißt deshalb die Devise für den AOK-Chef Hoberg.

Körperliches, Psychisches und Kognitives mit berücksichtigen

Dieser neue Ansatz ergab sich aus der Studie »ARISE« (Angewandte Rehabilitationsforschung – Interdisziplinäre Schlaganfall Erhebung), die vom Institut für Gerontologie an der Universität Heidelberg erstellt wurde und deren Ergebnisse der Leiter des Instituts, Professor Dr. Andreas Kruse, auf dem Kongress in Berlin vorgestellt hat. »Die Studie hat eindeutig gezeigt, dass bei der Entscheidung, ob und welche Rehabilitationsleistungen Schlaganfallpatienten erhalten sollen, das Lebensalter nur eine untergeordnete Rolle

spielt. Körperliche, psychische und kognitive Merkmale müssen unbedingt mit berücksichtigt werden, um eine schnellstmögliche und vor allem dauerhafte Genesung zu erreichen«, forderte Kruse (s. Abb. 1). Diese Merkmale erkenne der Arzt jetzt im Assessment und könne dann seine Entscheidung viel besser als bisher individuell auf seinen Patienten zuschneiden.

Potentiale Älterer nutzen

Diese maßgeschneiderte Rehabilitation ist für Dr. Christopher Hermann, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, aber nur der erste Schritt auf dem Weg zur nachhaltigen Verbesserung der Versorgungssituation in Deutschland. »Schon bis 2020 wird die Zahl der über 80-Jährigen von derzeit rund vier Millionen auf sechs Millionen – also um rund 50 Prozent – ansteigen. Die Zahl der Menschen im Erwerbsalter wird hingegen um

rund acht Prozent zurückgehen.« Politik, Wissenschaft und Krankenkassen müssen schnell handeln, um die Finanzierung des Gesundheitssystems auch längerfristig noch zu ermöglichen.

Eine Forderung, die Prof. Dr. Ulla Walter, Direktorin für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover, voll und ganz unterstützt. »Potenziale älterer Patienten müssen zukünftig durch eine angemessene Versorgung und unterstützende Strukturen gefördert werden. Die Zusammenarbeit der AOK Baden-Württemberg und des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg kann der Politik hier als Blaupause dienen und macht erste Lösungsansätze deutlich.«

Demographische Probleme sind lösbar

Geht es nach wissenschaftlichen Erkenntnissen mit der gesellschaftlichen Entwicklung so weiter, dann wird die Zahl der alten, aber auch der chronisch kranken Menschen immer größer (s. Abb. 2). Eine der Folgen wäre, so Altersforscher Kruse: »Die sozialen Sicherungssysteme könnten diese Anforderungen nicht mehr bewältigen. Das Potential zu einer Zunahme der Jahre in Gesundheit und Selbständigkeit wurde eindeutig nachgewiesen. Die Nutzung dieses Potentials ist nicht nur für die Lebensqualität des Einzelnen wichtig, sondern auch für die Erhaltung der Leistungsfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme.« Werden diese Erkenntnisse nicht genutzt, würde dies laut AOK-Chef Hoberg unweigerlich zusätzliche Finanzmittel notwendig machen:

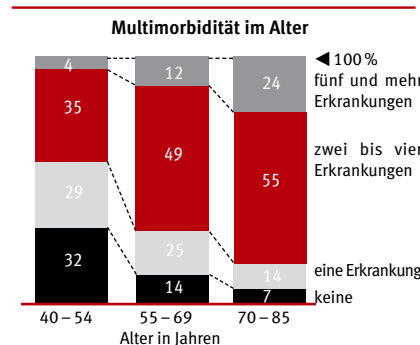


Abb. 1: Alte Menschen leiden meist an mehreren Krankheiten gleichzeitig (Quelle: AOK Baden-Württemberg)

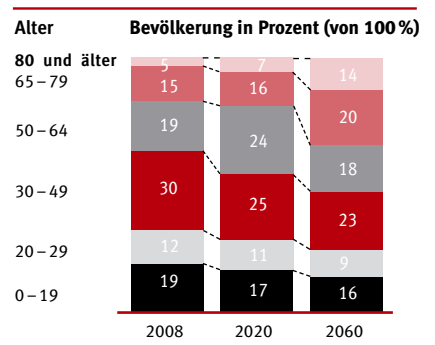


Abb. 2: Voraussichtliche demographische Entwicklung der deutschen Bevölkerung (Quelle: AOK Baden-Württemberg)

Die »ARISE«-Studie

»ARISE« steht für **Angewandte Rehabilitationsforschung – Interdisziplinäre Schlaganfall Erhebung**. Bei der Studie handelt es sich um eine Untersuchung zur Ermittlung von Kriterien für die Bestimmung von Rehabilitationspotentialen sowie für die Ableitung von Prognosen zum Rehabilitationserfolg bei älteren Schlaganfallpatienten.

