

Arbeitshilfe

zur geriatrischen Rehabilitation

Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
Heft 6

Arbeitshilfe
zur geriatrischen Rehabilitation

Inhalt

	Vorwort	6
1.	Einleitung – Allgemeines	7
1.1	Zielgruppen der Arbeitshilfe	7
1.2	Aktuelle Entwicklungen	8
2.	Rehabilitation im Alter	16
2.1	Epidemiologische und demographische Aspekte	16
2.2	Das Altersbild in Gesellschaft und Medizin	18
2.3	Altern als biologischer Vorgang	19
2.4	Aspekte des sozialen Alterns	20
2.5	Folgerungen für die geriatrische Rehabilitation	21
2.6	Der geriatrische Patient / Rehabilitand und seine Versorgungsaspekte	23
2.7	Medizinische Aspekte der geriatrischen Rehabilitation	28
2.7.1	Psychosoziale Aspekte der geriatrischen Rehabilitation	30
2.7.2	Gerontopsychiatrische Aspekte	30
2.8	Verbindung von Gesundheitsförderung, Prävention und geriatrischer Rehabilitation	33
3.	Kriterien und Grundelemente der geriatrischen Rehabilitation	35
3.1	Indikation und Allokation	36
3.2	Rehabilitationsbedürftigkeit	38
3.3	Rehabilitationsfähigkeit	40
3.4	Rehabilitationsziele	42
3.5	Rehabilitationsprognose	43

3.6	Multidimensionaler Ansatz	44
3.7	Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Aufgaben des Rehabilitationsteams	45
3.7.1	Ärztliche Versorgung	47
3.7.2	Geriatrisch-rehabilitative Pflege	49
3.7.3	Physiotherapie	51
3.7.4	Physikalische Therapie	53
3.7.5	Ergotherapie	54
3.7.6	Logopädie	55
3.7.7	Psychologie und Klinische Neuropsychologie	56
3.7.8	Sozialdienst	57
3.7.9	Diätassistenten	59
3.7.10	Seelsorge / Optionale Angebote	60
3.8	Rolle der Angehörigen im Rehabilitationsprozess	61
3.9	Versorgung mit technischen Hilfen	67
4.	Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation	68
4.1	Strukturelemente	68
4.1.1	Stationäre Einrichtungen	69
4.1.2	Teilstationäre Einrichtungen	74
4.1.3	Ambulante Angebote	75
4.2	Geriatrische Rehabilitation und Altenhilfe	76
5.	Sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen	78
5.1	Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)	78
5.1.1	Krankenhausbehandlung	79
5.1.2	Frührehabilitation im Krankenhaus	80
5.1.3	Häusliche Krankenpflege	81
5.1.4	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	82

5.2	Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)	84
5.2.1	Vorrang der Rehabilitation vor Pflege	87
5.2.2	Vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	87
5.3	Sozialhilfe (SGB XII)	88
5.3.1	Leistungen der Eingliederungshilfe	89
5.3.2	Hilfe zur Pflege	90
6.	Glossar	92
7.	Empfehlungen, Richtlinien, Vereinbarungen	96
8.	Weiterführende Literatur	97
9.	Adressen	101
10.	Verzeichnis der Mitwirkenden an der Erarbeitung der Arbeitshilfe	104

Vorwort

Die gesundheitliche Versorgung älterer Menschen hat mit Blick auf Strukturen und Qualifikation der beteiligten Akteure bislang einen beachtlichen positiven Entwicklungsprozess durchlaufen. So ist die Rehabilitation im Alter heute fester Bestandteil unseres Gesundheitsversorgungs- und Altenhilfesystems. Über die Notwendigkeit geriatrischer Rehabilitation gibt es in der Fachdiskussion keinen Dissens. Alle beteiligten Gruppen halten diese für einen notwendigen Baustein innerhalb des Versorgungskonzeptes für ältere Menschen. Der Bedarf an ambulanter und stationärer geriatrischer Rehabilitation wird weiter steigen.

Die vorliegende völlig neu überarbeitete Arbeitshilfe berücksichtigt die Veränderungen / Weiterentwicklungen in der geriatrischen Versorgung in den letzten Jahren, insbesondere die neuen gesetzlichen Regelungen. Ein besonderes Anliegen der aktualisierten Arbeitshilfe ist es, allen am Rehabilitationsprozess beteiligten Personen einen Überblick und eine Orientierungshilfe über das Gesamtkonzept der Rehabilitation und Teilhabe zu geben.

Die Geschäftsführung der BAR dankt allen an der Überarbeitung Beteiligten.

Geschäftsführer

B. Steinke U. Vömel

1. Einleitung – Allgemeines

Dem Gesundheitszustand und der gesundheitlichen Versorgung älterer Menschen werden in der Zukunft zunehmend eine hervorgehobene Beachtung beizumessen sein. Dies ist begründet in dem überproportionalen Zuwachs des Anteils von Menschen im höheren Lebensalter gemessen an der Gesamtpopulation der Bundesrepublik Deutschland (vgl. Kapitel 2.1).

Auf Grund dieser demographischen Entwicklungen wird die Bedeutung der Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation, Nachsorge und Pflege immer wichtiger, um Krankheit, vorzeitige Berentung und Pflegebedürftigkeit zu verhindern bzw. deren Eintreten zu verzögern oder den Grad der Pflegebedürftigkeit zu vermindern.

Die völlig überarbeitete Arbeitshilfe informiert über die Grundlagen, Möglichkeiten und Zielsetzung der geriatrischen Rehabilitation. Nicht jeder ältere Mensch ist generell ein geriatrischer Patient. Die Arbeitshilfe stellt daher die Voraussetzungen für eine geriatrische Rehabilitation dar und hebt gleichzeitig hervor, dass ältere Menschen auch indikationsspezifische Rehabilitationsangebote nutzen können.

1.1 Zielgruppen der Arbeitshilfe

Die Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation ist eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe zu zielgerichtetem, planvollem und abgestimmtem Handeln bei der Behandlung, Rehabilitation und Pflege älterer Menschen.

Sie trägt dazu bei, dass ältere Menschen und ihre Angehörigen die aufgrund der Vielzahl der angebotenen Hilfen, Dienste, Einrichtungen, unterschiedlichen Leistungsträger und Leistungserbringer kaum noch überschaubare Versorgungslandschaft besser verstehen. Der Mangel an notwendigen Informationen, die Unübersichtlichkeit der Strukturen und die unzureichende Zusammenarbeit führen dazu, dass ältere Menschen die Hilfen, die sie benötigen, nicht immer oder nicht rechtzeitig erhalten. So wird der mögliche und wünschenswerte Grad an selbstständiger Lebensführung häufig nicht erreicht.

Die Arbeitshilfe wendet sich weiter an alle an der Rehabilitation älterer Menschen beteiligten Personen. Dazu zählen insbesondere:

- niedergelassene Ärzte / Ärztinnen¹ und in Krankenhäusern tätige Ärzte
- Mitarbeiter in Einrichtungen und Diensten der Rehabilitation und Nachsorge (z.B. Ärzte, Gesundheits- und Krankenpfleger, Ergotherapeuten, Psychologen, Sozialarbeiter / Sozialpädagogen)
- Fachkräfte der Altenhilfe, insbesondere Altenpfleger, Fachkräfte in Beratungs- und Koordinierungsstellen, Fachberater bei Trägern, Verbänden und Kommunen
- Mitarbeiter von Rehabilitationsträgern, insbesondere der Krankenkassen sowie deren Medizinischer Dienst (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung - MDK).

1.2 Aktuelle Entwicklungen

Die im Jahr 1995 erschienene BAR-Arbeitshilfe zur Rehabilitation bei älteren Menschen berücksichtigte weder die gesetzlichen Neuerungen (SGB XI und

¹ Im Folgenden wird auf die weiblichen Form der Berufsbezeichnung verzichtet.

IX) noch die Konzeption der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit). Daneben wurden verschiedene Rahmenempfehlungen und Richtlinien durch die Gesetzliche Krankenversicherung erarbeitet, so dass eine vollständige Aktualisierung notwendig wurde. Neben den veränderten rechtlichen Grundlagen berücksichtigt die Überarbeitung die aktuellen wissenschaftlichen Grundlagen der geriatrischen Rehabilitation.

- **Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)**

Am 01. Januar 1995 trat die Soziale Pflegeversicherung, der jüngste Zweig des deutschen Sozialversicherungssystems, in Kraft.

Die Notwendigkeit einer nachhaltigen Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Pflege rückte damit verstärkt in das Blickfeld des öffentlichen Interesses. Die Pflegeversicherung ist angesichts der demographischen Entwicklung zu einem unverzichtbaren Zweig der sozialen Sicherung geworden. In § 5 SGB XI wird der Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation durch den zuständigen Leistungsträger festgeschrieben. In § 31 SGB XI wird der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ konkretisiert.

Die Leistungen der Pflegeversicherung werden ausführlich im Kapitel 5.2 dargestellt.

- **Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX)**

Am 01. Juli 2001 ist das Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX), Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, in Kraft getreten.

Das SGB IX kommt einer seit langem bestehenden Forderung nach, das Recht auf Rehabilitation weiterzuentwickeln und in einem Sozialgesetzbuch zusammenzufassen. Anstelle von Divergenz und Unübersichtlichkeit im bestehenden Rehabilitationsrecht schafft das SGB IX Bürgernähe und verbesserte Effizienz auf der Basis eines rehabilitationsträgerübergreifenden Rechts und einer einheitlichen Praxis der Rehabilitation und Behindertenpolitik.

Im Mittelpunkt der Rehabilitation des behinderten Menschen stehen die selbstbestimmte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Beseitigung der Hindernisse für deren Umsetzung. Das SGB IX soll den Anspruch von Menschen mit Behinderung auf Unterstützung und Solidarität als Teil selbstverständlicher und universeller Bürgerrechte erfüllen mit dem Ziel, Menschen mit Behinderung ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

Um die Eigenverantwortlichkeit der betroffenen Menschen zu stärken und ihnen bei der Ausführung der Leistungen möglichst weitgehenden Raum zu eigenverantwortlicher Gestaltung ihrer Lebensumstände zu belassen, erhalten behinderte Menschen erweiterte Wunsch- und Wahlrechte (§ 9 SGB IX). Dazu gehört z.B., dass

- bei der Entscheidung über die Leistungen berechtigten Wünschen der betroffenen Menschen zu entsprechen ist
- die Leistungsberechtigten eine Sachleistung, wenn sie nicht in einer Rehabilitationseinrichtung ausgeführt werden muss, in der Form der Geldleistung wählen können, wenn die Geldleistung in der Wirksamkeit der Sachleistung entspricht und zumindest gleich wirtschaftlich ist.

Mit der Verabschiedung des SGB IX hat der Gesetzgeber das allgemeine Ziel der Rehabilitation neu definiert: Selbstbestimmung und gleichberechtigte

Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Im Mittelpunkt steht damit nicht mehr nur die bislang dominierende Orientierung an wirklichen oder vermeintlichen Defiziten, sondern auch der aus der ICF stammende Begriff der Partizipation (Teilhabe).

- **Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)**

Die ICF ist die Nachfolgerin der Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH) von 1980. Die ICF wurde von der 54. Vollversammlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Mai 2001 verabschiedet. Die Veröffentlichung der deutschen Fassung erfolgte durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (www.dimdi.de).

Das bio-psycho-soziale Modell, auf dem die ICF basiert, wurde gegenüber dem Krankheitsfolgenmodell der ICIDH erheblich erweitert und damit der Lebenswirklichkeit betroffener Menschen besser angepasst. Insbesondere wird nun der gesamte Lebenshintergrund der Betroffenen berücksichtigt (Kontextfaktoren: Umweltfaktoren, personbezogene Faktoren). Die ICF ermöglicht, die biologischen, psychosozialen und individuellen Aspekte eines Gesundheitsproblems miteinander zu verknüpfen (Modell der Wechselwirkung).

Die Grundbegriffe werden wie folgt definiert:

Funktionsfähigkeit ist ein Oberbegriff für Körperfunktionen und Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe. Er bezeichnet die positiven Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem bestimmten Gesundheitszustand) und deren individuellen Kontextfaktoren.

Behinderung ist ein Oberbegriff für Schädigungen sowie Beeinträchtigungen der Aktivität und Teilhabe. Er bezeichnet die negativen Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem bestimmten Gesundheitszustand) und deren individuellen Kontextfaktoren.

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie umfassen zwei Komponenten: Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren. Diese können einen positiven oder negativen Einfluss auf die Person mit einem bestimmten Gesundheitszustand haben.

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.

Personbezogene Faktoren sind der individuelle Hintergrund des Lebens und der Lebensführung einer Person (Eigenschaften und Attribute) und umfassen Gegebenheiten, die nicht Teil eines Gesundheitsproblems oder -zustandes sind; z.B. Alter, Geschlecht, Lebensstil, Coping, sozialer Hintergrund, Bildung / Ausbildung, Beruf, Erfahrung.

Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychische Funktionen).

Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.

Schädigungen sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder Körperstruktur wie z.B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust.

Aktivitäten bezeichnen die Durchführung von Aufgaben oder Handlungen durch einen Menschen.

Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der Durchführung einer Aktivität haben kann.

Teilhabe ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich.

Beeinträchtigungen der Teilhabe sind Probleme, die ein Mensch bei Einbezogensein in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich erlebt.

Mit der Entwicklung der ICF und ihrer gemeinsamen Sprache für die Beschreibung der Funktionsfähigkeit und deren Beeinträchtigung ist ein wichtiger Schritt zum besseren Verständnis des ganzheitlichen Ansatzes der Rehabilitation vollzogen worden.

- **Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“**

Experten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung sowie Vertreter der Spitzenverbände der Krankenkassen haben die Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“ vom Oktober 2005 gemeinsam erarbeitet. Sie ist für die Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung verbindlich und enthält einheitliche Kriterien zur Beurteilung der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit von Leistungen zur medizinischen Vorsorge und Rehabilitation.

Im Kapitel 4.6 der Begutachtungs-Richtlinie wird ausführlich auf die geriatrische Rehabilitation eingegangen. Die Inhalte dieses Kapitels wurden mit den deutschen geriatrischen Fachgesellschaften abgestimmt.

Der Text der Begutachtungs-Richtlinien „Vorsorge und Rehabilitation“ kann im Internet unter www.mds-ev.de abgerufen werden.

- **Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation verabschiedet. Diese sind am 01. Januar 2004 in Kraft getreten.

Die Rahmenempfehlungen definieren neben dem „geriatrischen Patienten“ die Begriffe Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsziel und Rehabilitationsprognose. Des Weiteren legen sie die personellen, räumlichen und apparativen Anforderungen an die ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtung und damit Qualitätsstandards fest. Weitere Aussagen betreffen die vorgehaltenen Behandlungselemente, den Entlassungsbericht, die Dokumentation und die Qualitätssicherung.

Die Rahmenempfehlungen stellen durch die Flexibilisierung des Leistungsangebotes einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten rehabilitationsmedizinischen Versorgung dar. Darüber hinaus werden die Voraussetzungen für die weiter gehende Evaluierung der Effizienz und Qualität der Leistungen dieses Versorgungssektors geschaffen.

Im Rahmen der Flexibilisierung und Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes wird derzeit der Aus- und Aufbau ambulanter Versorgungsstrukturen vorangetrieben. Auf der Grundlage der Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation wurden und werden im gesamten Bundesgebiet Verträge zur Erbringung ambulanter geriatrischer Rehabilitation geschlossen.

Die Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation können im Internet unter www.mds-ev.de heruntergeladen werden.

- **Rehabilitations-Richtlinien**

Am 01. April 2004 traten die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V in Kraft. Damit wurde ein standardisiertes Verfahren für die Beratung und Einleitung notwendiger Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im vertragsärztlichen Bereich geschaffen.

Die Rehabilitations-Richtlinien bilden die Grundlage für eine strukturierte Kooperation von Vertragsärzten, Krankenkassen und den Medizinischen Diensten, indem sie eine klare Aufgabenteilung und Kompetenzabgrenzung zwischen den Partnern im Verfahren der Beratung des Patienten, der gegenseitigen Information, der Qualifikation des verordnenden Vertragsarztes und der Abläufe des Verordnungs- und Genehmigungsverfahrens vorgeben.

Diese Richtlinien tragen zu einer qualifizierten Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsziel und Rehabilitationsprognose bei. Sie beinhalten darüber hinaus Kriterien für eine sozialmedizinisch fundierte Allokationsempfehlung für die Rehabilitation.

Die Rehabilitations-Richtlinien können im Internet unter www.g-ba.de heruntergeladen werden.

2. Rehabilitation im Alter

2.1 Epidemiologische und demographische Aspekte

Die „Alterung“ der Bevölkerung, insbesondere die rasche und erhebliche absolute und relative Zunahme der Zahl Hochbetagter (80 Jahre und älter) (Tabelle 1) führte und führt weiterhin zu einem Anstieg der Zahl multimorbider alter Menschen, die ein hohes Risiko aufweisen, hilfs- und pflegebedürftig zu werden.

Tabelle 1:

Entwicklung der Bevölkerungszahl älterer und hochaltriger Menschen, 1953 bis 2050

Alter (in Jahren)	Zu-/ Abnahme (in Prozent)	
	1953-2000	2000-2050
Insgesamt	+ 17,1	- 14,3
60 und älter	+ 77,8	+ 33,5
80 und älter	+ 274,6	+ 169,9
90 und älter	+ 1521,1	+ 198,1

Quelle: Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland

Herausgeber: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, April 2002, Seite 55

Ca. ein Drittel der Hochbetagten in Deutschland ist pflegebedürftig (Tabelle 2).

**Tabelle 2:
Prävalenz von Pflegebedürftigkeit 2004**

Altergruppen in Jahren	Prävalenz (in Prozent)		
	ambulant	stationär	Gesamt
bis unter 15	0,5	0,03	0,5
15 bis unter 20	0,5	0,06	0,6
20 bis unter 25	0,4	0,09	0,5
25 bis unter 30	0,3	0,1	0,4
30 bis unter 35	0,3	0,1	0,4
35 bis unter 40	0,3	0,1	0,4
40 bis unter 45	0,3	0,2	0,5
45 bis unter 50	0,4	0,2	0,6
50 bis unter 55	0,5	0,2	0,7
55 bis unter 60	0,7	0,3	1,0
60 bis unter 65	1,1	0,4	1,5
65 bis unter 70	1,8	0,6	2,4
70 bis unter 75	3,4	1,1	4,5
75 bis unter 80	6,1	2,3	8,4
80 bis unter 85	11,7	6,2	18,0
85 bis unter 90	19,7	13,5	33,2
90 und älter	22,0	26,6	52,6
Gesamt	1,6	0,8	2,3

Berechnung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS)

Quellen: Bevölkerung: Statistisches Bundesamt

Leistungsempfänger: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS)

Ändert sich die Inzidenzrate der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI bis 2050 nicht, ist zu diesem Zeitpunkt bei knapp 8 Mio. Hochbetagten mit ca. 2,4 Mio. 80-jährigen und älteren Pflegebedürftigen zu rechnen (vgl. Tabelle 1 und 2). Die Zunahme des Anteils der Hochbetagten in der Wohnbevölkerung geht einher mit dem Rückgang der Bevölkerung im berufstätigen Alter, da sich die Einwohnerzahl voraussichtlich insgesamt von 2000 bis 2050 von ca. 82 auf 70 Mio. verringern wird.

