

Möglichkeiten der geriatrischen Rehabilitation

heute und morgen

Dr. Burkhard John
AGR Senioren Rehakomplex GbR
Paul Illhardtstr. 6, 39218 Schönebeck
<https://www.agrsbk.de/>
Mail: b.john@agrsbk.de



MVZ Hausarztteam GmbH in Schönebeck

„Wir sind gerne für Sie da“

Standort Breiteweg 4

6 FÄ Allgemeinmedizin
(1 Zusatzbez. Geriatrie)
(1 zus.FÄ Arbeitsmed.)
(1 Zusatzbez. Betriebsmed.)
1 Arzt in Weiterbildung
1 Standortleitung (VERAH)
2 VERAH
5 MFA
2 Azubis
3 Anmeldung

Zusätzlich:
Betriebsmedizin
Suchtmedizin

Zentrale (Breiteweg 4)

2 Technik und
Organisation
1 Koordinatorin
1 Buchhaltung

Videosprechstunde
Telefonassistent KI

Zentraler Rechner
PVS CGM Albis
Nutzung Idana
Interne Kommunikation
Doctolip Siilo

Standort Lessingstr 54

3 FÄ Allgemeinmedizin
1 Arzt in Weiterbildung
1 Standortleitung
(Praxismanagerin)
2 VERAH
2 MFA
1 Azubi
2 Anmeldung

Standort Kurhaus (Badepark 4)

2 FÄ Allgemeinmedizin
1 Ärztin in Weiterbildung
1 Standortleitung (VERAH)
1 VERAH
2 MFA
1 Azubi
2 Anmeldung

Standort Brüderstr. 1a

1 FÄ für Allgemeinmedizin
2 MFA

Standort Groß Rosenberg

2 VERAH
(davor 1 Studium PCM)
2x pro Woche
Arztsprechstunde vor Ort
zusätzlich Videoanbindung



Patient Wilhelm M. 83 Jahre

Diagnosen:

Hypertonie
Diabetes mellitus Typ 2
Coronare Herzkrankheit
Koxarthrose
Gonarthrose
Schwindel
Leichte kognitive Defizite



Medikamente:

ASS 100 1-0-0
Valsartan 80 1-0-0
Metformin 500 1-0-1
HCT 1-0-0
Novaminsulfon 500 bei Schmerzen bis 4x1

Geriatrische Tests:

Timed up and go 20 sec
Aufstehetest 23 sec
MMST 25 Punkte
Barthel 90 Punkte

Wohnung:

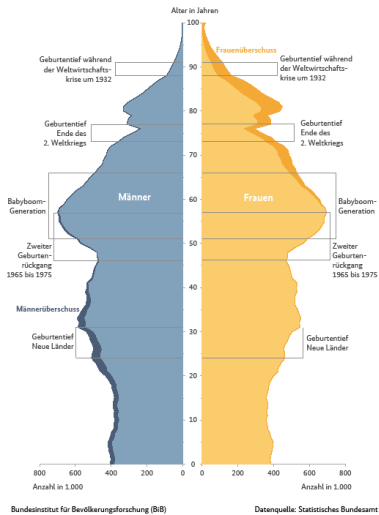
Erste Etage (kein Fahrstuhl)
Badewanne keine Dusche
Türschwellen

Prognose:

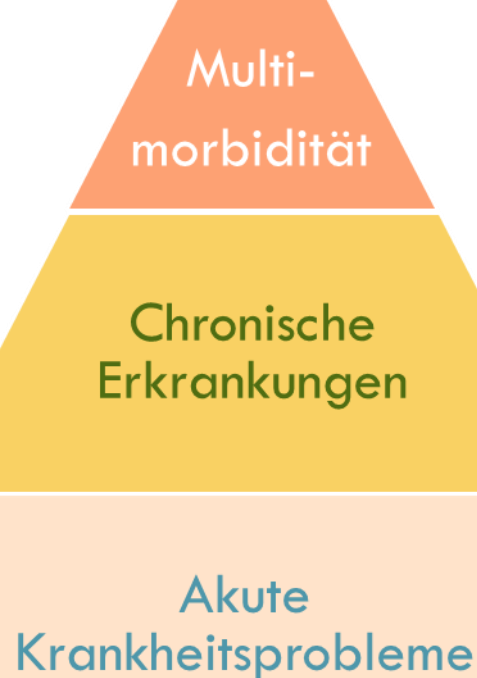
Soziale Isolation
Sturzgefahr
Schenkelhalsfraktur
Zunehmender Pflegebedarf

Zielgruppe von Patienten

Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland nach demografischen Ereignissen (2021)

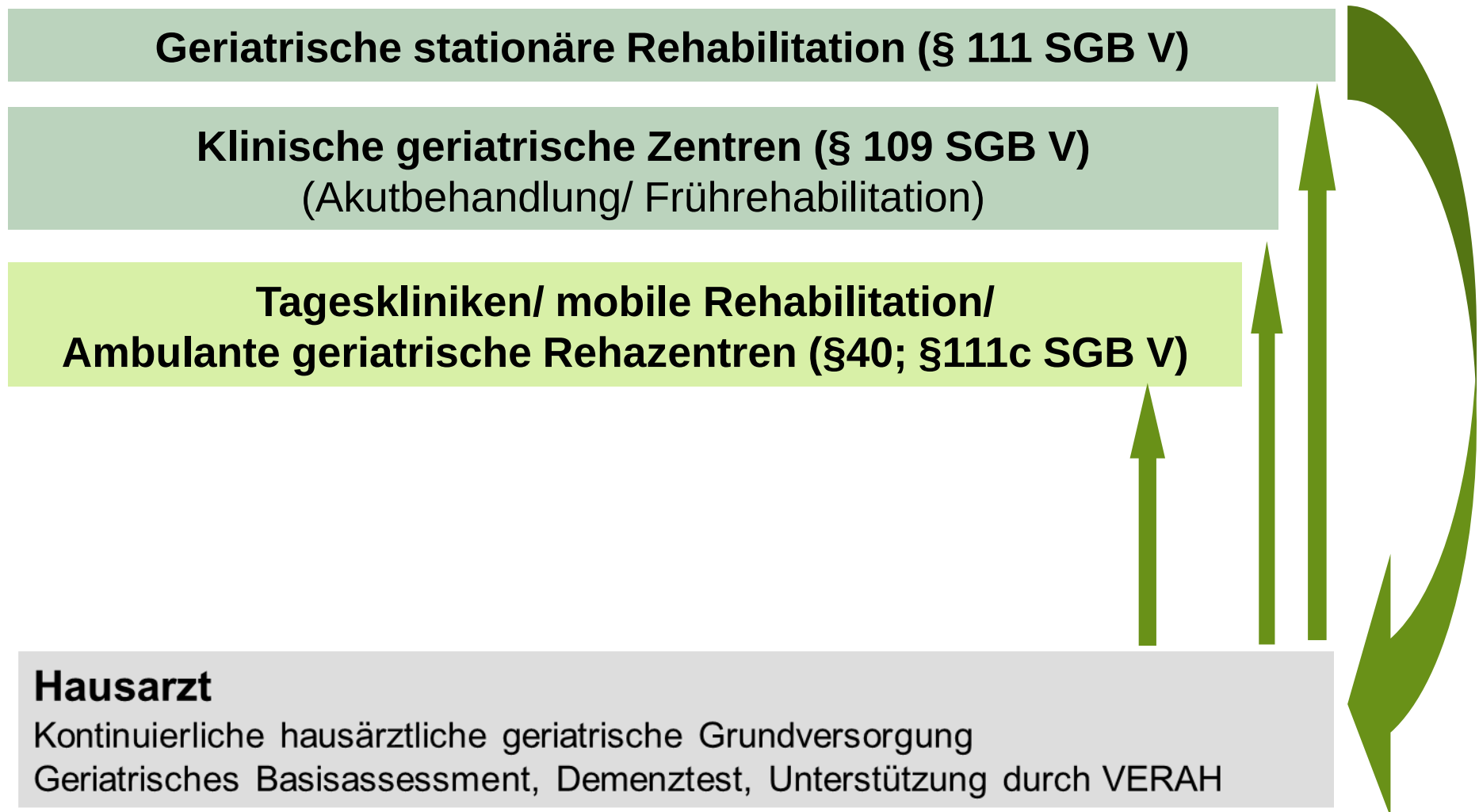


→ Patienten mit komplexen Gesundheitsstörungen und zunehmend verminderter Alltagskompetenz



- Folgen von Schlaganfällen
- Folgen von Gelenkoperationen
- Kraftverlust durch lange Bettlägerigkeit
- Schwindel
- Gedächtnisstörungen
- Parkinsonkrankheit
- Störungen der Nervenfunktion z.B. durch Diabetes

Struktur der geriatrischen Versorgung



Anforderung an **zukünftige** Versorgungsstrukturen



Struktur der geriatrischen Versorgung

Geriatrische stationäre Rehabilitation (§ 111 SGB V)

Klinische geriatrische Zentren (§ 109 SGB V)
(Akutbehandlung/ Frührehabilitation)

**Tageskliniken/ mobile Rehabilitation/
Ambulante geriatrische Rehazentren (§40; §111c SGB V)**

Geriatrische Schwerpunktpraxis (§ 140 SGB V)

- FA für Innere/ Geriatrie, HÄ mit Qualifikation 160 h Kurs
 - multiprofessionelles Team
- ambulante geriatrische Komplexbehandlung

Hausarzt

Kontinuierliche hausärztliche geriatrische Grundversorgung
Geriatrisches Basisassessment, Demenztest, Unterstützung durch VERAH



- Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Alltagskompetenz
- Verbleib in der gewohnten Wohnumgebung
 - Ggf. Wohnraumanpassung
 - Ggf. Unterstützung durch Angehörige oder ambulanten Pflegedienst
- Verbesserung der Mobilität und Minderung der Sturzgefahr
- Soziale Integration
- Vermeidung von Krankenhausaufenthalten
- Reduzierung von Pflegebedürftigkeit

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Logopädie

geriatrische Diagnosen im
Katalog „Besonderer Versorgungsbedarf“

Ambulante Therapiemöglichkeiten



KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

DIAGNOSELISTE LANGFRISTIGER HEILMITTELBEDARF/ BESONDERER VERORDNUNGSBEDARF/ BLANKOVERORDNUNG STAND 1. JANUAR 2026

Geriatrische Syndrome

			DIAGNOSEGRUPPE			
1. ICD-10	2. ICD-10	DIAGNOSE	PHYSIO- THERAPIE	ERGO- THERAPIE	STIMM-, SPRECH-, SPRACH-, SCHLUCKTHERAPIE	HINWEIS/ SPEZIFIKATION
R26.0		Ataktischer Gang	WS/EX/ SO3			ab vollendetem 70. Lebensjahr
R26.1		Paretischer Gang				
R26.2		Gehbeschwerden, anderenorts nicht klassifiziert				
R29.6		Sturzneigung, anderenorts nicht klassi- fiziert				
R32		Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	SO2			ab vollendetem 70. Lebensjahr
R42		Schwindel und Taumel	WS/EX/ SO3			ab vollendetem 70. Lebensjahr
R52.1		Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz	CS	PS2		ab vollendetem 70. Lebensjahr
R52.2		Sonstiger chronischer Schmerz				
R64		Kachexie			SC	ab vollendetem 70. Lebensjahr
M80.0-		Postmenopausale Osteoporose mit pa- thologischer Fraktur	WS/EX			ab vollendetem 70. Lebensjahr
M80.2-		Inaktivitätsosteoporose mit pathologi- scher Fraktur				
M80.3-		Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgi- schem Eingriff				längstens 6 Monate nach Akutereignis
M80.5-		Idiopathische Osteoporose mit pathologi- scher Fraktur				
M80.8-		Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur				

Einzelmaßnahmen ohne Koordination, meist in geringer Frequenz,
teuer und wenig effektiv

Notwendigkeit zeitlich begrenzter geriatrischer
Komplexbehandlung im therapeutischen Team

- ambulante geriatrische Rehabilitation (Rehabereich)
- ambulante geriatrische Komplexbehandlung (KV Bereich)

Geriatrische Leistungen:

EBM-Ziffer	Leistungsinhalt	Bewertung
03360	Hausärztlich geriatrisches Basisassessment	14,40 €
03362	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex	22,17 €