Im Rahmen des **ARISE-Assessments** werden verschiedene Skalen (Barthel-Index, CIRS, GDS, IADL-Skala, Komkog-Skala, NIH-Schlaganfallskala) eingesetzt, um die funktionalen, kognitiven und psychischen Ressourcen von geriatrischen Schlaganfallpatienten zu beurteilen. Zudem bietet das Assessment ein Auswertungsschema zur Ermittlung eines Summenscores, der die Rehabilitationsprognose am Ende der Akutphase einschätzt.

Näheres zur Studie auf der nächsten Doppelseite.

»Wenn sich die Zahl der Menschen, die 80 Jahre und älter sind, in den nächsten zehn Jahren auf sechs Millionen erhöht, bedeutet das, dass allein dadurch bundesweite Mehrausgaben von rund 28 Milliarden Euro extra finanziert werden müssen. Weder Staat noch Krankenkassen könnten diese Summe ohne weiteres aufbringen.« Erstrebenswert sei es auch deshalb, ein Leben bis ans Ende möglichst lange ohne schwere Krankheiten führen zu können. »Das ist human, natürlich und letztlich durch das Sozialsystem auch finanzierbar«, sagte *Hoberg*.

Ein Schritt in die richtige Richtung

Aus diesem Grund appelliert der Heidelberger Altersforscher *Kruse* deutlich an die Politik, dieses demographische Problem entschiedener zur Kenntnis zu nehmen. Und nicht nur das: »Nur durch eine schnell zu startende konzertierte Aktion von Politik, Wissenschaft und sozialen Sicherungssystemen kann man den auf die Gesellschaft zukommenden Schwierigkeiten einigermaßen Herr werden. Wir dürfen aber den Einzelnen nicht vergessen. Es braucht auch den Appell an die Selbstverantwortung jeder Bürgerin und jedes Bürgers. Gesundheit im Alter wird einem nicht geschenkt, man muss sie sich erarbeiten – dafür braucht es gute, leicht erreichbare Angebote. Erste wertvolle Schritte haben wir zusammen mit der AOK Baden-Württemberg und der ARISE-Studie gemacht – weitere Schritte müssen folgen.«

Quelle: Presseinformation des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg und der AOK Baden-Württemberg

Der 1. Fachkongress für Rehabilitationsforschung und Versorgungsmanagement – Statements



Prof. Dr. Andreas Kruse, Direktor des Instituts für Gerontologie, Universität Heidelberg, zu kommenden demographischen Herausforderungen und zu Rehabilitationspotentialen im Alter:

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



Dr. Christopher Hermann, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, zum Thema »Rehabilitation im Spannungsfeld zwischen Individualisierung und Routine – Herausforderungen für die AOK Baden-Württemberg«

»Die Studie ARISE liefert ein Assessment zur Bestimmung der Rehaprognose. Vorstellbar wäre, dieses Assessment in den Krankenhäusern einzusetzen und im Gegenzug auf ein Rehaantragsverfahren zu verzichten. So leisten wir einen deutlichen Beitrag zur Entbürokratisierung des Rehaverfahrens, und gleichzeitig kann dem Patienten schnellstmöglich die richtige Versorgungsform zukommen, die er benötigt.«



Prof. Dr. Ulla Walter, Direktorin des Instituts für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung, Medizinische Hochschule Hannover, zum Thema »Verdeckte, offene Rationierung in der Versorgung älterer Menschen – Probleme und Lösungsansätze?«:

»Studien zeigen bei ärztlichen Entscheidungen einen deutlichen Einfluss des Alters der Patienten bezüglich Diagnostik und Therapie. Besonders markant ist dieser Einfluss bei verhaltensbezogenen präventiven Aspekten. Dies ist umso gravierender, da hierdurch eine Nutzung und Förderung von Ressourcen und Kompetenzen unterbleibt. Potentiale älterer Patienten müssen zukünftig durch eine angemessene Versorgung und unterstützende Strukturen gefördert werden. Zur Erhöhung der Transparenz und Aufmerksamkeit ist ein offener Diskurs erforderlich.«



Dr. Rolf Hoberg, Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, zum Thema »Herausforderungen an die Politik aus Sicht einer großen Versorgerkrankenkasse«:

»Die Forschung zeigt, dass gute Reha immer individuell und vernetzt ist. Dies wollen wir jetzt bei der Reha von älteren Schlaganfallpatienten stärker erreichen und beginnen zusammen mit der Universität Heidelberg ab Herbst ein sogenanntes Assessment, also eine intensive Untersuchung mit umfassendem Arztgespräch auf seine Praxistauglichkeit hin, zu testen. Ziel ist eine individuell auf den Einzelnen zugeschnittene Reha, die wirklich hilft, die Krankheitsdauer insgesamt zu verkürzen und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden: Im Zentrum steht, die Selbstständigkeit des Patienten zu erhalten oder zurückzugewinnen. Gesund werden und im Alter möglichst lange auch gesund bleiben, heißt die Devise.«

Das Projekt »ARISE«

Aktuelles Schlaganfallassessment auf dem Prüfstand

Nach einem Schlaganfall gilt es, geriatrischen Patienten möglichst schnell wieder ein Leben »auf eigenen Füßen« zu ermöglichen – eine lange Krankheitsdauer soll so verkürzt, Pflegebedürftigkeit vermieden werden. Doch welche Rehabilitationsleistungen eignen sich im individuellen Fall für Schlaganfallpatienten? Die Forschergruppe des Projektes »ARISE« (Angewandte Rehabilitationsforschung – Interdisziplinäre Schlaganfall Erhebung) um Professor Dr. Andreas Kruse, Heidelberg, ging dieser Fragestellung im Auftrag der AOK Baden-Württemberg nach. Das Ziel des Projektes: Die Entwicklung eines Assessments, das die Rehapotentialer älterer Schlaganfallpatienten ermittelt und eine Rehabilitationsprognose erlaubt. Im Rahmen des 1. Fachkongresses für Rehabilitationsforschung und Versorgungsmanagement in Berlin wurden erste Ergebnisse des Projektes vorgestellt.

Die Entwicklung und Erprobung des Prognoseassessments begann im Jahr 2003: Über zwei Studienabschnitte hinweg kooperierte das Projektteam um Professor Dr. Andreas Kruse dazu mit verschiedenen Partnern aus der Akutversorgung und der stationären geriatrischen Rehabilitation im Raum Mannheim, Heidelberg und Karlsruhe. Eine dritte Studienphase in Zusammenarbeit mit den neurologischen Rehabilitationskliniken in Allensbach sollte zusätzlich klären, inwiefern sich das neue Assessment auch für den Einsatz in der neurologischen Rehabilitation eignet.

Phase 1: Die Entwicklung

Um herauszufinden, welche Merkmale und Kontextfaktoren der Patienten den Rehabilitationsverlauf nach Schlaganfall beeinflussen, erstellte die Projektgruppe um Kruse in einem ersten Studienschritt zunächst ein detailliertes Patientenprofil. Dazu befragten sie 267 Patienten (Alter 65–101 Jahre, \bar{x} 81 Jahre) zu Beginn der stationären Rehabilitation. Das Profil erfasste funktionale, kommunikativ-kognitive und psychosoziale Merkmale, gab aber ebenso Auskunft über anamnestiche Daten zur medizinischen Vorgeschichte der Patienten und ihrer Schlaganfalldiagnostik und -therapie in der Akutversorgung.

Sieben Patientenmerkmale entscheidend

Im Zuge der ersten Studienphase korrelierte das Forscherteam diese Daten mit einer ausführlichen Dokumentation

des individuellen Rehabilitationsverlaufs. Das Resultat: Es kristallisierten sich sieben Patientenmerkmale heraus, die sich auf der Basis der empirischen Daten zur Vorhersage des Rehabilitationserfolgs eigneten. Dazu zählten:

- die Selbstständigkeit des Patienten vor dem Schlaganfall,
- Komorbidität,
- die Schwere des Schlaganfalls,
- die kommunikativ-kognitive Kompetenz,
- das Vorliegen einer Schluckstörung,
- Depressivität
- und der eigene Beitrag zum Rehabilitationserfolg (Motivation).

Diese Merkmale bildeten in der Folge die Basis für das Assessment, das eine individuelle Prognose für die stationäre geriatrische Rehabilitation erlauben sollte.

Stationäre Reha oder zugehende Versorgung – auf die Prognose kommt es an

Das Assessment schloss fünf standardisierte Skalen (IADL-Skala, CIRS, NIHSS, Komkog, GDS) ein, zudem umfasste es den Barthel-Index und zwei »Ja/Nein«-Fragen für die Merkmale »Schluckstörung« und »eigener Beitrag zum Rehabilitationserfolg« (s. Tabelle 1). Ein Summenscore gab Auskunft über das Ergebnis der jeweiligen Erhebung, gute und schlechte Rehabilitationsprognosen ließen sich auf diese Weise differenzieren.