2.2 Das Altersbild in Gesellschaft und Medizin

Unsere Gesellschaft tut sich schwer, Autonomie und Kompetenz des älteren Menschen anzuerkennen. Dies ist vor allem auf drei Ursachen zurückzuführen. Nach wie vor wird ein „Kult der ewigen Jugend“ gepflegt, obgleich die Bevölkerung immer älter wird. Altern und Alter werden dabei zur Tabuzone. Dies birgt das Risiko zur Marginalisierung der medizinischen und psychosozialen Probleme des alten Menschen.

Ein zweiter Grund besteht darin, dass Altern und Alter zuerst und vor allem mit Gebrechlichkeit in physischer und psychischer Hinsicht assoziiert werden (negatives Altenbild, Defizitmodell des Alterns bzw. Alters).

Bedeutsam ist drittens, dass unsere Gesellschaft Krankheit mehr als den Verlust der menschlichen Würde fürchtet. Von den Auswirkungen dieser Wertehierarchie werden neben nicht-geriatrischen Patienten der Intensivmedizin vor allem alte Menschen betroffen, die ihren letzten Lebensabschnitt im Krankenhaus oder Pflegeheim verbringen.

Sozialmedizinisch und versorgungsstrukturell relevante Fortschritte in der geriatrischen Versorgung einschließlich der geriatrischen Rehabilitation sind nicht allein durch den Auf- und Ausbau effektiver und effizienter Versorgungsstrukturen zu erreichen. Diese Maßnahmen müssen flankiert werden durch die langfristige systematische Propagierung eines positiven Altenbildes, das von den Ressourcen und Fähigkeiten des alten Menschen ausgeht. Das Defizitmodell des Alterns bzw. Alters muss durch das Kompetenzmodell ersetzt werden.

2.3 Altern als biologischer Vorgang

Die biologischen Mechanismen des Alterns sind nur zu geringen Teilen geklärt. Naturwissenschaftlich wird das Altern wertfrei als eine zeitabhängige Veränderung betrachtet. Innerhalb unterschiedlicher Alternstheorien können Theorien zum "passiven Altern", die überwiegend die Summation schädigender Einflüsse über die Zeit als Ursache des Alterns aufführen, von Theorien zum "aktiven Altern", die überwiegend eine aktive Induktion des Alterungsprozesses durch genetische Prozesse postulieren, unterschieden werden. Die individuell stark unterschiedliche körperliche Ausprägung des Alterungsprozesses hängt wahrscheinlich sowohl von umweltbedingten als auch von genetischen Einflüssen ab.

Die messbaren altersassoziierten Veränderungen einzelner Organsysteme sind sehr unterschiedlich. Die Thymusdrüse z.B. stellt ihre Funktion bereits kurz nach der Pubertät ein, während die Herzleistung lange Zeit durch ausgleichende Mechanismen gleich bleiben kann. Die allgemeine Abnahme der körperlich-funktionellen Leistung im Alter ist nicht vorrangig kardial bedingt, sondern durch Veränderungen anderer Parameter zu erklären, so z.B. durch die allgemeine Abnahme der Muskelmasse.

Die Abgrenzung von physiologischen Altersveränderungen zu krankhaften, im Alter häufigen Vorgängen fällt in vielen Bereichen schwer. Die Leistung einzelner Organe zur Aufrechterhaltung des inneren Gleichgewichts (Homöostase) ist im jüngeren Alter deutlich höher und nimmt ab ca. dem 30. Lebensjahr ab und damit auch die Anpassungsfähigkeit an Änderungen der Umweltverhältnisse. Eine leichte zusätzliche Störung an einem Organsystem kann daher bereits Krankheitssymptome hervorrufen.

Die oben beschriebene Kombination der geringeren Adaptationsfähigkeit mit geringeren Organreserven muss in der geriatrischen Rehabilitation berücksichtigt werden. Durch die Beteiligung mehrerer Organsysteme muss die Therapie umfassend sein, d.h. unterschiedliche körperliche, seelische und soziale Krankheitsauswirkungen berücksichtigen.

2.4 Aspekte des sozialen Alterns

Wie im Kapitel 2.1 ausgeführt wurde, unterliegt unsere Gesellschaft einem tiefgreifenden und nachhaltigen Veränderungsprozess. Dieser ist bedingt durch die Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung.

Altern aus sozialer Perspektive ist formal durch das Ausscheiden aus dem Arbeitsleben und den Eintritt in das Rentenalter nach dem 65. Lebensjahr gekennzeichnet. Tatsächlich liegt das durchschnittliche Berentungsalter in Deutschland derzeit noch deutlich unter dem 65. Lebensjahr. Die Quote der im Arbeitsverhältnis stehenden 55- bis 65-jährigen Menschen in Deutschland liegt – wie in den meisten europäischen Ländern – unter 40%. In der Zukunft wird sich diese Quote auch in Anbetracht begrenzter Leistungsfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme erhöhen müssen.

Weitere wichtige Veränderungen, die mit der sich ändernden Altersstruktur einhergehen, sind die Feminisierung und Singularisierung des Alters. Noch vor 100 Jahren gab es ungefähr gleich viele alt gewordene Frauen und Männer. Die heutige Altersgesellschaft ist bei den über 60-Jährigen zu zwei Dritteln, bei den über 75-Jährigen bereits zu drei Vierteln eine Frauengesellschaft.

Aufgrund der geschlechtsspezifischen Mortalitätsdifferenzen steigt mit zunehmendem Lebensalter auch die Zahl der Alleinlebenden, insbesondere der alleinlebenden Frauen an. Da bei drohendem Verlust der Selbstständigkeit die Unabhängigkeit schwerer bewahrt werden kann, werden diese Personen dann in höherem Maß von ambulanten und stationären Hilfen abhängig werden. In Heimen für alte Menschen wohnen vor allem Frauen, die auch die Struktur besonders der Altenpflegeheime prägen. Der Anteil der Einpersonenhaushalte in fast allen höheren Altersgruppen wird zunehmen, wozu gestiegene Scheidungsquoten beitragen.

Gleichzeitig steigt auch der Anteil der Zweipersonenhaushalte, weil es mehr (Ehe-) Paare in höherem Alter gibt. Dagegen haben Zwei-, Drei- und Mehrgenerationshaushalte weiter abgenommen. Bei jüngeren Menschen, der nachwachsenden Altersgeneration, ist ein Trend zum Alleinleben festzustellen. In manchen Metropolen liegt der Anteil von Einpersonenhaushalten bereits heute bei fast 50%.

Die Konsequenz aus diesen Entwicklungen wird ein steigender Bedarf an professionellen Hilfs- und Unterstützungsangeboten für ältere Menschen sein. Außerdem werden Wohnformen im Sinne eines Betreuten Wohnens an Bedeutung zunehmen.

2.5 Folgerungen für die geriatrische Rehabilitation

Weitreichende und tiefgreifende Verbesserungen der Umwelt-, Arbeits- und Lebensbedingungen, verbunden mit einer zunehmenden Bedarfsgerechtigkeit, Effektivität und Effizienz des medizinischen Versorgungssystems, haben im 20. Jahrhundert zu einer Verdoppelung der mittleren Lebenserwartung der

Bevölkerung in den Industrieländern geführt. In engem Zusammenhang damit steht ein gesundheits- und sozialpolitisch bedeutsamer Wandel des Krankheitspanoramas. Infektionskrankheiten mit hoher Letalität und andere akute lebensbedrohliche Krankheiten, die zu Beginn des Jahrhunderts das Morbiditätsspektrum prägten, wurden zunehmend zurück gedrängt. Strukturbestimmend wurden statt dessen die chronischen zur Behinderung führenden Krankheiten des mittleren und höheren Lebensalters.

Wegen dieses Wandels der epidemiologischen Situation verlagerte sich der Schwerpunkt der medizinischen Versorgung von der akuten zur chronischen Krankheit, von der kurativmedizinischen Einheit „Krankheit“ zur rehabilitationsmedizinischen Kategorie „Krankheit plus Krankheitsauswirkungen“. Diese grundlegende „Umwertung“, als Paradigmenwechsel in der Medizin bezeichnet, führt zu einer Erhöhung des Stellenwertes der medizinischen Rehabilitation innerhalb des medizinischen Versorgungssystems. Dies hat Konsequenzen für eine Fortschreibung der Ziele, Schwerpunktaufgaben und Strukturen des Versorgungssektors „Medizinische Rehabilitation“. Die medizinische Rehabilitation ist traditionell in Deutschland krankheits(gruppen)bezogen bzw. indikationsspezifisch ausgerichtet. Der eingangs angesprochene Perspektivenwandel bedeutet, dass die geriatrische auf Multimorbidität ausgerichtete Rehabilitation stärker in den Vordergrund treten muss.

Ursächlich dafür sind vor allem die nachfolgend genannten Faktoren:

- Zunehmender Bedarf an geriatrischer Rehabilitation aufgrund des demographisch-epidemiologischen Faktorenkomplexes (vgl. Kapitel 2.1).
- Wahrscheinlichkeit, dass medizinische Rehabilitation auch beim alten Menschen hinsichtlich seiner Alltagskompetenz erfolgreich ist. Jahrzehnte-

lange klinische Erfahrung in den Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation spricht für die Wirksamkeit dieses Versorgungsangebotes.

- Der gesetzliche Auftrag der Pflegeversicherung mit dem Grundsatz: „Rehabilitation vor Pflege“: Ca. 80% der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung sind 65 Jahre und älter. Damit werden die Gutachter des MDK, die Anträge auf Leistungen nach SGB XI begutachten, zu potenziellen Weichenstellern für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Etwa ein Drittel der Antragsteller auf ambulante Pflegeleistungen werden im Ergebnis der Begutachtung nach SGB XI durch den MDK als nicht pflegebedürftig (Pflegestufe O) eingestuft. Diese Personen können eine besondere Zielgruppe für Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation zur Verhütung von Pflegebedürftigkeit sein.

- Indikationsspezifische Rehabilitation ist nicht bei allen rehabilitationsbedürftigen alten Menschen bedarfsgerecht, da
 - eine verminderte körperliche, psychische und geistige Belastbarkeit und
 - größere Hilfsbedürftigkeitvorliegen.

2.6 Der geriatrische Patient / Rehabilitand und seine Versorgungsaspekte

Nicht jeder ältere Patient ist ein geriatrischer Patient. Von einem geriatrischen Patienten wird ausgegangen, wenn die beiden nachfolgend genannten Kriterien erfüllt sind:

- höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre oder älter; Abweichungen von diesem strikten Kriterium sind möglich, bedürfen jedoch einer Begründung) und
- geriatritypische Multimorbidität.

Erfüllt der so charakterisierte geriatrische Patient die in Kapitel 3.2 bis 3.5 erläuterten Indikationskriterien für die geriatrische Rehabilitation, wird aus ihm ein potenzieller geriatrischer Rehabilitand. Dabei ist zu berücksichtigen, dass vor allem auf Grund der Vielfalt und Vielgestaltigkeit der medizinischen und psychosozialen Betreuungserfordernisse beim alten Patienten eine in jedem Fall eindeutige und reproduzierbare Differenzierung zwischen den Indikationen für eine geriatrische und indikationsspezifische Rehabilitation nicht immer möglich ist. Es wird eine „Restmenge“ von alten Patienten bleiben, bei denen die in Kapitel 3.2 bis 3.5 dargestellten Kriterien im Einzelfall durch eine nachvollziehbare Empfehlung des Gutachters sinnvoll ergänzt werden müssen.

Aus rehabilitationsmedizinischer und geriatrischer Perspektive bietet das biopsychosoziale Modell mit dem zugehörigen Klassifikationssystem der ICF eine angemessenere Grundlage für die Beurteilung des gesundheitlichen Gesamtzustandes älterer Patienten und ihrer Behandlungsnotwendigkeit als das organmedizinisch orientierte bio-medizinische Krankheitsmodell mit seiner Ausrichtung an den Prozessen der Krankheitsverursachung (Ätiopathogenese) und der bekannten Diagnosenklassifikation nach ICD. Die Aufnahme der so genannten Kontextfaktoren in die Klassifikationssystematik der ICF stellt eine wesentliche konzeptionelle Bereicherung dar.

- **Was heißt geriatritypische Multimorbidität?**

Geriatritypische Multimorbidität ist die Kombination von Multimorbidität und geriatritypischen Befunden bzw. Sachverhalten.

Ein alter Mensch ist multimorbide, wenn er multiple strukturelle oder funktionelle Schädigungen (nach ICF) bei mindestens zwei behandlungsbedürftigen Erkrankungen aufweist. Behandlungsbedürftig heißt, dass die aus diesen Erkrankungen entstehenden medizinischen Probleme im Rahmen der beantragten Rehabilitationsleistung aktuell engmaschig ärztlich beobachtet und bei der Therapie entsprechend berücksichtigt werden müssen. Ggf. muss dies integrativ erfolgen, d.h. über die Grenzen des eigenen Fachgebiets hinweg.

Die integrative Versorgung sollte vorrangig durch einen geriatritisch qualifizierten Arzt sichergestellt werden, ggf. sind Ärzte anderer Fachgebiete (z.B. Orthopädie, Urologie) hinzuzuziehen.

Das Geriatritypische der Multimorbidität ist eine Kombination der nachfolgend genannten Merkmalkomplexe a) und b), ggf. in Kombination mit c):

- a) Vorhandensein von Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivität (zumeist in variabler Kombination) i. S. eines geriatritischen Syndroms, d.h.
 - Immobilität
 - Sturzneigung und Schwindel
 - kognitive Defizite
 - Inkontinenz (Harninkontinenz, selten Stuhlinkontinenz)
 - Dekubitalulcera
 - Fehl- und Mangelernährung
 - Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt

- Depression, Angststörung
- chronische Schmerzen
- Sensibilitätsstörungen
- herabgesetzte körperliche Belastbarkeit / Gebrechlichkeit
- starke Sehbehinderung
- ausgeprägte Schwerhörigkeit.

Für das geriatrische Syndrom relevante Sachverhalte – außerhalb der Systematik der Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivität nach ICF – sind

- Mehrfachmedikation
- herabgesetzte Medikamententoleranz
- häufige Krankenhausbehandlung (Drehtüreffekt).

Typische antragsrelevante Hauptdiagnosen beim geriatrischen Patienten sind Zustand nach:

- Schlaganfall
- hüftgelenksnahen Frakturen
- operativer Versorgung mit Totalendoprothesen von Hüfte und Knie
- Gliedmaßenamputation bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit oder diabetischem Gefäßleiden.

Ebenso finden sich bei geriatrischen Patienten neurologische, kardiopulmonale und muskuloskeletale Erkrankungen wie auch Tumor- und Stoffwechselerkrankungen als Hauptdiagnosen.

In der geriatritypischen Befundkonstellation finden sich beim Patienten weitere Diagnosen, die aber z.B. wie ein gut eingestellter Bluthochdruck oder Diabetes mellitus nicht zwangsläufig aktuell behandlungs- oder engmaschig überwachungsbedürftig sind.

Typische Beispiele sind:

- arterielle Hypertonie
- koronare Herzkrankheit mit / ohne Zustand nach Herzinfarkt
- Herzinsuffizienz unterschiedlicher Genese
- periphere arterielle Verschlusskrankheit
- chronisch-obstruktive Lungenerkrankung
- Diabetes mellitus
- Zustand nach Schlaganfall
- Morbus Parkinson
- Parkinson-Syndrom
- Demenz
- Depression
- degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates.

Das häufige gleichzeitige Vorkommen der Folgen von somatischen und psychischen Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten, die einen wesentlichen ursächlichen Faktor für Hilfs- und Pflegebedürftigkeit darstellen, ist besonders zu beachten.

- b) Relativ hohes Risiko – gegenüber nicht geriatrischen Patienten – der Einschränkung der Selbstständigkeit im Alltag bis hin zur Pflegedürftigkeit.

- c) Relativ hohes Risiko – gegenüber nichtgeriatrischen Patienten – von Krankheitskomplikationen (z.B. Thrombosen, interkurrente Infektionen, Frakturen, verzögerte Rekonvaleszenz).

2.7 Medizinische Aspekte der geriatrischen Rehabilitation

Medizinischen, d.h. diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen kommt im Rahmen der Rehabilitation in zweierlei Hinsicht große Bedeutung bei älteren Patienten zu. Zum einen zeichnen sich geriatrische Rehabilitanden durch geriatritypische Multimorbidität aus (vgl. Kapitel 2.6). Hiermit korrespondiert i.d.R. eine hohe Quote an erforderlicher medikamentöser Mehrfachbehandlung (Multimedikation). Hierdurch werden geriatrische Patienten mit fünf und mehr verordneten Medikamenten a priori zu Risikopatienten. Es bestehen dann ein erhöhtes Risiko für unerwünschte Arzneimittelwirkungen sowie eine höhere Wahrscheinlichkeit für mögliche Abweichungen von ärztlich verordneter Therapie (Non-Compliance). Begleitmedikation und Begleiterkrankungen (mögliche Kontraindikationen) sind bei der Indikationsstellung sowie der Dosierung von Arzneimitteln besonders zu berücksichtigen. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen zählen zu den häufigsten Komplikationen bei der Behandlung älterer Patienten und stellen einen relevanten zusätzlichen Komorbiditätsfaktor im Alter dar. Da die Symptomatik unerwünschter Arzneimittelwirkungen insbesondere im hohen Lebensalter sehr häufig uncharakteristisch ist, erfordert ihre Vermeidung besondere ärztliche Sorgfalt. Die Mehrzahl von Nebenwirkungen sind aus der Wirkungsweise der Medikamente erklärbar und deshalb auch zu einem großen Teil prinzipiell vermeidbar.

