

Möglichkeiten der ambulanten und geriatrischen Rehabilitation



Diese Powerpoint-Präsentation
kann im Downloadbereich der KOSTA/KOMPAS veröffentlicht werden

Interessenskonflikte ?

Ich leite eine geriatrische Schwerpunktpraxis in Stendal,
die eine ambulante geriatrische
Komplexbehandlung anbietet für geriatrische Patienten
der AOK und IKK gesund plus

Zur Person:

geboren und aufgewachsen in Stendal
Medizinstudium bis 1989 in Berlin

Beginn der Weiterbildung zum FA für AM, später angestellt, dann Partnerin einer Gemeinschaftspraxis
in Berlin-Neukölln bis 2002

Fachärztin für Allgemeinmedizin

2003-2006 Tätigkeit als Ärztin im Gesundheitsamt Erfurt
Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen

Ende 2006 Übernahme einer Einzelpraxis in Stendal

seit 2017 zusätzlich geriatrische Schwerpunktpraxis in Stendal
weitere Aktivitäten:

Honorarärztin des SAPV-Teams der Adelbert-Diakonissen-Stiftung in Stendal für Patienten der VdEK

Mitglied der Fach-und Prüfungskommission Allgemeinmedizin der ÄK-SA

Lehrärztin des IALM der OvGU, Mentorin für KLAHA an der Uni MD

abgeschlossene Zusatzweiterbildungen:

Geriatrie, Palliativmedizin, Reisemedizin

Was erwartet Sie?

- ☺ Ambulante Rehabilitation in Deutschland
- ☺ ☺ unvermeidlich: gesetzliche Grundlagen
- ☺ ☺ welche rehabilitativen Möglichkeiten gibt es
- ☺ ☺ ☺ warum eigentlich über Geriatrie reden?
- ☺ ☺ ☺ wie erkenne ich den geriatrischen Patient?
- ☺ für die Arbeit: Formular 61

☺ **AGERA**



§ 40 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111c besteht; dies schließt mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen ein. Leistungen nach Satz 1 sind auch in **stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des Elften Buches zu erbringen.**

§ 40 SGB V

(2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, so erbringt die Krankenkasse erforderliche **stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung**, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht. Für pflegende Angehörige erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation unabhängig davon, ob die Leistung nach Absatz 1 ausreicht. Die Krankenkasse kann für pflegende Angehörige diese stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung auch in einer nach § 37 Absatz 3 des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111a besteht.

§ 40 SGB V

(3) Die Krankenkasse bestimmt nach den medizinischen Erfordernissen des Einzelfalls **unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts der Leistungsberechtigten** nach § 8 des Neunten Buches Art, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung der Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sowie die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen; die Krankenkasse berücksichtigt bei ihrer Entscheidung die besonderen Belange pflegender Angehöriger.

Regelung der ambulanten Rehabilitationsmöglichkeiten in Deutschland

komplexe Angebote der medizinischen Rehabilitation **wohntnah**

Rahmenbedingungen für die Durchführung einer ambulanten Rehabilitation sind in den Rahmenempfehlungen der **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)** festgelegt. Diese beschreiben die Voraussetzungen, Anforderungen, Ziele und Angebote sowie die Maßnahmen zur Qualitätssicherung an Einrichtungen der ambulanten Rehabilitation. Sie bestimmen ebenso die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen.

Rahmenempfehlungen der BAR- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.

Barrierefrei

Ergonomisch

Fuß-und Roll-Prinzip

Zwei-Sinne-Prinzip

Leichte Sprache

Visuelle, taktile und akustische Kontraste

SGB IX

§ 12 Bedarfserkennung

Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (Artikel 1 des Gesetzes v. 23. Dezember 2016, BGBl. I S. 3234) (Neuntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB IX)

§ 12 Maßnahmen zur Unterstützung der frühzeitigen Bedarfserkennung

(1) Die Rehabilitationsträger stellen durch geeignete Maßnahmen sicher, dass ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig erkannt und auf eine Antragstellung der Leistungsberechtigten hingewirkt wird. Die Rehabilitationsträger unterstützen die frühzeitige Erkennung des Rehabilitationsbedarfs insbesondere durch die Bereitstellung und Vermittlung von geeigneten barrierefreien Informationsangeboten über

1. Inhalte und Ziele von Leistungen zur Teilhabe,
2. die Möglichkeit der Leistungsausführung als Persönliches Budget,
3. das Verfahren zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe und
4. Angebote der Beratung, einschließlich der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung nach § 32.