Eine gute Prognose (Scorewert 0–6) zeigten Patienten mit einem Barthel-

wert von 75 Punkten: Hier sei eine stationäre Rehabilitation indiziert, so Kruse. Bei einer schlechten stationären Rehabilitationsprognose (Scorewert=7) hingegen sei es angeraten, zugehende rehabilitative Maßnahmen im Rahmen einer niedergelassenen Versorgung zu erwägen, z. B. in Form der mobilen geriatrischen Rehabilitation. Darüber hinaus empfahl der Projektleiter in diesen Fällen, eine rehabilitative Pflege sicherzustellen.

Phase 2: Der Praxistest

In der ersten Studienphase hatte sich das Schlaganfallassessment als verlässlicher Indikator des Rehapotentials geriatrischer Patienten erwiesen – doch besteht das neue Instrument auch den Praxistest? Ein zweiter Studienabschnitt sollte dieser Fragestellung nachgehen und erste praktische Erfahrungen mit dem Assessment sammeln. Dazu erprobten Mitarbeiter des Instituts für Gerontologie, Heidelberg, das Verfahren im Akutbereich und verglichen die daraus abgeleiteten Rehabilitationsempfehlungen mit den tatsächlich getroffenen Versorgungsentscheidungen. Für die Bewertung der Prognosen war erneut eine genaue Dokumentaion der Rehabilitationsverläufe erforderlich.

Im Zuge dieser zweiten Studienphase untersuchte das Forscherteam insgesamt 171 Patienten (Alter \bar{x} 81 Jahre) aus neurologischen, geriatrischen und internistischen Akutkliniken. Das Assessment kam dabei erstmals am Ende der Akutversorgung zum Einsatz, zwei bis vier Wochen nach der Entlassung der Patienten wurde dann der weitere Verlauf in zwei Messzeitpunkten dokumentiert.

85 % Übereinstimmung mit realen Rehaempfehlungen

Die Ergebnisse der Erprobungsphase zeigten: In 85 % der Fälle lag eine Übereinstimmung zwischen Assessmentempfehlung und real getroffener Versorgungsentscheidung vor. Deutlich wurden jedoch auch Abweichungen. So wies rund die Hälfte der Patienten, die tatsächlich in eine häusliche oder stationäre Pflege übergingen, ursprünglich laut Assessment eine gute Rehabilitationsprognose auf. Übergeordnete individuelle Gründe wie Patienten- und

Messinstrument	Messgröße	Messbereich
IADL-Skala (Lawton & Brody, 1969)	Selbstständigkeit in den erweiterten ADLs (Teilhabe)	7 Items mit Wert 0–2, Wertebereich 0–14
Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) (Linn et al. 1968)	Komorbidität; hier als Komorbiditätsindex	Anzahl der Organsysteme mit mäßigen bis schweren Erkrankungen, Wert 0–10
Modified National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) (Brott et al., 1989; Lyden, 2001)	Schweregrad der neurologischen Symptomatik	11 Items, Score 0–31 (0 = keine Funktionsstörung)
Barthel-Index (Mahoney & Barthel, 1965)	Selbstständigkeit in den Alltagsaktivitäten (ADL)	10 Bereiche, 0–100 Punkte
Komkog Subscore (Items 14–18) der Functional Independence Measure (Granger, 1986)	kognitiv-kommunikative Fähigkeiten (Verstehen, Ausdruck, Gedächtnis, Problemlösen), psychosozialer Bereich (soziales Verhalten)	Wertebereich 5–35
modifizierte Geriatric Depression Scale (GDS) (Yesavage, 1983; Martin et al., 1996)	Depressivität	10 Items, Werte 0–10

Tab. 1: Die Messinstrumente des »ARISE«-Assessments

Angehörigenwünsche verhinderten hier die stationäre Rehabilitation. In Fällen von Nichtübereinstimmung zwischen Assessment- und realer Versorgungsempfehlung spielten zudem fehlende infrastrukturelle Voraussetzungen am Wohnort eine Rolle. So sahen sich 7% der eigentlich für eine ambulante Rehabilitation geeigneten Patienten gezwungen, aufgrund fehlender Möglichkeiten der Heilmittelversorgung eine stationäre Reha-option zu wählen.

