

Abgrenzungskriterien
der Klinisch-Geriatriischen Behandlungsformen
Geriatrische Tagesklinik (GTK)
und Ambulante Geriatrische Rehabilitation (AGR)
Stand: 31.03.2006

Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatriischer Einrichtungen
Arbeitsgruppe:

R. Lenzen-Großimlinghaus, Potsdam (Federführerin)
B. Braun, H.-W. Greuel, D. van den Heuvel, W. Knauf, D. Lüttje, J. Naurath,
R. Neubarth, E. Steinhagen-Thiessen, A. Stobbe, W. Swoboda

Gliederung

Vorbemerkung	2
Zusammenfassung	3
Geriatrische Behandlung im abgestuften Versorgungssystem	5
Speziell: - Teilstationäre geriatrische Behandlung	6
Speziell: - Ambulante geriatrische Rehabilitation	9
Fazit	12
Fallbeispiele zur Vertiefung	13
Anhang	
I) Der geriatrische Patient	16
II) Grundsätzliche Probleme von bundesweiten Rahmenempfehlungen	18
III) Literaturhinweis	19



BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT
der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.

Vorbemerkung

Die klinische Geriatrie hat sich in den letzten 15 Jahren in Deutschland deutlich weiterentwickelt, wobei sich ein abgestuftes Versorgungssystem etabliert hat und in seiner seriellen Abfolge konzeptionell das geriatrischen Behandlungskonzept darstellt: Vollstationär – teilstationär – ambulant. Durch unterschiedliche akutmedizinische, frührehabilitative und rehabilitative Versorgungsstrukturen soll das oberste Ziel der geriatrischen Behandlung – Behandlung der Akutproblematik sowie Wiederherstellung der größtmöglichen Selbstständigkeit des geriatrischen Patienten mit Rückkehr in die häusliche Umgebung sowie Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit – dauerhaft erreicht werden. Dabei wird angestrebt, gleichzeitig neben der akut-medizinischen Behandlung den gesetzlich verankerten Anspruch auf Rehabilitation und Prävention zur Vorbeugung, Verbesserung und Beseitigung von Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen körperlicher und geistig-seelischer Funktionen („Behinderungen“), wie es im SGB V und SGB IX festgelegt ist, zu sichern. Der spezifische Behandlungsansatz der Geriatrie kann auch in der Akutgeriatrie in der Regel nicht auf einen rehabilitativen Ansatz* mit Teamorientierung (z. B. physikalische Therapie, Physio-, Ergotherapie, Logopädie, Neuropsychologie und einen speziell ausgerichteten Sozialdienst) verzichten. Damit ergeben sich Unschärfen und Überschneidungen zur reinen (organbezogenen) Rehabilitationsmedizin. Nicht bundesweit abgestimmte Landesgeriatriepläne haben unter anderem dazu geführt, dass die Versorgungsstrukturen der klinischen Geriatrie in Deutschland uneinheitlich organisiert sind, zum Teil als Krankenhausbehandlung nach § 109 SGB V und zum Teil als Rehabilitationsbehandlung nach § 111 SGB V.

Aus der Komplexität des geriatrischen Patienten und dem multidimensionalen Behandlungsansatz der Geriatrie ergibt sich – jenseits der indikationsspezifischen Einordnung und der unterschiedlichen organisatorischen Ansiedlung innerhalb der Akut-Medizin bzw. der Rehabilitationsmedizin – eine Abgrenzungsproblematik zwischen den verschiedenen Versorgungsstrukturen von vollstationär über teilstationär bis ambulant.

Diese Abgrenzungsproblematik soll im Folgenden weiter beleuchtet werden, da sich nur über ein sinnvoll differenziertes, jedem Patienten vollständig zur Verfügung stehendes System, eine, am individuellen Bedarf orientierte und letztendlich auch wirtschaftlich günstige Versorgung, ermöglichen lässt.

** Leistungsrechtlich nicht mit Rehabilitation entsprechend § 111 SGB V gleichzusetzen*

Zusammenfassung:

Die verschiedenen geriatrischen Behandlungsformen lassen sich schematisch wie folgt charakterisieren, wobei die Inanspruchnahme der jeweiligen Behandlungsform **allein durch den aktuellen Zustand und den daraus resultierenden Versorgungsbedarf des geriatrischen Patienten** bestimmt wird. Organisations- (§ 39 SGB V, § 111 SGB V) und Finanzierungskonzepte (DRG-System, tagesgleiche Pflegesätze) sind für die Auswahl der notwendigen Behandlungsform nicht entscheidend!

Patientenbezogene Strukturmerkmale für den vollstationären Bereich:

1. Die akute Verschlechterung der Multimorbidität des geriatrischen Patienten erfordert eine **akut-medizinische Behandlung** unter Inanspruchnahme des **kompletten diagnostischen und therapeutischen Angebotes** eines Krankenhauses einschließlich des geriatrischen Teams.
2. Die Einschränkung der Selbsthilfefähigkeit erfordert **24-stündige aktivierende Pflege**, auch in der Nacht.
3. Der Zustand des Patienten erfordert **engmaschige fachärztliche Überwachung**, täglich unter Einbeziehung von Wochenend- und Feiertagen.
4. Zum frühzeitigen Aufbau der Selbständigkeit mit dem Ziel der Rückkehr in die Häuslichkeit besteht neben der akut-medizinischen Behandlung häufig **zusätzlich komplex-geriatrischer frühfunktioneller Rehabilitationsbedarf**.