- **ohne** einen zusätzlichen Qualifikationsnachweis



- bei Patienten ab 70 Jahre bei Vorliegen eines Pflegegrades oder mindestens ein nachfolgendes geriatrisches Syndrom:



- multifaktoriell bedingte Mobilitätsstörung (R26.8) einschl. Fallneigung (R29.6) und Altersschwindel
- komplexe Beeinträchtigung kognitiver (U50.-/U51.-), emotionaler oder verhaltensbezogener Art
- Frailty-Syndrom, drei oder mehr der nachfolgend aufgeführten Faktoren:
 - unfreiwilliger Gewichtsverlust (über 10% in 1 Jahr o. mehr als 5% in 6 Monaten)
 - objektivierte Muskelschwäche
 - subjektive Erschöpfung (R54) (mental, emotional, physisch)
 - Immobilität, Instabilität, Gang- und Standunsicherheit mit Sturzneigung
 - herabgesetzte körperliche Aktivität (hinsichtlich basaler und/oder instrumenteller Alltagsaktivitäten) (R68.8)

oder

■ bei Patienten unter 70 Jahren mit:

- Demenz (F00 bis F02) oder
- Alzheimer Erkrankung (G30.-)
- Parkinson (G20.1 oder G20.2)



Geriatrische Leistungen:

**GOP
03360**

Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment

(einmal im Behandlungsfall)

- Erhebung von Funktionseinschränkungen
- Beurteilung der Selbstversorgung (z.B. Barthel-Test)
- Feststellung Mobilität und Sturzgefahr (z.B. Sturzrisiko nach Runge)
- fakultativ: Demenztest (z.B. MMST)

Verwendung standardisierter Testverfahren:

(Kompetenzzentrum Geriatrie KCG Hamburg, www.kcgeriatrie.de)

- Demenztest (GOP 03242), im Behandlungsfall nicht daneben abrechenbar
- höchstens 2-mal im KHF



**GOP
03362**

Hausärztlich-geriatriischer Betreuungskomplex

(einmal im Behandlungsfall)

- Mindestens zwei persönliche A-P-K
- Einleitung und/oder Koordination der Behandlung, ggf. Durchführung therapeutischer Maßnahmen zur z.B. Stuhl- und Harninkontinenz
- Überprüfung ggf. Anpassung der Arzneimittel und deren Handhabung
- Erstellung und Anpassung Medikamentenplan

Ergebnisse eines Basisassessment aus den letzten 4 Quartalen müssen vorliegen



Tests zur Messung der
Alltagskompetenz,
der **Sturzgefahr,**
der **Sprachfähigkeiten**
und der **geistigen**
Leistungsfähigkeit

- ☐ Barthel-Index
- ☐ Timed „up and go“
- ☐ Screening nach LACHS
- ☐ Geldzählen
- ☐ Uhrenergänzungstest
- ☐ IADL
- ☐ TINETTI-Test
- ☐ Handgrip
- ☐ Mini-Mental State Examination (MMSE)
- ☐ Sozialfragebogen

Barthel-Index

- Assessmentinstrument zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten
- dient der systematischen Erfassung von Selbstständigkeit
- Index der Unabhängigkeit von Patienten mit neuromuskulären oder muskuloskeletalen Erkrankungen

Alltagsfunktionen	Punkte
Essen	
komplett selbständig oder selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung	10
Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung	5
kein selbständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung	0
Aufsetzen & Umsetzen	
komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück	15
Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	10
erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	5
wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	0
Sich waschen	
vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	5
erfüllt "5" nicht	0
Toilettenbenutzung	
vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung	10
vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich	5
benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	0
Baden/Duschen	
selbständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5
erfüllt "5" nicht	0
Aufstehen & Gehen	
ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen	15
ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen	10
mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen alternativ: im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl	5
erfüllt "5" nicht	0
Treppensteigen	
ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen	10
mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	5
erfüllt "5" nicht	0
An- und Auskleiden	
zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. Antithrombose-Strümpfe, Prothesen) an und aus	10
kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	5
erfüllt "5" nicht	0
Stuhlinkontinenz	
ist stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abfuhrmaßnahmen oder AP-Versorgung	10
ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abfuhrmaßnahmen / AP-Versorgung	5
ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	0
Harninkontinenz	
ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	10
kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems	5
ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent	0
Summe maximal	100

Screening nach LACHS

- Checklistenartige Identifikation typischer Problem- und Risikokonstellationen
- beschreibt Schwierigkeiten, Störungen oder Risiken, welche für die weitere Behandlungsplanung von Bedeutung sein können

Nr.	Problem	Untersuchung	Auffällig (pathologisch)	X
1	Sehen	Fingerzahl mit Brille in 2 Meter Entfernung erkennen Nahvisus oder Lesen einer Überschrift Frage: Hat sich Ihre Sehfähigkeit in letzter Zeit verschlechtert?	Kein korrektes Erkennen bzw. Lesen möglich oder Antwort JA auf Frage	
2	Hören	Flüstern von Zahlen aus 50 cm Entfernung in das angegebene Ohr, während das andere Ohr zugehalten wird: Linkes Ohr: 6 – 1 – 9 Rechtes Ohr: 2 – 7 – 3	Mehr als eine Zahl wird falsch erkannt	
3.	Arme	1. Beide Hände hinter den Kopf legen lassen 2. Kugelschreiber vom Tisch (oder von der Bettdecke) aufnehmen lassen	Mindestens eine Aufgabe wird nicht gelöst	
4.	Beine	Aufstehen, einige Schritte gehen und wieder hinsetzen lassen	Keine Aufgabe kann selbstständig ausgeführt werden	
5.	Blasenkontinenz	Frage: Konnten Sie in letzter Zeit den Urin versehentlich nicht halten?	Antwort JA	
6.	Stuhlkontinenz	Frage: Konnten Sie in letzter Zeit den Stuhl versehentlich nicht halten?	Antwort JA	
7.	Ernährung	Schätzen des Körpergewichts der untersuchten Person	Unter- oder Übergewicht	
8a.	Kognitiver Status	Nennen der folgenden drei Begriffe mit der Aufforderung, diese anschließend zu wiederholen und sich zu merken: Apfel – Pfennig – Tisch		
9.	Aktivität	Fragen: - Können Sie sich selbst anziehen? - Können Sie mindestens eine Treppe steigen? - Können Sie selbst einkaufen gehen?	Mindestens eine NEIN-Antwort	
10.	Depression	Frage: Fühlen Sie sich oft traurig oder niedergeschlagen?	Antwort JA (oder ggf. Eindruck)	
8b.	Kognitiver Status	Frage: Welche Begriffe (8a) haben Sie sich gemerkt?	Einen oder mehrere Begriffe vergessen	
11.	Soziale Unterstützung	Frage: Haben Sie Personen, auf die Sie sich verlassen und die Ihnen zu Hause regelmäßig helfen können?	Antwort NEIN	
12.	Allg. Risiko	Frage: Wann waren Sie zum letzten Mal im Krankenhaus?	vor weniger als drei Monaten	
13.		Frage: Sind Sie in den letzten drei Monaten gestürzt?	Antwort JA	
14.		Frage: Nehmen Sie regelmäßig mehr als 5 verschiedene Medikamente?	Antwort JA	
15.		Frage: Leiden Sie häufig unter Schmerzen?	Antwort JA	
Auswertung:			Anzahl auffällige Ergebnisse:	_____

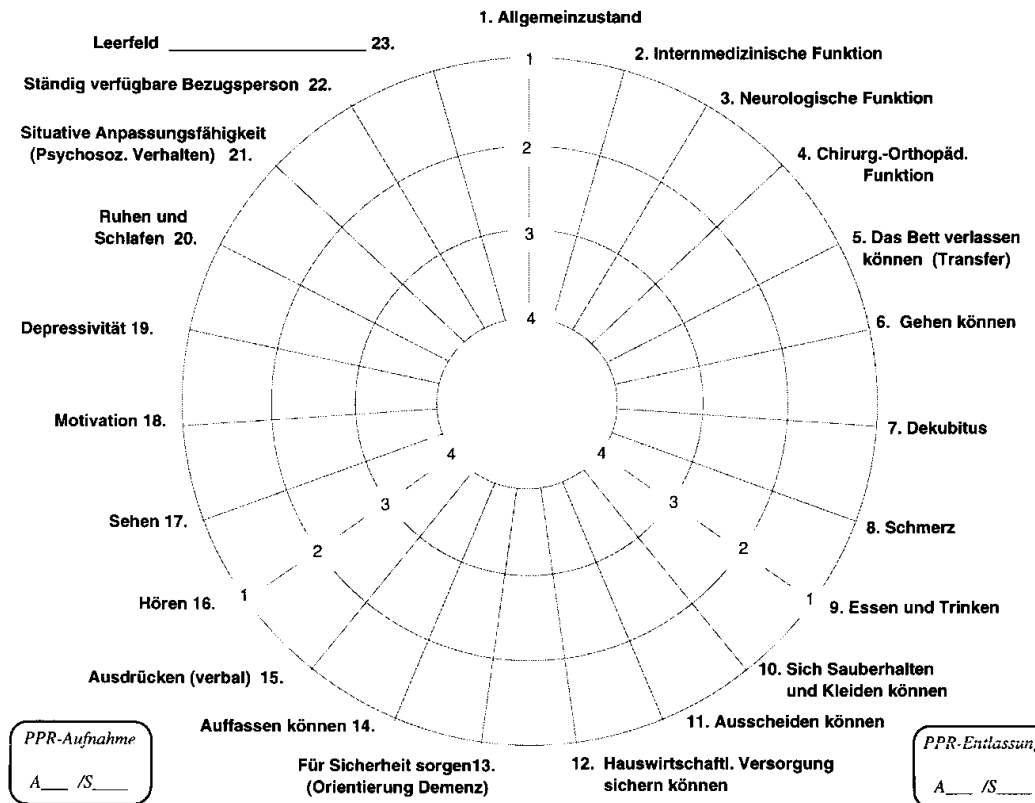
Pflegesatzadaptiertes Geriatrisches Basisassessment

PGBA - Scorewert-Tabelle und Dokumentationshilfe

Zur Dokumentation der Itembewertung bitte entsprechendes Feld ankreuzen oder: Stufenzahl in die rechte Spalte eintragen