Der zweite Aspekt betrifft die im Vergleich zu jüngeren Patienten erhöhte Rate von Komplikationen, was eigens als geriatritypisches Merkmal Eingang in

die Definition des geriatrischen Patienten gefunden hat (vgl. Kapitel 2.6). Daraus ergibt sich die unabdingbare Notwendigkeit für präventive medizinische und pflegerische Maßnahmen im Rahmen jeder rehabilitativen Behandlung. Hierzu zählt beispielsweise die Identifikation von Patienten, die gefährdet sind verwirrt zu werden (Multimedikation) oder zu stürzen, um entsprechend präventive Maßnahmen einzuleiten.

Schließlich ergibt sich aus symptomatischen Begleit- oder Folgekrankheiten / Komplikationen wie auch interkurrenten Erkrankungen die Indikation zur aktiven medizinischen Behandlung. Beispiele sind die adäquate Schmerztherapie der aktivierten Arthrose unter gesteigerter Belastung oder die erforderliche Behandlung einer Depression nach zerebralem Infarkt, ohne die keine Fortschritte in der Rehabilitationsbehandlung zu erzielen sind (vgl. Kapitel 2.7.2).

Auch in der Phase der Rehabilitation ist der Gesundheitszustand des älteren Patienten labil, so dass die medizinische Diagnostik und Behandlung – beispielsweise einer symptomatischen Herzinsuffizienz bei einem Schlaganfallpatienten – jederzeit gegeben sein muss.

Wirkungsvolle Prävention, frühzeitige Erkennung und Behandlung von Komplikationen sind maßgeblich für den Erfolg geriatrischer Rehabilitation verantwortlich.

2.7.1 Psychosoziale Aspekte der geriatrischen Rehabilitation

Alle Maßnahmen der Rehabilitation dienen auch der psychischen Stabilisierung und der sozialen Wiedereingliederung. Zahlreiche Erkrankungen ziehen neben einer bleibenden Behinderung auch eine Beeinträchtigung der Teilhabe nach sich.

Zu Beginn der Rehabilitation muss daher ein multidimensionales Assessment erfolgen, das neben somatischen auch emotionale, kognitive und soziale Faktoren erfasst. Grundvoraussetzung für den Beginn einer Rehabilitationsbehandlung ist die Formulierung der Rehabilitationsziele, die psychische und soziale Faktoren mit einschließt und die im Rehabilitationsverlauf ggf. überprüft und angepasst werden müssen. Die wichtige Rolle psychischer und sozialer Faktoren in der Rehabilitation wird in den letzten Jahren zunehmend durch Studien gesichert.

Als ein Risikofaktor für eine hohe Einjahres-Mortalität nach Myokardinfarkt wird eine geringe soziale Unterstützung anderen medizinischen Risikofaktoren gegenüber als gleichwertig betrachtet. Weitere Studien belegen den engen Zusammenhang zwischen dem Fehlen sozialer Unterstützung und den Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit.

2.7.2 Gerontopsychiatrische Aspekte

Demenzen und Depressionen sind die häufigsten anhaltenden psychiatrischen Erkrankungen im höheren Lebensalter. Sie können den Rehabilitati-

onsprozess erheblich beeinträchtigen. Beide Erkrankungen können auch umgekehrt durch Rehabilitation positiv beeinflusst werden².

- **Demenz**

Durch die epidemiologischen Veränderungen und eine bekannte Verdoppelung der Prävalenz demenzieller Erkrankungen alle fünf Lebensjahre wird der Anteil an älteren, zu rehabilitierenden Patienten, die zusätzlich an einer demenziellen Erkrankung (Komorbidität) leiden, zunehmen.

Über die konkrete Beeinflussung des Rehabilitationsverlaufs bei anderen Grunderkrankungen und begleitender Demenzerkrankung gibt es wenige Daten. Gezielte krankengymnastische und ergotherapeutische Behandlungen werden durch einen begleitenden demenziellen Prozess häufig erschwert. Dabei bedarf es bei der Therapie dementer Patienten eines besonderen Einfühlungsvermögens und stärkerer Flexibilität des Therapeuten. Die ausgewählten Übungen müssen besonders stark an der Alltagsrelevanz gemessen werden. Eine besonders deutliche Strukturierung der Übungen ist notwendig.

Eine Metaanalyse der Studien³, die Physiotherapie bei älteren Patienten mit kognitiven Einschränkungen untersuchte, kam zu dem Ergebnis, dass sich auch bei dieser Patientengruppe positive Auswirkungen sowohl für körperliche Leistungsfähigkeit als auch für kognitive Funktionen und Verhaltensparameter ergeben.

In der Therapie der kognitiven Störungen selbst kann das Training des semantischen Gedächtnisses bei Menschen mit Alzheimer'scher Erkrankung

² Geriatriische Rehabilitation – Abschlussbericht über das Modellprojekt St. Irminen, Trier, www.masfg.rlp.de

³ Heyn P, Abreu BC, Ottenbacher KJ. The effects of exercise training on elderly persons with cognitive impairment and dementia: a meta-analysis. Arch Phys Med Rehabil. 2004;85:1694-704

frustrierend sein. Immerhin können jedoch über drei Monate anhaltende Verbesserungen in diesem Bereich durch intensives Training unter gleichzeitiger Therapie mit Acetylcholinesterasehemmern erreicht werden, so dass eine grundlegende Ablehnung von kognitiver Therapie nicht berechtigt erscheint. Noch günstiger ist möglicherweise das Potenzial bei Training prozeduraler (d.h. vor allem motorische Abläufe betreffender) Gedächtnisvorgänge bei Menschen mit Alzheimer'scher Erkrankung, da die verantwortlichen Areale des Gehirns erst später im Krankheitsprozess betroffen sind.

- **Depressionen**

Zeitlich begrenzte depressive Phasen treten im Alter nicht häufiger als im jüngeren Lebensalter auf. Die Prävalenz leichterer depressiver Verstimmungen ist jedoch bei älteren Menschen höher. Dabei besteht oft eine enge Wechselbeziehung zwischen depressiver Stimmungslage und körperlichen Symptomen und eine hohe Komorbidität mit Erkrankungen wie beispielsweise Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz und Morbus Parkinson. Die Häufigkeit klinisch relevanter depressiver Symptome nach Hirninfarkten wird mit etwa 25% angegeben und beeinflusst den Rehabilitationserfolg.

Einige grundlegende Regeln im Umgang mit älteren depressiven Menschen während der Rehabilitation sind zu beachten: die Einbeziehung in therapeutische Entscheidungen, die Betonung auch kleiner Fortschritte, die starke Einbeziehung des sozialen Umfeldes und die Überprüfung möglicher Assoziationen mit Medikamenten wie Betablockern, Clonidin und Cortikosteroiden. Die Kombination von begleitender Psychotherapie, die gerade während eines stationären Aufenthalts gut möglich ist, und Pharmakotherapie ist erwiesenermaßen wirksam. Ältere Menschen sind entgegen früherer Ansichten einer Psychotherapie gut zugänglich.

Angesichts ihrer eindeutigen rehabilitationsfördernden Wirkung und guter Behandlungsoptionen sollten depressive Störungen im Rehabilitationsprozess älterer Menschen nicht länger unterdiagnostiziert und -therapiert bleiben.

2.8 Verbindung von Gesundheitsförderung, Prävention und geriatrischer Rehabilitation

Das deutsche Gesundheitssystem ist primär auf die Behandlung von Krankheiten ausgerichtet. Gemäß Angaben des Statistischen Bundesamtes ist dies u.a. abzulesen an dem – verglichen mit Ausgaben für Behandlung und Krankheitsfolgen – verhältnismäßig sehr geringen Ausgabenteil für vorbeugende Maßnahmen.

Neben dem bereits angesprochenen Paradigmenwechsel von der kurativ-medizinischen Kategorie „Krankheit“ zur Kategorie „Krankheit plus Krankheitsfolgen“ (vgl. Kapitel 2.5) ist auch eine wesentlich stärkere Berücksichtigung vorbeugender Maßnahmen dringend gefordert. In dem im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 geänderten § 20 SGB V „Prävention und Selbsthilfe“ wird eine Ausrichtung der Gesundheitsvorsorge an Bedarf, Zielgruppen, Methoden und Zugangswegen gefordert. Ältere Menschen werden zunehmend als Zielgruppe für Prävention erkannt. Allerdings zeigen aktuelle Erhebungen, dass die Häufigkeit genutzter präventiver Gesundheitsangebote im Rahmen primärärztlicher ambulanter Versorgung mit steigendem Lebensalter deutlich abnimmt.

Prävention umfasst alle zielgerichteten Maßnahmen und Aktivitäten (Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention), die eine bestimmte gesundheitliche Schädigung verhindern, weniger wahrscheinlich machen oder verzögern. Im

Sprachgebrauch führt diese Vielschichtigkeit der Prävention häufig zu Unschärfen oder Missverständnissen.

Sowohl der krankheitsbezogene Ansatz der Prävention als auch der ressourcenorientierte Ansatz der Gesundheitsförderung zielen – wenn auch aus unterschiedlichen Blickwinkeln und mit verschiedenen Strategien – auf die verbesserte Gesundheit des Einzelnen sowie der Bevölkerung und sollten als einander ergänzend betrachtet werden.

Ergänzend zu den Konzepten der Sozialhygiene, Gesundheitserziehung oder Prophylaxe wurde im Zusammenhang mit dem WHO-Programm „Gesundheit für alle“ ein neues, lebensweisenbezogenes Verständnis von Gesundheitsförderung entwickelt. Für den älter werdenden Menschen bedeutet Gesundheitsförderung, bestehende Reserven auszubauen, verloren gegangene Fähigkeiten wieder zu gewinnen oder psychosoziale Benachteiligung durch körperliche Einschränkungen zu verhindern.

Für die Gesundheitsförderung im Alter und für ein gesundes Altern spielt der Begriff der Funktion bzw. der Funktionsfähigkeit eine herausragende Bedeutung. Bereits vor über 30 Jahren wurde das Konzept der Lebenserwartung in Gesundheit beschrieben. Als neuer Indikator, der Morbidität und Mortalität berücksichtigt, wurde die aktive, d.h. gesunde Lebenserwartung entwickelt, um die Qualität gewonnener Lebensjahre insbesondere alter Menschen zu erfassen. Das Kriterium aktiver Lebensjahre ist das selbstständige Vermögen oder der Besitz der Funktionsfähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens ohne Hilfe auszuführen.

Eine wachsende Zahl von Daten aus Querschnitts- und Langzeituntersuchungen an älteren Bevölkerungstichproben und auch Krankenhauspatien-

ten belegt die überragende Bedeutung von Einschränkungen der Funktionsfähigkeit als Prädiktoren der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit, der Prognose und des Ausmaßes der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen sowie auch zur Mortalität.

3. Kriterien und Grundelemente der geriatrischen Rehabilitation

Die Begründung für präventive und rehabilitative Maßnahmen bei alternden Menschen liegt in der Entwicklung von Verlusten der Funktionsfähigkeit, d.h. der Entstehung von Beeinträchtigungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens und der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Komorbidität ist ein bedeutender Risikofaktor für diese Beeinträchtigungen, deren Häufigkeit stark mit dem Lebensalter assoziiert ist. Ihre Prävalenz ist bei Frauen höher als bei Männern derselben Altersklasse.

Dieser Befund korrespondiert mit der Häufigkeit von Pflegebedürftigkeit, die nicht ausschließlich, aber in erster Linie Menschen im hohen und höchsten Alter betrifft (vgl. Kapitel 2.1). Fast 80% aller pflegebedürftigen Menschen hatten 2002 eine pflegebegründende Hauptdiagnose aus den folgenden Krankheitsgruppen (ICD-10), aufgeführt in der Rangfolge ihrer Häufigkeit:

- Krankheiten des Kreislaufsystems, darunter am häufigsten zerebrale Infarkte und Schlaganfallfolgen, andere zerebrovaskuläre Krankheiten und Herzinsuffizienz
- psychische und Verhaltensstörungen, darunter am häufigsten Demenzen
- Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, nicht klassifizierbar

- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes, davon am häufigsten Polyarthrose und Osteoporose und
- Neubildungen, darunter am häufigsten Bronchien / Lunge, Brustdrüse, Dickdarm und Prostata.

Erwartungsgemäß dominieren die Gruppen chronischer Erkrankungen. Die Rangfolgen der häufigsten Diagnosegruppen bei Frauen und Männern sind vergleichbar. Ein Großteil dieser Erkrankungen ist der Vorbeugung zugänglich, weshalb der Umsetzung gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen große Bedeutung zukommt (vgl. Kapitel 2.8).

3.1 Indikation und Allokation

Zur Erfassung der gesundheitlichen Gesamtsituation alter Menschen genügt es nicht, lediglich die ICD-Diagnosen festzustellen und zu dokumentieren. Notwendig ist vielmehr die Erfassung von Krankheitsfolgen, die die Alltagskompetenz des alten Menschen in seinem individuellen psychosozialen Kontext einschränken.

Ist die Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation gegeben, sind folgende Kriterien für die Allokation (Zuweisung) der im Einzelfall gebotenen Leistungen maßgeblich:

- Art und Schweregrad des zugrunde liegenden Gesundheitsproblems und der resultierenden Schädigung
- das noch vorhandene Aktivitätsprofil (Kommunikation, Mobilität und Selbstversorgung)

-
- der person- und umweltbezogene Kontext (z.B. häusliche und hausärztliche Versorgung, Erreichbarkeit von Leistungsangeboten, Motivation, Entbindung von familiären Pflichten).

Daraus leitet sich ab,

- ob eine indikationsspezifische oder geriatrische Rehabilitation durchgeführt wird.

Erfüllt ein älterer (in der Regel über 70 Jahre) multimorbider (vgl. Kapitel 2.6) Mensch die in den nachfolgenden Kapiteln 3.2 bis 3.5 für den geriatrischen Patienten definierten Indikationskriterien Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, alltagsrelevante Rehabilitationsziele und positive Rehabilitationsprognose, kann eine geriatrische Rehabilitation angezeigt sein.

- ob eine ambulante oder stationäre Durchführung möglich ist.

Neben den medizinischen Voraussetzungen muss für eine ambulante Rehabilitation die erforderliche Mobilität bestehen. Die Rehabilitationseinrichtung muss in einer zumutbaren Fahrtzeit erreichbar sein. Zudem muss die häusliche und sonstige medizinische Versorgung des Rehabilitanden während einer ambulanten Rehabilitationsleistung sichergestellt sein.

Eine stationäre Rehabilitation kommt grundsätzlich in Betracht, wenn pflegerische Betreuung und ständige ärztliche Überwachung notwendig sind, die Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld besteht, die Rehabilitationseinrichtung nicht in einer zumutbaren Fahrtzeit erreicht werden kann oder die häusliche und sonstige medizinische Versorgung während einer ambulanten Rehabilitation nicht gewährleistet ist und eine ambulante Rehabilitation aufgrund mangelnder psychischer Belastbarkeit nicht durchgeführt werden kann.

- die Dauer und Dringlichkeit der Leistung.

Rehabilitationsleistungen müssen vor Beginn vom Rehabilitationsträger bewilligt werden. Umfang, Dauer und Intensität der Leistung richten sich nach den individuellen Anforderungen und nach dem Rehabilitationsziel. Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung dauern grundsätzlich stationäre Rehabilitationsleistungen längstens drei Wochen und ambulante Rehabilitationsleistungen längstens 20 Behandlungstage. Unter dem Gesichtspunkt einer individualisierten und ergebnisorientierten Rehabilitation ist nach vorheriger Genehmigung durch den Rehabilitationsträger in begründeten Fällen eine Verlängerung möglich, wenn eine Verzögerung im Erreichen des Rehabilitationsziels bei bestehender positiver Rehabilitationsprognose und gegebener Rehabilitationsfähigkeit besteht.

3.2 Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung:

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder
- Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und
- über die kurative Versorgung hinaus ein mehrdimensionaler und interdisziplinärer rehabilitativer Ansatz erforderlich ist.

Diese Beeinträchtigungen müssen, unter Beachtung der sozialen Kontextfaktoren (z.B. häusliches Wohnumfeld), für den älteren Menschen alltagsrelevant sein, d.h., sie schränken seine Selbstständigkeit und Gestaltungsmög-

lichkeit in den Bereichen ein, die zu den menschlichen Grundbedürfnissen gehören. Diese sind Selbstständigkeit:

- beim Essen und Trinken
- in der persönlichen Hygiene
- in der Mobilität
- in der Kommunikation
- bei der Gestaltung einer angemessenen Beschäftigung
- in der Gestaltung und Aufrechterhaltung der sozialen Integration.

Entsprechende Beeinträchtigungen der Aktivitäten betreffen vor allem:

- die Selbstversorgung (z.B. Ernährung, Körperpflege, Exkretion), deren Beeinträchtigung zur Abhängigkeit von fremder Hilfe (z.B. Pflegebedürftigkeit) führen kann
- die Fortbewegung, deren Beeinträchtigung ein Leben des Patienten außerhalb seiner Wohnung verhindern und so zu dessen sozialer Isolation führen kann
- das Verhalten, z.B. als Folge einer vorübergehenden Verwirrtheit, dessen Beeinträchtigung zu Störungen in der Orientierung und sozialen Integration führen kann
- die Kommunikation (z.B. Sprachverständnis, Sprachvermögen, Hören, Sehen) mit der Folge der Beeinträchtigung der örtlichen / räumlichen Orientierung
- die körperliche Beweglichkeit, deren Beeinträchtigung z.B. zu Beeinträchtigung der Selbstversorgung führen kann
- die Geschicklichkeit (z.B. bei manuellen Aktivitäten), deren Beeinträchtigung z.B. zu Beeinträchtigungen der Beschäftigung / Haushaltsführung führen kann.

Wesentliche Hinweise auf manifeste oder drohende Beeinträchtigungen sind z.B.:

- Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung
- Antragssteller lebt im Pflegeheim
- gesetzliche Betreuung
- Verwendung von Hilfsmitteln (z.B. Rollstuhl, Rollator, Inkontinenzhilfen).

Die Rehabilitationsbedürftigkeit ist nicht gegeben, wenn ausschließlich kurative, pflegerische oder andere Maßnahmen angezeigt bzw. ausreichend sind, z.B.:

- Behandlung durch Hausarzt / Facharzt
- Krankenhausbehandlung
- Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln
- aktivierende Pflege
- häusliche Einzelfallberatung / Pflegekurse.