Patientenbezogene Strukturmerkmale für den teilstationären Bereich:

1. Das Ausmaß der Multimorbidität des Patienten und die Intensität der **akut-medizinischen Behandlung** erfordert während des Aufenthaltes in der GTK, die besondere Infrastruktur des Krankenhauses einschließlich des geriatrischen Teams für **diagnostische und therapeutische Akut-Interventionen** und deren Überwachung.
2. **Frühfunktioneller Rehabilitationsbedarf** im Rahmen einer **strengen Tagesstruktur** ist zusätzlich gegeben.
3. Die besondere Medikamentenempfindlichkeit geriatrischer Patienten bei Multimorbidität erfordert während intensiver Therapie- und Mobilisationsmaßnahmen häufig eine **Medikamentenanpassung**. Die GTK gewährleistet eine engmaschig

ärztliche und funktionsorientierte Überwachung bei Medikamentenrevisionen sowie ggf. die Verabreichung parenteraler Medikamente.

4. Ausmaß und Schwere der Erkrankungen kombiniert mit der Intensität der Therapiemaßnahmen erfordern **werktägliche ärztliche Visite**.
5. Die zunehmende körperliche und psychosoziale Belastung erfordert eine **patientennahe Überprüfung des sozialen Umfeldes** und der flankierenden Maßnahmen. Auch begleitende Störungen im Bereich Affekt und Kognition (Gedächtnis, Stimmung, neuropsychologische Störung) können durch Beobachtung des Alltagsverhaltens während des Aufenthaltes in der GTK aufgedeckt werden.
6. **Spezielle ärztliche Maßnahmen**, wie umfangreiches Wundmanagement inkl. Wunddebridement, sind **werktäglich** in der GTK möglich.
7. Die fortgeschrittene Selbsthilfefähigkeit des Patienten ermöglicht unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes den Aufenthalt in der Häuslichkeit am Abend, in der Nacht, an Wochenenden und Feiertagen. Es ist **keine 24-stündige Pflegebedürftigkeit** erforderlich.
8. Bedarf von verlängerten Ruhephasen zwischen den einzelnen Therapieeinheiten im täglichen Behandlungsablauf.

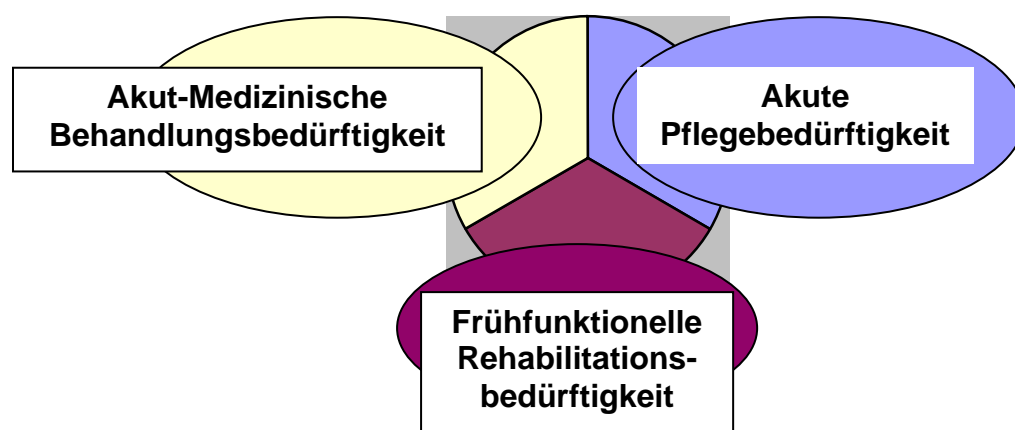
Patientenbezogene Strukturmerkmale für den Bereich der ambulanten geriatrischen Rehabilitation:

1. Die Multimorbidität des geriatrischen Patienten erfordert eine **komplex-geriatrische Behandlung mit allen etablierten Strukturmerkmalen (geriatrisches Assessment, multiprofessionelles Team, Teamsitzungen, Therapieplanung)**, die durch Einzelverordnung nicht zu gewährleisten ist.
2. Der Patient erhält **multiprofessionelle frühfunktionell rehabilitative Maßnahmen**, die nach einem individuellen Zeitplan **ohne strenge Tagesstruktur** zweimal täglich bis zu dreimal wöchentlich erfolgen.
3. Die **tägliche ärztliche Visite ist therapieorientiert**.
4. Es sind **keine aufwendigen medizinischen Maßnahmen**, wie Wundmanagement oder parenterale Medikamenten-Applikation, erforderlich.
5. Der Patient ist ausreichend belastbar, so dass verlängerte Ruhephasen zwischen den einzelnen Therapieeinheiten im täglichen Behandlungsablauf **nicht** erforderlich sind.