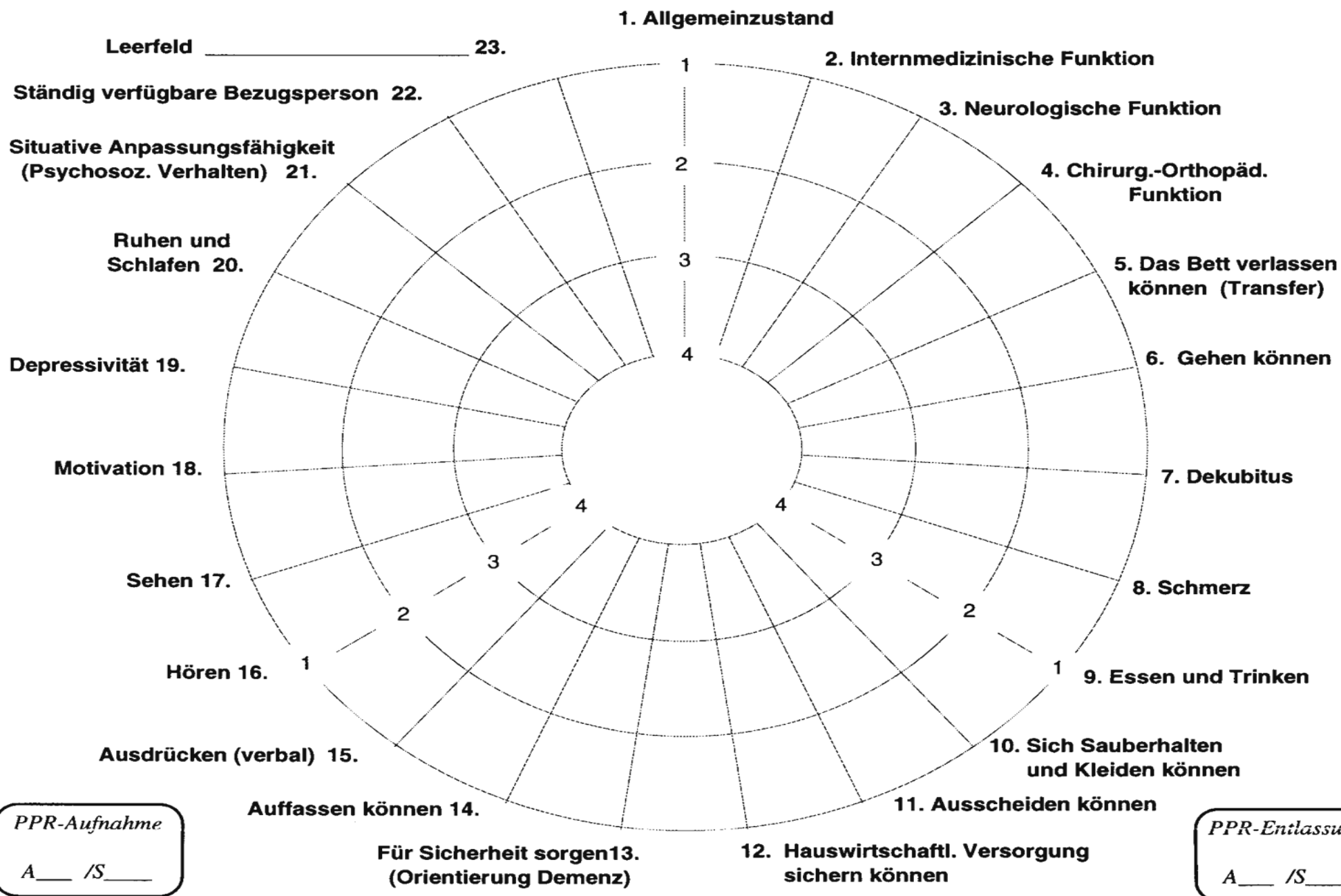
Assessmentsvariable	Definition Stufe 1	Definition Stufe 2	Definition Stufe 3	Definition Stufe 4	S T U F E
Funktion	normale Funktion	Funktion mäßig eingeschränkt	Fkt. schwer eingeschränkt	schwerst eingeschränkt/Funktion, Verlust der Funktion	
Selbstständigkeit	selbständig keine Hilfsmittel nötig	bedingt selbständig Bereitstellung von Hilfsmitteln, ärztl. Supervision, Medikamente	teilweise unselbständig, aktive hundertprozentige Hilfe nötig	unselbständig, benötigt überwiegend personelle Hilfe nötig	
Jede Funktionsstufe wird mit benutztem Hilfsmittel bewertet					
1 Allgemeinzustand	1 gut	2 mäßig reduziert	3 deutlich reduziert	4 vital gefährdet	
2 Internmedizinische Funktion	1 keine Einschränkung, keine Erkrankung	2 mäßige Funktionseinschränkung	3 schwer eingeschränkt	4 schwerst eingeschränkt Verlust der Funktion	
3 Neurologische Funktion	1 keine Einschränkung, keine Erkrankung	2 mäßige Funktionseinschränkung	3 schwer eingeschränkt	4 schwerst eingeschränkt Verlust der Funktion	
4 Chirur./ Orthopädi. Funktion	1 keine Einschränkung, keine Erkrankung	2 mäßig eingeschränkt teilweise eingeschränkt	3 schwer eingeschränkt leistungsfähig ohne Bel.	4 schwerst eingeschränkt nicht belastbar	
5 Das Bett verlassen können (Transfer)	1 selbständig (Rollstuhlmobilität)	2 bedingt selbständig (Sturzgefahr)	3 teilweise unselbständig	4 unselbständig (unbeweglich im Bett)	
6 Gehen können	1 selbständig (Verlassen der Wohnung)	2 bedingt selbständig (Sturzgefahr, Hilfsmittel)	3 teilweise unselbständig	4 unselbständig	
7 Dekubitus	1 kein Dekubitus	2 Rötung / derbe Schwellung	3 oberflächliche Nekrose Blasenbildung	4 ausgeprägte Nekrose Geschwür	
8 Schmerz nach Angabe des Patienten	1 schmerzfrei ohne Medikamente	2 überwiegend schmerzfrei	3 überwiegend Schmerzen	4 dauernd schwere Schmerzen	
9 Essen und Trinken können	1 selbständig	2 bedingt selbständig	3 teilweise unselbständig	4 unselbständig (Sonde, Esstische, Aspiration)	
10 Sich Sauberhalten und Kleiden können	1 selbständig	2 bedingt selbständig	3 teilweise unselbständig	4 unselbständig	
11 Ausscheiden können (Stuhl / Urin)	1 Auf Toilette selbständig	2 bedingt selbständig	3 teilweise unselbständig	4 unselbständig	
12 Hauswirtschaftliche Versorgung sichern	1 selbständig (z.B. Einkäufe können)	2 bedingt selbständig	3 teilweise unselbständig	4 unselbständig	
13 Für Sicherheit sorgen (Orientierung, Demenz)	1 selbständig, entscheidungskompetent	2 Vorsorgemaßnahmen notwendig	3 Sicherheit nur durch personelle Hilfe	4 ständige Aufsicht nötig (chron. desorientiert)	
14 Auffassen können	1 versteht	2 versteht meistens	3 versteht manchmal	4 versteht nicht (z.B. Aphasie)	
15 Ausdrücken können	1 keine Einschränkung	2 mäßig eingeschränkt	3 schwer eingeschränkt	4 völliger Verlust	
16 Hören	1 keine Einschränkung	2 mäßig eingeschränkt	3 schwer eingeschränkt	4 völliger Verlust	
17 Sehen	1 keine Einschränkung	2 mäßig eingeschränkt	3 schwer eingeschränkt	4 völliger Verlust	
18 Motivation	1 motiviert / arbeitet gut mit	2 überwiegend motiviert / arbeitet meistens mit	3 gering motiviert / arbeitet etwas mit	4 nicht motiviert / verweigert Mitarbeit	
19 Depressivität	1 gute Grundstimmung	2 leicht depressiv	3 überwiegend depressiv	4 vital bedrohliche Depression	
20 Ruhen und Schlafen können	1 selbständig	2 bedingt selbständig	3 teilweise unselbständig	4 unselbständig (Tag-Nacht-Umkehr)	
21 Situative Anpassungsfähigkeit (Psychosoz. Verhalten)	1 voll situationsangepasst	2 überwiegend situationsangepasst	3 selten angepasst	4 dauernd unangepasstes Verhalten	
22 Ständig verfügbare Bezugsperson	1 selbständig (sichernde Bezugsperson)	2 überwiegend (sichernde Bezugsperson)	3 Bezugsperson hilflos oder nicht vorhanden	4 fehlende Bezugsperson	
23 Leerfeld (Angst, Aggressivität ...)	1 keine Angabe = 0	2 mäßig gestört	3 schwer gestört	4 schwerst gestört	

PGBA Selbstständigkeits- und Funktionsprofil Pflegegesetzadaptiertes Geriatrisches Basisassessment

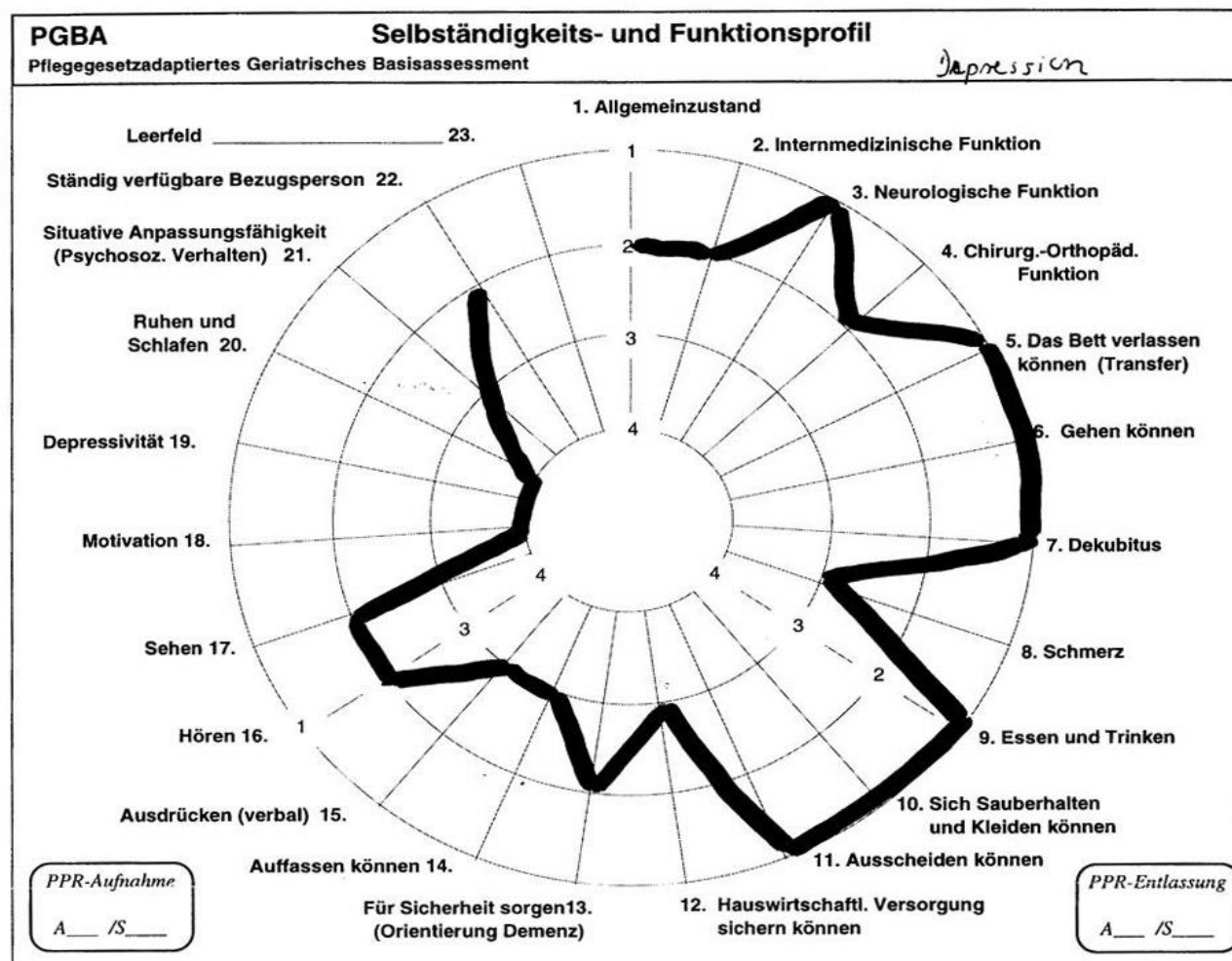


Erhebung als: orientierender Kurztest / strukturierte Untersuchung / teamkontrollierter Befund

durchgeführt von: _____ Unterschrift: _____



Beispielgrafik 1



Instrumentelle Aktivitäten nach Lawton



□ Assessmentinstrument zur Beschreibung von Alltags- aktivitäten komplexerer Natur

	Punktzahl
Telefon:	
Benutzt Telefon aus eigener Initiative, wählt Nummern	1
Wählt einige bekannte Nummern	1
Nimmt ab, wählt nicht selbständig	1
Benutzt das Telefon überhaupt nicht	0
Einkaufen:	
Kauft selbständig die meisten benötigten Sachen ein	1
Tätigt wenige Einkäufe	0
Benötigt bei jedem Einkauf Begleitung	0
Unfähig zum Einkaufen	0
Kochen:	
Plant und kocht erforderliche Mahlzeit selbständig	1
Kocht erforderliche Mahlzeit nur nach Vorbereitung durch Drittpersonen	0
Kocht selbständig, hält aber benötigte Diät nicht ein	0
Benötigt vorbereitete und servierte Mahlzeiten	0
Haushalt:	
Hält Haushalt instand oder benötigt zeitweise Hilfe bei schweren Arbeiten	1
Führt selbständig kleine Hausarbeiten aus	1
Führt selbst kleine Hausarbeiten aus, kann aber Wohnung nicht rein halten	1
Benötigt Hilfe in allen Haushaltsverrichtungen	1
Nimmt überhaupt nicht teil an täglichen Verrichtungen im Haushalt	0
WÄSCHE:	
Wäscht sämtliche eigene Wäsche	1
Wäscht kleine Sachen	1
Gesamte Wäsche muss auswärts versorgt werden	0
TRANSPORTMITTEL:	
Benutzt unabhängig öffentliche Transportmittel, eigenes Auto	1
Bestellt und benutzt selbständig Taxi, jedoch keine öffentlichen Transportmittel	1
Benutzt öffentliche Transportmittel in Begleitung	1
Beschränkte Fahrten im Taxi oder Auto in Begleitung	0
Reist überhaupt nicht	0
MEDIKAMENTE:	
Nimmt Medikamente in genauer Dosierung und zum korrekten Zeitpunkt eigenverantwortlich	1
Nimmt vorbereitete Medikamente korrekt	0
Kann korrekte Einnahme von Medikamenten nicht handhaben	0
GELDDHAUSHALT:	
Regelt finanzielle Geschäfte selbständig (Budget, Schecks, Einzahlung, Gang zur Bank)	1
Erledigt tägliche kleinere Ausgaben, benötigt aber Hilfe bei Einzahlung, Bankgeschäften	1
Ist nicht mehr fähig mit Geld umzugehen	0
Weibliche Patienten	Gesamtpunktzahl: / 8
Männliche Patienten	Gesamtpunktzahl: / 5