Die Rehabilitationsträger benennen Ansprechstellen, die Informationsangebote nach Satz 2 an Leistungsberechtigte, an Arbeitgeber und an andere Rehabilitationsträger vermitteln. Für die Zusammenarbeit der Ansprechstellen gilt § 15 Absatz 3 des Ersten Buches entsprechend.

(2) Absatz 1 gilt auch für Jobcenter im Rahmen ihrer Zuständigkeit für Leistungen zur beruflichen Teilhabe nach § 6 Absatz 3, für die Integrationsämter in Bezug auf Leistungen und sonstige Hilfen für schwerbehinderte Menschen nach Teil 3 und für die Pflegekassen als Träger der sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch.

(3) Die Rehabilitationsträger, Integrationsämter und Pflegekassen können die Informationsangebote durch ihre Verbände und Vereinigungen bereitstellen und vermitteln lassen. Die Jobcenter können die Informationsangebote durch die Bundesagentur für Arbeit bereitstellen und vermitteln lassen.

Ambulante Rehabilitation

- onkologisch
 - kardiologisch
 - pneumologisch
 - muskuloskelettal
 - neurologisch: A-Akut bis F-Langzeit
 - dermatologisch
 - psychisch und psychosomatisch
 - long Covid
-
- geriatriisch

Anträge aus der stationären Reha heraus,
z.B. IRENA, TRENA

Anträge direkt beim Kostenträger

Ziel: drohende oder bereits
manifeste Behinderung oder
Pflegebedürftigkeit abwenden,
eine Verschlimmerung vermeiden
oder die Folgen mildern.
Größtmögliche Teilhabe sichern.

IRENA-intensivierte Rehanachsorge

IRENA kommt für Sie in Betracht, wenn Sie nach der Reha noch Probleme in mehreren Bereichen haben. Das ganzheitliche Nachsorgeangebot zielt auf die Stabilisierung Ihrer Erwerbsfähigkeit ab. Je nach Bedarf werden Leistungen aus mindestens zwei der nachfolgenden Therapiefelder erbracht:

- Therapiefeld I: Sport- und Bewegungstherapie, Physiotherapie
- Therapiefeld II: Klinische Psychologie, Arbeitstherapie, Klinische Sozialarbeit
- Therapiefeld III: Information/Motivation/Schulung, Ernährungsmedizin

IRENA wird ausschließlich in stationären und ganztägig ambulanten Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt.

Ablauf von IRENA

- bis zu 24 wöchentliche Behandlungstermine (bei Neurologie bis zu 36 Einheiten)
- in der Gruppe mit maximal 10 Teilnehmern
- ein Behandlungstermin dauert 90 Minuten
- zusätzlich findet ein ärztliches Aufnahme- und Abschlussgespräch statt
- die Gruppentermine können – in Abhängigkeit von der Indikation – auch intervallartig erbracht werden (z. B. bei Kardiologie 3-stündige Nachsorgetermine an jeweils mehreren Tagen)
- eine Verlängerung von IRENA ist ausgeschlossen

Kann auch digital erfolgen

T-RENA

T-RENA ist die Abkürzung für „Trainingstherapeutische Reha-Nachsorge“.

Sie beinhaltet ein ausschließlich gerätegestütztes Training, die Medizinische Trainingstherapie (MTT). Das Ziel von T-RENA ist die Verbesserung und die Förderung Ihrer Kraft, Ausdauer und Koordinationsfähigkeit.

Ablauf T-RENA

- Start innerhalb 6 Wochen nach Beendigung der medizinischen Reha
- Abschluss innerhalb 6 Monaten nach Beendigung der medizinischen Reha
- 1 Einweisungstermin
- 26 Trainingstermine mit je 60 Minuten Medizinischer Trainingstherapie (MTT)
- 2 x wöchentlich
- Bei Bedarf und Einhaltung der Fristen kann T-RENA um weitere 26 Trainingseinheiten verlängert werden.