3.3 Rehabilitationsfähigkeit

Geriatrische Patienten verfügen im Unterschied zu Patienten, für die eine indikationsspezifische Rehabilitation in Betracht kommt, über eine herabgesetzte körperliche, psychische oder geistige Belastbarkeit und zeichnen sich durch größere Hilfsbedürftigkeit aus. Damit auch diese Patienten die erforderlichen, auf ihre speziellen Bedürfnisse zugeschnittenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten, sind die nachstehenden niedrighwelligen (Einschluss-) Kriterien sowie spezifische (Ausschluss-) Kriterien für die Indikationsstellung einer geriatrischen Rehabilitation zu berücksichtigen.

Geriatrische Rehabilitationsfähigkeit ist dann gegeben, wenn:

- die vitalen Parameter stabil sind
- die bestehenden Begleiterkrankungen, Schädigungen und typischen Komplikationen vom ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Personal der geriatrischen Einrichtung behandelt werden können
- die Stabilität des Kreislaufs und die allgemeine psychische und physische Belastbarkeit des Patienten erlauben, dass er mehrmals täglich aktiv an rehabilitativen Maßnahmen teilnehmen kann.

Die geriatrische Rehabilitationsfähigkeit ist nicht gegeben, wenn mindestens eines der nachfolgend genannten (Ausschluss-)Kriterien erfüllt ist:

- fehlende Zustimmung, Motivation und Motivierbarkeit des Patienten zur Rehabilitation
- fehlende oder nicht ausreichende Belastbarkeit, die die aktive Teilnahme verhindert (z.B. nach Frakturen und nach Gelenkoperationen)
- Stuhlinkontinenz, wenn diese Ausdruck einer weit fortgeschrittenen geistigen und körperlichen Erkrankung ist
- Begleiterkrankungen bzw. Komplikationen, die eine aktive Teilnahme an der Rehabilitation verhindern, z.B.
 - Desorientiertheit
 - Weglauftendenz
 - erhebliche Störung der Hör- und Sehfähigkeit
 - Lage und Größe eines Dekubitus
 - Probleme am Amputationsstumpf
 - schwere psychische Störungen wie schwere Depression oder akute Wahnsymptomatik.

3.4 Rehabilitationsziele

Das allgemeine Rehabilitationsziel der Geriatrie ist die nachhaltige Wiedererlangung, Verbesserung oder Erhaltung der Selbstständigkeit bei den alltäglichen Verrichtungen, damit z.B. ein Verbleiben in der gewünschten Umgebung möglich wird.

Angestrebt wird dies u.a. durch die

- Verbesserung der Mobilität
- Verbesserung der sozialen Integration
- Vermeidung / Verminderung der Abhängigkeit von Pflegepersonen.

Alltagsrelevante Rehabilitationsziele können in diesem Zusammenhang z.B. sein:

- Erreichen der Stehfähigkeit
- Erreichen des Bett-Rollstuhl-Transfers
- Verbesserung der Rollstuhlfähigkeit
- Erreichen des Toilettenganges / persönliche Hygiene
- selbstständige Nahrungsaufnahme
- selbstständiges An- und Auskleiden
- Gehfähigkeit über mehrere Treppenstufen, Gehfähigkeit innerhalb und außerhalb der Wohnung oder
- Tagesstrukturierung.

3.5 Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs und der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung der persönlichen Ressourcen (Rehabilitationpotential) über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels

- durch eine geeignete Leistung zur medizinischen Rehabilitation
- in einem angemessenen Zeitraum.

Der sozialmedizinische Gutachter muss – wie der verordnende Arzt – einschätzen, ob die Leistung der geriatrischen Rehabilitation, bezogen auf ein festgelegtes Rehabilitationsziel, erfolgversprechend ist.

Die positive Rehabilitationsprognose ist anzunehmen, wenn mindestens eine der nachfolgend genannten Kriterien zutrifft:

- Beseitigung / Verminderung der alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten / Teilhabe durch Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit ist erreichbar
- Kompensationsmöglichkeiten zur Alltagsbewältigung sind mit Aussicht auf nachhaltigen Erfolg anzuwenden (trainierbar)
- aussichtsreiche Adaptionmöglichkeiten sind vorhanden und nutzbar.

Der unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren anzustrebende Grad der Selbstständigkeit ergibt sich aus der Alltagskompetenz in den Grundbedürfnissen, die der ältere Mensch vor Auftreten der Beeinträchtigungen der Aktivi-

täten oder Teilhabe hatte, die die aktuelle Rehabilitationsbedürftigkeit begründen.

3.6 Multidimensionaler Ansatz

Obwohl dem Alter per se kein Krankheitswert zukommt, sind ältere Menschen häufig von mehreren Erkrankungen (Multimorbidität) und funktionellen Einschränkungen gleichzeitig betroffen. Hinzu kommt eine veränderte, eingeschränkte Reservekapazität des älteren Organismus. Nicht nur akute und chronische Erkrankungen oder Traumata beeinträchtigen die Gesundheit und gefährden die Selbstständigkeit älterer Menschen, sondern auch soziale Krisensituationen oder seelische Belastungen. Eine vollständige Heilung (*restitutio ad integrum*) ist nicht immer möglich, so dass es gilt, die Auswirkungen einer Schädigung auf das Alltagsleben zu begrenzen und die Teilhabe am sozialen Leben so weit wie möglich zu erhalten.

Auf der Grundlage der ICF stehen am Beginn des Rehabilitationsprozesses die Erhebung und Dokumentation des Eingangsbefundes (vgl. Kapitel 1.2). Unter Berücksichtigung der Rehabilitationsfähigkeit, der Prognose und der persönlichen Anliegen des älteren Menschen werden alltagsrelevante Rehabilitationsziele abgeleitet und ein schrittweiser Behandlungsplan aufgestellt. Dieser Prozess der multidimensionalen Diagnostik als Grundlage der Therapieplanung wird als geriatrisches Assessment bezeichnet. Ärztliche Befunde aus Untersuchung und Gespräch (Anamnese) finden ebenso Eingang in das Assessment wie Befunde von Fachtherapeuten, Pflegekräften oder Angehörigen (Fremdanamnese) und die Ergebnisse standardisierter Assessmentinstrumente zur quantitativen Erfassung von Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und Aktivitäten.

Unter einem umfassenden geriatrischen Assessment versteht man einen multidimensionalen und interdisziplinären diagnostischen Prozess mit dem Ziel, die medizinischen, psychosozialen und funktionellen Probleme und Ressourcen des älteren Menschen zu erfassen und einen umfassenden Behandlungs- und Betreuungsplan zu entwickeln.

Ein effizientes Behandlungsmanagement setzt eine frühzeitige Verständigung zwischen Rehabilitationsteam und Patienten über das potentielle Entlassungsziel voraus. Die Entlassungsvorbereitung ist eine wichtige Aufgabe des Teams. Besonders zu beachten sind die räumlichen Gegebenheiten des Wohnumfeldes und die sozialen Lebensumstände des älteren Menschen.

Bei Entlassung sollte sichergestellt sein, dass der ältere Mensch die erworbenen Fähigkeiten nicht nur im therapeutischen Milieu, sondern auch unter alltäglichen Bedingungen einsetzen kann. Dieser Zeitpunkt ist individuell aus dem Verlauf zu bestimmen.

3.7 Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Aufgaben des Rehabilitationsteams

Die erfolgreiche Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation älterer Menschen geschehen unter Beachtung vielfältiger Wirkgefüge. Zum Einsatz kommen daher unter ärztlicher Verantwortung eine Vielzahl von Professionen in einem Rehabilitationsteam. Um eine effiziente Abstimmung unter den Mitarbeitern dieses Rehabilitationsteams sowie zwischen Therapeuten und dem älteren Menschen über die individuellen Therapieziele, die hierfür erforderlichen Behandlungsmaßnahmen und die erzielten Behandlungsergebnisse zu errei-

chen, sind regelmäßige Besprechungen und eine aufeinander abgestimmte Arbeitsteilung im Rehabilitationsteam notwendig.

Eine zentrale Rolle bei den einzelnen therapeutischen Behandlungseinheiten kommt den Pflegefachkräften zu. Sie begleiten den älteren Menschen über den ganzen Tag und durch die Nacht und fördern hierbei durch gezielte Anleitung die Übernahme des therapeutisch Erlernten in die alltäglichen Verrichtungen des älteren Menschen. Diese aktivierende Form der Pflege wird daher auch geriatrisch-rehabilitative Pflege genannt.

Da Ziele und Erfolge einer rehabilitativen Behandlung wesentlich von der Motivation und Mitarbeit des älteren Menschen abhängen, ist seine Einbindung in allen Phasen der Rehabilitation Aufgabe aller Beteiligten. Die frühe Einbindung vorhandener Angehöriger des älteren Menschen trägt zu seiner Motivation bei und unterstützt die Wiedereingliederung in das private Umfeld. Seelsorger und Psychotherapeuten können die psychosoziale Versorgung während der Rehabilitation entscheidend verbessern.

Charakteristika eines geriatrischen Rehabilitationsteams sind:

- die Vielfalt therapeutischer Ansätze
- die interdisziplinäre Teamarbeit
- eine aktivierende ganzheitliche Pflege
- die Berücksichtigung gleichermaßen somatischer wie psychischer und sozialer Aspekte in der rehabilitativen Behandlungsplanung und -durchführung.

Diese Merkmale wirken positiv, weil

- die Anforderungen an den älteren Menschen angemessen über den Tag verteilt werden
- bei nur geringer Belastbarkeit eines Patienten Prioritäten in der Behandlung gesetzt werden
- alle therapeutischen Bemühungen auf gemeinsam mit dem älteren Menschen definierte Ziele ausgerichtet sind
- die Therapien untereinander abgestimmt werden, d.h. sich in ihrer Zielsetzung ergänzen bzw. aufeinander aufbauen (z.B. muss die Sprachtherapeutin wissen und vom Patienten fordern, dass er in der Physiotherapie gelernt hat, sich vom Rollstuhl ohne Hilfe auf einen normalen Stuhl umzusetzen).

Unzureichende Abstimmung und Zusammenarbeit im Team können den Erfolg der Rehabilitation in Frage stellen. Daher ist eine Leitung des Teams durch einen erfahrenen Arzt ebenso erforderlich wie Arbeit im Team selbst, z.B. durch Teambesprechungen oder Supervision.

3.7.1 Ärztliche Versorgung

Die Rolle des niedergelassenen Arztes (meist in der Primärversorgung tätiger Hausarzt) besteht darin, Schädigungen und Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und Aktivitäten sowie Teilhabe frühzeitig zu erkennen, um dann erforderliche Maßnahmen rechtzeitig einzuleiten. Entstehung, Ausmaß und Verlauf der beobachteten Beeinträchtigungen entscheiden genauso über die Wahl der Behandlungsform wie die geistig-körperlichen Reserven des älteren Menschen und die Angebotsstruktur vor Ort.

Im ambulanten Versorgungsbereich hat der niedergelassene Arzt entsprechend der Rehabilitations-Richtlinien (vgl. Kapitel 1.2) die Aufgabe, über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu beraten und diese bei Bedarf zu verordnen bzw. einzuleiten. Gleiches gilt für den Krankenhausbereich. Auch hier muss der behandelnde Krankenhausarzt fähig sein, bei geriatrischen Patienten eine Rehabilitationsbedürftigkeit zu erkennen und dann eine entsprechende Leistung zu initiieren.

In der geriatrischen Einrichtung nimmt der Arzt eine zentrale Stellung im Rehabilitationsteam ein. Seine Aufgabe ist es, auf Grund schon vorhandener Berichte, durch seine eigenen Untersuchungen und die Erstellung des Assessments die Diagnostik zu ergänzen und Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe unter Einbezug der Therapeuten qualitativ und quantitativ möglichst genau zu erfassen. Danach erstellt er mit Unterstützung des Teams einen individuellen Rehabilitationsplan, beobachtet die Ergebnisse unter dieser Therapie und passt in Abstimmung mit den einzelnen Therapeuten die weiteren Ziele und Therapieschritte an.

Der Arzt ist für den effektiven Einsatz des Rehabilitationsteams verantwortlich. Er muss hierzu über spezielle Kenntnisse auf den Gebieten der Rehabilitation und der verschiedenen therapeutischen Disziplinen verfügen.

Neben der Leitung des Rehabilitationsteams hat der Arzt auch die erforderliche Behandlung des Patienten durchzuführen. Dazu gehört die medikamentöse Behandlung. Die Multimorbidität des geriatrischen Patienten erfordert des Öfteren eine Vielfachmedikation. Die veränderte biologische Reaktion auf Medikamente, aber auch die geringe Compliance erhöhen die Raten der Neben-, Wechsel- und Fehlwirkungen. Eine wesentliche Aufgabe der geriatrischen Rehabilitation ist daher, die Medikation des geriatrischen Patienten

kontinuierlich zu überprüfen und ggf. anzupassen. Ebenso gehören zur medikamentösen Behandlung auch das Training und die Anleitung zur regelmäßigen Einnahme von Arzneimitteln im Rahmen der Tagesstrukturierung.

Zur psychologischen Diagnostik und einer sich anschließenden Therapie ist der Arzt in der Regel auf die Mitarbeit eines (Neuro-)Psychologen angewiesen. Bei sozialen Fragen und zur Vorbereitung der Entlassung wird der Sozialdienst in die Beratung des älteren Menschen eingeschaltet.

3.7.2 Geriatriisch-rehabilitative Pflege

Die Pflegenden sind von allen an der Rehabilitation Beteiligten die längste Zeit am Tag mit dem Patienten zusammen. Das Grundkonzept der geriatrisch-rehabilitativen Pflege soll in jedem Bereich gleichermaßen aktivierend therapeutisch sein. Während Pflege immer aktivierend durchgeführt wird, handelt es sich bei der geriatrisch-rehabilitativen Pflege um interdisziplinäre Aufgaben im Rahmen spezieller therapeutischer Konzepte (z.B. Bobath). Die Pflegenden sind Teil des interdisziplinären therapeutischen Teams. Die Pflege wird in Abstimmung mit dem Team geplant und durchgeführt.

Es ist Aufgabe des Pflegenden, ein therapeutisches Milieu aufzubauen, in dem die Therapeuten den Patienten weiter fördern und fordern können. Es ist wichtig zu wissen, dass professionelle Pflege rehabilitationsfördernd wirkt, falsch verstandene „Überbetreuung“ aber die rehabilitativen Bemühungen behindert. Eine zusätzliche berufsbegleitende Fachweiterbildung⁴ für rehabilitative Pflege ist möglich.

⁴ Eine Adressenliste über Weiterbildungsmöglichkeiten ist über die jeweiligen Landesministerien erhältlich.

Aufgaben der geriatrisch-rehabilitativen Pflege sind u.a.:

- die Unterstützung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen z.B. durch sachgemäße Vorbereitung des Patienten
- die Aktivierung des älteren Menschen mit dem Ziel, alle Aktivitäten des täglichen Lebens so früh und so weit wie möglich selbst zu übernehmen
- aber auch der Schutz des Patienten vor Überforderung
- der adäquate pflegerische Umgang mit dem älteren Menschen entsprechend seinen Behinderungen (z.B. Lagerung, Zugang zum Bett)
- der Einbezug und die Anleitung von Angehörigen, um sie gegebenenfalls ihren Fähigkeiten entsprechend auf die Erfordernisse der weiteren häuslichen Pflege vorzubereiten.

Aktivierende Pflege, d.h. den älteren Menschen das selbst tun zu lassen, was er bereits wieder selbst kann, auch wenn es mehr Zeit braucht, stellt spezifische Ansprüche an ihn und das Pflegepersonal. Dem älteren Menschen soll verdeutlicht werden, dass er bei seiner Pflege selbst aktiv mitarbeiten muss, um zu lernen, seinen Alltag wieder möglichst selbständig und erfolgreich zu gestalten. Ohne den Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung wird eine aktivierende Pflege nur schwerlich zu realisieren sein. Verlangt wird eine Pflegeplanung über 24 Stunden und ein intensiver Informationsaustausch im Team, um sich mit den Therapeuten über den jeweiligen Stand der individuellen Fähigkeiten zu verständigen und sich hieran bei den Anforderungen an den Patienten bei den Aktivitäten des täglichen Lebens zu orientieren. Aktivierende Pflege benötigt einen hohen Zeitaufwand, weil nachlassende Funktionen von Sinnesorganen, Sprachschwierigkeiten oder Verständnis-/ Verständigungsprobleme ein sehr intensives Maß an Zuwendung zum älteren Menschen erfordern. So braucht es z.B. mehr Zeit, einen behinderten Men-

schen bei der Körperpflege zu unterstützen als ihm das Waschen komplett abzunehmen.

Einige zusätzliche Aspekte, die bei der Pflege älterer Menschen zu beachten sind:

- die Gefahr von Druckgeschwüren bei immobilen Patienten erfordert prophylaktische Maßnahmen, wie z.B. Bewegungsförderung, angepasste Mobilisation und Lagerungen
- Urininkontinenz und Stuhlinkontinenz erfordern Hautschutz und spezielle Pflegeverfahren (z.B. Kontinenztraining)
- Obstipation wird z.B. durch Bewegungsförderung, ballaststoffreiche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr und ggf. Abführmaßnahmen vermieden
- eine ausreichende Ernährung sowohl mit festen Nahrungsmitteln als auch die Zufuhr von Flüssigkeiten ist häufig erschwert und muss u.a. durch die Pflege überwacht und gefördert werden
- in der Nacht sind die erforderlichen Pflegemaßnahmen kontinuierlich fortzuführen und unruhige Patienten entsprechend zu betreuen.

3.7.3 Physiotherapie

Eine möglichst funktionsgerechte Bewegung zu erreichen, ist das Ziel der Krankengymnastik (Physiotherapie). Sie dient der aktiven Bewegungsschulung, der Wiederherstellung von Kraft, Ausdauer und Geschicklichkeit. Bei der Behandlung von zentralnervösen Schädigungen dient sie der Normalisierung des Haltetonus der Muskulatur und schließlich der Vorbereitung und Stimulation normaler Bewegungen unter Hemmung pathologischer Bewegungstendenzen.

Ursprünglich in der Pädiatrie angewandte Behandlungsverfahren auf neurophysiologischer Grundlage (z.B. Bobath, propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation – PNF) haben sich auch in der Geriatrie bei Schädigungen des Zentralnervensystems bewährt und etabliert.

Besonders bei kardiologischen und orthopädischen Erkrankungen kann die Durchführung eines medizinischen Ausdauer- oder Krafttrainings (Medizinische Trainingstherapie) indiziert sein. In der Geriatrie häufig auftretende Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen der Körperfunktionen und Aktivitäten können den Einsatz von Physiotherapie erfordern.