Timed „up and go“

- Zeitdauer für Aufstehen und Gehen
- einfacher Mobilitätstest zur Beurteilung der Beweglichkeit bzw. des Körpergleichgewichts und der daraus resultierenden Gefahr eines Sturzes

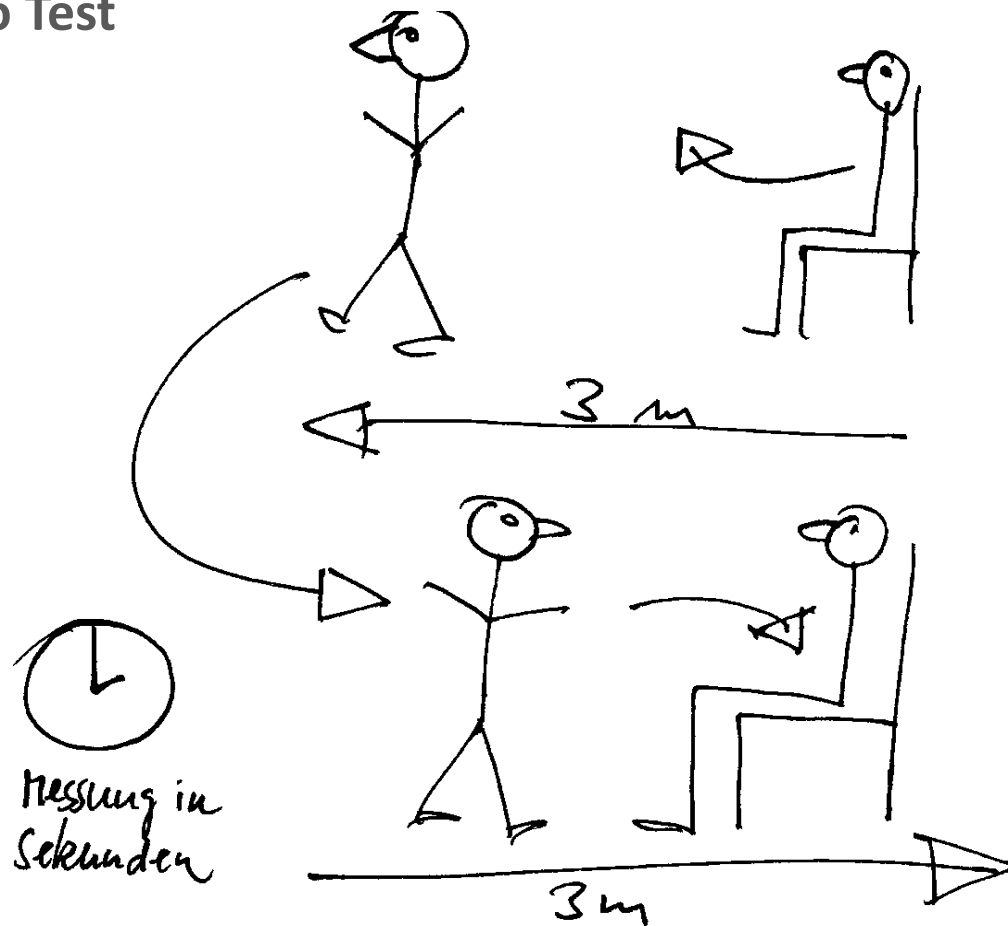
Die Person sitzt auf einem Stuhl mit Armlehnen. Auf Aufforderung soll sie sich - ohne fremde Hilfe - erheben, eine Strecke von 3 m gehen, umkehren und sich wieder setzen. Dabei darf sie Hilfsmittel wie eine Gehstütze verwenden.

Messung der Zeit, die für den Vorgang gebraucht wird.

- unter 10 Sekunden: Alltagsmobilität uneingeschränkt,
- 11 - 19 Sekunden: geringe Mobilitätseinschränkung, i.d.R. noch ohne Alltagsrelevanz,
- 20 - 29 Sekunden: abklärungsbedürftige, funktionell relevante Mobilitätseinschränkung,
- über 30 Sekunden: ausgeprägte Mobilitätseinschränkung

Verfahren zur Beurteilung der Sturzgefahr

Timed up & go Test



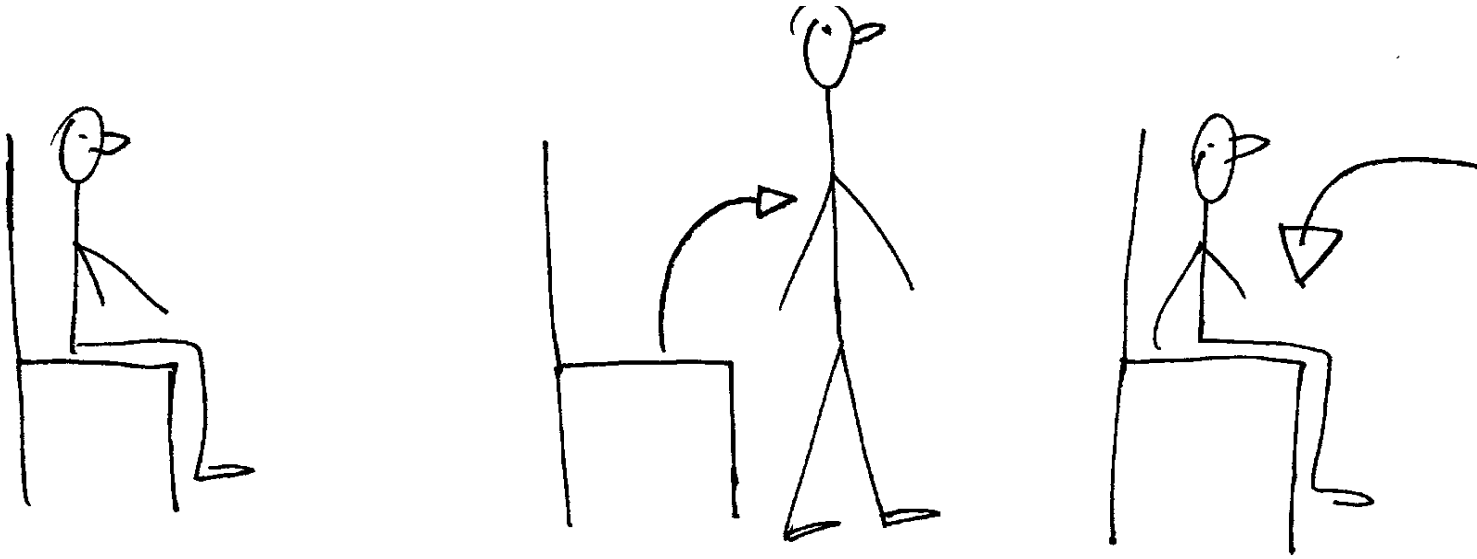
Aufsteh-Test (chair rising)

Beschreibung

Der Test besteht darin, dass eine Versuchsperson so schnell wie möglich 5 x ohne Einsatz der Arme aus einem Stuhl üblicher Höhe aufsteht.

Gemessen wird die Zeit in Sekunden. (z. B. 9,3 Sek.)

Aufsteh-Test (chair rising)



5X so schnell es geht

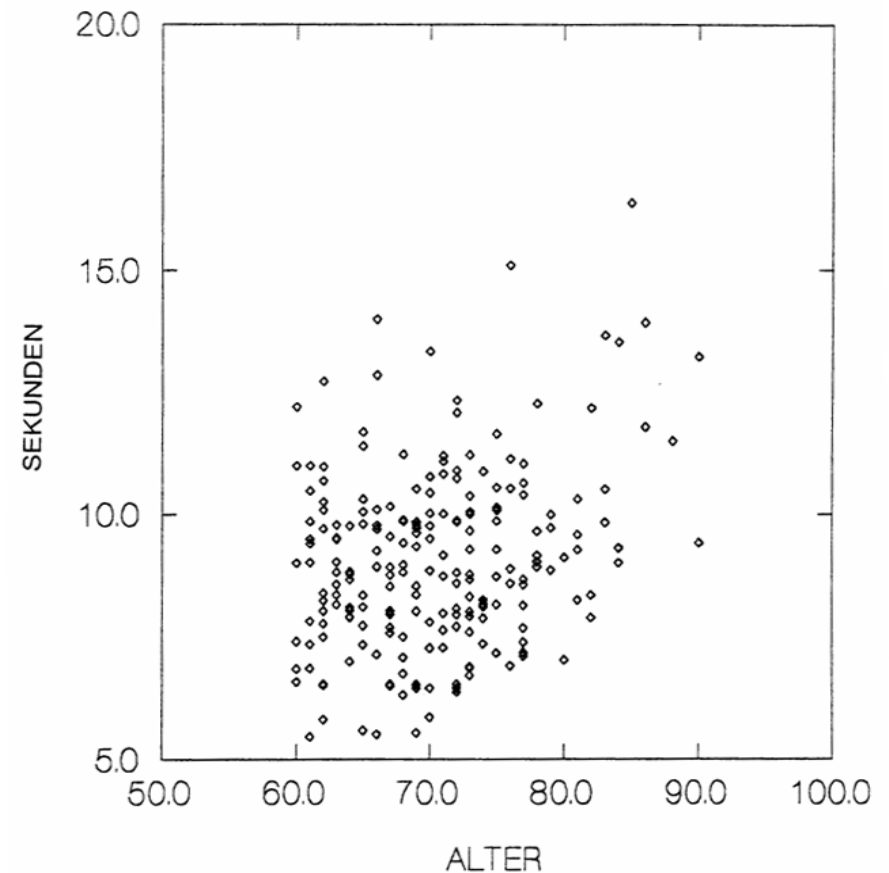
🕒 Messung in Sekunden

Referenzwerte Aufsteh-Test

(n = 212, Alter 60 - 90, freiwillige Probanden ohne klinisch fassbare Erkrankungen und Störungen des Bewegungsapparates.)

Erhöhte Sturzgefahr bei mehr als 10-12 Sekunden.

Referenzwerte nach M. Runge, Aerpah-Klinik Esslingen



Romberg-/Tandemstand

Romberg



Romberg

Tandem

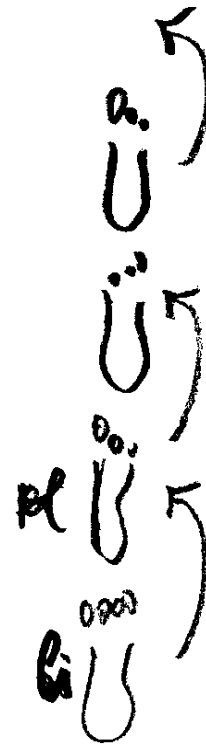


Tandem

Erhöhte Sturzgefahr bei weniger
als 10 Sekunden.

Tandemgang

- 8 Schritte auf einer Linie genau voreinander setzen
- Retest-Reliabilität besser auf einem Balken von 8 cm Breite und 4 cm Höhe. Bester von 3 Versuchen zählt
- Abstand zwischen Füßen max. eine Fingerbreite



8 Schritte
Tandemgang

Wir würden Ihnen gerne einige Fragen darüber stellen, welche Bedenken Sie haben hinzufallen, wenn Sie bestimmte Aktivitäten ausführen. Bitte denken Sie noch mal darüber nach, wie sie diese Aktivität normalerweise ausführen. Wenn Sie die Aktivität z.Z. nicht ausführen, geben Sie bitte (trotzdem) eine Antwort um anzuzeigen, ob Sie Bedenken *hätten* zu stürzen, wenn Sie die Aktivität ausführen *würden*. Markieren sie bitte diejenige Angabe, die am ehesten ihrem eigenen Empfinden entspricht, um anzuzeigen welche Bedenken sie haben zu stürzen, wenn sie diese Aktivität ausüben.