Psy-RENA

Psy-RENA steht für „Psychosomatische Reha-Nachsorge“.

Sie hilft im Anschluss an eine psychosomatische Reha, die erlernten Verhaltensweisen und Strategien zur Stress- und Konfliktbewältigung im Alltag und im Berufsleben umzusetzen. Sie können so Ihre Therapieerfolge unter Anleitung und Begleitung weiter vertiefen und festigen.

An unseren Standorten mit Schwerpunkt Psychosomatik bieten wir Ihnen Psy-Rena in Form von angeleiteten Gruppengesprächen an. Die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Teilnehmer*innen prägen die Inhalte der Gruppensitzungen. Dabei kann die Erfahrung gegenseitiger Unterstützung in der Gruppe gemacht werden.

Ablauf Psy-Rena

- Start innerhalb von 4 Wochen nach Beendigung der medizinischen Reha
- 25 Gruppensitzungen berufsbegleitend, Dauer jeweils 90 Minuten
- Gruppengröße 8 bis 10 Personen
- Zwei ergänzende psychologische Einzelgespräche zur Aufnahme und Entlassung
- Zeitraum von ca. 6 Monaten

Geriatrische Rehabilitation

Zusätzlich zu den BAR-Rahmenempfehlungen wurden zum 01.01.2004 durch die [Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene](#) in Zusammenarbeit mit dem [Medizinischen Dienst \(MD\)](#) und nach Anhörung von Fachverbänden grundlegende Anforderungen für die Durchführung ambulanter geriatrischer Rehabilitation definiert. Diese Rahmenempfehlungen wurden mit Stand vom 02.01.2018 überarbeitet:

[Rahmenempfehlungen zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation](#)

Stand: 02.01.2018

Geriatric

Psychische-Störungen

Frailty

Ernährung

Demenz

Verhaltens-Störungen

Malnutrition

Alterstraumatologie

Assessment Gelingendes-Altern

Leitlinien Polypharmazie

Immobilität

Talk about geriatrics –why this?

Bevölkerung Sachsen-Anhalts nach ausgewählten Altersgruppen am 31.12.2022

Insgesamt	2 186 643	davon männlich	1 073 711	weiblich	1 112 932
>65	602 658		230 930		344 724

Von insgesamt 2 186 643 Sachsen-Anhaltern waren Silvester 2022 27,56% älter als 65 Jahre.

Die Prognose für 2030 sagt, dass dieser Anteil der Bevölkerung zunehmen wird

Praxis Vinzelberg aktuell

Abrechnungsziffern 3004 (55-75Jahre) und 3005 (>75Jahre) im Quartal 3/2023

Von 1594 Fällen 1008= **63% aller behandelten Patienten
im aktuellen Quartal sind älter als 55 Jahre**

Geriatrie

=**medizinische Spezialdisziplin**, die sich mit den körperlichen, geistigen, funktionalen und sozialen Aspekten in der Versorgung von akuten und chronischen Krankheiten, der Rehabilitation und Prävention alter Patientinnen und Patienten sowie deren spezieller Situation am Lebensende befasst.

- Geriatrische Patienten weisen einen hohen Grad an Gebrechlichkeit und Multimorbidität auf
- erfordert einen ganzheitlichen Ansatz
- Therapieerfolge treten verzögert ein
- In der Regel besteht zusätzlich ein Bedarf an sozialer Unterstützung.



Wer ist ein geriatrischer Patient?

Medizinisch sind geriatrische Patienten definiert durch
geriatrietypische Multimorbidität
höheres Lebensalter (meist über 70 Jahre)
*(die geriatrietypische Multimorbidität ist hierbei vorrangig vor dem
kalendarischen Alter zu sehen)*

oder

Alter über 80 Jahre wegen der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z. B.
wegen des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen
der Gefahr der Chronifizierung
des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung
des Selbsthilfestatus.