Geriatrische Behandlung im abgestuften Versorgungssystem

Der geriatrische Patient vereinigt in sich den **Anspruch auf eine komplexe Behandlung**, wobei die **aktuellen Bedürfnisse** des Patienten individuell durch die Gleichzeitigkeit folgender Kriterien mit unterschiedlichen Schwerpunkten determiniert sind:

- (Akut-) Medizinische Behandlungsbedürftigkeit
- (Akute) Pflegebedürftigkeit
- (Frühfunktionelle) Rehabilitationsbedürftigkeit



Die **Komplex-geriatrische Behandlung in allen Behandlungsformen** muss daher gleichzeitig folgende Leistungen anbieten:

- (Akut-) Medizinische Behandlung
- (Akute) aktivierend-therapeutische Pflege
- (Frühfunktionelle) Rehabilitation
- Prävention
- Palliative Maßnahmen
- Hilfsmittelversorgung
- Einleitung sozial flankierender Maßnahmen

Diese prinzipiell gleichzeitig anzubietenden Leistungen sind jedoch entsprechend den aktuellen Bedürfnissen des Patienten in unterschiedlicher Intensität anzuwenden. Vor dem Hintergrund dieser unterschiedlichen Bedürfnisse des Patienten und eines möglichst wirtschaftlichen Behandlungs-Settings, ergeben sich eine Reihe von differenzierten

Behandlungsangeboten in der Geriatrie. Diese beginnen mit der frühesten (akuten) medizinischen Behandlung, umfassen somit den gesamten stationären Behandlungsrahmen im Krankenhaus, den Rehabilitationssektor sowie die teilstationäre und auch die strukturierte ambulante Versorgung im Rahmen der ambulanten geriatrischen Rehabilitation.

Somit wird durch die verschiedenen, abgestuften Versorgungsformen der geriatrischen Medizin - vollstationär, teilstationär, ambulant - unter Beachtung der Prinzipien Notwendigkeit, Wirtschaftlichkeit und Angemessenheit der individuell unterschiedliche Anspruch des geriatrischen Patienten auf das komplexe Behandlungsangebot realisiert.

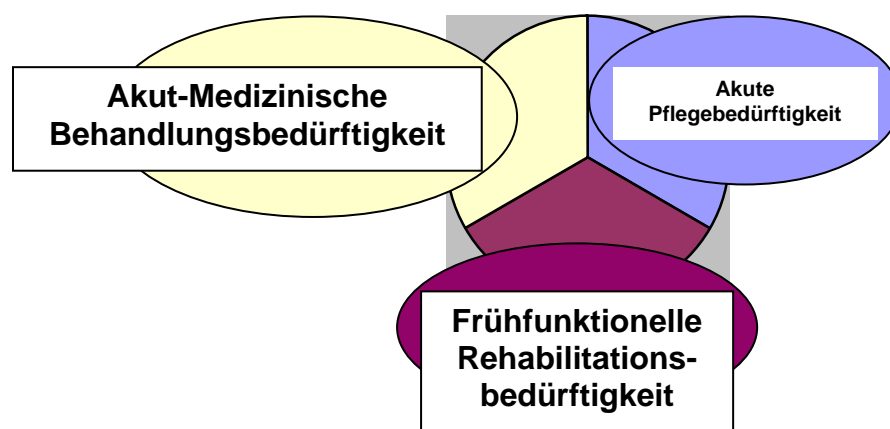
Nur durch das Gesamtspektrum der aufeinander abgestimmten Behandlungsangebote lässt sich eine sachgerechte Behandlung des geriatrischen Patienten mit seinen individuell unterschiedlichen Ansprüchen gewährleisten.

Akut-stationäre Behandlung und Rehabilitation mit den geriatrischen Unterschieden sind an anderen Orten bereits definiert. Zur ergänzenden Differenzierung geriatrischer Tageskliniken (GTK) und ambulanter geriatrischer Rehabilitation (AGR) soll im Folgenden Stellung genommen werden.

Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass es sich um bundesweite Empfehlungen handelt. Diese können in Einzelfällen mit landesspezifischen Geriatrieplänen kollidieren. Zur grundsätzlichen Problematik bundeseinheitlicher Empfehlungen und ggf. widersprüchlichen Regelungen in Landesgeriatrieplänen wird im Anhang Stellung bezogen. Zudem finden sich zur Definition des geriatrischen Patienten sowie der geriatrischen Multimorbidität im Anhang dieses Textes weitere Ausführungen.

Teilstationäre geriatrische Behandlung = Geriatrische Tagesklinik (GTK)

Im **teilstationären Bereich** der geriatrischen Behandlung tritt die akute Pflegebedürftigkeit im Vergleich zum vollstationären Bereich deutlich zurück. Der Patient befindet sich an den Werktagen in der Zeit von ca. 9.00 Uhr bis ca. 16.00 Uhr in der Tagesklinik und wird jeweils morgens von Zuhause geholt und nachmittags dorthin zurückgebracht.



Folgende Voraussetzungen definieren den Patienten:

- Insbesondere am Abend, in der Nacht und am Wochenende sowie an Feiertagen muss der Patient in der Lage sein, sich selbstständig oder mit häuslicher Hilfe zu versorgen.
- Des Weiteren muss die körperliche Belastbarkeit so gut sein, dass der tägliche Transport von Zuhause zur Tagesklinik und zurück gut toleriert wird.
- Sie ist jedoch noch so weit eingeschränkt, dass zwischen den einzelnen Therapieeinheiten im Tagesverlauf wiederholt Ruhepausen einzuplanen sind.
- Es besteht die Notwendigkeit der engmaschigen, **täglichen ärztlichen Visite** zur Überwachung der medizinischen Therapie unter **adaptierten stationären (= teilstationären) Bedingungen und gleichzeitig zunehmender häuslicher Belastung**.