Beispiele / Indikationen sind:

- Herz- / Kreislaufkrankungen: kontinuierliche stufenweise Belastungssteigerung in Abhängigkeit von Atmung, Puls und Blutdruck.
- periphere arterielle Durchblutungsstörungen: Geh- und Gefäßtraining mit kontinuierlicher Verlängerung der Gehstrecke; nach Amputation Abhärtung und richtige Pflege des Extremitätenstumpfes sowie Training im Umgang mit der Prothese.
- Erkrankungen des Bewegungsapparates: funktionelle Bewegungsübungen, Übungen zur Förderung des körperlichen Gleichgewichtes und gezielte Muskelkräftigung.
- neurologische Erkrankungen, insbesondere Morbus Parkinson: Funktionelle, d.h. auf alltägliche Fertigkeiten gerichtete Bewegungsübungen mit dynamischen Elementen (Streckung und Drehungen).
- Zustand nach zerebralen Durchblutungsstörungen (Schlaganfall): Behandlung nach neurophysiologischen Konzepten, insbesondere nach dem Bobath-Konzept.

Gemeinsam mit Ergotherapeuten (vgl. Kapitel 3.7.5) wird die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Unterstützung der Mobilität (Handstock, Gehwagen oder Rollstuhl) durchgeführt. Für die Zeit nach der Entlassung wird der ältere Mensch zu selbständigen Übungen in der eigenen Häuslichkeit angeleitet und damit die Nachhaltigkeit der Rehabilitation gesichert.

3.7.4 Physikalische Therapie

In der physikalischen Therapie werden unterschiedliche physikalische Reize gezielt eingesetzt, um Schmerzen zu lindern und die Selbstheilungskräfte des Körpers zu aktivieren. Gearbeitet wird mit Kälte- und Wärmetherapie (z.B. Packungen, Bädern und Güssen), aber auch mit mechanischen und elektrischen Reizverfahren sowie Ultraschall. Erreicht wird je nach Reiz eine lokale Durchblutungsförderung und Lockerung verspannter bzw. Tonisierung schlaffer Muskeln. Bei Stauungsbeschwerden im Bereich der Lymphgefäße ist durch Lymphdrainage oft eine deutliche Anschwellung der betroffenen Extremitäten zu erreichen.

Obwohl als alleinige Maßnahme bei der Behandlung von Erkrankungen des Bewegungsapparates unzureichend, kommt den physikalischen Anwendungen und Massagen im Zusammenhang mit anderen Therapien in der geriatrischen Rehabilitation eine wichtige Funktion zu. Besonders die Linderung von Schmerzen ist Voraussetzung, um weitere Übungsbehandlungen mit dem älteren Menschen überhaupt durchführen zu können. Nach einer physikalischen Therapie muss der ältere, insbesondere der kreislaufkranke Mensch Ruhe einhalten. Damit leiten die physikalischen Behandlungen auch notwendige Phasen der körperlichen und geistigen Entspannung im oft anstrengenden Rehabilitationsalltag ein.

3.7.5 Ergotherapie

Diagnostische und therapeutische Schwerpunkte der Ergotherapie in der geriatrischen Rehabilitation sind das Erlernen von Selbsthilfefertigkeiten zum weitest möglichen Erhalt der häuslichen Selbständigkeit, das alltagsnahe Training und die Hilfsmittelanpassung. In der Geriatrie spielt die soziale Aktivierung in Kleingruppen eine besondere Rolle.

Die Ergotherapie soll den Menschen befähigen, wieder gewonnene körperliche Bewegungen im Alltag sinnvoll in Handlungen umzusetzen oder verlorene Funktionen zu kompensieren. Damit ergänzen Ergotherapie und Krankengymnastik sich in idealer Weise. Dies wird bei komplexen Störungen (z.B. infolge eines Schlaganfalles oder bei gerontopsychiatrischen Patienten) besonders deutlich. Bewegungseinschränkungen werden im gleichen Maße berücksichtigt wie sensorische Störungen (Fühlen, Wahrnehmen, Sehen, Hören). Die Behandlung von Störungen der Aufmerksamkeit, des Erinnerns oder der Planung von Handlungen richtet sich auch nach dem Befund des klinischen Neuropsychologen.

Geübt wird auch der Umgang mit Hilfsmitteln. Dabei reicht die Palette von Handgriffen und Hilfen im Haushaltsbereich über Hilfen für die Fortbewegung bis hin zu individuellen Hilfsmittelanfertigungen. Beginnend mit grundlegenden Alltagsfertigkeiten der Körperpflege (Waschen, Ankleiden) werden später komplexere instrumentelle Aktivitäten (Telefonieren, Hausarbeiten, Einkauf, Kochen) zur selbstständigen Lebensführung geübt. Dabei stehen individuelle Interessen und Lebensumstände des älteren Menschen im Vordergrund. In bestimmten Fällen ist die Durchführung eines Hausbesuches erforderlich, um die Hilfsmittel den Einsatzmöglichkeiten in der häuslichen Umgebung anzupassen bzw. Bedarf an ergänzenden Maßnahmen der Wohnraumgestaltung

zu erheben (z.B. das Anbringen von Handgriffen, Treppenliften, Entfernen gefährlicher Läufer, Sicherstellung ausreichender Beleuchtung, Einstiegshilfen in die Dusche oder Badewanne).

Die Wiedereingliederung des älteren Menschen in sein soziales Umfeld wird unterstützt durch das Fördern eines kreativen Freizeitverhaltens.

3.7.6 Logopädie

Logopäden diagnostizieren und behandeln in der geriatrischen Rehabilitation in erster Linie Stimm-, Sprach- und Sprechstörungen sowie Ess- und Schluckstörungen, die häufig im Rahmen eines Schlaganfalls erworben wurden. Eine Sprachverständnisstörung bedeutet für den betroffenen älteren Menschen eine besondere Belastung, da sie direkt die Kommunikation mit seinem sozialem Umfeld beeinträchtigt und als äußerlich nicht direkt erkennbare Behinderung von Außenstehenden häufig missverstanden wird.

Die Behandlung baut auf den verbliebenen intakten Fähigkeiten im Sprachbereich auf. Alles Wiedererlernte muss, wenn es nicht wieder verloren gehen soll, so lange wiederholt werden, bis es automatisiert ist. Der Effekt ist in der Regel umso günstiger, je früher die Therapie begonnen wird.

Das Therapieziel ist nicht ein fehlerloses Sprechen, sondern eine funktionierende Kommunikation, die bei besonders schweren Schädigungen unter Umständen nur aus einzelnen Wörtern und Zeichen oder sehr einfachen Sätzen bestehen kann. Eine Weiterführung der logopädischen Behandlung im Rahmen der Heilmittelversorgung kann angezeigt sein.

Angehörige sollten von Zeit zu Zeit an Therapiesitzungen teilnehmen, damit sie ein Verständnis für die Sprachstörungen entwickeln und lernen, die bestmögliche Nutzung verbliebener Kommunikationsmöglichkeiten beim älteren Menschen zu unterstützen, ohne dass dieser über- oder unterfordert wird.

Bei Risikopatienten sollte schnellstmöglich eine Untersuchung zum Ausschluss von Schluckstörungen erfolgen. Speziell fortgebildete Logopäden behandeln Schluckstörungen bei neurologischen Erkrankungen, womit Folgeschäden, wie z.B. Lungenentzündungen, vermieden werden können.

3.7.7 Psychologie und Klinische Neuropsychologie

Der Neuropsychologe diagnostiziert und behandelt kognitive und psychische Schädigungen. Insbesondere ältere Menschen mit visuellen oder zentralen Wahrnehmungsdefiziten und leichten Schwächen von Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Konzentration bis hin zu ausgeprägten dementiellen Erkrankungen sowie verschiedene Formen von Depressionen bedürfen der Behandlung.

Der Einsatz des Psychologen kann auch bei Störungen in der Krankheitsverarbeitung und bei familiären Konflikten sinnvoll sein. Dabei kann die Einbeziehung von Angehörigen hilfreich sein. Therapeutische Gespräche, seien sie durch einen hierfür geschulten Arzt oder den Psychologen geführt, können sowohl beim Patienten als auch bei seiner Familie große Entlastung bringen.

Neuropsychologische Störungen treten oft in Kombination auf und beeinträchtigen den älteren Menschen nicht nur direkt, sondern mindern auch seine Fähigkeit, an anderen Therapien teilzunehmen oder von ihnen zu profitieren.

ren. Eine Störung der Aufmerksamkeit muss z.B. von allen Mitarbeitern besonders berücksichtigt werden und kann die Rehabilitation erheblich erschweren oder verlangsamen.

Behandlungen können erfolgen als:

- Einzelbehandlungen (z.B. PC-gestütztes Aufmerksamkeitstraining, Gespräche)
- themenkonzentrierte Gesprächsgruppen zur Krankheitsbewältigung, Gedächtnistraining und / oder Förderung von sozialen Kontaktfähigkeiten
- Vermittlung von Entspannungstechniken (autogenes Training, Muskelrelaxation) bei vegetativen Erschöpfungszuständen oder Verhaltenstraining bei Angststörungen
- psychotherapeutische Behandlung.

3.7.8 Sozialdienst

Zum interdisziplinär arbeitenden Team gehört auch der Sozialdienst. In Deutschland wird er zumeist von Sozialarbeitern / Sozialpädagogen wahrgenommen. Dazu gehört die Beratung des älteren Menschen und seiner Angehörigen über soziale Hilfen (personelle, materielle und finanzielle), mögliche Versorgungsformen nach der Entlassung und ihre Organisation. Auch wenn die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung des älteren Menschen nötig ist, wird der Sozialdienst tätig. Seine Hilfe kann von den Betroffenen auch ohne Verordnung des behandelnden Arztes in Anspruch genommen werden. Eine frühe Kontaktaufnahme erleichtert das Vorgehen. Der Sozialdienst ist zugleich ein Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung.

Eng mit den psychologischen Bemühungen der Rehabilitation sind Maßnahmen zur sozialen Wiedereingliederung verbunden. Durch Gespräche mit dem älteren Menschen und Angehörigen kann abgeklärt werden, welche Hilfen zur Rückkehr in die eigene Wohnung erforderlich sein könnten oder auf welche Weise eine möglichst selbstständige Lebensführung in einer anderen Lebensumwelt gewählt werden kann. In Abstimmung mit der örtlichen Altenhilfe werden Beratung und Auskunft über verschiedene Hilfsmöglichkeiten und die Einleitung und Vermittlung sozialer Hilfen angeboten.

Hierzu gehören z.B.:

- Information über und Beantragung von Leistungen bei Kranken- und Pflegekassen, Renten- / Unfallversicherungsträgern und Sozialämtern, Vermittlung von Nachteilsausgleichen nach dem Schwerbehindertenrecht
- Beratung über behinderten- oder altengerechte Wohnformen oder erforderliche Umrüstung der vorhandenen Wohnung (in Zusammenarbeit mit der Ergotherapie) einschließlich der Anschaffung eines Hausnotrufsystems
- Beratung über mögliche Unterstützung und Entlastung in der Haushaltsführung (z.B. Einkaufshilfe, Essen auf Rädern)
- Beratung über Fahr- und Begleitdienste für behinderte Menschen (z.B. für Besorgungen, Arztbesuche und Behördengänge)
- Beratung über Hilfen zur sozialen Integration durch Seelsorge, ehrenamtliche Krankenbesuchsdienste, Selbsthilfegruppen oder Freizeitangebote für Senioren
- Hilfestellung bei der Suche nach ambulanten Pflegediensten
- Unterstützung bei der Suche nach Pflegeheimplätzen (Langzeit- oder Kurzzeitpflege)
- Mitwirkung bei der Beantragung einer gesetzlichen Betreuung
- die Beratung zu Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung.

Dieser Katalog persönlicher Hilfen kann im Einzelfall eine fachkompetente personenbezogene Hilfeplanung (Case Management) erfordern, die in enger Zusammenarbeit des Sozialdienstes, der Kranken- und Pflegekassen sowie der örtlichen Altenhilfe einschließlich der Leistungserbringer und ihrer Verbände organisiert und umgesetzt werden sollte.

Nicht alle Hilfsangebote stehen flächendeckend zur Verfügung. Es besteht ein deutliches Stadt-Land-Gefälle. Deshalb muss im Einzelfall geprüft werden, ob die erforderlichen Hilfen am Ort verfügbar sind, ggf. sind Ausgleichslösungen zu suchen. Auskünfte und Hilfe hierzu erteilen z.B. Kranken- und Pflegekassen, Gesundheits- und Sozialämter, die gemeinsamen Servicestellen sowie ambulante Dienste.

3.7.9 Diätassistenz

Der Diätassistent stellt auf ärztliche Empfehlung hin eine entsprechende Kost zusammen. Er berät Patienten und Angehörige bei bestimmten Krankheitsbildern über angebrachte Kostformen (z.B. Diabetes mellitus, Diät bei Hypercholesterinämie). Eine Ergänzung der Normalkost mit Vitaminen, Proteinen und Kalorien ist bei Unter- oder Mangelernährten anzustreben und gewinnt in der Geriatrie zunehmend an Bedeutung, weil hiervon besonders häufig ältere Menschen aufgrund von Schluck- und Kaustörungen, Veränderungen des Geschmacksinnes, Depressionen oder Demenz betroffen sind.

Besonders wichtig ist die Zusammenarbeit mit dem Logopäden beim Kostaufbau schluckgestörter Schlaganfallpatienten. Durch die Gabe in der Konsistenz speziell angepasster Kost und Flüssigkeit bei Schluckstörungen

kann Mangelernährung und Komplikationen wie Aspirationspneumonien vorgebeugt werden und allmählich ein Kostaufbau erfolgen.

Als Kriterien zur Diagnose einer Mangelernährung bei älteren Menschen mit (Kachexie) oder ohne Gewichtsverlust (latente Mangelernährung) dienen sowohl anthropometrische (Körpergewicht, Armdurchmesser) als auch biochemische (Protein und Eisen im Blut) und anamnestisch-klinische Informationen (Ernährungsgewohnheiten, Depression, Appetitmangel, Zahnstatus, Schluckvermögen). Schwerkranke (Malignome, Tuberkulose) und schluckgestörte Menschen sind grundsätzlich gefährdet und können im Rahmen eines individuellen Kostplanes überwacht werden. Schlecht ernährte Menschen zeigen verlangsamte oder fehlende Fortschritte in der Rehabilitation und sind anfälliger für Komplikationen (im Krankenhaus erworbene Infektionen, Stürze).

Die diätetische Beratung sichert wesentlich die Mitarbeit des Patienten bei der notwendigen Behandlung (z.B. Führung von Patienten mit Diabetes mellitus, erhöhten Blutfetten und Gicht).

3.7.10 Seelsorge / Optionale Angebote

Um eine ganzheitliche und aufeinander abgestimmte Betreuung des älteren Menschen zu unterstützen, kann der Einsatz eines Seelsorgers im geriatrischen Team sinnvoll sein. Er kann bei ethischen Fragestellungen beratend tätig sein. Der Seelsorger steht ergänzend zu den anderen Mitgliedern des Rehabilitationsteams jedem älteren Menschen, unabhängig von seiner Kirchenzugehörigkeit, Religions- oder Weltanschauung, für Gespräche zur Verfügung.

Seelsorgerliche Beratung ist manchmal Krisenintervention und häufig gesuchte Begleitung in depressiven Phasen. Sie lädt zum Reden ein, wobei der Seelsorger manchmal auch nur die Rolle des Zuhörers haben kann.

Für Angehörige Betroffener können Gesprächskreise, z.B. für Schlaganfall und Demenz, angeboten oder der Kontakt zu Selbsthilfegruppen hergestellt werden. Der Austausch ähnlich Betroffener in der Gruppe hat sich bewährt.

Weitere ergänzende Angebote wie Musik- und Kunsttherapie oder Gleichgewichtstraining zur Sturzprophylaxe können das Behandlungsspektrum in der geriatrischen Rehabilitation im Einzelfall sinnvoll ergänzen.

3.8 Rolle der Angehörigen im Rehabilitationsprozess

Die Rehabilitation bei älteren Menschen ist eine vielfältige Aufgabe verschiedenster Berufsgruppen. Die Wirksamkeit aller rehabilitativen bzw. aktivierenden Behandlungen wird durch die Unterstützung und Mitarbeit der Angehörigen deutlich erhöht bzw. in manchen Fällen durch die Arbeit der Angehörigen erst ermöglicht.

Dabei wird den Angehörigen einiges abverlangt. Sie werden als Beistand, Helfer, Co-Therapeuten und Pfleger bei körperlichen und seelischen Problemen in Anspruch genommen.

Einige Hinweise sollen helfen, die Arbeit der begleitenden Angehörigen zu unterstützen:

- **Aufrichtigkeit**

Akzeptieren Familie und Freundeskreis die Krankheit und deren Folgen, lernt der Betroffene leichter damit zu leben. Daher gilt, niemals Probleme oder eine Behinderung verleugnen bzw. verharmlosen. Das kann die weitere Rehabilitation erschweren und signalisiert dem älteren Menschen: „Wir nehmen dich nicht ernst“. Deshalb müssen die verbleibenden Möglichkeiten genutzt und gefördert, kleine Fortschritte anerkannt werden. Es ist wichtig, sich selbst und dem älteren Menschen die Fortschritte besonders bei Fehlschlägen bewusst zu machen. Loben Sie keine Selbstverständlichkeiten, sondern bestätigen Sie die Erledigung: „Das hast du wieder geschafft!“ Machen Sie Mut, stützen Sie sich gegenseitig.

- **Mitarbeit**

Insbesondere dann, wenn der ältere Mensch das Ziel seiner Rehabilitation aus den Augen zu verlieren droht, oder wenn er therapiemüde wird, ist die motivierende Unterstützung der Angehörigen besonders gefragt. Die Umsetzung des Therapieplanes ist eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg. Weder Druck auf den älteren Menschen noch Gleichgültigkeit gegenüber dem Therapieplan helfen. Motivation im Sinne „gemeinsam sind wir stark“ kann auch über „Durststrecken“ hinweg helfen. Hier ist auch darauf hinzuweisen, dass ein Patient aus krankheitsbedingten Gründen gelegentlich nicht mitmachen kann; und dies wird vordergründig oft als nicht mitmachen wollen – im Sinne eines Vorwurfs – von den Angehörigen gesehen.

- **Hilfe zur Selbsthilfe**

Für eine zielgerichtete Unterstützung ist es wichtig, dass die Angehörigen den Hilfebedarf des älteren Menschen gut kennen. Der Grundsatz „Hilfe zur Selbsthilfe“ sollte im Interesse des Betroffenen durchgesetzt werden. Für die Angehörigen heißt das: „Ich helfe dir, damit du dir selbst helfen kannst.“ Alles, was der ältere Mensch selbst tun kann, sollte er, ja muss er auch selbst tun.