Targeting-Kriterien in der Geriatrie—Kombination von

Alter



Multimorbidität

Funktionelle Defizite

Vorhandensein geriatrischer Syndrome

Soziale Probleme

Multimorbidität

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen—paVK, Infarkt, Apoplex,...
- Diabetes und andere endokrinologische Krankheiten...
- Tumorerkrankungen
- Krankheiten des Bewegungsapparates—Arthrose, Arthritis, Osteoporose, Myopathien, Sarkopenie,
- urologische und gynäkologische Erkrankungen---Senkung, BPH, Inkontinenz...
- neurologische Erkrankungen, peripher und zentral—Neuropathien, Paresen, Plegien, CVI, Demenz, Neurodegenerative Erkrankungen (Parkinson ect.), Psychosen, Delir, Sucht.....
- Krankheiten des Sensoriums--Geschmack, Gehör, Sehen, Geruch, Gefühl.....
- Krankheiten der Atemwege-----COPD, Asthma, Emphysem, Fibrosen.....
- Krankheiten des Verdauungssystems---Zahnstatus, Obstipation, Diarrhoe, Divertikulose, Reflux, Dysenterie,.....

.....



Funktionelle Defizite

- Verlangsamung, Mobilitätsstörung
- Sturzneigung
- Dysphagie
- Dysphonie
- Dyspnoe
- Dysurie
- Sphincterinsuffizienz
- Presbyakusis
- Sehminderung

.....



Soziale Probleme

- oft allein lebend oder mit pflegebedürftigem oder multimorbidem Partner
- isoliert lebend
- keine Freunde „mehr“
- Wohnung nicht barrierefrei
- nicht mobil
- wenig finanzielle Ressourcen
-



ZIEMLICH BLÖDE ERFINDUNG... DER
SELBSTFAHRENDE

ROLLATOR



Tertiärprävention

Wald vor Rabe

Stationäre Geriatrische Rehabilitation in einer Rehabilitationsklinik Oder doch lieber ambulant?

Kostenträger : Krankenkasse

Formular 61 B-E füllt der Hausarzt aus– in der Praxissoftware



Rahmenempfehlungen zur ambulanten
geriatrischen
Rehabilitation
des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände
der Krankenkassen
auf Bundesebene
vom 02.01.2018



Verordnung von medizinischer Rehabilitation

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

☐ Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit

(z. B. **Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner**)

☐ Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

Krankenkasse bzw. Kartenträger		
Name, Vorname der Versicherten AGERA		
geb. am 00.00.0000		VK gültig bis
Kartenträgerkennung 100000000	Versicherten-Nr. 00000000	Statut 00000000
Betriebsärztin-Nr. 858218400	Arzt-Nr. 928514901	Datum ☒ 28.09.2023

----- 61 Teil B -----

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen

	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1.		
2.		
3.		

B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen

4.		
5.		
6.		

- * **Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)**
- 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall**
 - 2 = Berufskrankheit**
 - 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)**
 - 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst**
 - 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)**

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

C. Bei geriatrischer Rehabilitation

mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Mobilität				Kognition		Schmerz		Herz-/Lungenfunktion					
TUG		sek + Chair Rise		sek	MMST		/30	Schmerzskala		/10	Ergometrie		Watt
Handkraft		kg oder		kpa	GDS 15		/15				FEV1		% +VK %
DEMMI		/100 Tinetti		/28	Uhrentest		/7				NYHA-Stadium		

D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen

(z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeangebote); einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Monaten)

☐ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

☐ nein ☐ ja, welche?

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

☐ ambulant

☐ ambulant-mobil

☐ stationär

☐ Mütter-Leistung

☐ Väter-Leistung

☐ als Mutter-Kind-Leistung

☐ als Vater-Kind-Leistung

B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z. B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)

☐ geriatr. Rehabilitation

C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

☐ pflegende/r
Angehörige/r

☐ andere

EBM-03360-Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment

Obligat:

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt,
- Erhebung und/oder Monitoring organbezogener und übergreifender motorischer, emotioneller und kognitiver Funktionseinschränkungen,
- Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten mittels standardisierter, wissenschaftlich validierter Testverfahren (z. B. Barthel-Index, PGBA, IADL nach Lawton/Brody, geriatrisches Screening nach LACHS),
- Beurteilung der Mobilität und Sturzgefahr durch standardisierte Testverfahren (z. B. Timed "up & go", Tandem-Stand, Esslinger Sturzrisikoassessment),