Die tagesklinisch-geriatrische Behandlung verfolgt gleichzeitig zwei große **inhaltliche Ziele**:

- medizinische Behandlungsziele
- (frühfunktionell-) rehabilitative Behandlungsziele

Darüber hinaus verfolgt die tagesklinisch-geriatrische Behandlung folgende **organisatorischen Ziele**:

- Verkürzung vollstationärer Behandlung
- Vermeidung vollstationärer Behandlung

Im Vordergrund der GTK-Behandlung stehen die **medizinischen Behandlungsziele**, die vor allem die somatische und psychische Stabilität des Patienten (wieder-) erreichen und sichern wollen. Medikamentöse Einstellung des Blutdrucks und verschiedener Stoffwechselbereiche, Überwachung der kardiopulmonalen Belastbarkeit sowie Kontrolle der Leber- und Nierenfunktion unter veränderter Medikation sind einige Beispiele für die akut-medizinischen Aufgaben im teilstationären Bereich. In der GTK können akute Verschlechterungen des klinischen Zustandes unter vermehrter körperlicher Belastung oder bisher latente Versorgungsdefizite Zuhause festgestellt werden, ohne den Patienten erneut vollständig hospitalisieren zu müssen. Akut-medizinische Kontrollen, wie z. B. Röntgen- oder Laboruntersuchungen, können zeitnah durchgeführt werden. Auch kurzfristige i.v.-Applikationen von Infusionen oder Medikamenten sind in der Tagesklinik möglich.

Die (frühfunktionell-) **rehabilitativen Behandlungsziele** beinhalten die dauerhafte Wiedergewinnung, Verbesserung oder den Erhalt der Selbständigkeit im Alltag, um ein langfristiges Verbleiben in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Angestrebt wird dies durch

- Verbesserung der Mobilität
- Verbesserung der Alltagskompetenzen
- Verbesserung der sozialen Integration
- Vermeidung/Verminderung der Abhängigkeit von Pflegepersonen
- Behutsame und schrittweise (Wieder-) Eingliederung in die häuslichen Lebensabläufe.

Die (frühfunktionell-) **rehabilitativen Maßnahmen** erlangen im teilstationären Bereich eine größere Bedeutung als im vollstationären Bereich. Von Seiten des Patienten besteht der Bedarf einer mehrfach wöchentlichen, mindestens zweimal täglichen, (frühfunktionell-) rehabilitativen Maßnahme und **täglicher ärztlicher Visite**. Während des GTK-Aufenthaltes kann zusätzlich die häusliche Versorgungssituation überprüft und ggf. verbessert werden (Sozialdienst, Hilfsmittelversorgung). Körperliche oder psychosoziale Defizite, die erst durch die Rückkehr in die Häuslichkeit manifest werden, können in der GTK gezielt aufgedeckt und behandelt werden. Die klare Tagedstruktur in der geriatrischen Tagesklinik mit vorgegebenem Stundenplan erlaubt darüber hinaus die Überprüfung der Stabilität und Flexibilität des geriatrischen Patienten unter dem Einfluss wechselnder Umweltfaktoren. Auch hieraus lassen sich Rückschlüsse auf die Alltagskompetenz inklusive der Fähigkeit zur Tagesstrukturierung in der Häuslichkeit ziehen, die ggf. gezielten Therapiebedarf veranlassen.

Der Erfolg der tagesklinischen Behandlung wird einerseits unter akut-medizinischen Aspekten, andererseits durch die wiederholte Erhebung des geriatrischen Assessments zur Verlaufs- und Entlassungskontrolle in den Bereichen Mobilität und Selbsthilfefähigkeit festgestellt.

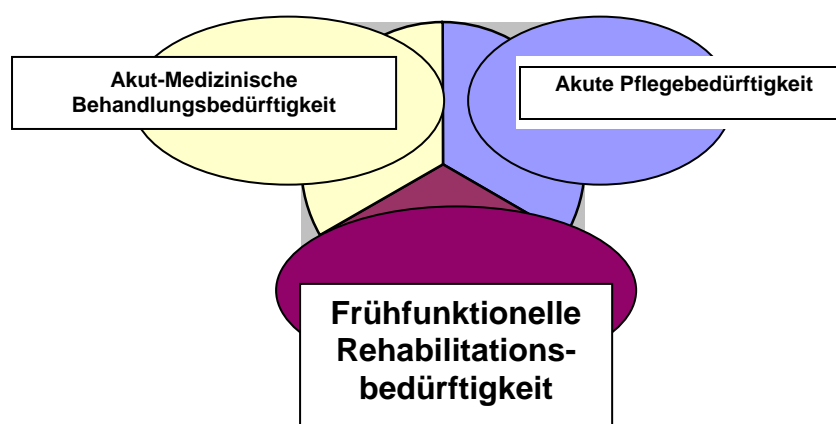
Der Patient der Tagesklinik bleibt wie im vollstationären Bereich „Krankenhaus-Patient“ und kann jederzeit im Bedarfsfall zwischen diesen Bereichen ohne großen organisatorischen Aufwand (Einweisung durch den Hausarzt usw.) wechseln.

Ziele der GTK sind die Vermeidung, aber auch die Verkürzung vollstationärer Behandlung; entsprechend gestalten sich die Zugangswege wie folgt:

- Eine Direktzuweisung durch Haus- oder Facharzt zur geriatrischen Komplexbehandlung kann bei gleichzeitiger Erfordernis von medizinischer Diagnostik und (frühfunktionell-) rehabilitativer Behandlung erfolgen, insbesondere zur Vermeidung vollstationärer Behandlung.
- Ebenso ist eine Verlegung aus dem vollstationären geriatrischen, aber auch nicht-geriatrischen Bereich, bei Erfordernis zur speziellen geriatrischen Komplexbehandlung in der Regel verbunden mit weiterer medizinischer Diagnostik und Therapie sowie (frühfunktionell-) rehabilitativer Behandlung möglich. Eine vollstationäre Behandlung ist nicht mehr erforderlich.