- **Überbehütung**

Neben einer möglichen Vernachlässigung durch Angehörige eines älteren Menschen sind Formen der Überbehütung ein gut gemeinter, jedoch auf Dauer großer Fehler. Es gehören für Angehörige oft viel Geduld und Einfühlungsvermögen dazu, Dinge geschehen zu lassen, ohne einzugreifen, wenn es doch mit ihrer Hilfe viel schneller und besser gehen würde. Für viele ältere Menschen ist das Gefühl, gebraucht und einbezogen zu werden, sehr wichtig. Überbehütendes Verhalten kann daher sogar schädlich sein. Wenn Angehörige für Betroffene agieren, denken und antworten, so kann dies als Entmündigung empfunden werden.

Überfürsorgliche Angehörige hindern ältere Menschen auf ihrem Weg in eine neue Normalität. Aufgabe des Angehörigen ist es, mitzuhelfen, den betroffenen Menschen in die Lage zu versetzen, Dinge, die er selbst tun kann, auch selbst zu tun.

- **Geduld, Achtung und Verständnis**

Glück und Harmonie und eine optimale Anpassung an die veränderten Lebensumstände sind für ältere Menschen genauso schwer zu erreichen und aufrecht zu erhalten wie für nicht betroffene Personen. Gegenseitige Achtung und Verständnis sind besonders im Alter eine Grundvoraussetzung für das gemeinsame Leben. Häufig reagieren ältere Menschen zu Anfang ihrer Behinderung aggressiv und verletzend. Aggressivität ist in diesen Fällen häufig eine Reaktion der Hilflosigkeit. Gelassenheit und Geduld sind in dieser Phase erforderlich. Trotzdem sollte der Angehörige durchaus Grenzen ziehen und die möglichen Entgleisungen in günstigen Momenten ansprechen.

Oft ist es für die Angehörigen unangenehm, den Bemühungen des betroffenen Menschen zuzusehen, weil Vieles langsam und umständlich und Einiges eben gar nicht geht. Hier sollte Hilfe jedoch nie aufgedrängt werden. Der ältere Mensch sollte als Partner akzeptiert werden. Mangelnde Geduld der Pflegeperson kann zur Resignation beim älteren Menschen führen.

- **Enttäuschungen**

Das Erleben von Abhängigkeit, Verlust bisheriger Unternehmungsfreude und auch Veränderung des Freundes- und Verwandtenkreises verursachen häufig depressive Verstimmungen. Angehörige müssen sich immer wieder klarmachen, dass sie nicht „schuld“ an der Traurigkeit des älteren Menschen sind. Sie sollten aber:

- die Trauer des älteren Menschen zulassen und akzeptieren
- oberflächliches Trösten wie „das wird schon wieder“ unterlassen

-
- immer wieder Perspektiven aufzeigen und auf bereits gemachte Fortschritte hinweisen
 - eventuell mit gemeisterten schwierigen Situationen vergleichen
 - mit Freunden über die Niedergeschlagenheit des älteren Menschen sprechen.

- **Eigenverantwortung stärken**

Angehörige werden häufig von ihren betroffenen Lebenspartnern für allen Verdruss verantwortlich gemacht. Übergeben Sie Ihrem Betroffenen die Verantwortung für seine Lebensgestaltung.

Helfen Sie dem älteren Menschen nur bei Notwendigkeit, die Schwierigkeiten gemeinsam aus dem Weg zu räumen. Bieten Sie immer dann, wenn der betroffene Mensch es nicht selbst schafft, Ihre Unterstützung an. Handeln Sie mit dem älteren Menschen realistische Ziele aus und knüpfen Sie an erreichte Fortschritte an.

- **Unabhängigkeit**

Die betreuende Person muss auch an sich selbst denken. Gesundheit ist für alle Beteiligten wichtig. Angehörige leiden umso mehr unter persönlichen Einschränkungen, je mehr Kontakte mit Arbeitskollegen oder Freunden und Bekannten verloren gehen und je mehr Freizeitaktivitäten (auch allein unternommene) unterlassen werden. Das Zusammenleben ist nicht einfach und trotz bester Bemühungen kann die Situation irgendwann einmal außer Kontrolle geraten. Die Angehörigen müssen sich bewusst machen, dass sie das Recht haben, ihr eigenes Leben zu führen. Dem betref-

fenen Menschen wird nicht dadurch geholfen, dass der gesunde Partner auf alle eigenen Interessen und Lebensbereiche verzichtet.

Ein älterer Mensch profitiert vom gesunden Angehörigen, dem es gut geht, mehr, als von einem Angehörigen, der alle Annehmlichkeiten und Interessen opfert und im schlimmsten Fall auf Dauer auch krank wird.

- **Hilfe**

Ist für betreuende Angehörige absehbar, dass sie die Belastung nicht mehr ertragen, sollten sie sich Hilfe holen. Bitten Sie Freunde, Sie bei der Betreuung zu entlasten. Holen Sie sich Unterstützung bei Arbeiten, die Ihnen schwer fallen. In der Regel freuen sich Freunde und Bekannte, wenn sie etwas Konkretes tun können. Nutzen Sie die Angebote der Pflegekassen und Geriatrischen Einrichtungen, die Ihnen helfen, die häusliche Pflege zu erleichtern und zu verbessern. Nutzen Sie Kurse von Rehabilitationseinrichtungen sowie Kranken- und Pflegekassen.

Gelegentlich ist es notwendig, als Angehöriger Abstand aus der unmittelbaren Begleitung zu nehmen, um dauerhaft mit den Belastungen besser zurecht zu kommen. Sorgen Sie für eine regelmäßige Entlastung von Ihren Aufgaben. Auch einige Tage Urlaub im Jahr tragen dazu bei, dass Ihre Kraft erhalten bleibt. Die Pflegeversicherung bietet hier Unterstützung durch Leistungen zur Kurzzeit- und Verhinderungspflege an.

3.9 Versorgung mit technischen Hilfen

Technische Hilfen sollen ausgefallene oder beeinträchtigte Körperfunktionen ganz oder teilweise ausgleichen und damit die Teilnahme an der rehabilitativen Behandlung ermöglichen und den Rehabilitationserfolg sichern.

Als technische Hilfen kommen unabhängig von der Zuständigkeit der Leistungsträger u.a. in Frage:

- Hilfen zur Ermöglichung oder Erleichterung der Verständigung mit der Umwelt (z.B. Telefone mit Blindentastatur, Faxapparate für Gehörlose oder Bildmaterialien (Kommunikations-Mappen) für sprachlich behinderte Menschen und computerunterstützte Hilfen)
- Hilfen zur Ermöglichung oder Erleichterung der Versorgung des Haushaltes (z.B. Handgriffe für Armaturen oder höhenverstellbare Arbeitsflächen)
- Hilfen für die Körperpflege und den Alltag (z.B. Toilettenaufsatz, Haltegriffe, Badewannenlifte, Sitzkissen, Spezialstühle, Spezialtische, Greifhilfen)
- Hilfen zur Verbesserung der Mobilität (z.B. Rollstühle, Gehhilfen, Treppenlifte)
- Körperersatzstücke (z.B. Arm- und Beinprothesen)
- Hilfen zur Orientierung (z.B. weißer Stock).

Im Bereich der Orthopädie dienen technische Hilfen dazu, die Behandlung zu fördern, den Behandlungserfolg zu sichern oder ihn zu stabilisieren. Orthopädische Hilfsmittel sollen noch vorhandene, aber fehlgebildete Körperteile in ihre natürliche Lage oder Form bringen oder sie in ihrer Funktion stützen oder unterstützen (z.B. orthopädische Schuhe, Orthesen, Stützvorrichtungen jeglicher Art).

Hilfsmittel bedürfen grundsätzlich einer ärztlichen Verordnung. Notwendig ist dabei eine Ausbildung der Versicherten in ihrem Gebrauch. Insbesondere in geriatrischen Einrichtungen unterstützen die Therapeuten die Aufgaben anderer Leistungserbringer (z.B. Orthopädietechniker) im Umgang mit diesen Hilfen.

Der Anspruch auf Hilfsmittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung wird in § 33 SGB V in Verbindung mit § 128 SGB V (Hilfsmittelverzeichnis) geregelt. Für Pflegehilfsmittel zu Lasten der sozialen Pflegeversicherung gilt § 40 SGB XI in Verbindung mit § 78 Abs. 2 SGB XI (Pflegehilfsmittelverzeichnis).

4. Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation

4.1. Strukturelemente

Das geriatrische Behandlungskonzept sieht ein abgestuftes Versorgungssystem vor. Dabei spielt die enge Verknüpfung vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Versorgungsangebote einschließlich der hausärztlichen Betreuung untereinander und mit dem psychosozialen Umfeld des älteren Menschen eine zentrale Rolle.

Die historische Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation hat in den zurückliegenden Jahrzehnten in den einzelnen Bundesländern in Abhängigkeit gesundheitspolitischer unterschiedlicher Strategien dazu geführt, dass hierfür verschieden ausgestaltete geriatrische Versorgungsstrukturen, teils nur im Krankenhaus, teils nur in Rehabilitationseinrichtungen, teils in beiden Einrichtungsarten entstanden sind.

Die geriatrische Versorgung setzt sich zum Ziel, eine Einheit von Maßnahmen der Akutmedizin und der Rehabilitation im Rahmen eines interdisziplinären Behandlungskonzeptes zu erreichen. Dabei kann das Verhältnis der Anteile der beiden Versorgungskomponenten während der Behandlung des Patienten wechseln. Das medizinische Versorgungsangebot für den geriatrischen Patienten reicht von der Intensivstation über die allgemeine Akutstation, die geriatrische Frührehabilitation im Krankenhaus und die ambulante und stationäre Rehabilitation bis zur ambulanten ärztlichen und pflegerischen Versorgung.

4.1.1 Stationäre Einrichtungen

Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation werden je nach Konzeption und bestehenden Versorgungsstrukturen der einzelnen Bundesländer in geriatrischen Krankenhäusern oder Fachabteilungen, in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen oder in beiden Versorgungsstrukturen erbracht.

- Es gibt Bundesländer, deren rehabilitative geriatrische Versorgung ausschließlich oder ganz überwiegend als Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V erfolgt (Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen).
- Es gibt Bundesländer, deren rehabilitative geriatrische Versorgung ausschließlich oder ganz überwiegend als Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V erfolgt (Baden-Württemberg, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz).
- Es gibt Bundesländer, deren rehabilitative geriatrische Versorgung sowohl als Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V als auch als Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V erfolgt (Saarland mit über-

wiegendem Rehabilitationsanteil, Niedersachsen und Sachsen, Nordrhein-Westfalen mit überwiegendem Krankenhausanteil).

Geriatrische Rehabilitation findet somit in unterschiedlichen Einrichtungen statt. Dieses sind im Wesentlichen:

- im Krankenhausbereich
 - die geriatrische Abteilung am Krankenhaus
 - das geriatrische Fachkrankenhaus
 - teilstationäre Krankenhausbehandlung (sogenannte geriatrische Tagesklinik) in Anbindung an geriatrische Krankenhausabteilungen oder an ein geriatrisches Fachkrankenhaus

- im Rehabilitationsbereich
 - die geriatrische Abteilung einer Rehabilitationseinrichtung
 - die geriatrische Rehabilitationseinrichtung
 - ambulante geriatrische Rehabilitationseinrichtung als selbstständige Rehabilitationseinrichtung oder in Anbindung an eine stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtung.

Die für die Geriatrie typische enge Verknüpfung akutmedizinischer und rehabilitationsmedizinischer Behandlungsanteile im Behandlungskonzept ist in den Charakteristika des geriatrischen Patienten begründet. Eine zentrale Bedeutung kommt hierbei den durch typische strukturelle Veränderungen von Organen und Geweben bedingten nachlassenden Reserve- und Kompensationsmechanismen des alten Menschen zu. Dies gilt unabhängig von möglicherweise bereits bestehenden Erkrankungen oder Einschränkungen im Sinne der so genannten geriatritypischen Multimorbiditäten. Der geriatrische Patient ist vielmehr durch einen generell labilen funktionellen Gleichgewichtszustand gekennzeichnet, der einerseits oft erhebliche funktionelle Leistungs-

fähigkeit erlaubt, andererseits aber ein hohes Risikopotenzial für die Entwicklung nachhaltiger funktioneller Einschränkungen bis hin zum Verlust der Selbstständigkeit aufgrund bereits geringfügiger zusätzlicher Störungen oder Erkrankungen in sich birgt. Auch die in der Regel verlängerten Heilungs- und Genesungszeiten sind Ausdruck der reduzierten Reservekapazitäten im Alter. Die Verschiebung rehabilitativ einsetzender Maßnahmen erhöht das Risiko zwischenzeitlicher Sekundärschädigungen und langfristiger Fixierungen funktioneller Beeinträchtigungen. Letztlich sind auch die Kapazitäten für die Durchführung rehabilitativer Maßnahmen im Alter eingeschränkter und es besteht wiederum eine erhöhte Anfälligkeit für akutmedizinische behandlungsbedürftige Komplikationen.

Aus den beschriebenen charakteristischen Merkmalen des geriatrischen Patienten ergibt sich somit der enge Zusammenhang akutmedizinischer und rehabilitativer Behandlungsanteile im geriatrischen Gesamtbehandlungskonzept.

Geriatrische Rehabilitation findet somit sowohl als so genannte Frührehabilitation im Krankenhaussektor als auch als Rehabilitation im Rehabilitationssektor statt. Eine gemeinsame Arbeitsgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V. (BAG), der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG) hat in einem Positionspapier „Abgrenzungskriterien der Geriatrie“⁵ das geriatrische Behandlungsprofil unter leistungrechtlichen Vorgaben des SGB V in drei Versorgungsformen dargestellt:

⁵ www.bag-geriatrie.de

- die geriatrische Akutbehandlung (verstanden als Akutbehandlung des multimorbiden geriatrischen Patienten ohne zusätzlichen (früh-)rehabilitativen Behandlungsbedarf)
- die geriatrische Frührehabilitation (verstanden als Akutbehandlung des multimorbiden geriatrischen Patienten mit gleichzeitigem (früh-)rehabilitativem Behandlungsbedarf)
- die geriatrische Rehabilitation (verstanden als über die Akutbehandlungsbedürftigkeit mit den Mitteln des Krankenhauses hinausgehendem Rehabilitationsbedarf eines multimorbiden geriatrischen Patienten).

In der Praxis hat sich insbesondere in den Bundesländern, in denen geriatrische Versorgungsstrukturen nur im Krankenhausbereich oder nur im Rehabilitationsbereich existieren, eine weitgehende ähnliche Behandlungskonzeption entwickelt. Dies bedeutet, dass in Bundesländern mit geriatrischer Versorgung ausschließlich in Krankenhäusern in nahezu 100% der Fälle fallabschließend einschließlich der hierzu notwendigen rehabilitativen Maßnahmen behandelt wird. In Bundesländern mit geriatrischer Versorgung ausschließlich in Rehabilitationseinrichtungen wird durch das Angebot einer relativ weitreichenden akutmedizinischen Mitbehandlung die frühzeitige Verlegung aus dem Akutkrankenhaus in die geriatrische Rehabilitation ermöglicht. In Bundesländern mit relevanten Kapazitäten in beiden Versorgungsformen hat man sich um Abgrenzungskriterien für die beiden Behandlungssektoren Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtung bemüht, die sich im Wesentlichen an der stationären Akutbehandlungsbedürftigkeit einerseits und der geriatrischen Rehabilitationsfähigkeit andererseits orientieren.

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die derzeit bestehenden geriatrischen Versorgungskapazitäten in Krankenhäusern und Rehabilitati-

onseinrichtungen, gegliedert nach Bundesländern und bezogen auf je 10.000 Einwohner älter als 65 Jahre.

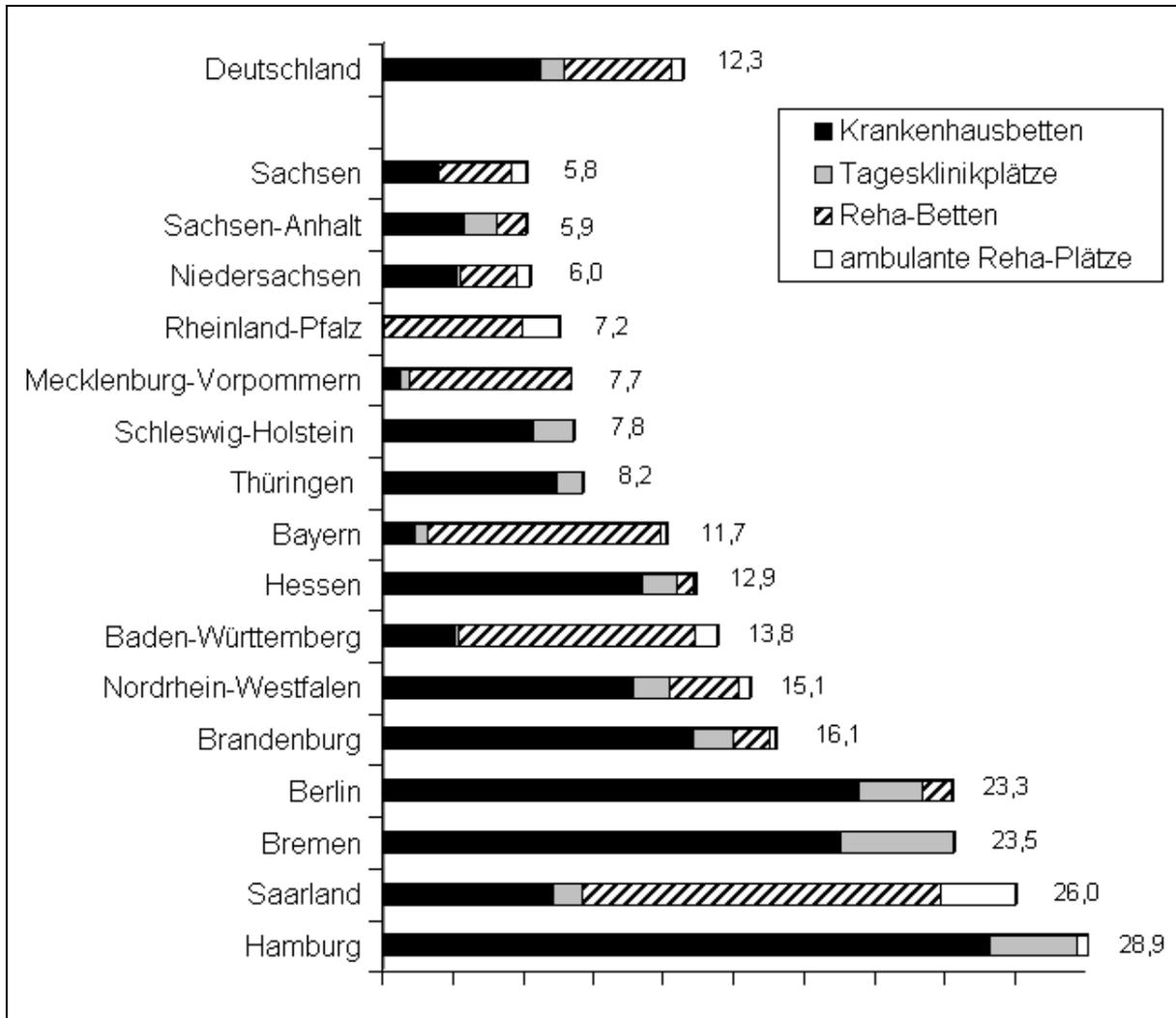


Abbildung: Geriatrie Versorgungsquoten und -kapazitäten in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen pro 10.000 Einwohner 65 Jahre und älter getrennt nach Bundesländern und geriatrischen Strukturen. (Zusammenstellung des Kompetenz-Centrums Geriatrie 2005, Daten stationärer Rehabilitationskapazitäten mit Stand 2001, für alle anderen Kapazitäten mit Stand 2003)

Die strukturellen Unterschiede zwischen Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtungen ergeben sich aus den in den Versorgungsverträgen gemäß § 109 bzw. § 111 SGB V festgelegten Aufgabenbereichen entsprechend der medizinischen Konzeption, der ärztlichen Leitung bzw. Verantwortung, der Ver-

ffügbarkeit des ärztlichen, Pflege-, Funktions- sowie medizinisch-technischen Personals.