Fakultativ:

- Beurteilung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren (z. B. MMST, SKT oder TFDD),
- Anleitung zur Anpassung des familiären und häuslichen Umfeldes an die ggf. vorhandene Fähigkeits- und Funktionsstörung,
- Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes, ggf. Arbeitsplatzes,
- Abstimmung mit dem mitbehandelnden Arzt,

Abrechnung: Einmal im Behandlungsfall – höchstens 2mal im Krankheitsfall---

Soziale Komponente/Selbstständigkeit/Alltagskompetenz:

Lachs

Brody/Lawton

Nikolaus

Barthel

Karnowsky

PGBA—Pflege-und therapierelevante psychosoziale Basisbefunde

Mobilität/Sturzrisiko: Timed up and go---6m mit Hilfsmitteln--

Tandem----10s

Chair rising—Aufstehtest----12s

Esslinger Sturzrisikoassessment

Tinetti

Kognition:

MMST

Demtect

TFDD-Test zur Früherkennung von Demenzen mit

Depressionsabgrenzung

Uhrentest

Depression:

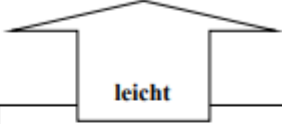
Geriatrische Depressionsskala



Natalie de Morton
2008
Niederlande

de Morton Mobility Index (DEMMI)

	0	1	2
Bett			
1. Brücke	☐ nicht möglich	☐ möglich	
2. Auf die Seite rollen	☐ nicht möglich	☐ möglich	
3. Vom Liegen zum Sitzen	☐ nicht möglich	☐ geringe Unterstützung ☐ Supervision	☐ selbständig
Stuhl			
4. Sitzen im Stuhl ohne Unterstützung	☐ nicht möglich	☐ 10 Sek.	
5. Aus dem Stuhl aufstehen	☐ nicht möglich	☐ geringe Unterstützung ☐ Supervision	☐ selbständig
6. Aus dem Stuhl aufstehen, ohne die Arme zu Hilfe zu nehmen	☐ nicht möglich	☐ möglich	
Statisches Gleichgewicht (ohne Gehhilfe)			
7. Ohne Unterstützung stehen	☐ nicht möglich	☐ 10 Sek.	
8. Stehen mit geschlossenen Füßen	☐ nicht möglich	☐ 10 Sek.	
9. Auf den Fußspitzen stehen	☐ nicht möglich	☐ 10 Sek.	
10. Im Tandemstand mit geschlossenen Augen stehen	☐ nicht möglich	☐ 10 Sek.	
Gehen			
11. Wegstrecke +/- Gehhilfe Gehhilfe (kennzeichnen): keine/ Gehbock/ Stock/ Rollator/ andere	☐ nicht möglich ☐ 5m	☐ 10m ☐ 20m	☐ 50m
12. Selbständiges Gehen	☐ nicht möglich ☐ geringe Unterstützung ☐ Supervision	☐ selbständig mit Gehhilfe	☐ selbständig ohne Gehhilfe



leicht

Sitzen ohne Unterstützung

Brücke

Ohne Unterstützung stehen

Aus dem Stuhl aufstehen

Auf die Seite rollen

Vom Liegen zum Sitzen

Stehen mit geschlossenen Füßen

Stift vom Boden aufheben

Rückwärts gehen

Wegstrecke

Aus dem Stuhl aufstehen ohne Arme

Selbständiges Gehen

Springen

Zehenstand

Dynamisches Gleichgewicht (ohne Gehhilfe)

13. Stift vom Boden aufheben	☐ nicht möglich	☐ möglich	
14. vier Schritte rückwärts gehen	☐ nicht möglich	☐ möglich	
15. Springen	☐ nicht möglich	☐ möglich	

Tandemstand
geschlossene Augen

schwer

ERGEBNISSE DER SPALTEN

ROHWERT

(Summe der Spaltenergebnisse)

 /19

DEMMI- Rohwert

DEMMI SCORE

Umrechnungstabelle

(MDC₉₀ = 9 Punkte; MCID = 10 Punkte)

 /100

Rohwert	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
DEMMI score	0	8	15	20	24	27	30	33	36	39	41	44	48	53	57	62	67	74	85	100