Ambulante geriatrische Rehabilitation (AGR)

Beim Übergang in die ambulante geriatrische Rehabilitation vollzieht sich ein wesentlicher Wandel in der Versorgungsstruktur des Patienten. Jetzt erfolgt die Durchführung der geriatrischen Komplexbehandlung nicht mehr auf Veranlassung des Krankenhaus-Arztes, sondern auf Verordnung des Hausarztes, der auch dauerhaft für die medizinische Überwachung des Patienten die Verantwortung trägt.



Eine Antragstellung durch ein vorbehandelndes Krankenhaus ist ebenfalls möglich.

- Der geriatrische Patient muss als Voraussetzung zur Behandlung in der AGR über eine ausreichende Selbstständigkeit in den grundlegenden (instrumentellen) Aktivitäten des täglichen Lebens verfügen oder besitzt ein ausreichend stabiles bzw. „aktivierbares“ soziales Umfeld, so dass der Aufenthalt Zuhause ohne zusätzliche differenzierte Tagesstrukturierung durch das Krankenhaus sicher möglich ist.
- Es besteht weiterhin der Bedarf an konzeptionell abgestimmter, geriatrie-adaptierter regelmäßiger Anwendung verschiedener Therapieformen einschließlich spezifischer Methoden der aktivierenden Pflege, der Physio- und Ergotherapie, der Logopädie und (Neuro-) Psychologie, die mehrmals wöchentlich (mindestens dreimal) stattfinden müssen mit täglicher ärztlicher Begleitung (tägliche ärztliche, therapieorientierte Visiten).
- Der AGR-Patient kommt entsprechend des individuellen Therapieplanes gezielt in die Einrichtung zu den Zeiten der geplanten Therapien oder Visiten. Umfangreiche und zeitnahe Diagnostik wie im voll- oder teilstationären Bereich ist in diesem Verfahren nicht mehr vorgesehen.

- Der Patient muss über eine ausreichende physische und psychische Konstitution verfügen, um einen zeitlich komprimierten Tages- und Behandlungsablauf ohne verlängerte Ruhephasen zwischen den Therapieeinheiten bewältigen zu können.

Die **Ziele der ambulanten geriatrischen Rehabilitation** liegen darin,

- Selbsthilfe-, Selbstpflege- und Selbstversorgungsfähigkeit des Patienten aufrechtzuerhalten bzw. wiederherzustellen,
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. hinauszuzögern,
- stationäre Aufenthalte abzukürzen bzw. zu vermeiden
- die Lebensqualität von Patienten mit dauerhaften Beeinträchtigungen zu verbessern und Folgeschäden zu verhindern.

Wesentlicher Aspekt ist hierbei auch die enge Beziehung zum Wohnort des Patienten.

Die Prinzipien der Komplex-geriatrischen Therapie werden auch in der ambulanten geriatrischen Rehabilitation realisiert. Im Einzelnen kommen derzeit unterschiedliche Organisationsmodelle der praktischen Umsetzung zur Anwendung.

- Die ambulanten Leistungen der AGR werden von einer **stationären Einrichtung für Klinische Geriatrie** erbracht im Rahmen eines entsprechenden Versorgungsvertrages.
- Die ambulanten Leistungen der AGR werden vom weitergebildeten **Hausarzt** erbracht, der die Therapieplanung, -überwachung und -koordination übernimmt.
- Bei dem **Vermittlungsmodell** wird für die Leistung der AGR eine Vermittlungsstelle eingesetzt, die diese organisiert und koordiniert im Sinne eines Case-Managements.
- Beim **Therapiezentrummodell** wird die Therapie der AGR in einem ambulanten Reha-Zentrum erbracht, welches das entsprechende geriatrische Team vorhält und Kompetenz im Fachgebiet Geriatrie und geriatrische Rehabilitation vorweisen kann.

Fazit:

Über die Sektorgrenzen akut-stationärer und stationär-rehabilitativer Behandlung hinaus, bietet das komplementäre System von geriatrischer Tagesklinik und ambulanter geriatrischer Rehabilitation die Möglichkeit, unter Berücksichtigung der aktuellen Bedürfnisse des Patienten und unter den Vorgaben des SGB V ein abgestuftes Konzept mit differenzierter Binnenstruktur darzustellen.

Das Fehlen eines dieser Angebote im abgestuften geriatrischen Versorgungskonzept wird unweigerlich zu einer schlechteren Behandlungseffizienz und zu steigenden Behandlungs- und Folgekosten führen.

Tagesklinische Patienten sind bei vorrangig medizinischer Behandlungsbedürftigkeit (siehe oben) nicht geeignet für die Behandlung in einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation und müssten beim Fehlen des teilstationären Behandlungsangebotes dem vollstationären Bereich (akut, bzw. rehabilitativ, je nach vorliegenden Strukturen) zugeführt werden, ohne dass die dort gleichzeitig gebotene 24-Stunden-Pflege und das vollständige Verlassen des häuslichen Umfeldes erforderlich ist.

Die Möglichkeit der regelmäßigen Erprobung des Könnens im häuslichen Umfeld ist darüber hinaus aus dem vollstationären Bereich nicht, bzw. nur deutlich reduziert (therapeutisches Probewohnen) möglich.