Ergänzend zu den vollstationären Angeboten gibt es ein abgestuftes Konzept teilstationärer und ambulanter Angebote, um dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu folgen. Teilstationäre Einrichtungen und ambulante Angebote werden nachfolgend beschrieben, wobei die Qualität der Versorgung gleichwertig mit der in stationären Einrichtungen ist.

4.1.2 Teilstationäre Einrichtungen

Teilstationäre Einrichtungen (sogenannte Tageskliniken) stellen einen Bereich der stationären Krankenhausbehandlung dar. Der Patient in der Tagesklinik ist ein Krankenhauspatient, der nur während und zwischen den Therapiezeiten anwesend ist.

Die teilstationären Behandlungsplätze, die an geriatrischen Krankenhäusern / Abteilungen angeschlossen sind (entsprechend teilstationäre Kapazitäten), gewährleisten zumeist den Übergang von der vollstationären Betreuung im Krankenhaus nach akuten Erkrankungen bzw. Verschlimmerungen chronischer Krankheitszustände in den ambulanten hausärztlichen Betreuungsbereich. Nach einem vollstationären Krankenhausaufenthalt oder dessen Vermeidung ist die Tagesklinik eine in die häusliche Umgebung überleitende Einrichtung, in der die Belastungsfähigkeit für die Anforderungen des Alltags in abgestufter Form erprobt und weiter trainiert werden kann. Dies gilt in gleicher Weise für den geriatrischen Patienten wie für sein betreuendes Umfeld bzw. seine Angehörigen.

Der Zugang in die teilstationäre Einrichtung kann im Anschluss bzw. zur Verkürzung einer vollstationären Krankenhausbehandlung erfolgen. Voraussetzung für die Inanspruchnahme der tagesklinischen Behandlung ist, dass die nächtliche Versorgung im häuslichen Bereich, die selbstständig oder mit Fremdhilfe sichergestellte Versorgung mit Mahlzeiten morgens und abends sowie das An- und Auskleiden gewährleistet sind. Weiterhin muss die tägliche Transportfähigkeit zur Einrichtung gegeben sein, was in der Regel ein wohnortnahe Versorgungsangebot vorausgesetzt.

4.1.3 Ambulante Angebote

Ambulante Rehabilitationsleistungen müssen durch den Versicherten beantragt werden. Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 SGB V genannten Ziele (z.B. Abwendung von Behinderung und Pflegebedürftigkeit) zu erreichen, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen erbringen. Es ist jedoch auch die Verordnung einer ambulanten Rehabilitation durch einen hierzu qualifizierten niedergelassenen Arzt möglich. Die ambulante geriatrische Rehabilitation muss vor Beginn durch den Rehabilitationsträger (die gesetzliche Krankenkasse) bewilligt werden. Dieser bestimmt unter Berücksichtigung der medizinischen Erfordernisse des Einzelfalles sowie berechtigter Wünsche des Patienten Art, Dauer, Umfang, Beginn der Leistung und wählt dabei eine möglichst wohnortnahe Rehabilitationseinrichtung aus.

Alle in der Rahmenempfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation genannten individuellen Voraussetzungen und Ausschlusskriterien sind zu beachten.

Zu den individuellen Voraussetzungen gehören neben den medizinischen, dass

- der ältere Mensch die erforderliche Mobilität besitzt, um die Rehabilitationseinrichtung in einer zumutbaren Fahrzeit zu erreichen
- die häusliche Versorgung gesichert ist
- ein Abstand zum sozialen Umfeld nicht notwendig ist.

Ausschlusskriterien für eine ambulante geriatrische Rehabilitation bestehen, wenn:

- die Behandlung durch den Hausarzt / Facharzt
- die Verordnung von Heilmitteln (Physio-, Ergotherapie oder Logopädie) und Hilfsmitteln, oder
- aktivierende Pflege oder die häusliche Einzelfallberatung / Pflegekurse ausreichend sind, oder
- Krankenhausbehandlung erforderlich ist, oder
- eine stationäre geriatrische oder indikationsspezifische Rehabilitation notwendig ist.

In begrenztem Umfang werden mobile Rehabilitationsleistungen für geriatrische Patienten in Modellen erprobt. Im Gegensatz zu anderen Rehabilitationsangeboten wird die mobile Rehabilitation nur in der häuslichen Umgebung erbracht, alle erforderlichen Therapien orientieren sich am Alltag und an der Lebenswelt des Rehabilitanden (vgl. Kapitel 1.2).

4.2 Geriatrische Rehabilitation und Altenhilfe

Rehabilitation als leistungsrechtliche Kategorie ist im Sozialgesetzbuch V und IX geregelt. Die medizinische Rehabilitation geriatrischer Patienten findet in

oder durch die in Kapitel 4 beschriebenen Einrichtungen statt. Demnach erscheint es als sinnvoll, im Rahmen einer Arbeitshilfe zur geriatrischen Rehabilitation die Frage zu stellen, welchen Beitrag Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe zum Erreichen der Ziele der geriatrischen Rehabilitation leisten können. Dies zum einen deshalb, weil im Hinblick auf die wachsende Hochaltrigkeit der Sicherung des erreichten Rehabilitationserfolges beim Übergang aus Einrichtungen der Rehabilitation in weiterversorgende Wohn- und Betreuungsformen wachsende Bedeutung zukommt. Zum anderen könnten Lebensräume für Menschen mit hohem Hilfebedarf, so insbesondere Altenpflegeheime und Kurzzeitpflegeeinrichtungen, unter Einbeziehung des Hausarztes stärker als bisher zur Erkennung von Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit genutzt werden. Die Kurzzeitpflege im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (§ 42 Abs. 1 SGB XI) kann einen wichtigen Beitrag zur Überleitung des pflegebedürftigen Menschen in die eigene Häuslichkeit leisten.

Dabei gelten für Bewohner von Pflegeheimen im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Leistungen nach dem SGB V – bis auf die Bereiche häusliche Krankenpflege und Hilfsmittel – dieselben Regularien wie in der eigenen Häuslichkeit. Pflegeheimbewohner werden daher durch niedergelassene Haus- und Fachärzte sowie auf ärztliche Verordnung durch Therapeuten versorgt.

Die Versorgung der Betroffenen setzt immer, sowohl in vollstationären Pflegeeinrichtungen, Kurzzeitpflegeeinrichtungen, in Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen, aber auch in der häuslichen Versorgung eine enge Zusammenarbeit aller beteiligten Berufsgruppen voraus und erfordert bei komplexem Hilfebedarf eine interdisziplinär angelegte personenbezogene Hilfeplanung (vgl.

Kapitel 3.7.8 zum Case Management). Sie sind wesentliche Elemente einer gemeinsamen Strategie des Gesundheits- und des Sozialwesens, die auf die Erhaltung oder die Wiedergewinnung einer möglichst selbstständigen Lebensführung auch bei wachsendem Hilfebedarf ausgerichtet ist.

5. Sozialrechtliche Anspruchsgrundlagen

In den folgenden Kapiteln wird ein kurzer Überblick über die wesentlichen Anspruchs- und Finanzierungsmodalitäten der gesetzlichen Krankenversicherung, der sozialen Pflegeversicherung und der Sozialhilfe gegeben. Um eine Abgrenzung der rehabilitativen Leistungen zu anderen Leistungen der Krankenversicherung und zu den Leistungen der Pflegeversicherung deutlich zu machen, werden neben den gesetzlichen Grundlagen der Rehabilitation auch die der Krankenhausbehandlung, der Frührehabilitation im Krankenhaus, der häuslichen Krankenpflege und der Leistungen der Pflegeversicherung dargestellt.

5.1 Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ist im Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - (SGB V) festgeschrieben. Nach § 27 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst:

- ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung

-
- zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz
 - Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
 - häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe
 - Krankenhausbehandlung
 - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.

Bei der Ausgestaltung der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch kranker Menschen Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation.

Im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung ist Krankheit als ein regelwidriger körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand charakterisiert, der behandlungsbedürftig ist und / oder zugleich Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat oder diese dadurch droht.

5.1.1 Krankenhausbehandlung

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit besteht, wenn die Krankheit nur mit den besonderen medizinischen Mitteln eines Krankenhauses geheilt bzw. gebessert, eine Verschlimmerung der Krankheit verhindert, das Leben verlängert oder die Krankheitsbeschwerden gelindert werden können.

Krankenhausbehandlung wird in einem zugelassenen Krankenhaus als Regelleistung durch die Krankenkasse erbracht. Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär und teilstationär erbracht. Eine stationäre Krankenhausbehandlung kommt in Betracht, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstatio-

näre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (§ 39 SGB V).

Die Leistung wird in einem zugelassenen Krankenhaus erbracht. Ein Krankenhaus steht fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung, verfügt über ausreichende, seinem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten und arbeitet nach wissenschaftlich anerkannten Methoden. Mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal ist es darauf eingerichtet, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern (vgl. § 107 SGB V).

Vollstationäre Krankenhausleistungen sind zuzahlungspflichtig (§ 39 Abs. 4 SGB V).

5.1.2 Frührehabilitation im Krankenhaus

Mit In-Kraft-Treten des SGB IX in Verbindung mit der Ergänzung des § 39 Abs. 1 SGB V wurde die gesetzliche Grundlage für die Frührehabilitation im Krankenhaus geschaffen.

§ 39 Abs. 1 SGB V legt fest, dass die akutstationäre Behandlung im Krankenhaus auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation umfasst.

Bei den Leistungen zur Frührehabilitation handelt es sich um Leistungen, die im Rahmen der Krankenhausbehandlung das vorhandene Rehabilitationspo-

tential bis zur Entlassung oder Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung zum frühestmöglichen Zeitpunkt nutzen.

Das Erbringen frührehabilitativer Leistungen hat im Rahmen der für die jeweilige Akutbehandlung erforderlichen Verweildauer zu erfolgen. Das Krankenhaus kann und soll die Rehabilitationseinrichtung jedoch nicht ersetzen. Für weitergehende Rehabilitationsziele stehen die fachspezifischen Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung.

5.1.3 Häusliche Krankenpflege

Häusliche Krankenpflege (vgl. § 37 Abs. 1 SGB V) erhalten Versicherte in ihrem Haushalt oder ihrer Familie anstelle einer an sich gebotenen, aber nicht ausführbaren Krankenhausbehandlung oder zur Vermeidung oder Verkürzung der Krankenhausbehandlung. Die häusliche Krankenpflege wird durch geeignete Pflegekräfte durchgeführt. Dies umfasst die im Einzelfall erforderliche Grund- und Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung, sofern eine im Haushalt lebende Person den Menschen im erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann. Umfang und Inhalt der verschiedenen Leistungen richten sich allein nach der im Einzelfall vorliegenden Notwendigkeit. Allerdings ist der Anspruch auf bis zu vier Wochen je Krankheitsfall begrenzt. In begründeten Ausnahmefällen kann die Krankenkasse die häusliche Krankenpflege als Regelleistung für einen längeren Zeitraum bewilligen, wenn der MDK die Erforderlichkeit festgestellt hat.

Mit dem Ziel, die ärztliche Behandlung sicherzustellen (vgl. § 37 Abs. 2 SGB V), erhalten Versicherte in ihrem Haushalt oder ihrer Familie Behandlungspflege (einschließlich des Anziehens und Ausziehens von Kompressions-

strümpfen ab Kompressionsklasse 2 auch in den Fällen, in denen dieser Hilfebedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14 und 15 SGB XI zu berücksichtigen ist). Der Anspruch besteht nur, wenn eine im Haushalt lebende Person den Menschen im erforderlichen Umfang nicht pflegen und versorgen kann.

Bei Inanspruchnahme der häuslichen Krankenpflege müssen Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zu den Kosten der häuslichen Krankenpflege eine Zuzahlung leisten (§ 37 Abs. 5 bzw. § 61 Satz 3 SGB V).

5.1.4 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die gesetzlichen Krankenkassen erbringen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur dann, wenn kein anderer Rehabilitationsträger vorrangig zuständig ist (§ 40 Abs. 4 SGB V). Im Unterschied zur indikationsspezifischen Rehabilitation ist allerdings in der Regel die Krankenkasse Träger der geriatrischen Rehabilitation.

Reicht eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht oder soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, in wohnortnahen Einrichtungen erbringen (§ 40 Abs. 1 SGB V).

Reicht eine Leistung zur ambulanten Rehabilitation nicht aus, kann die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 SGB V besteht (§ 40 Abs. 2 SGB V).

Leistungen zur stationären Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung kommen dann in Betracht, wenn Leistungen zur ambulanten Rehabilitation nicht ausreichen, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern (§ 40 Abs. 2 SGB V).

Rehabilitationseinrichtungen stehen fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und sind unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln, ferner durch andere geeignete Hilfen auch durch geistige und seelische Einwirkung zu verbessern und dem Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilkräfte zu helfen (vgl. § 107 Abs. 2 SGB V).

Ambulante und stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind zuzahlungspflichtig (§ 40 Abs. 5 SGB V). Bei einer Anschlussrehabilitation ist die Zuzahlungsdauer für längstens 28 Tage je Kalenderjahr eingeschränkt (vgl. § 40 Abs. 6 SGB V). Bei einer Anschlussrehabilitation handelt es sich um eine Leistung zur Rehabilitation, die in unmittelbarem Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erfolgt. Als unmittelbar gilt, wenn die Leistung innerhalb von 14 Tagen nach einer Krankenhausbehandlung beginnt (vgl. § 40 Abs. 6 SGB V).

Diese verminderte Zuzahlung gilt nach § 40 Abs. 7 SGB V auch für die ambulante und stationäre geriatrische Rehabilitation.

5.2 Soziale Pflegeversicherung (SGB XI)

Als weitere Säule der Sozialversicherung hat die Pflegeversicherung die Aufgabe, Pflegebedürftigen Hilfe zu leisten, die wegen Schwere der Pflegebedürftigkeit auf solidarische Unterstützung angewiesen sind (§ 1 SGB XI). Die Pflegeversicherung gehört nicht zum Kreis der Rehabilitationsträger und erbringt keine Leistungen zur Rehabilitation. Vielmehr haben Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch die anderen Leistungsträger ausdrücklich Vorrang vor Leistungen der Pflegeversicherung (§ 5 SGB XI). Gleichwohl liegt ihr auch eine im fachlichen Sinne rehabilitative Zielorientierung zugrunde, indem die Hilfen darauf auszurichten sind, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten (§ 2 Abs. 1 SGB XI).

Für Leistungen der Pflegeversicherung müssen, wie auch bei anderen Zweigen der Sozialversicherung, persönliche (§§ 14, 15 SGB XI) und versicherungsrechtliche (§ 33 SGB XI) Voraussetzungen erfüllt sein.

Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen (§ 14 Abs. 1 SGB XI).

Leistungen der Pflegeversicherung werden bei der häuslichen Pflege ebenso wie bei der stationären Pflege nur auf Antrag erbracht. Ist der Pflegebedürftige Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse, dann ist der Antrag bei der dort errichteten Pflegekasse zu stellen. Ist das Krankheitsrisiko bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen abgesichert, dann muss ein entsprechender Antrag bei dem Unternehmen gestellt werden, bei dem die private Pflege-Pflichtversicherung besteht.

Der Antrag sollte umgehend gestellt werden, wenn der Pflegebedarf eintritt oder vorauszusehen ist. Die Leistungen werden von der Antragstellung an erbracht, frühestens jedoch von dem Zeitpunkt an, in dem die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen.

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI erfolgt durch den MDK im Auftrag der Pflegekassen. Hierbei werden die Einschränkungen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens (z.B. Waschen, An- und Ausziehen, Nahrungsaufnahme) festgestellt sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit ermittelt. Die Begutachtung findet im Wohnbereich des Versicherten statt, ggf. auch im Krankenhaus oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung, in der er sich bereits befindet. Der Besuch des Gutachters (Arzt, Pflegefachkraft) wird angekündigt.

Die bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigenden gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen sind im Gesetz abschließend aufgezählt und umfassen die Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität (Bedarf an Grundpflege) sowie den Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung (§ 14 Abs. 4 SGB XI). Bei diesen Verrichtungen muss ein Hilfebedarf in Form von Beaufsichtigung, Anleitung, teilweiser oder vollständiger Übernahme bestehen. Abhängig vom Umfang des

Hilfebedarfs wird einer pflegebedürftigen Person eine der drei Pflegestufen (erhebliche Pflegebedürftigkeit, Schwerpflegebedürftigkeit, Schwerstpflegebedürftigkeit, § 15 SGB XI) zuerkannt.

Auf der Grundlage der gutachterlichen Feststellungen ergeht durch die Pflegekasse bzw. durch das private Versicherungsunternehmen ein Leistungsbescheid.