Name Patient: _____

Kommentare:

Datum: _____

Name Tester: _____

Unterschrift: _____

HINWEISE ZUR DURCHFÜHRUNG DES DEMMI

1. Die Untersuchung sollte am Bett des Klienten durchgeführt werden.
2. Die Untersuchung sollte nur durchgeführt werden, wenn der Klient bereits seine Medikamente eingenommen hat, wie z. B. eine halbe Stunde nach der Einnahme von Schmerzmitteln oder nach der Einnahme von Parkinson-Medikamenten.
3. Die Aufgaben sollten in der beschriebenen Reihenfolge der Abschnitte A-E durchgeführt werden: Bett- Transfer, Transfer vom Stuhl, statisches Gleichgewicht, Gehen und dynamisches Gleichgewicht. Bei sehr belastbarkeitsgeminderten Patienten, die im Stuhl angetroffen werden, können die Tests aus dem Abschnitt „Stuhl“ vorgezogen werden.
4. Alle Aufgaben sollten erklärt und, falls erforderlich, auch demonstriert werden.
5. Alle Aufgaben sollten abgehakt werden um das Ergebnis (erfolgreich/nicht erfolgreich) zu vermerken. Falls einzelne Tests nicht durchgeführt werden, sollen die Gründe dafür vermerkt werden.
6. Aufgabenstellungen sollten nicht durchgeführt werden, wenn sie dem Untersucher oder dem zu testenden Klienten widerstreben.
7. Die Bewertung findet anhand des ersten Testversuchs statt.
8. Sollte eine Aufgabenstellung aufgrund des Gesundheitszustandes des Klienten unangemessen sein, sollte sie nicht durchgeführt werden. Die Begründung sollte dokumentiert werden.
9. Klienten können ermutigt werden, sie sollten jedoch keine Rückmeldung bzgl. ihrer Leistung bekommen.
10. Drei Test-Gegenstände werden benötigt: Ein Stuhl mit Armlehnen und 45cm Sitzhöhe, ein Krankenhausbett oder eine Liege und ein Stift.
11. Der Untersucher kümmert sich um medizinischen Apparaturen (wie z. B. mobile Sauerstoffversorgung, Tropf, Drainagen etc.). Benötigt der Klient geringfügige Hilfestellung um die Aufgaben durchzuführen, ist eine weitere Person erforderlich, um bei den medizinische Apparaturen behilflich zu sein.
12. Klienten, die schnell außer Atem sind und eine Pause nach jeder Aufgabenstellung benötigen, sollten nach der Hälfte der Aufgaben eine 10minütige Pause einlegen, d. h. nachdem sie den Transfer vom Stuhl abgeschlossen haben.
13. Bei Klienten mit einem geringen Grad an Mobilität, die einen Lift für den Transfer ins/aus dem Bett benötigen, können die Tests aus dem Abschnitt „Stuhl“ vorgezogen werden.
14. **Transfer im Bett:** Die Höhe des Bettes sollte individuell auf den Klienten abgestimmt sein. Ein normiertes Krankenhausbett oder eine Liege sollte zur Testung angewendet werden. Die Klienten sollen keine Hilfsmittel, wie z.B. einen Galgengriff, das Bettgeländer, die Bettkante oder eine Aufstehhilfe benutzen. Zusätzliche Kissen können für Klienten bereitgestellt werden, die nicht in der Lage sind, flach auf dem Rücken zu liegen.
15. **Transfer vom Stuhl:** Es sollte ein standardisierter, stabiler Stuhl mit einer Sitzhöhe von 45 cm und Armlehnen zum Einsatz kommen.

16. **Gleichgewicht:** Der Klient sollte, wenn möglich, keine Schuhe tragen und darf keine Unterstützung in Anspruch nehmen, um die Tests erfolgreich zu absolvieren. Während des Gleichgewichtstests im Sitzen dürfen weder die Armlehnen noch die Rückenlehne des Stuhls genutzt werden. Die Gleichgewichtstests im Stehen sollten so angeordnet sein, dass an einer Seite der Klienten das erhöhte Bett und an der anderen Seite der Untersucher steht. Sollte ein Klient während der Aufgabe wanken oder erheblich schwanken, sollte die Aufgabe abgebrochen werden.
17. **Gehen:** Zur Testung des Gangbildes dürfen geeignete Schuhe getragen werden. Dieselben Schuhe müssen getragen werden, wenn der Test wiederholt wird.
18. **Bewertung:** Unter Anwendung der Umrechnungstabelle muss der Rohwert in einen DEMMI SCORE umgerechnet werden.