Der Wegfall ambulanter geriatrischer Rehabilitation führt dazu, dass die entsprechenden Patienten nicht bedarfsgerecht komplex-geriatrisch, sondern ausschließlich einzeltherapeutisch behandelt werden, somit fehlt die multiprofessionelle Leistung des geriatrischen Teams. Der geriatrische Patient mit seiner typischen Multimorbidität wird in einem System der Einzeltherapie nicht adäquat behandelt. Zur bedarfsgerechten Behandlung müsste er beim Fehlen der AGR einer geriatrischen Tagesklinik oder gar einer vollstationären Behandlung zugeführt werden, in dem ein Überangebot an ärztlicher und pflegerischer Versorgung stattfinden würde. Zusätzlich bestünde die Gefahr, dass dem Patienten keine adäquate Therapieform angeboten würde. Dies stellt gerade für geriatrische Patienten mit einem hohen Risiko des Verlustes an Selbständigkeit eine, auch unter wirtschaftlichen Aspekten, nicht zu vertretende Situation dar.

Fallbeispiele zur Vertiefung

Fallbeispiel 1: Übergang vollstationär - GTK

Beispiel zur Vertiefung:

Eine 80-jährige Patientin wird aus der chirurgischen Klinik übernommen. Dort wurde sie zuvor wegen einer Schenkelhalsfraktur mit einer Totalhüftendoprothese versorgt. Zuvor hat sie gemeinsam mit ihrem Ehemann in ihrer Wohnung gelebt. Sie konnte sich allein versorgen, noch kurze Strecken in der Stadt allein bewältigen. Das Gehen ist ihr in den letzten Monaten schwerer gefallen, dies hat sie vor allem an der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel gehindert.

In ärztlicher Behandlung war sie wegen einer Herzinsuffizienz bei koronarer Herzkrankheit und eines Diabetes mellitus, der in den letzten 15 Jahren entstanden ist. Durch eine orale medikamentöse Therapie und eine wenig strenge Diabetes-Diät waren beide Erkrankungen so eingestellt, dass sie sie im Alltag nicht behindert haben.

Durch die Operation und den Krankenhausaufenthalt ist die Patientin nun komplett immobil, hat in der Chirurgie nur eine kurze Zeit im Rollstuhl sitzen können und benötigt bei einem Körpergewicht von 105 kg beim Umsetzen vom Bett in den Rollstuhl die Hilfestellung von zwei Personen.

Im **geriatrischen Assessment** findet sich ein BI von 35 Punkten, der Timed-up-and-go ist nicht möglich, der MMST zeigt mit 22 Punkten Hinweise auf eine leichte Hirnleistungseinschränkung, die GDS ergibt mit 7 Punkten Anhalt für eine leichte Depression. Bei der neurologischen Untersuchung findet sich eine mäßiggradige Parkinsonsymptomatik mit Steifheit, Ruhetremor und mimischer Starre.

Unter Fortführung der Therapie der Herzinsuffizienz und des Diabetes gelingt es, die Patientin nach medikamentöser Einstellung der Parkinsonerkrankung unter intensiver krankengymnastischer Therapie soweit zu mobilisieren, dass sie mit einem Rollator auf ebenem Boden ca. 50 Meter ohne fremde Hilfe laufen kann. Das ergotherapeutische Selbsthilfetraining befähigt sie, sich mit wenig Hilfe anzuziehen, die Toilette zu benutzen und vorbereitete Speisen allein einzunehmen.

In dieser Situation erfolgt die Entlassung aus der stationären Rehabilitation und Weiterbehandlung in der Tagesklinik, die durch die Unterstützung durch den Ehemann gesichert wird.

Fallbeispiel 2: Übergang GTK – vollstationär

Beispiel zur Vertiefung:

Ein 68-jähriger Patient (Diabetiker seit 40 Jahren) mit koronarer Herzerkrankung, Z. n. 3-ACVB, Herzinsuffizienz NYHA II-III und Z. n. Carotisdesobliteration nach TIA bei 80%iger Karotisstenose wird nach Unterschenkelamputation mittlerweile in der Tagesklinik behandelt, um nach erfolgter Prothesenanpassung eine alltags-ausreichende Gehstrecke, die Selbstständigkeit im Anlegen der Prothese, die Selbstständigkeit im Toilettentransfer und das Treppensteigen zu erarbeiten. Es ist im Verlauf mehrfach eine Anpassung der cardialen Medikation wegen therapielimitierender Dyspnoe erforderlich.

Akut klagt der Patient über linksthorakalen Schmerz. Ein Myokardinfarkt wird elektrokardiographischen und serologisch ausgeschlossen. Stumpfschmerz und -umfangsvermehrung deuten auf eine Stumpfhrombose hin, diese bestätigt sich kompressions-dopplersonografisch. Die BGA zeigt typische Veränderungen. Der Patient wird in den vollstationären Bereich zur Vollheparinisierung und Marcumartherapie aufgenommen bei engmaschig kontrollierter und monitor-überwachter Fortsetzung der Mobilisation.