		<i>Keinerlei Bedenken 1</i>	<i>Einige Bedenken 2</i>	<i>Ziemliche Bedenken 3</i>	<i>Sehr große Bedenken 4</i>
1	Sich an- oder ausziehen	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2	Ein Bad nehmen oder duschen	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
3	Von einem Stuhl aufstehen oder sich hinsetzen	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
4	Eine Treppe hinauf- oder hinuntergehen	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
5	Etwas erreichen, was sich oberhalb des Kopfes oder auf dem Boden befindet	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
6	Eine Steigung hinauf- oder hinunter gehen	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
7	Eine Veranstaltung besuchen (z.B. ein Familientreffen, eine Vereinsversammlung oder Gottesdienst)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

Messung der Sturzangst

Auswertung:

7–10 Punkte: Geringe Sturzangst

11–12 Punkte: Moderate Sturzangst

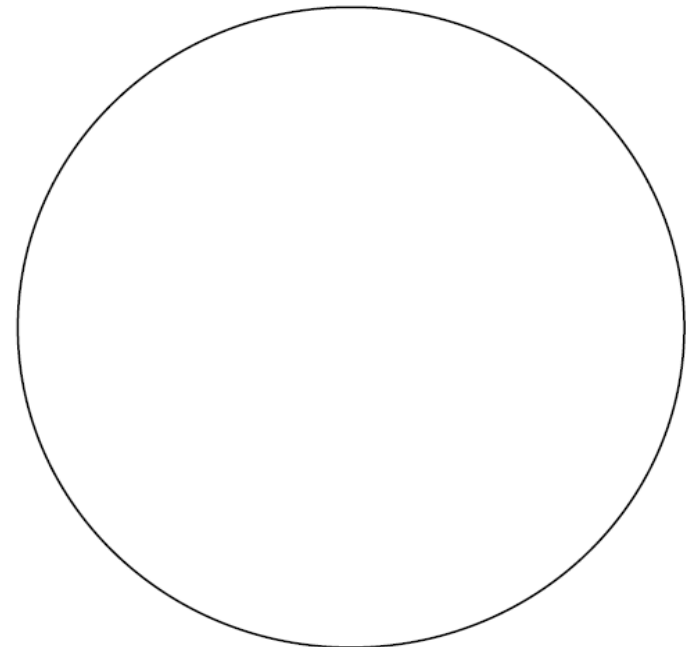
13–28 Punkte: Hohe Sturzangst

- Assessment zur Erfassung eines Teilbereiches der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens
- Addieren des Wertes einer definierten Zahl von Geldscheinen und Münzen in einer Geldbörse
- Zeitbedarf:
 - < 45 Sekunden: Selbständigkeit
 - 45 bis 70 Sekunden: Risiko für Hilfsbedürftigkeit
 - > 70 Sekunden: erhebliche Hilfsbedürftigkeit
- Ergebnis setzt sich aus unterschiedlichen Komponenten (v.a. Kognition, Sehvermögen und Feinmotorik) zusammen

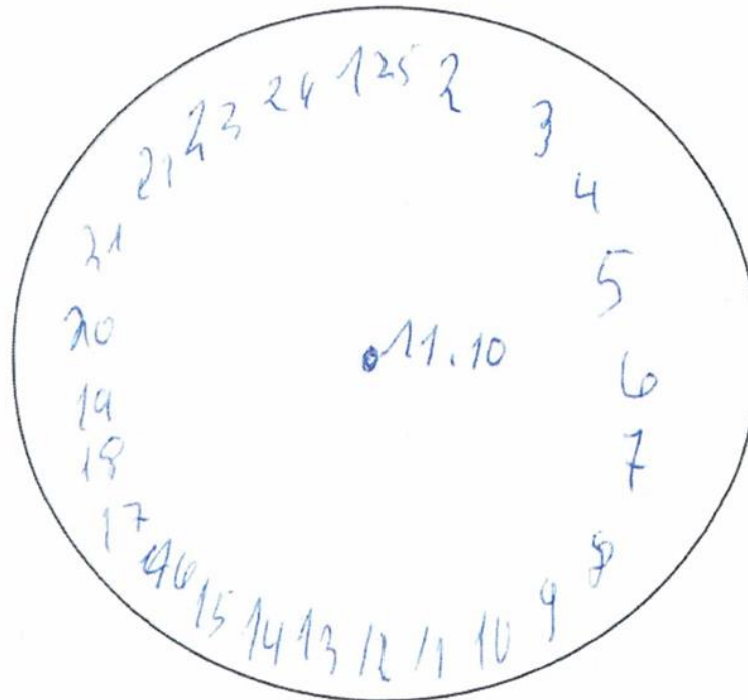
Uhrenergänzungstest

Platzieren der Uhrenziffern auf
einem vorgegebenen Kreis sowie
das zusätzliche Einzeichnen der
Zeiger mit einer Uhrzeit

Bitte tragen Sie die Ziffern einer Uhr ein!



Bitte zeichnen Sie in den unten vorgegebenen Kreis die Ziffern einer Uhr ein:



Uhrenergänzungstest

Bewertungsinterpretation:

- 1 perfekt
- 2 leichte visuell-räumliche Fehler
- 3 fehlerhafte Uhrzeit bei erhaltener visuell-räumlicher Darstellung der Uhr
- 4 mittelgradige visuell-räumliche Desorganisation, so dass ein korrektes Einzeichnen der Uhrzeit unmöglich wird
- 5 schwergradige visuell-räumliche Desorganisation
- 6 keinerlei Darstellung einer Uhr

Uhrenergänzungstest

13. Clock Completion - Test (CCT)

Bitte zeichnen Sie in den unten vorgegebenen Kreis die Ziffern einer Uhr ein:



Uhrenergänzungstest

Bewertungsinterpretation:

- 1 perfekt
- 2 leichte visuell-räumliche Fehler
- 3 fehlerhafte Uhrzeit bei erhaltener visuell-räumlicher Darstellung der Uhr
- 4 mittelgradige visuell-räumliche Desorganisation, so dass ein korrektes Einzeichnen der Uhrzeit unmöglich wird
- 5 schwergradige visuell-räumliche Desorganisation
- 6 keinerlei Darstellung einer Uhr



Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach §
135 Abs. 2 SGB V
zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik
(Qualitätssicherungsvereinbarung Spezialisierte
geriatrische Diagnostik)

§ 3 Fachliche Befähigung (1)

(1) Die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der geriatrischen Versorgung von geriatrischen Patienten gilt als nachgewiesen, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt und durch Zeugnisse und Bescheinigungen nach § 9 nachgewiesen werden:

1. Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung im Gebiet „Innere Medizin“, „Allgemeinmedizin (Hausarzt)“, „Neurologie“, „Psychiatrie und Psychotherapie“ mit der Schwerpunktbezeichnung „Geriatric“ oder
2. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Innere Medizin und Geriatric“ oder
3. Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Geriatric“

§ 3 Fachliche Befähigung (2)

(2) Die fachliche Befähigung gilt abweichend von Absatz 1 auch als erfüllt, wenn die folgenden Voraussetzungen durch Zeugnisse und Bescheinigungen nach § 9 nachgewiesen werden:

1. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung im Gebiet „Innere Medizin“, „Allgemeinmedizin (Hausarzt)“ oder „Physikalische und rehabilitative Medizin“,
2. Im Jahr vor Antragstellung Behandlung von 100 Patienten entsprechend § 2 der Vereinbarung nach § 118a SGB V (Anm. geriatrische Patienten)
3. Besondere geriatrische Qualifikation mit einem Umfang von 160 Stunden,
4. 5 Jahre vertragsärztliche Berufserfahrung und
5. Nachweis einer ärztlichen Tätigkeit von 12 Monaten in einer medizinisch-geriatrischen Einrichtung unter Anleitung eines Geriaters gemäß Absatz 1 oder eines Arztes, der die fachlichen Genehmigungsvoraussetzungen unter abgeschlossener Ableistung der 12-monatigen Tätigkeit erfüllt.

§ 3 Fachliche Befähigung (3)

(3) Der Nachweis nach Absatz 2 Nr. 5 gilt auch dann als erbracht, wenn eine mindestens 6-monatige Tätigkeit gemäß Absatz 2 Nr. 5 nachgewiesen wurde und der Arzt sich verpflichtet, in den folgenden 4 Jahren nach Genehmigungserhalt die restliche Zeit zu absolvieren.

Zukünftige Struktur der geriatrischen Versorgung



Ambulantes Therapiezentrum (z.B. AGR)

Komplexe Therapieangebote durch Ergo-, Logo- und Physiotherapie,
mit dem Ziel der Wiederherstellung der Alltagskompetenz

Tageskliniken, ambulante geriatrische Reha

Ambulante geriatrische Schwerpunktpraxis

Voraussetzung: Teamstruktur und
FA für Innere/ Geriatrie
Zusatzweiterbildung Geriatrie
160 Stunden Kurs geriatrische Rehabilitation

Geriatrische Institutsambulanz (GIA)

Voraussetzung: Teamstruktur und
FA für Innere/ Geriatrie
Zusatzweiterbildung Geriatrie

Hausarzt

Hausärztliche geriatrische Grundversorgung
Geriatrisches Basisassessment, Betreuung, Demenztest
Identifikation von Patienten mit besonderem Versorgungsbedarf

Der spezialisierte Geriater oder die GIA bieten für die Patienten ein subsidiäres spezialisiertes Diagnostikangebot in der vertragsärztlichen Versorgung.

- 
- Patientenorientierte Vorabklärung und Konsil mit Hausarzt
 - umfassendes Assessmentverfahren in mind. 5 Bereichen
 - Empfehlungen zur psychosoziale Versorgung und Selbsthilfe
 - Empfehlung zur medikamentösen Therapie
 - Empfehlungen zum Einsatz von Heil- und Hilfsmittel
 - Empfehlungen zur weiteren Diagnostik und Therapie

Zusammenarbeit Hausarzt und geriatrische Schwerpunktpraxis/ GIA

Ergebnisse GOP 03360
liegen vor
nicht älter als ein Quartal!

Hausarzt

Im Ausnahmefall
in Kooperation mit HA
auch
FA für Neurologie
FA f. Nervenheilkunde
VA mit ZB Geriatrie

Geriat. Betreuung
gem. GOP 03362,

Zuschlag für Einleitung /Koordination
Maßnahmen gemäß Therapieplan und
Empfehlungen

GOP 30988 (1x KHF)

- **max. 4 Wochen nach 30984**

Anmeldung einschl. Befunde

**GOP
30980**
(1 x KHF)

Vorabklärung und konsiliarische Beratung

**GOP
30981**
(1 x KHF)

**Geriatrische
Schwerpunktpraxis
oder
GIA am Krankenhaus**

Befundbericht und Therapieempfehlung

Weiterführendes (umfassendes) Assessment GOP 30984

- mit Anamnese und Untersuchung
- Einbindung mindestens Logopäde oder Ergotherapeut oder Physiotherapeut
- prognostische Einschätzung, Festlegung Behandlungsziele und Therapiebedarf
- Therapieplan mit Empfehlungen zu Maßnahmen und Medikamenten

Dauer mind. 60 Min.