Für die Erbringung von Leistungen der Pflegeversicherung ist die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen erforderlich.

Die Leistungen der Pflegeversicherung umfassen gemäß der §§ 36 - 45b SGB XI:

- Pflegesachleistungen
- Pflegegeld
- Kombination von Geld- und Sachleistung
- Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
- häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson
- Tages- und Nachtpflege
- Kurzzeitpflege
- vollstationäre Pflege
- Pflegehilfsmittel und technische Hilfen
- Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen
- Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Personen
- zusätzliche Betreuungsleistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf.

Die Leistungen der Pflegeversicherung stellen eine Teilabsicherung dar und sind im Wesentlichen in Abhängigkeit von der Pflegestufe budgetiert.

5.2.1 Vorrang der Rehabilitation vor Pflege

Die Pflegekassen prüfen im Einzelfall, welche Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen geeignet und zumutbar sind, Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Wird von Seiten der Pflegekasse festgestellt, dass im Einzelfall Leistungen zur medizinischen Rehabilitation angezeigt sind, teilt sie dies dem Versicherten und dem zuständigen Rehabilitationsträger unverzüglich mit. Hierbei unterstützen die Pflegekassen die Versicherten auch bei der Inanspruchnahme von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, insbesondere bei der Antragstellung (§ 31 SGB XI).

5.2.2 Vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Pflegekasse erbringt vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn eine sofortige Leistungserbringung erforderlich ist, um eine unmittelbar drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhüten, da sonst die sofortige Einleitung der Leistungen gefährdet wäre (§ 32 SGB XI). Die Pflegekasse hat zuvor den zuständigen Träger zu unterrichten und auf die Eilbedürftigkeit der Leistungserbringung hinzuweisen. Wird dieser nicht rechtzeitig, spätestens jedoch vier Wochen nach Antragstellung, tätig, erbringt die Pflegekasse die Leistung vorläufig.

5.3 Sozialhilfe (SGB XII)

Nach § 8 SGB XII umfasst die Sozialhilfe:

- Hilfe zum Lebensunterhalt
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung
- Hilfen zur Gesundheit
- Eingliederungshilfe für behinderte Menschen
- Hilfe zur Pflege
- Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten
- Hilfe in anderen Lebenslagen

sowie die jeweils gebotene Beratung und Unterstützung.

Die Sozialhilfe soll den Leistungsberechtigten so weit wie möglich befähigen, unabhängig von ihr zu leben; hierauf hat auch der Leistungsberechtigte nach seinen Kräften hinzuarbeiten (§ 1 Satz 2 SGB XII).

Nach § 2 SGB XII werden Leistungen der Sozialhilfe nur nachrangig erbracht. Hat ein Mensch Ansprüche auf Leistungen zur Teilhabe oder andere Leistungen gegen andere Sozialleistungsträger, insbesondere gegen die Sozialversicherungsträger, so muss er diese in Anspruch nehmen. Auch gehen Soll- und Kannleistungen anderer Leistungsträger den Leistungen im Rahmen der Sozialhilfe vor.

Bezüglich der sozialhilferechtlichen Vorschriften über den Einsatz von Einkommen und Vermögen bei Hilfen zur Gesundheit, der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Hilfe zur Pflege, Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten und Hilfen in anderen Lebenslagen gelten die Sonderregelungen nach §§ 85 – 89 und 92 SGB XII.

So sind dem behinderte Menschen sowie seinem nicht getrennt lebenden Ehegatten bei Leistungen der medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX) nur die Aufbringung der Kosten des Lebensunterhalts zuzumuten (§ 92 Abs. 2 SGB XII). Bei der vorstehend genannten Leistung erfolgt also weder eine Bedürftigkeitsprüfung noch eine Heranziehung zu deren Kosten. Die jeweils aktuellen Regelsätze sind der Regelsatzverordnung unter www.bmas.bund.de zu entnehmen.

Die Leistungen der Sozialhilfe richten sich nach den Besonderheiten des Einzelfalles, insbesondere nach der Art des Bedarfs, den örtlichen Verhältnissen und Mitteln der Person oder des Haushalts (§ 9 Abs. 1 SGB XII). Formen der Sozialhilfe sind persönliche Hilfe, Geldleistung oder Sachleistung (§ 8 Abs. 1 SGB XII).

Wünschen der Leistungsberechtigten soll entsprochen werden, wenn sie angemessen und nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden sind. Im Übrigen sollen Wünschen nach teilstationärer oder stationärer Deckung des Bedarfs nur bei Erfordernis entsprochen werden (§ 9 Abs. 2 SGB XII).

5.3.1 Leistungen der Eingliederungshilfe

Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehören insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit

zu ermöglichen oder sie soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen (§ 53 Abs. 3 SGB XII).

Die einzelnen Leistungen der Eingliederungshilfe sind in § 54 SGB XII aufgeführt. Dies sind insbesondere

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 26 SGB IX)
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§ 33 SGB IX)
- Leistungen im Arbeitsbereich anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen (§ 41 SGB IX) und
- Leistungen zur Teilhabe an der Gemeinschaft (§ 55 SGB IX).

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben entsprechen jeweils den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit.

5.3.2 Hilfe zur Pflege

Sofern Pflegebedürftigkeit besteht, wird Hilfe zur Pflege nach den §§ 61 ff SGB XII geleistet, soweit diese nicht bereits Bestandteil einer Maßnahme der Kranken- oder der Eingliederungshilfe ist. Die Regelungen der Hilfe zur Pflege entsprechen grundsätzlich denen des SGB XI, dies betrifft insbesondere die Definition der Pflegebedürftigkeit und des Hilfebedarfs sowie die Höhe des Pflegegeldes.

Zu den wichtigen Unterschieden gehört, dass Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII – soweit sie notwendig und nach Art und Umfang angemessen ist – auch dann geleistet wird, wenn der Hilfebedarf

-
- voraussichtlich weniger als sechs Monate besteht
 - geringer ist als der für die Zuordnung zur Pflegestufe I nach dem SGB XI
 - für andere als die im SGB XI (bzw. § 61 Abs. 5 SGB XII) genannten Verrichtungen besteht.

6. Glossar

Adaptionsfähigkeit:	Anpassungsvermögen
Allokation:	Zuweisung
Anamnese:	Krankengeschichte
Aspirationspneumonie:	eine Sonderform der Lungenentzündung
Assessment, geriatrisches:	Umfassende Beurteilung eines Patienten mittels eines standardisierten Verfahrens mit dem Ziel der Therapieplanung und Verlaufsbeurteilung <i>(to assess: einschätzen, beurteilen, bewerten)</i>
Case Management:	Personenbezogene Hilfeplanung
Compliance:	Bereitschaft zur Mitarbeit bei der Therapie, Grad, in dem das Verhalten einer Person in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten, das Befolgen einer Diät oder die Veränderung des Lebensstils mit dem ärztlichen oder gesundheitlichen Rat korrespondiert.
Dekubitus:	offene Wunde, Druckgeschwür, hervorgerufen durch langes Liegen
Demenz:	meist hirnorganisch bedingte Minderung der Hirnleistungsfunktionen in Bezug auf Merkfähigkeit und Gedächtnis sowie Urteils- und Kritikvermögen
Epidemiologie:	Wissenschaftszweig, der sich mit der Verteilung von Krankheiten und deren Folgen in der Bevölkerung befasst
Genese:	Entstehung, Entwicklung
Geriatric:	Altersheilkunde

ICD-10:	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>), 10. Revision
integrative Versorgung:	interdisziplinäre fachübergreifende Versorgung
interkurrent:	hinzukommend
Inzidenz:	Häufigkeit des Neuauftretens einer Krankheit in einer bestimmten Zeiteinheit
kognitiv:	Das Erkennen (Wahrnehmen, Denken) betreffend, auf Erkenntnis beruhend. Störungen kognitiver Funktionen (höherer kortikaler Leistungen) sind z.B. Gedächtnisstörungen, Denkstörungen, Unfähigkeit zur Abstraktion. (<i>cognitio: erkennen</i>)
Letalität:	Sterblichkeit, das Verhältnis der Todesfälle zur Zahl der Erkrankten
Mortalität:	Sterblichkeitsziffer, bezogen auf die Gesamtbevölkerung
Multimorbidität:	gleichzeitiges Bestehen mehrerer Erkrankungen
Prädiktor:	Voraussagefaktor
Prävalenz:	Häufigkeit einer Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt

Primärprävention:	hat zum Ziel, die Neuerkrankungsrate (Inzidenzrate) von Krankheiten zu senken. Primärprävention dient der Förderung und Erhaltung der Gesundheit durch Maßnahmen, die Individuen und Personengruppen betreffen, wie gesunde Ernährung, körperliche Aktivität, Impfungen gegen Infektionskrankheiten und Beseitigung von Gesundheitsrisiken im umwelt- und personbezogenen Kontext. Krankheiten liegen noch nicht vor, Risikofaktoren können erkennbar sein.
Prophylaxe:	Vorbeugung
Rekonvaleszenz:	Genesung, Erholung
Ressourcen:	vorhandene Fähigkeiten
Salutogenese:	Gesamtheit biologischer, psychischer und sozialer Ressourcen, die Gesundheit fördern und nicht nur Risiken zu verhindern vermögen. Salutogenese untersucht personale und lebensweltliche Faktoren, die zur Erhaltung von Gesundheit beitragen.
Screening, geriatrisches:	Strukturierte Risikoerkennung (<i>to screen: durchsieben, durchleuchten</i>)
Sekundärprävention:	zielt darauf ab, die Krankheitsrate (Prävalenzrate) durch Verkürzung der Krankheitsdauer, d.h. durch Krankenbehandlung, zu verringern. Der Sekundärprävention dienen Frühdiagnostik und Frühtherapie mit dem Ziel, das Fortschreiten des Krankheitsprozesses zu verhindern bzw. dessen Umkehr zu bewirken sowie die Beschwerden zu verringern. Dadurch sollen Schädigungen beseitigt bzw. verringert und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe vermieden werden.
semantisch:	die Bedeutung eines sprachlichen Ausdrucks betreffend

- Tertiärprävention:** kann im weitesten Sinn verstanden werden als die wirksame Behandlung einer symptomatisch gewordenen Erkrankung mit dem Ziel, ihre Verschlimmerung sowie deren Folgen zu verhüten. Das Ziel von Tertiärprävention im Sinn von Rehabilitation ist nach diesem Verständnis, die Leistungsfähigkeit soweit als möglich wiederherzustellen, zu erhalten und bleibende Einbußen bzw. Behinderungen zu verhüten.
- Thymusdrüse:** hinter dem Brustbein gelegene Drüse

7. Empfehlungen, Richtlinien, Vereinbarungen

- Begutachtungs-Richtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“, 2005, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen und Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.)
- Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation, 01.01.2004, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen und Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.)
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V, 16.03.2004, Gemeinsamer Bundesausschuss (Hrsg.)

8. Weiterführende Literatur

AGAST – Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (Hrsg.):

Geriatrisches Basisassessment. Handlungsempfehlungen für die Praxis.
MMV, München 1995

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.):

Wegweiser „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“, Frankfurt
am Main 2005

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.):

Rehabilitation und Teilhabe – Wegweiser für Ärzte und andere Fachkräfte der
Rehabilitation. 3. Aufl., Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2005

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.):

Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation, Bonn 2001

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.):

Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation, Bonn 2002

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.):

Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die
Entwicklung ihrer Teilhabe, Bonn 2004

Deutscher Ärztetag (Hrsg.):

Gesundheit im Alter. Bericht zum 101. Deutschen Ärztetag, Köln 1998

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.):

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). www.dimdi.de

Heuft, G., Kruse, A., Radebold, H.:

Gerontopsychosomatik. UTB – Reinhardt, München 2000

Jansen, B., Karl, F., Radebold, H., Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.):

Soziale Gerontologie. Beltz Verlag, Weinheim/Basel 1999

Kruse, A. (Hrsg.):

Psychosoziale Gerontologie, Bd. 2: Intervention. Hogrefe, Göttingen 1998

Kruse, A.:

Gesund altern. Bd. 146 der Schriftenreihe des BMG, Nomos, Baden-Baden 2002

Lehr, U.:

Psychologie des Alterns. 10. Aufl., Quelle & Meyer, Wiebelsheim 2003

Leistner, K., Meier-Baumgartner, H. P., Pientka, L.:

Hamburger Erklärung.

In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Bd. 35, Heft (1), S. 50-53, Steinkopff, Darmstadt 2002

Mayer, K. U., Baltes, P. B.:

Die Berliner Altersstudie. Akademie-Verlag, Berlin 1996

Meier-Baumgartner, H. P., Dapp, U., Anders, J.:

Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Kohlhammer, Stuttgart 2004

Meier-Baumgartner, H. P., Hain, G., Oster, P., Steinhagen-Thiessen, E., Vogel, W.:

Empfehlungen für die Klinisch-Geriatriische Behandlung. 2. Aufl., Gustav Fischer Verlag, Jena 1998

Meier-Baumgartner, H. P., Pientka, L., Anders, J., Heer, J., Friedrich, C.:

Die Effektivität der postakuten Behandlung und Rehabilitation älterer Menschen nach einem Schlaganfall oder einer hüftgelenksnahen Fraktur. Eine evidenz-basierte Literaturübersicht des Zeitraumes 1992 bis 1998. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bd. 215, Kohlhammer, Stuttgart 2002

Niederfranke, A., Naegele, G., Frahm, E. (Hrsg.):

Funkkolleg Altern Bd. 1 und 2. Westdeutscher Verlag, Opladen/Wiesbaden 1999

Nikolaus, T. (Hrsg.):

Klinische Geriatrie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 2000

Purwin, H., Korte, S., Längler, M.:

Handlings nach Bobath. Vincentz, Hannover 1999

Renteln-Kruse, W. v. (Hrsg.):

Medizin des Alterns und des alten Menschen. Steinkopff, Darmstadt 2004

Schmidt, R., Vogel, W. (Hrsg.):

Behandlung und Rehabilitation vor Pflege. Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 1995

Steinhagen-Thiessen, E. (Hrsg.):

Das geriatrische Assessment. Schattauer, Stuttgart 2001

Wahl, H.-W., Tesch-Römer, C. (Hrsg.):

Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen. Kohlhammer, Stuttgart 2000

9. Adressen

Ausgewählte Institutionen, die im Bereich der geriatrischen Rehabilitation von Bedeutung sind (Stand: April 2006):

**Bundesarbeitsgemeinschaft der
Klinisch-Geriatriischen
Einrichtungen e.V.**

Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin
Tel.: 0 30 / 45 94-15 06
Fax: 0 30 / 45 94-20 29
E-Mail: Geschaeftsstelle@bag-geriatrie.de
www.bag-geriatrie.de

**Bundesarbeitsgemeinschaft
Mobile Rehabilitation e.V.**

c/o Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann
Kreuznacher Diakonie
Ringstraße 58
55543 Bad Kreuznach
Tel.: 06 71 / 6 05-36 11
Fax: 06 71 / 6 05-38 69
E-Mail: info@kreuznacherdiakonie.de
www.bag-more.de

**Bundesarbeitsgemeinschaft
SELBSTHILFE von Menschen mit
Behinderung und
chronischer Erkrankung und ihren
Angehörigen e.V. (BAG SELBST-
HILFE)**

Kirchfeldstraße 149
40215 Düsseldorf
Tel.: 02 11 / 3 10 06-0
Fax: 02 11 / 3 10 06-34
E-Mail: info@bag-selbsthilfe.de
www.bag-selbsthilfe.de

**Deutsche Alzheimer Gesellschaft
e.V.**

Friedrichstraße 236
10969 Berlin
Tel.: 0 30 / 2 59 37 95-0
Fax: 0 30 / 2 59 37 95-29
E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de
www.deutsche-alzheimer.de

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.

gerikomm Media GmbH
Kampstraße 7
30629 Hannover
Tel.: 05 11 / 58 15 84
Fax: 05 11 / 58 32 84
E-Mail: info@gerikomm.de
www.geriatrieonline.de

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.

Sekretär Klaus Ingo Giercke
AWO Bezirksverband Mittelrhein e.V.
Rhonestraße 2 a
50765 Köln
Tel.: 02 11 / 57 99 81-70
Fax: 02 11 / 57 99 81-60
E-Mail: klaus-ingo.giercke@awo-mittelrhein.de
www.DGGG-online.de

Deutsche Gesellschaft für Geronto-psychiatrie und -psychotherapie e.V.

Geschäftsstelle
Postfach 1366
51675 Wiehl
Tel.: 0 22 62 / 79 76 83
Fax: 0 22 62 / 9 99 99 16
E-Mail: GS@dggpp.de
www.dggpp.de

Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V.

Manfred-von-Richthofen-Straße 2
12101 Berlin
Tel.: 0 30 / 2 60 74 00
Fax: 0 30 / 7 85 43 50
E-Mail: dza@dza.de
www.dza.de

**Kuratorium Deutsche Altershilfe
Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.**

An der Pauluskirche 3
50677 Köln
Tel.: 02 21 / 93 18 47-0
Fax: 02 21 / 93 18 47-6
E-Mail: publicrelations@kda.de
www.kda.de

Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe

Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Tel.: 0 18 05 / 09 30 93
Fax: 0 18 05 / 09 40 94
E-Mail: info@schlaganfall-hilfe.de
www.schlaganfall-hilfe.de

Ein umfassendes Verzeichnis von Anschriften der Kranken-, der Renten- und der Unfallversicherungsträger, der für die soziale Entschädigung bei Gesundheitsschäden zuständigen Verwaltungsbehörden, von Dienststellen der Bundesagentur für Arbeit, der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege sowie weiterer Institutionen im Bereich der Rehabilitation behinderter Menschen enthält der von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation herausgegebene „Wegweiser – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“.

10. Verzeichnis der Mitwirkenden an der Erarbeitung der Arbeitshilfe

Clemens Betting, Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe Gütersloh

Dr. Ulrike Dapp und weitere Mitarbeiter/innen des Albertinen-Haus
Hamburg

Dr. Regina Ernst, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
Frankfurt am Main

Dr. Ulrich Gerke, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
Frankfurt am Main

Klaus Gerkens, VdAK / AEV Siegburg

Dr. Günter Hock, MDK Rheinland-Pfalz

Heike Hohmann, VdAK / AEV Siegburg

Dr. Klaus Leistner, MDS Essen

Dr. Norbert Lübke, Kompetenz-Centrum Geriatrie der GKV und der MDK /
MDS-Gemeinschaft Hamburg

Prof. Dr. Hans Peter Meier-Baumgartner, Albertinen-Haus Hamburg

Dr. Hans Ziller, Hessisches Sozialministerium Wiesbaden