Das Assessment habe sich auch in der zweiten Studienphase als wichtiger Indikator bei der Wahl der postakuten Versorgungsform erwiesen, erklärte *Kruse*. Besondere Bedeutung maß der Leiter des »ARISE«-Projektes dem Assessment darüber hinaus als Kriterium bei schwierigen Steuerungsentscheidungen bei – so lasse sich der Nachweis einer positiven Rehabilitationsprognose nun leichter führen.

Phase 3: Das Assessment in der neurologischen Rehabilitation

Ein Teilprojekt der »ARISE«-Studie widmete sich der Fragestellung, ob sich das neue Schlaganfallassessment auch für Patienten der neurologischen Rehabilitation (Alter >65 Jahre) eignet. Dazu testete das Team um *Kruse* das Assessment bei 105 Schlaganfallpatienten der neurologischen Rehabilitationsphasen C und D zu Beginn ihrer stationären Rehabilitation. Ziel war es, Prognosefaktoren dieser neurolo-

gischen Patientengruppe zu ermitteln. Längsschnittliche Daten aus zwei weiteren Messzeitpunkten zwei Wochen nach Beginn sowie kurz vor der Entlassung sollten dabei helfen, die individuellen Verläufe während der stationären Rehabilitation zu beschreiben und die Prognosen zu überprüfen.

Weniger Aussagekraft, seltener Risikoprofile

Im Rahmen der Analyse erwies sich das Assessment für die neurologische Rehabilitation als ungeeignet. So zeigten die Ergebnisse der Untersuchung, dass Prognosemerkmale, die in der geriatrischen Stichprobe verlässliche Hinweise auf den Rehabilitationserfolg der Patienten geliefert hatten, bei den neurologischen Schlaganfallpatienten nur wenig aussagekräftig waren. In der neurologischen Stichprobe ermittelte das Assessment zudem seltener kritische Werte bei den Prognosemerkmalen. Entsprechend seltener half folglich die Kumulation auffälliger Merkmale beim Aufspüren potentieller Risikoprofile mit schlechter Rehabilitationsprognose.

Doch warum eignet sich das Assessment nur für den Einsatz in der geriatrischen Rehabilitation? Ursachen hierfür könnten in den Unterschieden zwischen der neurologischen und der geriatrischen Stichprobe begründet liegen: So handelte es sich in der Gruppe der neurologischen Patienten um jüngere (ø 76 Jahre) Patienten, die vor ih-

rem Schlaganfall seltener unter funktionellen oder kognitiven Beeinträchtigungen litten. Zudem lag der Anteil der männlichen Teilnehmer an der Substudie des »ARISE«-Projektes höher als bei den Untersuchungen in der geriatrischen Rehabilitation.

Ausblick – Erprobung in Modellregion geplant

Ob sich das Assessment auch unter realen Bedingungen bewährt und welchen Effekt es auf die Versorgung geriatrischer Schlaganfallpatienten hat, soll künftig in einer Modellregion überprüft werden. Im Vordergrund stehe dabei, die Praktikabilität des Prognoseinstruments zu testen, erklärte *Kruse*. Darüber hinaus gelte es jedoch auch, die Auswirkungen des Assessments und eines darauf aufbauenden Case-Managements auf die Versorgungsqualität zu untersuchen, so der Experte. Im Fokus stehen dabei vor allem Patienten, für die durch das Assessment eine ungünstige Rehabilitationsprognose ermittelt wurde. Zu diesen Patienten zählen häufig von einem schweren Schlaganfall Betroffene, die einen hohen Pflegebedarf haben, de facto jedoch nach der Akutversorgung nur in geringem Maße Rehabilitationsleistungen aus der niedergelassenen Heilmittelversorgung erhalten. Insbesondere für diese Patientengruppe seien dringend alternative Versorgungsformen vonnöten, forderte *Kruse* abschließend. [JS]

Das Projektteam:

Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Andreas Kruse

Dr. med. Gabriele Becker

Dr. med. Anna Natus

Institut für Gerontologie der Ruprecht-Karls-

Universität Heidelberg

Bergheimer Straße 20

69115 Heidelberg

Dr. Andrea Wetzel, M.A.

AOK Baden-Württemberg

Kooperationspartner:

Kliniken für Neurologie, Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation am Diakoniekrankenhaus Mannheim, Geriatrisches Zentrum am Diakonissen-Krankenhaus Karlsruhe-Rüppurr, Bethanien-Krankenhaus – Geriatrisches Zentrum Heidelberg, Kliniken Schmieder Allensbach, St. Rochus Kliniken Bad Schönborn

Quelle: Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg, AOK Baden-Württemberg