1 x KHF; 2x mit ausführlicher Begründung

Zeitzuschlag für weitere 30 Minuten GOP 30985 (2x KHF)

Zeitzuschlag für weitere 30 Minuten GOP 30986 (2x KHF)

Zusammenarbeit Hausarzt und geriatrische Schwerpunktpraxis/ GIA



GOP	Bewertung	Beschreibung
30980	193 Pkt. (1 x KHF) – 24,59 €	Vorabklärung durch den überweisenden Hausarzt
30981	128 Pkt. (1 x KHF) – 16,31 €	Vorabklärung durch den spez. geriatrischen VA bzw. die GIA
30984	871 Pkt. (1 x im KHF) – 110,97 €	Durchführung eines weiterführenden geriatrischen Assessments
30985 (Zuschlag zu GOP 30984)	319 Pkt. (jede weitere vollend. 30 Minuten, bis zu 2x im KHF) – 40,64 €	Länger dauernde Durchführung - dauert die Durchführung länger als 60 Minuten, können je weitere vollendete 30 Minuten Zuschläge jeweils bis zu 2x im KHF berechnet werden
30986 (Zuschlag zu GOP 30985)	228 Pkt. (jede weitere vollend. 30 Minuten, bis zu 2x im KHF) – 29,05 €	
30988	65 Pkt. (1 x im KHF) – 8,28 €	Einleitung und Koordination der Therapiemaßnahmen (Zuschlag zu GOP 03362, 16230, 16231, 21230 und 21231)

AGR Senioren- Rehakomplex-

ein Beispiel für eine wohnortnahe ambulante geriatrische Komplexbehandlung



Vernetzung bereits vorhandener ambulanter Strukturen zur Bildung von ambulanten therapeutischen Teams

- Gründung 1999 als GbR (4 Hausärzte, Physiotherapeutin, Pflegedienst)
- Modellprojekt der KV Sachsen-Anhalt mit der AOK Sachsen-Anhalt und der IKK gesund plus
- Förderung durch das Bundesministerium für Arbeit sowie dem Bundesministerium für Gesundheit in den ersten 4 Jahren
- Evaluation über das Institut für Sozialmedizin der Otto-von-Guericke-Universität
- Heute Träger ist weiterhin eine GbR (2 Hausärzte und 1 Physiotherapeutin)
- AGR selbst hat 7 Angestellte (Verwaltungsleiterin, Fahrer, Ergo, Organisationsassistentin und 2 Pflegekräfte)
- eigener Fahrdienst mit 2 Fahrzeugen
- Physiotherapie, Logopädie über Kooperationsverträge
- 380 m² Räumlichkeiten
- Zuweiser sind Kliniken und niedergelassene Ärzte
- Einzugsgebiet: 30 km oder 45 Minuten Fahrzeit

20 Therapietage im AGR

- 07:30 Uhr Teambesprechung 3 mal wöchentlich (diensthabender Arzt/ Ärztin)
- ab 07:00 Uhr Abholung der Patienten
 - täglich etwa 15 bis 20 Patienten
- 08:00 Uhr bis 11:00 und 10:00 bis 13:00 Uhr Therapie
 - jeder Patient erhält täglich 2 - 3 Therapieeinheiten
 - zwischenzeitlich Pausen im Gemeinschaftsraum mit aktivierender Betreuung
- gegen 09:00 Uhr 2. Frühstück
- gegen 12:00 gemeinsames Mittagessen
- gegen 11:00 Uhr und 13:00 Uhr Rücktransport

Hausarzt behandelt kontinuierliche weiter, ggf. Absprache bei Therapieänderung



- Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Alltagskompetenz
- Verbleib in der gewohnten Wohnumgebung
- Soziale Integration
- Verbesserung der Mobilität
- Minderung der Sturzgefahr
- Reduzierung von Krankenhausaufenthalten
- Reduzierung von Pflegebedürftigkeit

Vor- und Nachteile der zentralisierten Versorgung

Vorteile:

- Gruppendynamik, bessere Therapiebedingungen
- ständige Abstimmung der Therapeuten
- keine Fahrzeiten der Therapeuten
- Aktivierung komplexer Integration in gesellschaftl. Leben

Nachteile:

- Künstliche Bedingungen
- Training zu Hause nicht möglich
- die Probleme dort lösen, wo sie entstehen
- ständige Fixkosten, Patiententransport notwendig

Team besteht aus

- Ärzten
- Pflegepersonal
- Physio- und Ergotherapie
- Organisationsassistenten
- Logopädie
- (Sozialarbeiter)
- (Wohnraumanpassung)
- Fahrdienst
- Weitere Kontakte: Orthopädietechnik, Sanitätshaus, ambulanten Pflegediensten, Hausärzten und stationären Einrichtungen der Umgebung und Angehörigen des Patienten

Besonderheiten des Teams

- interprofessionelle Wertschätzung und Erfahrungsaustausch
- Verantwortlichkeit
- Kompetenzzuweisung
- gemeinsam vereinbarte Kommunikationsstruktur in Form der Teambesprechungen
- Gesamtverantwortlichkeit beim Arzt (Dynamik des Prozesses)

Persönliche Voraussetzungen (Ausbildung/Weiterbildung)
der geriatrisch qualifizierten Vertragsärzte:

- FA für Innere Medizin/ Schwerpunktbezeichnung Geriatrie
oder
- FA Allgemeinmedizin/ hausärztlicher Internist mit fakultativer Weiterbildung klinische Geriatrie oder Zusatzweiterbildung Geriatrie
oder
- FA für Allgemeinmedizin/hausärztlicher Internist mit 160 Stundenkurs „ambulante geriatrische Rehabilitation“ und mindestens 3 Jahren Berufserfahrung in hausärztlicher Praxis

Qualifikationen der Therapeuten

- Anstellung oder Nachweis der Kooperation mit Therapeuten (Ergo-, Physio-, Logotherapeut):
 - Bobathkurs o.ä. (außer Logopädie)
 - 3- jährige Berufserfahrung und nachweisbarer Qualifikation und Erfahrung im Bereich der Geriatrie
 - Erfahrung im Umgang mit Assessmentverfahren
 - ggf. Nachweis im Umgang mit Demenzpatienten
- Kooperation mit einem im Bereich der Geriatrie qualifizierten, vertraglich zugelassenen Pflegedienst (Bobath, aktivierende Pflege, Umgang mit Assessmentverfahren, Aufstellung eines Behandlungsplans, Erfahrung im Umgang mit Demenz-patienten)
oder
- Anstellung entsprechender Pflegekräfte

Welche Patienten werden behandelt?

- nach Schlaganfall oder anderen Erkrankungen des ZNS
- Stoffwechselerkrankungen mit Spätschäden
- Gelenkoperationen
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen
- Unfälle oder langer Krankenhausaufenthalt

immer komplexe Schädigungen in mehreren Bereichen

- Einschränkung in den Aktivitäten des täglichen Lebens
- Einschränkung in den instrumentellen Aktivitäten
- Sturzgefahr (Kraftminderung, Koordination ...)
- Einschränkung Hirnleistung

Zugang zum AGR

AGK	LKK	BKK	IKK	VGA	AEV	Knappschaft
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		



Name des Patienten:

Tel. Nr. des Patienten/Ansprechpartner:

Anmeldeformular (bitte faxen unter: 03928/ 42 560-19)

zum Vertrag über eine ambulante geriatrische Komplexbehandlung durch interdisziplinäre fachübergreifende Versorgung des betroffenen Patientenkollektivs in einer geriatrischen Schwerpunktpraxis im Rahmen der integrierten Versorgung nach §140 a ff SGB V.

Diagnosen:

Medikation:

Wenn stationär, vorgesehener Entlassungstermin: _____

Unterschrift/ Stempel:

Bitte fügen Sie eine Epikrise (falls vorhanden) bei.

Geriatr. Komplexbehandlung
(20 Tage)

45 % aus Krankenhaus
10 % Praxen der beteiligten Ärzte
45 % Haus- und Fachärzte der Region

Anmeldung

Hausarzt

Betreuung im AGR

Patient wird in den ersten 2 Tagen dem multiprofessionellen Team vorgestellt (Testverfahren)

Geriatrisches Assessment im Team und
Festlegung des individuellen Therapieziel
Festlegung des individuellen Therapieplans

2x wöchentliche Teambesprechung und gff. Korrektur

Abschlussassessment und Empfehlungen für Hausarzt

Testverfahren für Assessment



- ☐ Barthel- Index
- ☐ IADL
- ☐ Handgrip
- ☐ Geldzählen
- ☐ MMSE
- ☐ Timed „up and go“
- ☐ TINETTI oder Tandem
- ☐ Short FES-1 (Sturzangst)
- ☐ GDS
- ☐ Uhrergänzungstest
- ☐ Sozialfragebogen
- ☐ Aachener Aphasie Test (bei Indikation)

Tests zur Messung
der
Alltagskompetenz,
der Sturzgefahr, der
Sprachfähigkeiten
und der geistigen
Leistungsfähigkeit

Aufgaben des Teamarztes

- Differenzierung des Behandlungspotentials
- ggf. Antragstellung bei der Krankenkasse
- Festlegung der Therapieziele und deren Anpassung
- Festlegung und Koordination der Therapieeinheiten
- **Durchführung von multiprofessionellen Teambesprechungen**
- Abstimmung mit dem behandelnde Arzt während der Behandlung
- auf Wunsch des Patienten Beratung der Angehörigen

- aktivierende Pflege
- Versorgung in den Pausenzeiten (Getränke, Essen)
- Assistenz und Supervision bei allen Aktivitäten insbesondere Toilettengang
- Ggf. Kontinenztraining
- Bewegungstraining

- Befunderhebung und Testverfahren
- Anbahnen physiologischer Bewegungsmuster (Bobath,)
- **Trainieren von Kraft, Ausdauer, Flexibilität und Koordination**
- **Aktive Bewegungs- und Gangschulung**
- **Gerätetraining**
- Tonusregulierung
- Rückenschule und Gleichgewichtsschulung
- Hilfsmittelanpassung und -schulung
- Beratung von Patienten und Angehörigen

Ergotherapie

- Befunderhebung
- motorisch-funktionelles Trainieren
- **Trainieren zur Selbsthilfe (Waschen, Anziehen..)**
- **Trainieren des Alltags** (Einkaufen, Geld, Telefon, Straßenverkehr ...)
- Trainieren mit techn. Hilfsmitteln und deren Anpassung
- **Hirnleistungstraining**
- Beraten und Anleiten von Angehörigen

Logopädie

- Befunderhebung
- Diagnostik von Stimm- und Sprechstörungen
- **Mundmotorik und Schluckstörungen**
- Oro-faciale Therapie
- Beratung zu Kommunikationshilfen
- Beraten und Anleiten von Angehörigen