TEST ANWEISUNGEN

Bett

1. Der/die KlientIn (im Folgenden Der Klient) liegt auf dem Rücken und wird aufgefordert, die Beine anzuwinkeln und das Gesäß vom Bett abzuheben.
2. Der Klient liegt auf dem Rücken und wird aufgefordert, sich ohne Hilfestellung auf eine Seite zu rollen.
3. Der Klient liegt auf dem Rücken und wird aufgefordert, sich auf die Bettkante zu setzen.

Stuhl

4. Der Klient wird aufgefordert, auf einem Stuhl 10 Sekunden frei zu sitzen, ohne die Armlehnen zu berühren, zusammen zu sacken oder zu schwanken. Füße und Knie hält der Klient dabei geschlossen, die Füße berühren den Boden.
5. Der Klient wird aufgefordert, unter Gebrauch der Armlehnen vom Stuhl aufzustehen.
6. Der Klient wird aufgefordert, mit vor der Brust verschränkten Armen vom Stuhl aufzustehen.

Statisches Gleichgewicht

7. Der Klient wird aufgefordert, 10 Sekunden lang ohne jegliche Hilfestellung frei zu stehen.
8. Der Klient wird aufgefordert, 10 Sekunden lang ohne jegliche Hilfestellung und mit geschlossenen Füßen frei zu stehen.
9. Der Klient wird aufgefordert, 10 Sekunden lang ohne jegliche Hilfestellung auf den Zehenspitzen zu stehen.
10. Der Klient wird aufgefordert, die Ferse eines Fußes direkt vor den anderen Fuß zu stellen und mit geschlossenen Augen 10 Sekunden ohne jegliche Hilfestellung stehen zu bleiben.

Gehen

11. Der Klient wird aufgefordert, wenn nötig mit der Gehhilfe, so weit wie möglich ohne Pause zu gehen. Der Test endet, wenn der Klient anhält, um sich auszuruhen. Der Klient soll die Gehhilfe benutzen, die für ihn am besten geeignet ist. Stehen zwei Gehhilfen zur Verfügung, sollte die Gehhilfe verwendet werden, die das höchste Maß an Selbständigkeit ermöglicht. Die Aufgabe ist beendet, sobald der Klient 50 Meter zurückgelegt hat.
12. Die Selbständigkeit des Klienten wird über die gesamte zurückgelegte Gehstrecke aus Aufgabe 11 bewertet.

Dynamisches Gleichgewicht

13. Ein Stift wird 5 cm vor die Füße des stehenden Klienten gelegt. Der Klient wird aufgefordert, den Stift aufzuheben.
14. Der Klient wird aufgefordert, 4 Schritte rückwärts gehen, ohne dabei das Gleichgewicht zu verlieren.
15. Der Klient wird aufgefordert, mit beiden Beinen hochzuspringen, wobei beide Füße deutlich vom Boden abheben, ohne dabei das Gleichgewicht zu verlieren.

Definitionen

Geringfügige Hilfestellung = leichte jedoch minimale Unterstützung, in erster Linie, um Bewegungen zu führen.

Supervision = Beobachtung der Übungen durch den Untersucher, ohne dabei praktische Hilfestellung zu leisten. Mündliche Anleitungen sind zulässig.

Selbständig = für eine sichere Bewegung ist die Anwesenheit einer weiteren Person nicht erforderlich.

Die Auswertung ➤ Die meisten Items bewertet man mit 0 Punkten oder einem Punkt – je nachdem, ob die Aktivität durchgeführt werden kann oder nicht. Bei manchen Items sind maximal zwei Punkte zu vergeben, um so das Level an Unterstützung bzw. die Quantität der Gehstrecke nochmals differenzierter zu bewerten. Der Tester addiert schließlich die Punkte zu einem Rohwert (maximal 19 Punkte) und wandelt diesen aufgrund statistischer Gründe mithilfe einer Umrechnungstabelle in den DEMMI-Score (0 bis 100 Punkte) um (☛ „**DEMMI-Rohwert Umrechnungstabelle**“).