Fallbeispiel 3: Direktaufnahme - GTK

Beispiel zur Vertiefung

Die 85-jährige Patientin, bisher bis auf morgendliche Hilfe durch Sozialstation selbstständig, lebt noch selbstständig mit von ihr geführtem, an Alzheimer erkranktem Ehemann (Tochter berufstätig, lebt im selbem Haus). Sie wird im Rahmen von 4-tägiger Bettlägerigkeit bei ambulant behandelter Bronchitis zunehmend immobil. Der Ehemann wird täglich in eine Tagespflege gebracht, die Patientin in die GTK eingewiesen. Die abendliche/nächtliche Versorgung beider wird über die Tochter sichergestellt. Die Patientin wird in der geriatrischen Tagesklinik täglich ärztlich visitiert, es erfolgt eine pulmonale Diagnosestellung, ihre kardiopulmonale Belastbarkeit sowie die Aktivität der Entzündung werden überprüft. Antiinflammatorische und sekretolytische Medikation werden überprüft und reduziert, die antihypertensive Medikation wird ebenfalls unter steigender körperlicher Belastung überprüft und angepasst. Zusätzlich erhält die Patientin Atemtherapie (physikalische Maßnahmen), Muskelaufbautraining im Bereich der unteren Extremität bei Z. n. Knie-TEP und zur kardiopulmonalen Belastungssteigerung, insbesondere vor dem Hintergrund des Treppensteigens im eigenen dreigeschossigen Eigenheim. Die Neuropsychologie setzt die Gesprächstherapie bei medikamentös anbehandelter Depression fort. Der Sozialdienst berät die Patientin und ihre Angehörigen zu Hilfsangeboten im ambulanten Bereich, zu Vorsorgevollmachten und Testament. Die Physiotherapie und Ergotherapie beraten zusätzlich zu Hilfsmitteln wie Badewannenlifter und Treppenlift. Ohne vollstationäre Behandlung kann die Patientin nach 12 Behandlungstagen entlassen werden.

Fallbeispiel 4: vollstationär - AGR

Beispiel zur Vertiefung

Ein 76-jähriger Patient erleidet einen kardioembolischen Thalamus-Insult rechts mit brachiofacial betonter Hemiparese links sowie Apraxie einschließlich mundmotorischer Apraxie mit Sprechstörungen. Primär bestehen bei Depression deutliche Compliancestörungen. Bei hypertensiver und koronarer Herzerkrankung mit resultierender diastolischer Herzinsuffizienz sowie Absoluter Arrhythmie (paroxysmal) und anamnestischer Ulcuskrankheit muss eine umfangreiche kardiologische und endoskopische Diagnostik erfolgen, so dass die orale Antikoagulation erst verzögert einsetzen kann. Die vorbestehende Polyarthrose ist bei Entlassung noch etwas vermehrt funktionseinschränkend.

Im Übrigen besteht bei Entlassung aus dem vollstationären Bereich bei guter Gehfähigkeit am Rollator noch eine deutlich teilhabe einschränkende Apraxie und Sprechstörung. Darüber hinaus ist noch eine begleitende psychologische Begleitung bei medikamentös anbehandelter Depression erforderlich.

Die häusliche Versorgung ist über belastbare Ehefrau und Kinder am Ort sichergestellt, der Patient mittlerweile für ambulante Therapie ausreichend compliant. Einzeltherapien sind auf Grund des komplexen Bildes absehbar nicht ausreichend. Es wird auf Bitten des Patienten in Absprache mit dem Hausarzt vor Entlassung der Antrag auf 15 Therapietage in der AGR gestellt.

Fallbeispiel 5: ambulant - AGR

Beispiel zur Vertiefung

Eine 84-jährige Patientin hat eine distale Radiusfraktur links erlitten im Rahmen eines Sturzes bei Eisglätte, Erststurz. Die Patientin leidet an einer steroidpflichtigen COPD, Osteoporose und Polyarthrose, bisher allein lebend mit familiärer Unterstützung (Duschen, punktuell Ankleiden/tagesformabhängig, Treppensteigen, Haushaltsführung), PV Antrag zur Ersteinstufung vor kurzem abgelehnt. Rollator als Gehhilfsmittel erforderlich.

Der Hausarzt stellt bei Fraktur (amb. Behandlung) sofort einen Antrag auf AGR, um stationäre Behandlung kurzfristig und PV Einstufung mittelfristig zu vermeiden. Die Familie organisiert über einen Hilfeplan die ambulante Versorgung außerhalb der AGR.

In der AGR erhält die Patientin einen Therapieplan mit Physiotherapie zum weiterem Muskelaufbau- und Koordinationstraining, speziell für die untere Extremität, die Ergotherapie behandelt die linke obere Extremität, die aktivierte Omarthrose unter Einbeziehung physikalischer Maßnahmen, die Neuropsychologie beginnt eine stützende Gesprächstherapie bei Sturzangst mit beginnender Depression. Mit Hilfe eines Rheumarollators kann die Mobilität für den häuslichen Bereich sichergestellt werden.

Ambulante Einzeltherapien wären auf Grund des komplexen Krankheitsbildes nicht ausreichend gewesen.

Anhang

I Der geriatrische Patient

Der geriatrische Patient definiert sich nicht vorrangig über sein kalendarisches Lebensalter, auch wenn der geriatrische Patient überwiegend ein höheres Lebensalter aufweist. Vielmehr ist diese Patientengruppe durch folgende typische Konstellation charakterisiert:

- geriatrietypische Multimorbidität
- Alter (in der Regel) > 70 Jahre
- Alter > (80-) 85 Jahren auch ohne begleitende Multimorbidität mit altersentsprechenden funktionellen Einschränkungen und damit insgesamt labiler Versorgungssituation

Sehr hohes Alter stellt auf Grund des hier physiologisch besonders erhöhten Risikos von Komplikationen und der Erfordernis speziellen Fachwissens ein Geriatriemerkmals auch ohne begleitende Komorbidität dar.

Jüngere Patienten auch < 70 Jahre können in begründeten Fällen geriatrietypische Merkmale und damit eine geriatrische Behandlungsbedürftigkeit aufweisen:

Im Normalfall sind geriatrische Patienten älter als 70 Jahre. In bestimmten Fällen lassen sich jedoch die genannten Charakteristika auch auf kalendarisch jüngere Patienten anwenden, was dann nach gemeinsamer Feststellung dieser Ausnahmekonstellation von medizinischem Leistungserbringer und Kostenträger auch zu einer geriatrischen Behandlungsindikation eines jüngeren Patienten führen kann.

Geriatrietypische Multimorbidität

Unter **Multimorbidität** versteht man, das gleichzeitige Vorliegen von mindestens zwei behandlungsbedürftigen Erkrankungen, die bei dem Patienten zu multiplen strukturellen oder funktionellen Schädigungen nach ICF geführt haben. **Behandlungsbedürftigkeit** bezeichnet dabei die Notwendigkeit von gleichzeitiger engmaschiger ärztlich-medizinischer Diagnostik und Therapie. Diese geht ggf. über die Grenzen des Fachgebietes hinaus, daher

müssen konsiliarisch Ärzte anderer Fachgebiete mit einbezogen werden (z. B. Orthopädie, Urologie, Chirurgie, Psychiatrie).

Geriatritypische Multimorbidität umfasst spezielle Merkmalkomplexe, die allein oder in Kombination beim geriatrischen Patienten anzutreffen sind:

1. Vorhandensein von Schädigungen und Fähigkeitsstörungen im Sinne eines geriatrischen Syndroms:

- Frailty
- Immobilität
- Sturzneigung
- Kognitive Defizite
- Inkontinenz
- Decubitalulzera
- Fehl- und Mangelernährung
- Störungen im Elektrolyt- und Flüssigkeitshaushalt
- Depression, Angststörung
- Chronische Schmerzen
- Sensibilitätsstörungen
- Herabgesetzte körperliche Belastbarkeit
- Starke Sehbehinderung
- Ausgeprägte Schwerhörigkeit

Für das **geriatrische Syndrom** relevante Sachverhalte sind darüber hinaus:

- Mehrfachmedikation
- Herabgesetzte Medikamententoleranz
- Häufige Krankenhausbehandlung (Drehtüreffekt)

2. Hohes Risiko im Vergleich zu nicht-geriatrischen Patienten des Verlustes der Selbständigkeit im Alltag mit nachfolgender Pflegebedürftigkeit

3. Hohes Risiko im Vergleich zu nicht-geriatrischen Patienten von Krankheitskomplikationen (z. B. Thrombosen, Infektionen, Frakturen)

4. Hohes Risiko der Chronifizierung der Gesundheits-/Funktionsprobleme

II) Zum grundsätzlichen Problem bundeseinheitlicher Rahmenempfehlungen (z. B. Abgrenzung akutstationäre Behandlung und Rehabilitation in der Geriatrie) und der häufigen Kollision mit länderspezifischen Regelungen („Ländergeriatrieplänen“) sei folgendes angemerkt:

Die Abgrenzung zwischen stationärer geriatrischer Akutbehandlung und stationärer geriatrischer Rehabilitation geschieht in Abhängigkeit von den vorhandenen Versorgungsstrukturen der verschiedenen Bundesländer unterschiedlich.

In Bundesländern (z. B. Bayern, Rheinland-Pfalz), in denen die geriatrische Behandlung nahezu ausschließlich in geriatrischen Rehabilitationskliniken erfolgt, werden Patienten in diesen Kliniken behandelt, die in anderen Bundesländern in akutgeriatrischen Einrichtungen versorgt werden.

In anderen Bundesländern (z. B. Bremen, Hamburg) ist ein Angebot der stationären geriatrischen Rehabilitation nicht vorhanden, hier erfolgt die stationäre Rehabilitation in geriatrischen Akutkliniken.

Eine Abgrenzung dieser Bereiche, die sich an geriatrischen Inhalten orientiert, scheitert in der Realität an den unterschiedlichen Landesstrukturen, die politisch orientiert vorgegeben sind.

Dies kann und darf allerdings nicht dazuführen, dass allein auf Grund dieser politisch vorgegebenen Strukturunterschiede das abgestufte geriatrische Versorgungskonzept in einzelnen Bundesländern nicht vollständig umgesetzt und den dortigen Patienten in Teilen vorenthalten wird.

III) Literaturhinweis:

- Borchelt, M. et al.: Ambulante geriatrische Rehabilitation – Standortbestimmung und Perspektiven. Z Gerontol Geriat 34: Suppl 1,1/21-1/29, 2001
- Leistner, K. et al.: Frührehabilitation im Krankenhaus – Definition und Indikation Ein Ergebnisbericht der Methodengruppe „Frührehabilitation im Krankenhaus“. Phys Med Rehab Kuror 2005; 15: 157-167
- Die Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation vom 1. 1. 2004 www.vdak.de
- Die Abgrenzungskriterien der Geriatrie Version V1.3 (Stand 16. 3. 2004) www.bag-geriatrie.de
- G-AEP Entwicklungsbericht 2003, Präambel G-AEP www.mds-ev.org
- ICF Anlage zur Reha – Richtlinie www.mds-ev.org
- Abgrenzung der Bereiche Frühmobilisation, Frührehabilitation und Rehabilitation. Mit den Ländern abgestimmte Auffassung des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, 27. Oktober 2004