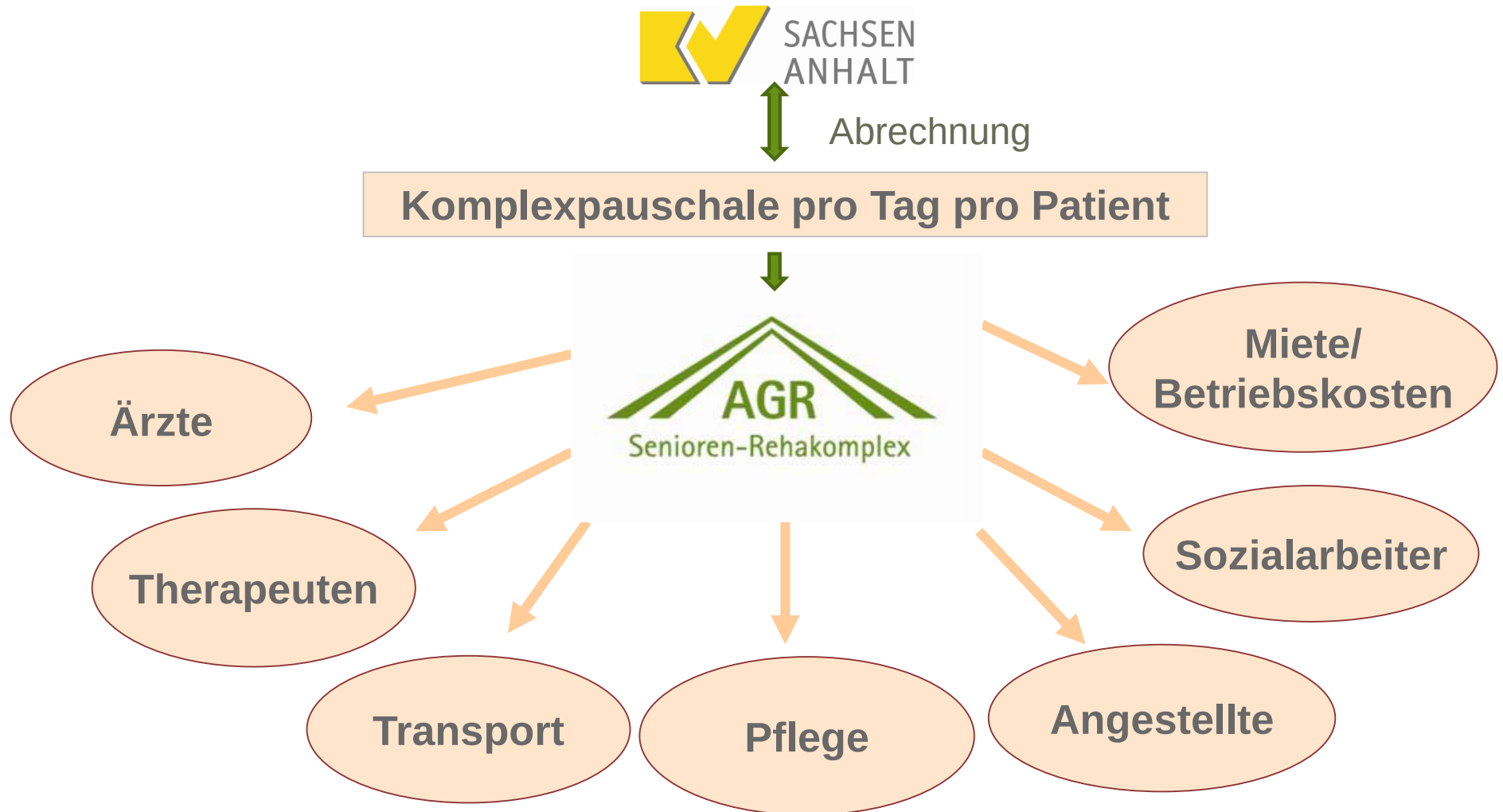
Sozialarbeiter

- Befunderhebung
- Vermitteln ambulanter Hilfen
(Essen auf Rädern, Haushaltshilfen)
- Vermitteln behindertengerechten Wohnraums, Hausnotruf
- Beratung und Hilfen beim Einrichten von Betreuung
- **Beratung Pflegeleistungen, Vorsorgevollmacht usw.**
- Vermitteln von Leistungen der Kranken-, Renten-, Unfallversicherung, Versorgungs-, Sozialämter
- Vermitteln von Nachbarschaftshilfe und Selbsthilfegruppen

Finanzierung

- Verträge zur Integrierten Versorgung nach § 140 a ff SGB V
- 20 Therapietage mit Verkürzungs- und Verlängerungsmöglichkeit
- Kassen ohne Vertrag- Antrag auf Einzelfallentscheidung
- Tagespauschale je nach Krankenkasse unterschiedlich ca. 150 Euro pro Patient pro Tag
- alle Kosten für Personal, Räume, Kooperationspartner und Sachkosten werden durch die Tagespauschale finanziert

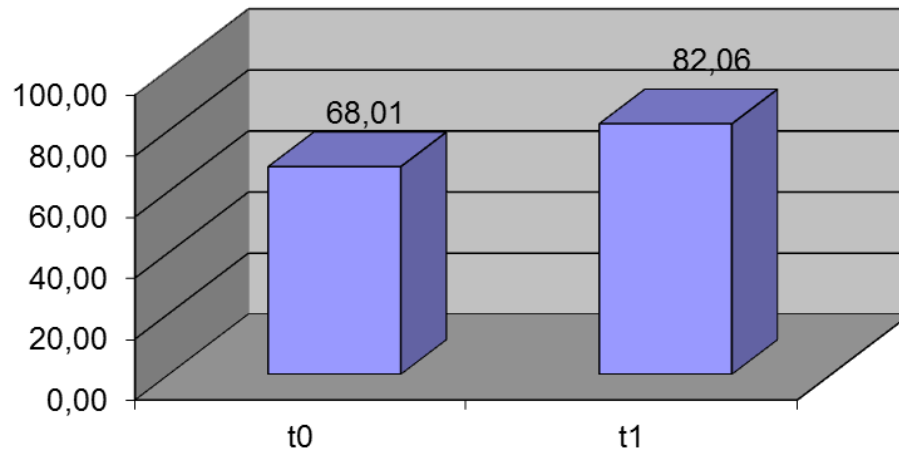
Vergütung



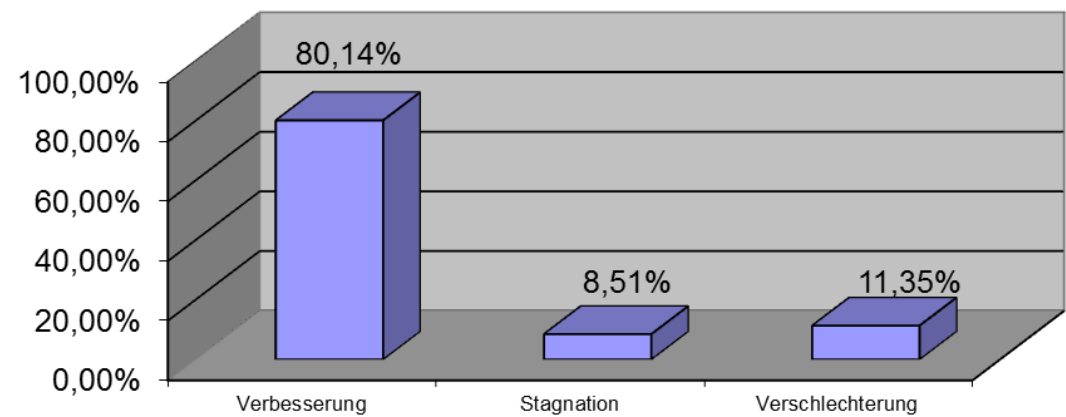
Ergebnisse Barthel-Index

- 141 Datensätze
- Durchschnittsalter aller Pat. = 77,47
- männlich = 49 (Durchschnittsalter 75,12)
- weiblich = 92 (Durchschnittsalter 78,72)
- Errechnete Signifikanz $p < 0,000$

Durchschnittswerte von t0 und t1



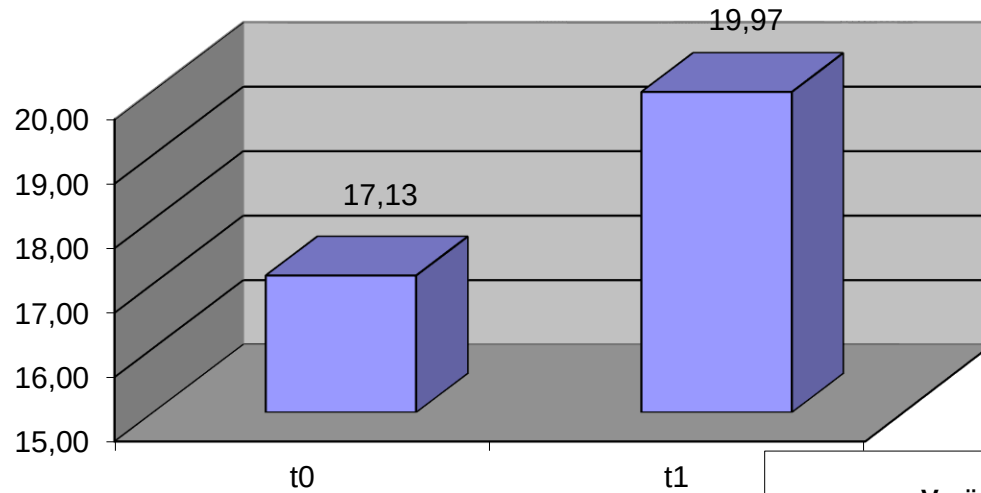
Veränderung des BI nach Ende der Reha



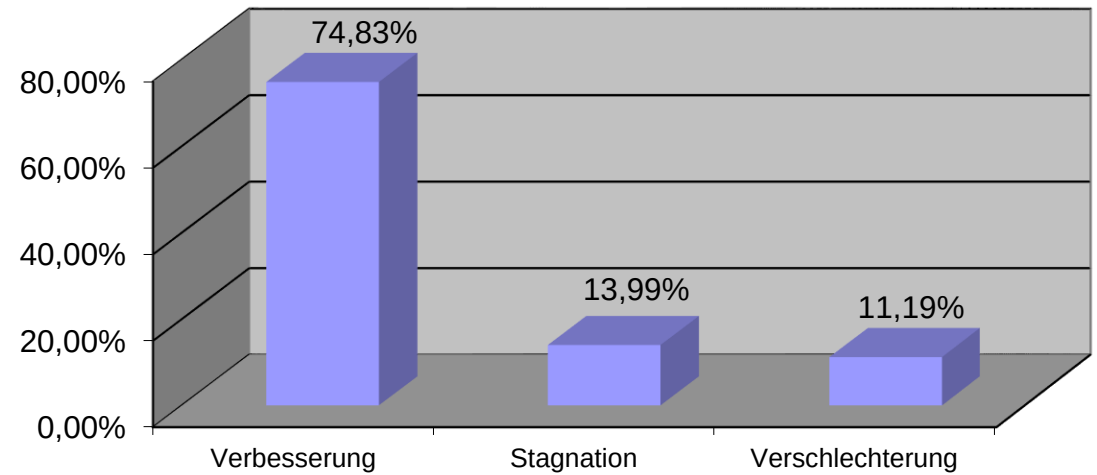
Ergebnisse Tinetti

- 143 Datensätze
- Durchschnittsalter aller Pat. = 77,66
- männlich = 44 (Durchschnittsalter 76,50)
- weiblich = 99 (Durchschnittsalter 78,18)
- Errechneter Signifikanz $p < 0,000$

Durchschnittswerte von t0 und t1



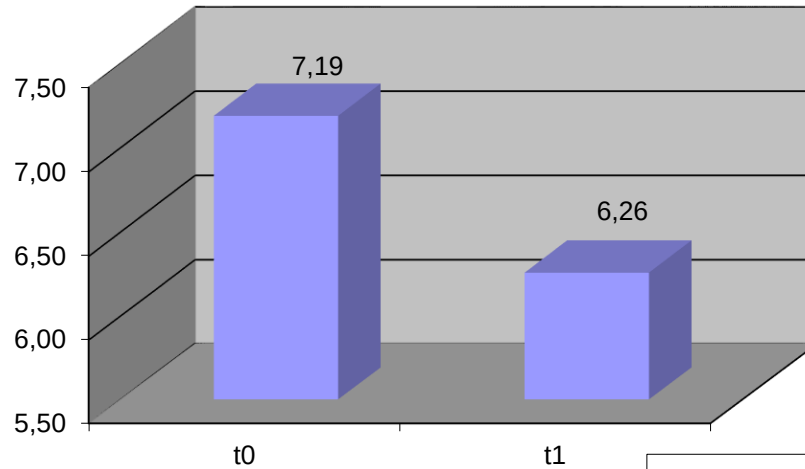
Veränderungen des Motilitätstests nach Tinetti nach Ende der Reha



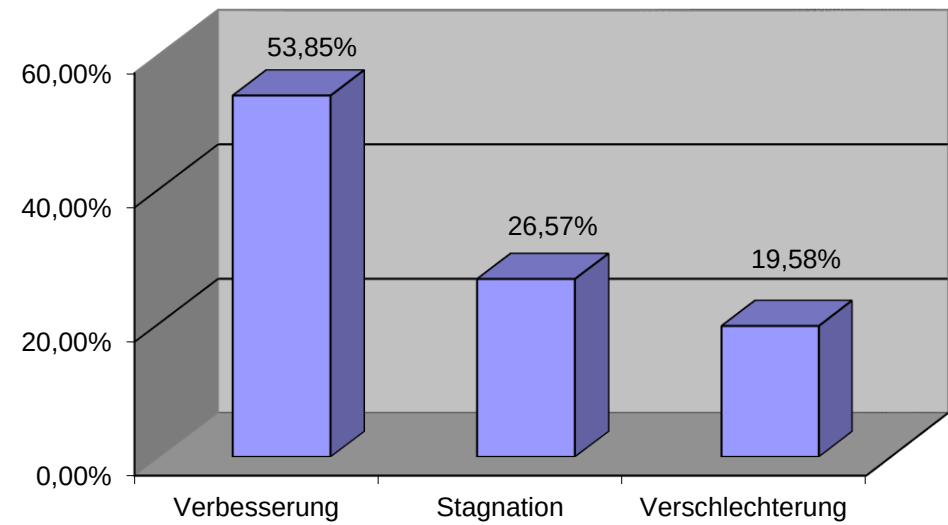
Ergebnisse Runge

- 143 Datensätze
- Durchschnittsalter aller Pat. = 77,60
- männlich = 44 (Durchschnittsalter 76,20)
- weiblich = 99 (Durchschnittsalter 78,22)
- Errechnete Signifikanz $p < 0,000$

Durchschnittswerte von t0 und t1



Veränderungen gemäß Gehstörung mit Sturzgefahr nach Runge



1. Kombinierte Heilmittelbehandlung (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie (Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie) und Podologie) (§ 32 SGB V)
2. Ambulante Geriatrische Rehabilitation (§ 40 SGB V)
3. Ambulante geriatrische Komplextherapie (§§ 140 SGB V, integrierte Versorgung)
4. Mobile Rehabilitation (§ 40 SGB V)

- keine Überprüfung der Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation (stationär oder ambulant) bei Verordnung über Muster 61, wenn entsprechende Voraussetzungen vorhanden sind
- Patient/in über 70 Jahre (zw. 60 und 70 erfolgt weiter eine Überprüfung durch die
- Krankenkasse, geriatrische Reha ist aber möglich)
- mindestens 1 rehabegründende und 2 geriatrietypische Diagnosen
- mindestens 2 auffällige geriatrische Assessmentergebnisse, wobei eines die rehabegründende Diagnose untermauern muss (z.B. schwere Koxarthrose mit Gangstörung und Aufstehtest + timed up and go über 11 Sekunden)
- Ankreuzfelder für geriatrische Rehabilitation (ambulant, mobil oder stationär)
- Ähnliche Regelung im Rahmen der AHB

Verordnung med. Rehabilitation Muster 61

EBM GOP 01611 = 40,13 Euro

Anwendungsbeispiel: Geriatrische Rehabilitation bei Sturzgefahr

Muster 61, Teil B (Auszug)

- › Ein 76-jähriger männlicher adipöser Patient leidet an einer schmerzhaften Hüftgelenksarthrose links, nachdem er rechts bereits eine Hüftgelenksprothese erhalten hat. Er ist im Gang unsicher und sturzgefährdet. Darüber hinaus leidet er an Diabetes mellitus Typ 2 mit vaskulären Komplikationen.
- › Seine koronare Herzkrankheit ist ebenso rehabilitationsrelevant wie seine Linksherzinsuffizienz. Darüber hinaus weist er leichte kognitive Störungen auf.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten männlich, 76 Jahre geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung von medizinischer Rehabilitation **61 Teil B**
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

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1. schmerzhaftes Koxarthrose li bei Z. n. TEP re	M16.9G	
2. mit Gangunsicherheit und Sturzgefahr	R29.6G	
3. Diabetes mellitus Typ 2 mit vas. Kompl.	E11.50G	
B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen		
4. KHK	I25.0G	
5. Linksherzinsuffizienz	I50.12G	
6. leichte kognitive Störung	F06.7G	

*** 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)

Muster 61, Teil B (Auszug)

- › Vor einem Jahr wurde dem Patienten rechts ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt. Inzwischen leidet er an Schmerzen im linken Hüftgelenk, ist zunehmend unsicher im Gang und sturzgefährdet. Seine allgemeine Belastbarkeit hat sich verschlechtert.
- › Da eine geriatrische Rehabilitation indiziert ist, wurden zwei Funktionstests in den Bereichen Mobilität (TUG + Chair Rise) und Herz-/ Lungenfunktion (NYHA-Stadium) durchgeführt, um die Schädigungen und Funktionseinschränkungen nachzuweisen.
- › Der Patient erhielt im Rahmen der bisherigen Behandlung bereits eine Verordnung für 12x Krankengymnastik.

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf) und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung

Zustand nach Hüftgelenks OP rechts vor 1 Jahr, jetzt auch zunehmend Schmerzen linke Hüfte, zunehmende Gangunsicherheit und Sturzgefahr, zunehmende Verschlechterung der Belastbarkeit

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse)

leichte Ödeme Unterschenkel, RR: 140/80, verminderte Beinkraft, Gangunsicherheit

C. Bei geriatrischer Rehabilitation

mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Mobilität		Kognition		Schmerz	Herz-/Lungenfunktion
TUG	18 sek + Chair Rise 20 sek	MMST	/ 30	Schmerzskala	/ 10
Handkraft	kg oder kpa	GDS 15	/ 15		Ergometrie Watt
DEMMI	/ 100 Tinetti / 28	Uhrentest	/ 7		FEV1 % + VK %
					NYHA-Stadium 2

D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeangebote); einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Monaten)

12x KG

☒ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

☐ nein ☒ ja, welche? Rollator

Muster 61, Teil B (Auszug)

- › Die Rehabilitation soll der Verbesserung der Koordination und Kondition, einer Verminderung der Sturzgefahr und der Steigerung der Mobilität dienen, um das Treppensteigen zu verbessern. Ebenso sollen die Schmerzen gelindert und das Gewicht reduziert werden.
- › Die Rehabilitationsprognose ist hinsichtlich der Rehabilitationsziele positiv.
- › Der Patient soll einer stationären geriatrischen Rehabilitation zugewiesen werden.

IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

Verminderung der Sturzgefahr, Verbesserung von Koordination und Kondition, Mobilitätssteigerung zur Verbesserung des Treppensteigens, Schmerz- und Gewichtsreduktion

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

☒ ja ☐ eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

☒ ambulant ☐ ambulant-mobil ☐ stationär
☐ Mütter-Leistung ☐ Väter-Leistung ☐ als Mutter-Kind-Leistung ☐ als Väter-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 AGR Senioren Rehakomplex Schönebeck

- <https://www.bv-geriatrie.de/positionen/bundesweites-geriatriekonzept.html>
- Ambulante Geriatriische Zentren (AGZ)

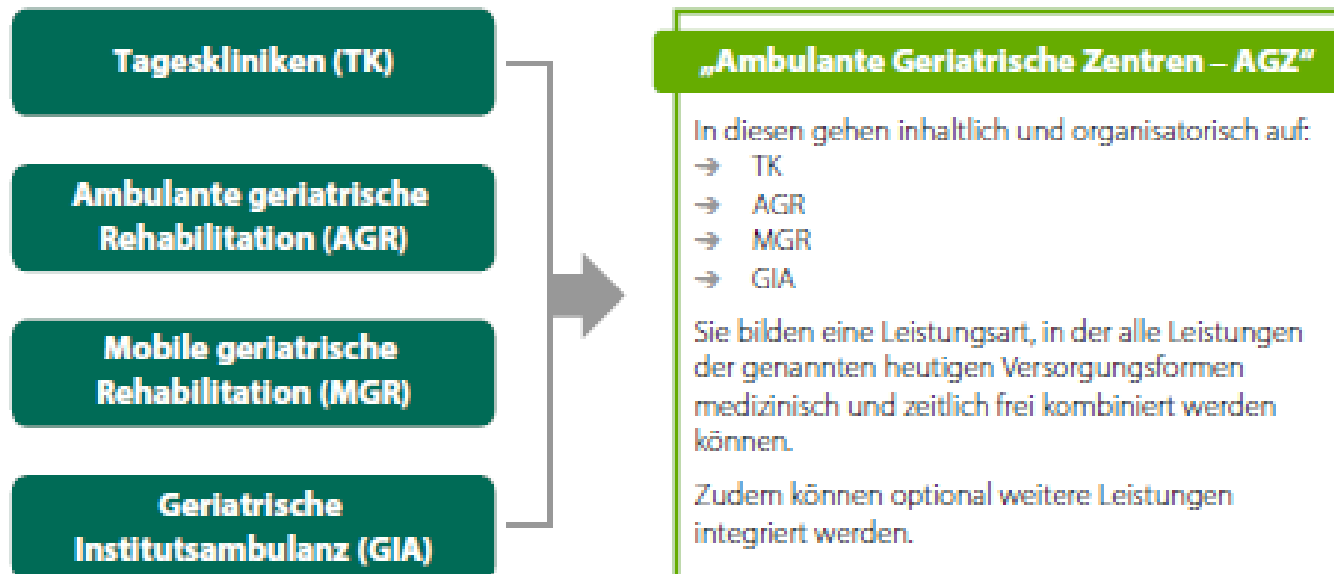
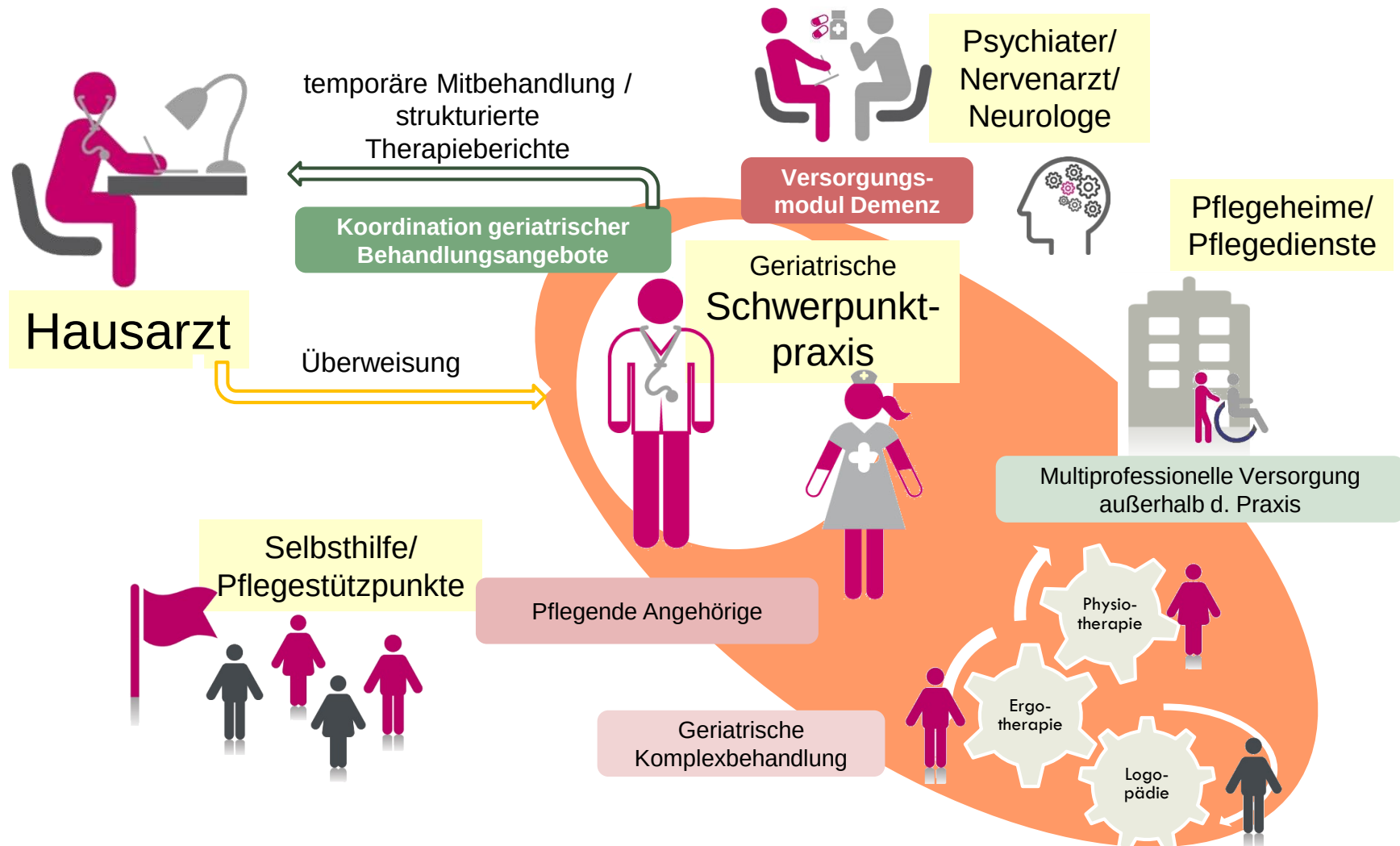


Abbildung 5: Nicht-stationäre geriatrische Versorgung (eigene Darstellung)

Vertragswerkstatt der KBV

Aufbau von Netzwerken zur Versorgung geriatrischer Patienten



Vielen Dank

Dr. Burkhard John

AGR Senioren Rehakomplex GbR

Paul Illhardtstr. 6, 39218 Schönebeck

<https://www.agrsbk.de/>

Mail: b.john@agrsbk.de