DAS ALTER MACHT EINSAM. DER EINZIGE
KREIS, DEM ICH NOCH ANGEHÖRE, IST
DER RHEUMATISCHE FORMENKREIS...



Kostenträger	Ziel
Krankenkasse	Reha vor Pflege
Rentenversicherung	Reha vor Rente
Unfallversicherung	Beruflich und sozial wieder eingliedern



Weitere

In Sachsen-Anhalt:

Schönebeck

Wanzleben

Stendal

§ 140a SGB V Besondere Versorgung

(1) Die Krankenkassen können Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen. Sie ermöglichen eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie unter Beteiligung vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge. Verträge, die nach den §§ 73a, 73c und 140a in der am 22. Juli 2015 geltenden Fassung geschlossen wurden, gelten fort. Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Absatz 1 eingeschränkt. Satz 4 gilt nicht für die Organisation der vertragsärztlichen Versorgung zu den stundenfreien Zeiten





Was?



Ambulante geriatrische Komplexbehandlung

Für Menschen **ab 70 Jahren**

Versichert bei **AOK oder IKK gesundPlus**

An maximal **20 Therapietagen erfolgt eine individuelle komplexe Behandlung ----** einzeln und in der Gruppe

Ziele?



Erhaltung der selbständigen Lebensführung
in der gewohnten Umgebung, Linderung von Beschwerden,
Vermeidung/Reduktion von Pflegeaufwand, Besserung der Mobilität

durch

- Muskelaufbautraining
- Koordinationstraining
- individuelle Physiotherapie und Ergotherapie
- ggf. Logopädie
- ggf. Wassergymnastik
- Training an Geräten: MTT+MAT
- Sturzprophylaxetraining
- Hockertraining
- Sozialberatung

AGERA- für wen ist das?



-Angebot für Menschen über 70 Jahre mit gesundheitlichen Problemen,
die die Fähigkeiten zur Selbstversorgung einschränken

Beispiele:

- nach Gelenkersatz
- nach Knochenbrüchen
- nach Schlaganfall
- bei Erkrankungen der Muskulatur
- bei Erkrankungen mit Nervenfunktionsstörung
- nach langem Krankenhausaufenthalt
- bei Erkrankungen mit Herzleistungsschwäche
- bei Erkrankungen mit Beeinträchtigung der Atmung
- bei Durchblutungsstörungen

Wo?



Geriatrische Schwerpunktpraxis
in Räumen des Rücken-und Gelenkzentrums
Bismarckstraße 12-14 in Stendal

Ärztliche Leitung: Dipl.-Med. Gabi Vinzelberg

Eine erfahrene MFA betreut die Patienten vor Ort

Ablauf?

1. Abholung der Patienten von zu Hause ab 08.00 Uhr
2. Beginn in der Geriatrischen Schwerpunktpraxis 09.00
3. Ende gegen 13.30
4. Patient wird wieder nach Hause gebracht

Vertragspartner



Physio-Sporttherapie:	Rücken- und Gelenkzentrum ,Stendal
Ergotherapie:	Susann Breitzkreutz, Stendal
Logopädie:	Julia Opitz, Stendal
Sozialberatung:	Sozialarbeiterin bei PD Süd, Stendal
Transport:	AGERA eigenes Fahrzeug

Wie?

Anmeldung durch den Hausarzt
bei Dipl.-Med. Vinzelberg via

Tel 03931212180

Fax 03931215695

Mail praxis.vinzelberg@t-online.de



Welche Daten werden gebraucht?

Name des Patienten, Adresse und Telefon

Indikation, ggf. wichtige Befunde

Kosten?

Keine, wenn der Patient befreit ist bzw. bereits seine Zuzahlungen geleistet hat

10 € je Therapietag, wenn der Patient zuzahlungspflichtig ist
(§61 SGB V)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

DIE MOTORRADINDUSTRIE ENTDECKT
NEUE ZIELGRUPPEN:

