

M. Stier-Jarmer¹L. Pientka²G. Stucki¹

Frührehabilitation in der Geriatrie

Early rehabilitation in geriatrics

Zusammenfassung

Geriatrie ist das medizinische Fachgebiet für die Erkrankungen alter Menschen. Mit dem Ziel, für den Patienten eine höchst mögliche Selbständigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, werden beim Patienten, der in die Geriatrie überwiesen wurde, nicht nur die Erkrankung medizinisch therapiert, sondern auch gleichzeitig die funktionellen Fähigkeiten verbessert. Eine zentrale Rolle spielt deshalb in der Geriatrie die (Früh-)Rehabilitation. Sie stellt beim geriatrischen Patienten einen integralen Anteil an der Akutbehandlung dar. Mit Inkrafttreten des SGB IX im Jahr 2001 erhielt die Frührehabilitation im Krankenhaus eine neue gesetzliche Grundlage. Frührehabilitation wird in § 39 Abs. 1 SGB V nun erstmals explizit als Bestandteil der Krankenhausbehandlung beschrieben. Auf dieser Basis gilt es die Frührehabilitation nun so zu gestalten, dass möglichst alle Patienten, bei denen die Notwendigkeit dafür besteht, erfasst und optimal versorgt werden. Bei der Umsetzung müssen bereits vorhandene Ressourcen, beispielsweise in der Neurologie (Phase B), der indikationsübergreifenden Frührehabilitation oder Geriatrie berücksichtigt werden. Der vorliegende Artikel beschreibt die geriatrische Frührehabilitation in Bezug auf ihre Entwicklung, Strukturen und Prozesse. Eine Befragung der zuständigen Landesministerien im Sommer 2001 ergibt für Deutschland eine Gesamtanzahl von 314 stationären geriatrischen Einrichtungen mit insgesamt 16 297 Betten. Mehr als die

Abstract

Geriatrics is the medical specialist domain concerned with the diseases and care of the elderly. The objective of geriatric care is to sustain or to restore to maximum autonomy for the patient and to prevent the need of long-term nursing care. To achieve this aim, simultaneous acute-medical and rehabilitative treatment of the patient is necessary. Therefore (early) rehabilitation plays a prominent role in geriatrics. It is an integral part of the acute medical care of geriatric patients. With the Sozialgesetzbuch IX (SGB IX) which came into effect in the year 2001, early rehabilitation in hospital obtained a new legal basis. In § 39 section 1 SGB V, now early rehabilitation is for the first time explicitly described as part of hospital treatment. It is therefore necessary to organise early rehabilitation in a way that as many patients as possible with the medical need for rehabilitation are registered and optimally cared for. Resources already existing in geriatrics, neurology (phase B) or in general early rehabilitation must be taken into consideration when planning the implementation of the new law. This article describes the development, structures and processes of early rehabilitation in geriatrics. An inquiry from the ministries of the regions of the Federal Republic of Germany (FRG) in summer 2001 shows that there are now 314 inpatient geriatric institutions with a total of 16 297 beds. More than half of these beds are situated in small- or medium-sized acute hospitals (<400 beds), a fourth is situated in rehabilitation

Institutsangaben

¹ Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Klinikum der Universität München (Direktor: Prof. Dr. med. G. Stucki)

² Klinik für Akut-Geriatrie und Frührehabilitation, Marienhospital-Herne Klinik II, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum (Direktor: Prof. Dr. med. L. Pientka M.P.H., Dipl.-Soz.wiss.)

Danksagung

Die Autoren danken den Sozialministerien der Bundesländer für die Übermittlung der Adressen stationärer geriatrischer Einrichtungen.

Hinweis

Dieser Artikel enthält Teile der Dissertation von Frau Marita Stier-Jarmer an der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München, in Vorbereitung

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Gerold Stucki · Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation · Klinikum der Universität München · Marchioninstraße 15 · 81377 München

Eingegangen: 5. Juni 2002 · Angenommen: 26. Juni 2002

Bibliografie

Phys Med Rehab Kuror 2002; 12: 190–202 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0940-6689

Hälfte dieser Betten stehen in kleinen bis mittleren Akutkrankenhäusern (< 400 Betten), gut ein Viertel befindet sich in Rehabilitationskliniken. Der Anteil an großen Akutkrankenhäusern (≥ 400 Betten) mit geriatrischen Abteilungen unterscheidet sich sehr stark in den einzelnen Bundesländern. Bundesweit sind nicht einmal 20% aller Krankenhäuser dieser Größe mit geriatrischen Abteilungen ausgestattet. Eine Besonderheit der Geriatrie in Deutschland ist ihre sozialrechtlich verankerte, aber medizinisch nicht begründete Unterteilung in Akutgeriatrie nach § 108/109 SGB V und geriatrische Rehabilitation nach § 111 SGB V. Hier setzen die Bundesländer unterschiedliche Schwerpunkte. Während die einen (z. B. Hamburg) Geriatrie ausschließlich als Krankenbehandlung nach § 108/109 SGB V im Akutkrankenhaus definieren, geben andere (z. B. Rheinland-Pfalz) der geriatrischen Rehabilitation nach § 111 SGB V den Vorzug. Insgesamt überwiegt in den meisten Bundesländern der Anteil akutgeriatrischer Betten. Die gesetzlich geforderte Frührehabilitation kann folglich zumindest teilweise auf vorhandenen Ressourcen im Bereich der geriatrischen Frührehabilitation aufbauen. Wichtig ist für die Zukunft die Frage der optimalen Zuweisung von Patienten in die Geriatrie, ebenso wie in andere indikationsspezifische oder -übergreifende Frührehabilitationseinrichtungen. Gegebenenfalls sind bestehende Strukturen bedarfsgerecht zu ergänzen. Dabei kann auch eine Kombination von indikationsübergreifenden und indikationsspezifischen frührehabilitativ ausgerichteten Einrichtungen in Betracht gezogen werden.

Schlüsselwörter

Frührehabilitation im Krankenhaus · vollstationäre Geriatrie · Frührehabilitative Versorgungsstrukturen

hospitals. The portion of big hospitals (≥ 400 beds) with geriatric departments is much different in the regions of the FRG. Totally there are less than 20% of the big hospitals provided with geriatric departments. In Germany the situation in geriatrics is in so that special as there is a distinction between acute (§ 108/109 SGB V) and rehabilitative geriatric settings (§ 111 SGB V). This situation is embodied in social law but not explained by medical reasons. In this case the regions of the FRG assign different priorities. While some (e.g. Hamburg) regard geriatrics exclusively associated with acute hospital settings according to § 108/109 SGB V, others (e.g. Rheinland-Pfalz) prefer geriatric rehabilitation according to § 111 SGB V. Overall you find predominantly acute geriatric settings in the FRG. Therefore the legally required early rehabilitation can partly be based on the existing structures of the early rehabilitation in geriatrics. In the future it will be essential to allocate patients to the most suitable department, in terms of geriatric departments as well as other indication specific or general early rehabilitative institutions. If necessary, existing structures have to be supplemented according to the actual requirements. In this context a combination of general and indication specific early rehabilitative institutions can be taken into consideration as well.

Key words

Early rehabilitation in hospital · inpatient geriatrics · early rehabilitation care structures

Einleitung

Es bestehen heute keine Zweifel mehr, dass Rehabilitation frühzeitig, umfassend und als einheitlicher Vorgang stattfinden muss, damit die Rehabilitationschancen der Patienten optimal genutzt werden können. Das bedeutet, Rehabilitation muss bereits im Krankenhaus parallel zur akutmedizinischen Behandlung beginnen.

Seit etwa 20 Jahren wurden in Deutschland entsprechend dieser Erkenntnis in verschiedenen Fachbereichen Strukturen zur akutstationären Frührehabilitation etabliert. Zu nennen sind hier insbesondere die indikations- oder fachübergreifende Frührehabilitation, die Geriatrie, die Neurologie (Phase B) und die Paraplegiologie, nicht zu vergessen die zahlreichen nichtärztlichen Therapeuten, die in einem Großteil der Krankenhäuser auch rehabilitativ tätig sind, allerdings oft ohne die für die Frührehabilitation wichtige Koordination aller rehabilitativ relevanten Maßnahmen. Dennoch werden die Methoden und Verfahren der Rehabilitation im Krankenhaus auch heute noch häufig nicht zum frühestmöglichen Zeitpunkt oder nicht in ausreichendem Maße eingesetzt.

Mit einer Ergänzung des § 39 Abs. 1 SGB V im Zusammenhang mit dem Inkrafttreten des Sozialgesetzbuchs IX am 1. Juli 2001 hat die Bundesregierung nun den entscheidenden Schritt unternommen, der Frührehabilitation zur effektiven Umsetzung in den Krankenhäusern zu verhelfen. So gehören jetzt zur „akutsta-

tionären Behandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation“. Rehabilitation ist damit ohne jeden Zweifel integraler Bestandteil der medizinischen Versorgung im Krankenhaus.

Auf der Basis dieser gesetzlichen Grundlage ist die Frührehabilitation nun in Bezug auf Versorgungsstrukturen, Organisation und Finanzierung so zu gestalten, dass möglichst alle Patienten, bei denen die Notwendigkeit für eine Frührehabilitation besteht, erfasst und optimal versorgt werden. Ziel ist die patientengerechte und qualifizierte, evidenzbasierte und kosteneffektive sowie letztendlich flächendeckend vorhandene Frührehabilitation im Akutkrankenhaus.

Eine Voraussetzung für die Erreichung dieses Ziels ist die genaue Analyse und Beschreibung der aktuellen Situation. Im vorliegenden Artikel geschieht dies für die geriatrische Frührehabilitation in Bezug auf ihre Entwicklung, Strukturen und Prozesse. Eine Analyse und Beschreibung der Strukturen und Prozesse im Bereich der indikationsübergreifenden Frührehabilitation [1], eine Neukonzeption zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation [2] sowie eine detaillierte Darstellung der gesetzlichen Grundlagen [3] wurden bereits in der Juniausgabe der Zeitschrift für Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin und Kurortmedizin publiziert. Eine entsprechende Analyse der neurologischen Frührehabilitation [4] sowie Überlegungen zur Finanzierung der Frührehabilitation [5], insbesondere nach Einführung des DRG-basierten Zahlungssystems für die stationäre Versor-

gung in den Akutkrankenhäusern, werden im nächsten Heft enthalten sein.

Geriatric – Allgemeines

Geriatric ist das medizinische Fachgebiet für die Erkrankungen alter Menschen. Aufgrund der demografischen Entwicklung erlangt die Geriatric zunehmende Bedeutung. Verbesserte Lebensbedingungen und der medizinische Fortschritt haben dazu beigetragen, dass die heute lebende Bevölkerung in Deutschland, ebenso wie in anderen Industriestaaten, älter wird als ihre Vorfahren. 1999 lebten in der Bundesrepublik Deutschland mehr als 1,3 Mio. Hochbetagte im Alter von 85 Jahren und älter. Ein heute im Bundesgebiet geborenes Kind hat mit 80,5 (♀) bzw. 74,4 (♂) Jahren eine um etwa 30 Jahre höhere Lebenserwartung als ein Kind vor 100 Jahren. Auch die durchschnittliche weitere Lebenserwartung älterer Menschen hat sich verlängert. Eine 60-jährige Frau kann heute im Durchschnitt mit weiteren 23 Lebensjahren rechnen, ein 60-jähriger Mann mit zusätzlichen 19 Jahren. Für die Zukunft wird von einer weiteren Zunahme der Lebenserwartung ausgegangen [6].

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit für Gesundheitseinbußen und Einschränkungen der Funktionsfähigkeit erheblich an. Eine verminderte Adaptationsfähigkeit an Belastungen begünstigt das Auftreten von Erkrankungen. Nicht selten ist die gesundheitliche Situation alter Menschen geprägt durch Multimorbidität, chronische irreversible Erkrankungen und auch psychische Krankheiten, vorwiegend depressive Störungen und Demenz.

Die somatischen und psychischen Besonderheiten beim alten Patienten erfordern in der Medizin häufig ein modifiziertes, altersspezifisches Vorgehen. Krankheiten im Alter zeigen oftmals eine uncharakteristische Symptomatik oder einen atypischen Verlauf. Vergleichsweise triviale Erkrankungen können beim alten Menschen weitreichende Folgen haben. Nicht selten führen sie zum Verlust der Selbstversorgungsfähigkeit. Physiologische Alterungsprozesse verändern die Pharmakodynamik und Pharmakokinetik. Beispielsweise erhöht sich im Alter die Empfindlichkeit für Arzneimittelwirkungen, unerwünschte Nebenwirkungen treten häufiger auf.

Doch Alter allein ist keineswegs ein ausreichendes Beschreibungsmerkmal des geriatricen Patienten und Geriatric ist nicht die Medizin aller über 65-jährigen Patienten. Es gibt durchaus ältere Patienten, die gesund und selbständig genug sind, um auf einer normalen Krankenhausstation behandelt zu werden. Diese Patienten würden von einem geriatricen Programm nicht zusätzlich profitieren.

Bei einem Patienten, der in die Geriatric überwiesen wurde, sollen nicht nur die Erkrankung medizinisch therapiert, sondern auch gleichzeitig die funktionellen Fähigkeiten verbessert werden. Vorrangiges Ziel der medizinischen Behandlung in der Geriatric ist es, für den Patienten eine höchstmögliche Selbständigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Eine zentrale Rolle spielt deshalb in der Geriatric die Rehabilitation. Sie stellt beim geriatricen Patienten einen integralen Anteil an der Akutbehandlung dar, denn „Geriatric

is not equal Rehabilitation, aber es gibt keine Geriatric ohne Rehabilitation“ [7].

Seit 1980 das Albertinen-Haus in Hamburg als bundesweit erste Modelleinrichtung für geriatriche Rehabilitation errichtet wurde, haben sich die Strukturen der geriatricen Versorgung in Deutschland deutlich verändert. In Übereinstimmung mit den unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen und Konzepten der einzelnen Bundesländer sind sowohl akutgeriatriche Kliniken, Abteilungen bzw. geriatriche Schwerpunkte als auch geriatriche-rehabilitative Angebote entstanden. Aus den 84 geriatricen Einrichtungen in Deutschland, die 1993 im Rahmen eines Forschungsauftrages des BMA [8,9] gezählt wurden, sind heute 314 Einrichtungen mit hauptsächlich akutgeriatricem Schwerpunkt (179 Einrichtungen) geworden. Die Zahl der geriatricen Betten hat sich in diesem Zeitraum von 7214 auf 16297 mehr als verdoppelt. Zum Teil lässt sich diese Entwicklung auf Strukturmaßnahmen der Länder zurückführen. Denn nicht selten wurde der Abbau nicht mehr bedarfsnotwendiger Akutbetten in Krankenhäusern durch die Einrichtung geriatricer Abteilungen bzw. die Umwidmung in geriatriche Betten kompensiert.

Definitionen der Fachgesellschaften

Geriatric ist eine medizinische Fachrichtung, die Aufgaben der Inneren Medizin, Allgemeinmedizin, Nervenheilkunde sowie der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin (PRM) gleichermaßen integriert. Sie befasst sich mit den Alterungsprozessen und den diagnostischen, therapeutischen, präventiven und rehabilitativen Aspekten der Erkrankungen alter Menschen [10].

In ihrer Broschüre „Was ist Geriatric?“ [11] definiert eine Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatric und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie die wesentlichen Inhalte geriatricer Tätigkeit in 17 Dimensionen.

1. Geriatriche Medizin befasst sich mit den altersbedingten Faktoren, die das Wissen vieler medizinischer Fachgebiete modifizieren (*Wissensmodifikation*).
2. Geriatriche Medizin beschäftigt sich gleichzeitig oder zeitlich versetzt mit vielen verschiedenen aktiven oder inaktiven Krankheiten (*Multimorbidität*).
3. Geriatriche Medizin befasst sich unter präventiven Gesichtspunkten mit der Identifikation von Risikopatienten (*Risikoerkennung*).
4. Geriatriche Medizin wird oft angesichts des geistigen Niedergangs der Kranken geleistet (*senile Demenz*).
5. Geriatriche Medizin muss sich mit dem Problem gestörter Willensbildung und dem besonderen rechtlichen Schutzbedürfnis der Kranken befassen (*Einwilligungsfähigkeit und Schutz von Rechten*).
6. Geriatriche Medizin findet im Spannungsfeld von körperlichen und psychischen Veränderungen statt (*psychosomatische Zusammenhänge*).
7. Geriatriche Medizin erfordert das Gewichten von unterschiedlichen Notwendigkeiten und Maßnahmen und die Beschränkung auf eine begrenzte Zahl dieser Maßnahmen (*Hierarchisierung*).
8. Geriatriche Medizin beinhaltet die Wiederherstellung, Verbesserung und Erhaltung von Funktionen (*Rehabilitation*).

9. Geriatrische Medizin befasst sich mit chronischen, unumkehrbaren Krankheiten (*Irreversibilität*).
10. Geriatrische Medizin findet bis zum oder angesichts des Todes statt (*Todesnähe*).
11. Geriatrische Medizin bedeutet die Gleichzeitigkeit unterschiedlicher Grundeinstellungen: das irreversible Leiden fürsorglich zu begleiten und die Krankheit dennoch therapeutisch aktiv zu bekämpfen (*Polarität*).
12. Geriatrische Medizin stellt die Kontinuität der Versorgung sicher (*Weiterversorgung*).
13. Geriatrische Medizin sieht den Patienten in seiner individuellen Lebenssituation (*Umfeldbezogenheit*).
14. Geriatrische Medizin beinhaltet die Zusammenarbeit mit Angehörigen (*Angehörigenarbeit*).
15. Geriatrie bedeutet beratendes Hineinwirken in andere Gebiete der Medizin (*Konsiliarwirkung*).
16. Geriatrische Medizin lebt von der Kooperation mit benachbarten Berufsgruppen (*Interdisziplinarität*).
17. Geriatrische Medizin findet im Zeichen institutioneller, administrativer und struktureller Entwicklungen statt (*strukturell-organisatorischer Umbruch*).

Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation

Eine Besonderheit der Geriatrie in Deutschland ist ihre Unterteilung in Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation. Stehen bei der Behandlung des geriatrischen Patienten akutmedizinische Belange im Vordergrund, wird im Allgemeinen von Akutgeriatrie gesprochen. Überwiegen die rehabilitativen Aspekte, dann handelt es sich um geriatrische Rehabilitation. Es ist allerdings zu betonen, dass die Grenzen zwischen Versorgungsformen fließend und nicht eindeutig definiert sind, denn Geriatrie beinhaltet immer auch Rehabilitation. Diese international nicht vorhandene Aufspaltung in akute und rehabilitative Geriatrie wird als historisch gewachsen beschrieben [12], gilt aber als medizinisch nicht begründet [13,14].

„Der geriatrische Patient ist immer derselbe, unabhängig davon, ob er sich in einer stationären Einrichtung mit einem Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 i. V. m. § 109 SGB V oder § 111 SGB V befindet“ [7].

Organisationsformen

Mit der geriatrischen Medizin eng verbunden ist der Begriff des therapeutischen Teams. Geriatrie hat zum Ziel, ältere Patienten nach akuter Erkrankung oder bei drohender Unselbständigkeit wieder auf den Weg zur Selbständigkeit zu bringen und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Für ein Erreichen dieser Ziele ist das koordinierte Zusammenwirken von Spezialisten aus unterschiedlichen medizinisch-therapeutischen Berufsgruppen unerlässlich. Zusammen mit dem geriatrischen Patienten, den Angehörigen und dem interdisziplinären therapeutischen Team wird das gemeinsame Therapieziel formuliert und ein Therapiekonzept erstellt. Tab. 1 beschreibt die Zusammensetzung eines multiprofessionellen, ärztlich geleiteten therapeutischen Teams, wie sie von der Bundesarbeitsgemeinschaft der klinisch-geriatrischen Einrichtungen e. V. [10] empfohlen wird.

Tab. 1 Das therapeutische Team in der Geriatrie [10]

<i>Das therapeutische Team in der vollstationären Geriatrie</i>	
Ärzte	1:10–1:12
Pflegekräfte	1:1,4–1:1,8
Physiotherapie	1:8–1:12
Ergotherapie	1:10–1:12
Massage- und Badeabteilung	1:20–1:30
Logopädie	1:30–1:40
Neuropsychologie	1:40
Sozialarbeit	1:40–1:50
Seelsorge	1:100
Diätassistenz	1:100
Konsiliardienste für alle angrenzenden Fächer Musiktherapie (optional)	

Facharztqualifikation der Leiter von Einrichtungen

Nach Einschätzung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen [10] wird die ärztliche Leitung von geriatrischen Krankenhausabteilungen in der Regel durch Internisten, seltener durch Neurologen oder Allgemeinmediziner jeweils mit der Weiterbildung für klinische Geriatrie wahrgenommen. Auch die dort tätigen Oberärzte sind überwiegend Internisten, die sich auch in der Weiterbildung zum Geriater befinden können.

Aktuelle Strukturen und Bedarfsschätzungen

Geriatrische Konzepte und Strukturen in den Bundesländern

Allgemeines

Geriatrie wird in einigen Bundesländern ausschließlich als Krankenhausbehandlung nach § 108/§ 109 SGB V, in anderen als medizinische Rehabilitationsmaßnahme nach § 111 SGB V durchgeführt. In der Mehrzahl der Länder existieren beide Formen der Versorgung nebeneinander mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten. In den meisten Fällen wird Geriatrie in Deutschland als Krankenhausbehandlung nach § 108/109 SGB V eingestuft.

„Es ist eine historisch gewachsene Besonderheit, dass der weitgehend selbe ältere Patient je nach seinem Wohnort und je nach Bundesland einmal nach den Bedingungen des § 109 SGB V, ..., und einmal nach den Kategorien von zunächst in die Gesundheitsreform nicht einbezogenen Versorgungsverträgen nach § 111 SGB V behandelt wird“ [12].

Im Folgenden werden die spezifischen Geriatriekonzepte einiger Bundesländer exemplarisch vorgestellt.

Baden-Württemberg

Das Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2001 [15] beschreibt geriatrische Rehabilitation als eine Kombination aus Rehabilitation, Kuration und Prävention, die bereits im Akutkrankenhaus beginnt, dann aber, sofern im Einzelfall notwendig, als Anschlussheilbehandlung konsequent in ortsnahen Rehabilitationseinrichtungen fortgesetzt werden soll.

Die Akutkrankenhäuser des drittgrößten deutschen Bundeslandes bieten eine dreistufige geriatrische Versorgung wie folgt an:

- *geriatrische Grundversorgung* an allen Akutkrankenhäusern sichergestellt durch mindestens einen geriatrisch qualifizierten Arzt in jedem Allgemeinkrankenhaus und entsprechende Fort- und Weiterbildung für die Mitarbeiter im therapeutischen und pflegerischen Bereich;
- ein *geriatrischer Schwerpunkt* in jedem der 36 Stadt- und Landkreise das sind von geriatrisch qualifizierten Ärzten geleitete Referenzeinrichtungen, die neben der ärztlich-konsiliarischen Versorgung auch Beratungs- und Qualifizierungsaufgaben für alle geriatrisch tätigen Ärzte und Einrichtungen im Kreis wahrnehmen;
- ein *Geriatrisches Zentrum* an jedem Standort der Maximalversorgung dies sind von geriatrisch qualifizierten Ärzten geleitete Referenzzentren für die geriatrischen Schwerpunkte in der Region, die zusätzlich zu den Aufgabengebieten von geriatrischen Schwerpunkten noch Fortbildungsaufgaben im Bereich der Geriatrie und originäre therapeutische Aufgaben wahrnehmen und in der Regel über stationäre und teilstationäre Behandlungsangebote verfügen.

Der überwiegende Teil der geriatrischen Rehabilitation soll jedoch möglichst nahtlos im Anschluss an die Akutbehandlung in wohnortnahen geriatrischen Reha-Einrichtungen erfolgen. Folgerichtig sind daher 79% der 2264 geriatrischen Betten Baden-Württembergs Betten der geriatrischen Rehabilitation nach § 111 SGB V. 51% der geriatrischen Betten stehen in Reha-Kliniken, 28% in zumeist kleinen Fachkliniken für Geriatrie, Innere Medizin oder Psychiatrie und Neurologie, die restlichen 21% in allgemeinen Krankenhäusern.

Bayern

Auch das bayerische Geriatriekonzept setzt seine Schwerpunkte in der Schaffung geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen [16]. Noch konsequenter als in Baden-Württemberg gibt es hier fast ausschließlich Betten der geriatrischen Rehabilitation nach § 111 SGB V. Nur das Klinikum Bayreuth und eines der städtischen Krankenhäuser in München verfügt über jeweils eine akutgeriatrische Einrichtung. 95% der 2157 geriatrischen Betten Bayerns sind Betten der geriatrischen Rehabilitation nach § 111 SGB V.

Um bereits vorhandene Einrichtungen wirtschaftlich sinnvoll zu nutzen, gibt das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen dabei der Umwidmung nicht mehr bedarfsnotwendiger Akutbetten respektive Krankenhausabteilungen oder auch ganzer Krankenhäuser den Vorrang vor der Schaffung neuer geriatrischer Rehabilitationskliniken. Aus diesem Grund finden wir fast zwei Drittel aller geriatrischen Betten Bayerns in allgemeinen Krankenhäusern (41%) sowie in Fachkliniken für Geriatrie, Innere Medizin oder Psychiatrie und Neurologie (22%).

Bremen

Mit derzeit 176 akutgeriatrischen Betten in 4 großen Krankenhäusern verfolgt der Bremer Senat das Konzept der Einrichtung geriatrischer Abteilungen in Akutkrankenhäusern, von denen die erste 1995 in Betrieb gegangen ist [17].

Rheinland-Pfalz

Da sich die Krankenhäuser vor dem Hintergrund einer zunehmenden Alterung der bundesdeutschen Bevölkerung ohnehin vermehrt auf die Behandlung älterer Menschen einstellen müssen, sieht das Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz für die stationäre Akutversorgung keinen Bedarf an speziellen geriatrischen Abteilungen.

Ähnlich wie schon für Baden-Württemberg und Bayern beschrieben, besteht auch hier nach Auskunft des zuständigen Ministeriums lediglich ein Bedarf an geriatrischen Rehabilitations-einrichtungen für die Zeit nach dem Aufenthalt in einem Akut-krankenhaus. Diese Einrichtungen sollen grundsätzlich kostenneutral durch Umwandlung bestehender Akut- oder Rehabilitationskapazitäten erreicht werden. Die Bedarfsabschätzung des Ministeriums geht von benötigten 900 Betten für das Land aus, von denen bisher 432 realisiert sind. 70% dieser Betten stehen in Reha-Kliniken, die restlichen 30% in geriatrischen Kliniken.

Strukturerhebung LMU 2001

Bereits im Herbst 2000 hatte das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung die geriatrischen Strukturen in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland untersucht. Allerdings wurde diese Erhebung in aggregierter Form, nicht differenziert nach einzelnen Kliniken durchgeführt [8,9]. Es konnten aufgrund dieser Daten keine Aussagen darüber getroffen werden, um welche Art von Krankenhaus es sich handelt und über wie viele Betten das jeweilige Haus insgesamt verfügt. Die Ergebnisse der BMA-Erhebung waren deshalb für uns nur eingeschränkt, im Sinne einer Validierung unserer eigenen Zahlen, verwendbar.

Die folgenden Analysen basieren auf Daten, die in der Zeit von Mai bis Juli 2001 in den zuständigen Sozialministerien der 16 Bundesländer erhoben wurden. Es werden ausschließlich vollstationäre Versorgungsstrukturen untersucht.

Die Angaben über Art und Größe der Krankenhäuser können weitestgehend als aktuell betrachtet werden. Sie wurden für drei Viertel der Kliniken dem Krankenhausadressbuch 2001 [18] entnommen. Bei knapp 19% der Kliniken stammen diese Informationen von der Internet-Homepage der Klinik oder wurden direkt telefonisch erfragt. Nur vereinzelt (4,3%) musste auf ältere Informationsquellen zurückgegriffen werden (z. B. Krankenhausverzeichnis des Statistischen Bundesamtes von 1995). Diese Informationen entsprechen möglicherweise in dem einen oder anderen Fall nicht mehr den aktuellen Gegebenheiten.

Unterschiede zu den Resultaten des BMA ergeben sich für die Länder Baden-Württemberg, Bayern und Saarland. Dort sind in der Zeit zwischen den beiden Befragungen neue Einrichtungen dazugekommen. Im Gegensatz dazu wurden für die Länder Hessen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt weniger geriatrische Einrichtungen angegeben als bei der BMA-Erhebung. Die Gründe hierfür ließen sich trotz telefonischer Rückfragen in den Ministerien nicht klären. Die übermittelten Daten wurden von Seiten der Ministerien als aktuell und valide bestätigt.

Den geriatrischen Patienten stehen im Sommer 2001 insgesamt 16297 Betten in 314 Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken zur Verfügung (Tab. 2). In 43% dieser Einrichtungen werden die Patienten nach § 111 SGB V geriatrisch-rehabilitativ, in den

Tab. 2 Geriatrische Betten in Deutschland 2001 – nach Bundesländern

	Anzahl Einrichtungen	Betten nach § 108/109 SGB V	Betten nach § 111 SGB V	geriatrische Betten gesamt	geriatrische Betten pro 100 000 Einwohner
Baden-Württemberg	47	478	1786	2264	21,6
Bayern	48	100	2057	2157	17,8
Berlin	17	1273	64	1337	39,5
Brandenburg	11	566	70	636	24,5
Bremen	4	176	0	176	26,6
Hamburg	10	940	0	940	55,1
Hessen	24	1038	74	1112	18,4
Mecklenburg-Vorpommern	5	22	204	226	12,6
Niedersachsen	17	390	331	721	9,1
Nordrhein-Westfalen	71	3255	944	4199	23,3
Rheinland-Pfalz	11	0	432	432	10,7
Saarland	8	141	310	451	42,1
Sachsen	9	222	268	490	11,0
Sachsen-Anhalt	22	519	60	579	21,9
Schleswig-Holstein	5	202	0	202	7,3
Thüringen	5	375	0	375	15,3
Deutschland insgesamt	314	9697	6600	16297	19,8

Quelle: Sozialministerien der Länder 2001; eigene Berechnungen

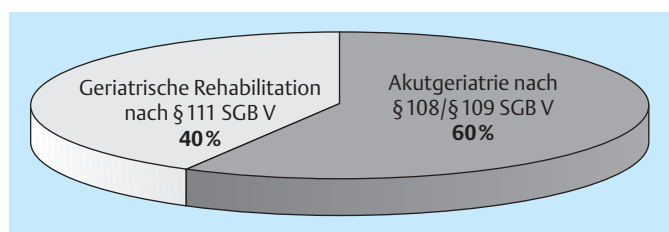


Abb. 1 Geriatrische Betten in Deutschland – Akutgeriatrie und Geriatrische Rehabilitation.

restlichen 57% der Einrichtungen nach § 108/109 SGB V akutgeriatrisch behandelt. Die größte Bettenkapazität nach absoluten Zahlen findet sich erwartungsgemäß in den bevölkerungsreichsten Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg. Bezieht man in diese Betrachtung allerdings die Einwohnerzahl der Bundesländer mit ein, so scheint Hamburg mit 55,1 Betten pro 100 000 Einwohner im Vergleich zu den übrigen Bundesländern mit Abstand über die umfangreichsten geriatrischen Versorgungsstrukturen zu verfügen. Auf den nächsten Plätzen folgen das Saarland und die beiden anderen Stadtstaaten Berlin und Bremen. Die in Relation zur Bevölkerungsgröße geringste Versorgungsdichte mit nur 7,3 Betten pro 100 000

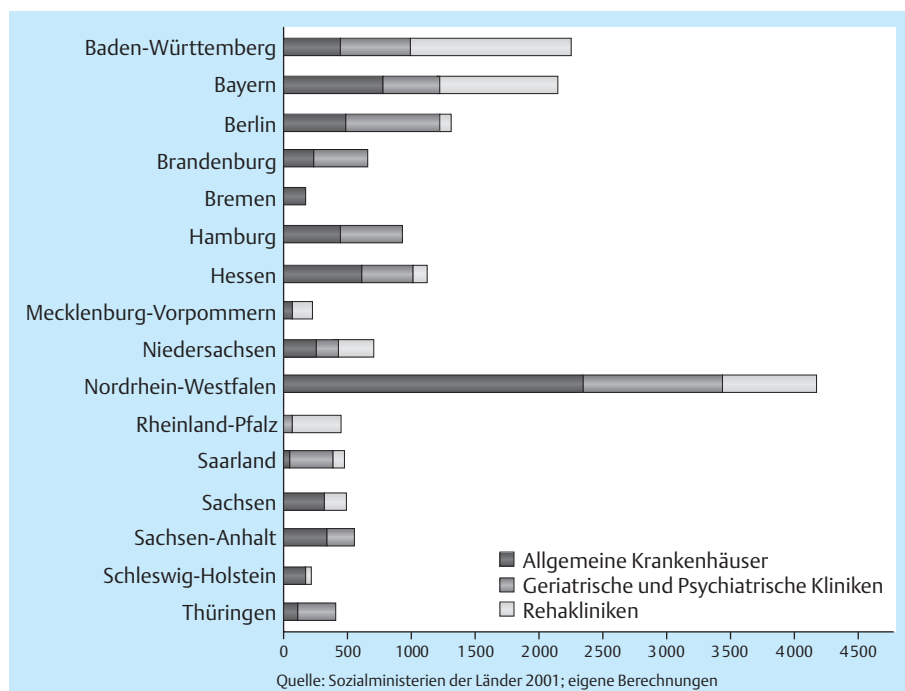


Abb. 2 Geriatrische Betten nach Art der Klinik 2001 – nach Bundesländern.

Einwohner findet sich in Schleswig-Holstein. Allerdings ist gerade hier anzunehmen, dass der angrenzende Stadtstaat Hamburg einen Teil der Versorgung mit übernimmt. Interessant zu sehen sind dabei, wie weiter oben schon angedeutet, die unterschiedlichen geriatrischen Konzepte in den Bundesländern. Auffallend ist beispielsweise, dass es in Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein und Thüringen überhaupt keine geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen gibt, während die Geriatrie in Rheinland-Pfalz ausschließlich in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen stattfindet.

Geriatrische Betten finden sich in verschiedenen Arten von Krankenhäusern (Tab. 3). Mit 43% am größten ist der Anteil geriatrischer Betten in allgemeinen Krankenhäusern, gefolgt von geriatrischen Kliniken (28%) und Rehabilitationskliniken (26%). Nur ein kleiner Teil der Betten (3%) steht in Fachkrankenhäusern für Psychiatrie oder Psychiatrie und Neurologie. Dabei befinden sich sowohl Betten für die geriatrische Rehabilitation nach § 111 SGB V in allgemeinen Krankenhäusern und anderen Akuthäusern als auch vereinzelt akutgeriatrische Betten nach § 108/109 SGB V in Rehabilitationskliniken. Eine Besonderheit ist in Niedersachsen anzutreffen. Hier bieten nahezu alle Kliniken mit geriatrischen Strukturen eine integrierte Versorgung an in der Form, dass den Patienten sowohl akutgeriatrische Betten als auch Betten der geriatrischen Rehabilitation zur Verfügung stehen.

Tab. 3 Geriatrische Betten nach Art der Klinik

Art der Klinik	akutgeriatrische § 109 SGB V	geriatrische Rehabilitation § 111 SGBV	geriatrische Betten gesamt
allgemeines Krankenhaus	5545	1465	7010
Reha-Klinik	228	3989	4217
FKH Psychiatrie/Neurologie	292	145	437
geriatrische Klinik	3632	1001	4633
gesamt	9697	6600	16297

Quelle: Sozialministerien der Länder 2001; eigene Berechnungen

Bezieht man in diese Betrachtungen zusätzlich die Größe der Klinik mit ein, so zeigt sich für die Akuthäuser (eingeschlossen geriatrische und psychiatrische Kliniken), die über geriatrische Abteilungen verfügen, ein Schwerpunkt bei den kleineren Häusern bis maximal 400 Betten (Abb. 3). Mehr als die Hälfte (51%) aller geriatrischen Betten stehen in Akutkrankenhäusern dieser Größenordnung, gut ein Viertel befindet sich in Rehabilitationskliniken. Mit insgesamt 70% stehen mehr als zwei Drittel aller im Akuthaus angesiedelten geriatrischen Betten in Kliniken mit maximal 400 Betten und nur 5% in den sehr großen Kliniken mit 800 und mehr Betten (Abb. 4).

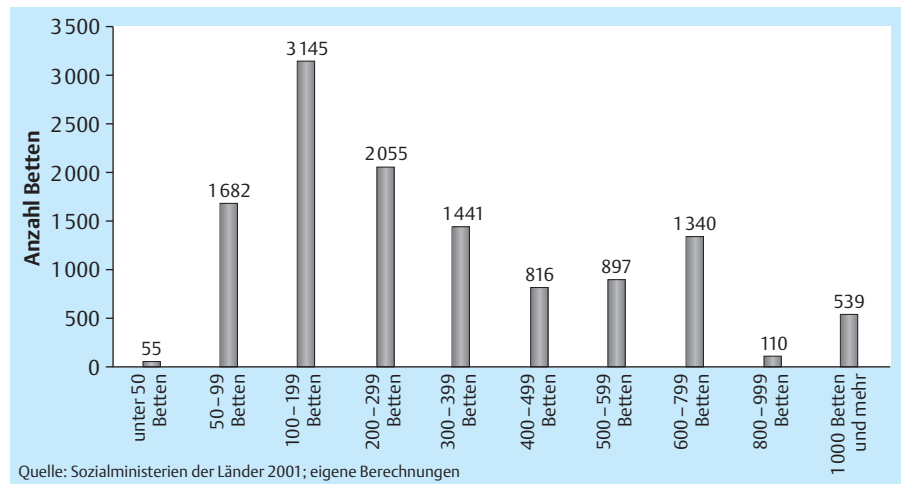


Abb. 3 Geriatrische Betten in Akutkrankenhäusern (einschl. Fachkliniken) – nach Größe des Krankenhauses.

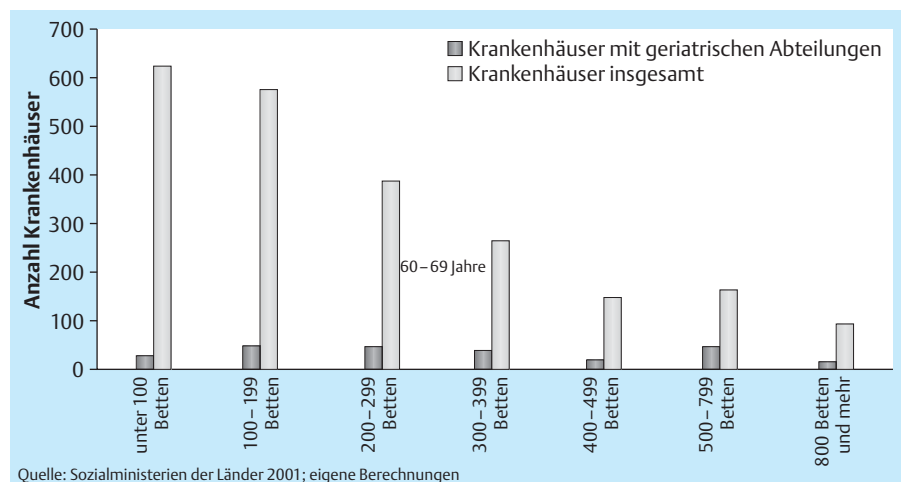


Abb. 4 Anzahl Krankenhäuser mit geriatrischen Abteilungen im Vergleich zu Gesamtanzahl Krankenhäuser – nach Größe der Krankenhäuser.

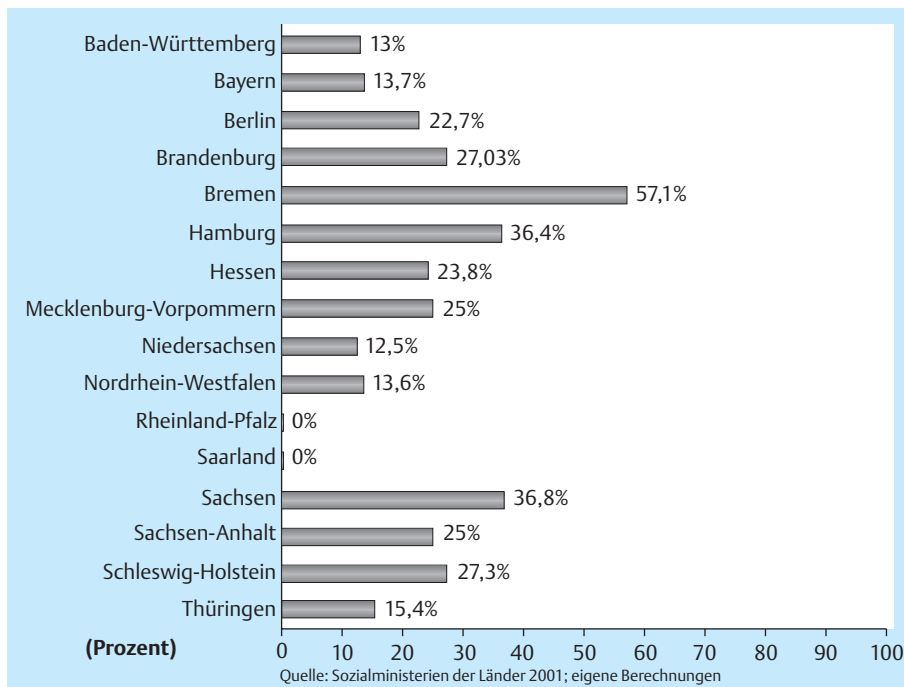


Abb. 5 Anteil der Krankenhäuser (> 400 Betten) mit geriatrischen Abteilungen an der Gesamtanzahl Krankenhäuser (> 400 Betten) des jeweiligen Bundeslandes.

Eine Gegenüberstellung der Gesamtanzahl von Krankenhäusern in den verschiedenen Größenkategorien und der Anzahl von Krankenhäusern mit geriatrischen Abteilungen der jeweils gleichen Größenordnung (Abb. 4) veranschaulicht über alle Klassen hinweg den insgesamt nur relativ geringen Anteil an Krankenhäusern, die über geriatrische Strukturen verfügen. Die prozentualen Anteile bewegen sich für die Mehrzahl der Größenklassen zwischen 4,6 und 13,5%. Lediglich unter den Häusern in der Kategorie 500 bis unter 800 Betten ist im Durchschnitt jedes vierte mit geriatrischen Betten ausgestattet.

Eine Ausstattung der größeren Krankenhäuser in der Kategorie 400 und mehr Betten mit Abteilungen der Akutgeriatrie oder geriatrischen Rehabilitation ist in den Bundesländern nicht gleichermaßen gegeben (Abb. 5). Nur in Bremen verfügt jedes zweite, in Hamburg und Sachsen etwa jedes dritte Krankenhaus dieser Größenordnung über derartige Einrichtungen. In Rheinland-Pfalz und im Saarland dagegen hat kein einziges der entsprechenden Häuser geriatrische Betten, in Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Thüringen nur etwa jedes zehnte. In allen anderen Bundesländern ist ungefähr jedes vierte Krankenhaus dieser Größe mit einer geriatrischen Abteilung ausgestattet. Bundesweit beträgt der Anteil der Krankenhäuser, die mehr als 400 Betten haben und über eine geriatrische Abteilung verfügen, knapp 18%.

Bedarfsschätzungen

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der klinisch-geriatrischen Einrichtungen e.V. geht in ihren „Empfehlungen für die klinisch-geriatrische Behandlung“ [10] von einem Bedarf von 50–60 Betten pro 100 000 Einwohnern aus. Diese Zahl wird häufig zitiert, wenn es darum geht, den zukünftigen Bedarf an geriatrischen Versorgungsstrukturen in Zahlen zu fassen [8,19]. Erkennt man diese Empfehlungen an, so würde das bedeuten, dass derzeit mit Ausnahme von Hamburg in allen Bundesländern (vor allem in Schleswig-Holstein und Niedersachsen) ein z.T. erheblicher *Mangel an geriatrischen Betten besteht* (vgl. Tab. 2).

Gemäß einer randomisierten Studie von Rubenstein [20] ist das geriatrische Behandlungsangebot für ca. 5% aller über 65-jährigen Patienten eines Akutkrankenhauses geeignet. Bei 5,7 Mio. Patienten > 65 Jahre und einer durchschnittlichen Verweildauer in der Geriatrie von 18,8 Tagen in Deutschlands Krankenhäusern für das Jahr 1999 würde sich demnach für die Bundesrepublik ein Bedarf von mehr als 17 000 geriatrischen Betten errechnen (VD 18,8 Tage → 16,5 Pat./Jahr/Bett bei 85% Auslastung [19 bei 100%]; 5% von 5,7 Mio. Pat. > 65 J. → 285 000 geriatrische Patienten; 285 000 : 16,5 = 17 273 Betten [15 000 bei 100% Auslastung]). Bei einem Bestand von derzeit 12 080 geriatrischen Betten (§ 109 und § 111) in Krankenhäusern ergibt sich auch mit dieser Berechnung ein klares *Defizit an geriatrischen Betten*.

Andererseits gehen einzelne Bundesländer, wie beispielsweise das Sozialministerium Baden Württemberg, von einer (vorläufigen) Bedarfsdeckung im Jahr 2001 aus [15].

Auch Meier-Baumgartner [21] weist darauf hin, dass die Wartelisten der geriatrischen Kliniken geschrumpft sind und mittlerweile *einige Geriatrien ihre Betten nicht füllen können*.

Als mögliche Gründe dafür nennt er:

1. die insgesamt zu große Anzahl an Krankenhausbetten und das „Vorbeileiten“ geriatrischer Patienten an der Geriatrie infolge von Fallpauschalen, Kürzung der Verweildauern, Kostendämpfung im Rehabilitationsbereich, Pflegeversicherung, Vorgabe „ambulant vor stationär“ etc.,
2. die Geriatrie als ein Querschnittsfach ohne eigenes Profil durch spezielle Diagnosen, die Notwendigkeit von Standards sowie die relativ hohen Kosten der Geriatrie im Vergleich zur herkömmlichen Rehabilitationsklinik,
3. die Heterogenität der geriatrischen Einrichtungen in Deutschland,
4. die Fehlbelegung nichtgeriatrischer Akutkliniken mit geriatrischen Patienten, die dort oft nicht ihren Bedürfnissen gemäß behandelt werden,

5. die Ignoranz der übrigen medizinischen Fachbereiche gegenüber der Geriatrie (Mediziner mit geriatrischen Patienten fühlen sich als Geriater),
6. die Pflegeversicherung, die die Stellung der Geriatrie im Krankenhaus- und Rehabilitationsbereich erschwert hat, da sich die Leistungen der Pflegeversicherung über den Grad der Behinderung definieren,
7. die heute große Anzahl von Spezialisten (für neurologische, orthopädische oder kardiologische Rehabilitation, Facharzt PMR, Osteoporose-, Arthrose-, Schmerzspezialisten etc.), die gerne auch alte Menschen adäquat behandeln wollen und können.

Finanzierung

Für ältere Menschen, die nicht mehr im Erwerbsleben stehen, kommt als *Leistungsträger* für Rehabilitation nur die *Krankenversicherung* in Betracht (denn: Zuständigkeit der Unfallversicherung nur bei Arbeitsunfall und Zuständigkeit der Rentenversicherung nur bei zu erwartender Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit).

Verschiebungen finden hier nur hin zur *Pflegeversicherung* statt. Denn von Verbesserungen für den Patienten während der Krankenhausphase (Geriatrie; Frührehabilitation) profitiert gegebenenfalls die *Pflegeversicherung*, während die *Krankenversicherung* zahlen muss.

Die Rehabilitation wird zwar von der Pflegekasse beantragt (nach dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“), aber von der Krankenkasse finanziert. Dies ist eine der Ursachen dafür, dass Rehabilitationsmaßnahmen bei älteren Menschen häufig gar nicht oder zu spät eingeleitet werden [19,22].

Zahlen zur Leistungserbringung

Gemäß der Krankenhausdiagnosenstatistik des Statistischen Bundesamtes wurden 1999 in Deutschland insgesamt 16,2 Mio.

Patienten in Krankenhäusern vollstationär behandelt. Etwa 35% (5,7 Mio.) dieser Patienten waren 65 Jahre alt oder älter.

Zu dieser Altersgruppe gehörten zum Beispiel mehr als drei Viertel aller Patienten, die wegen Krankheiten des zerebrovaskulären Systems (ICD-9 430–438) im Krankenhaus vollstationär versorgt wurden, darunter 81% aller Strokepatienten (ICD-9 436). Insgesamt waren 60% aller Patienten, die wegen Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-9 390–459), und fast 43% aller Patienten, die wegen Neubildungen (ICD-9 140–239) im Krankenhaus behandelt wurden, 65 Jahre alt oder älter.

Abb. 6 zeigt die häufigsten Hauptdiagnosen bei Krankenhauspatienten in dieser Altersgruppe.

Die häufigsten behandlungsbedürftigen Nebendiagnosen älterer Krankenhauspatienten bei Hauptdiagnose Schlaganfall oder Fraktur sind in Tab. 4 aufgeführt.

Tab. 4 Die häufigsten behandlungsbedürftigen Nebendiagnosen älterer Krankenhauspatienten bei Hauptdiagnose Schlaganfall oder Fraktur (3. Altenbericht, BMFSFJ, S. 75)

	Hauptdiagnose Schlaganfall	Hauptdiagnose Fraktur
Hypertonus	52%	31%
Herzinsuffizienz	28%	22%
Diabetes mellitus II	26%	10%
Demenz	7%	12%

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes wurden 1999 in den damals 166 geriatrischen Fachabteilungen (9082 Betten → Nutzungsgrad 84,9%) in Krankenhäusern (alle in allgemeinen

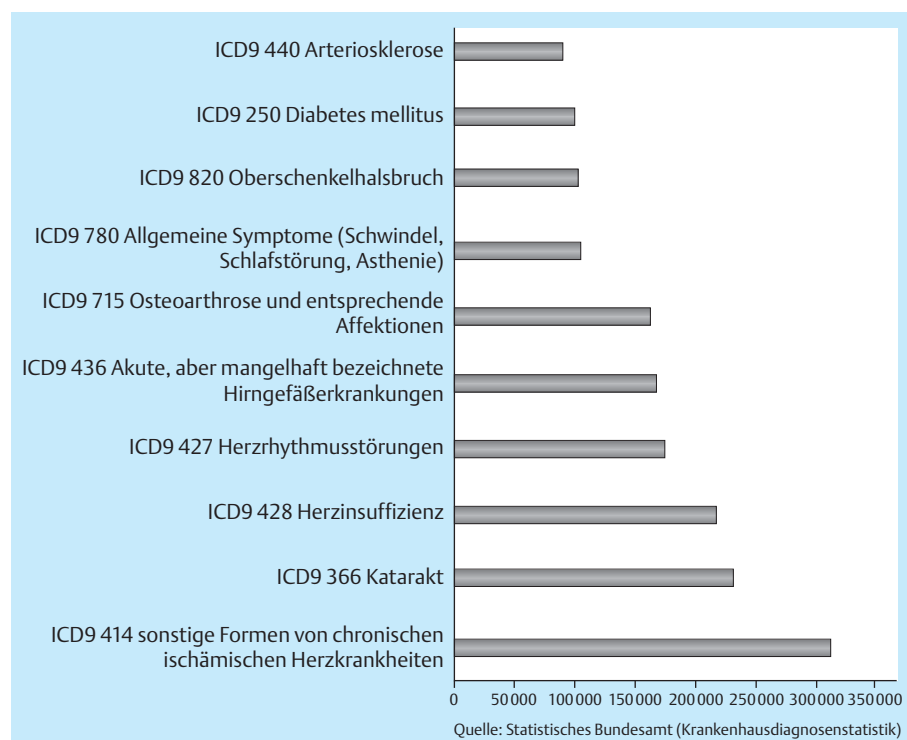


Abb. 6 Die häufigsten Diagnosen bei 1999 vollstationär im Krankenhaus behandelten Patienten im Alter ≥ 65 Jahre.

Krankenhäusern) insgesamt 119607 Patienten behandelt. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 18,8 Tage.

Indikationen, Steuerung und Qualitätssicherung

Indikationen

Die Indikation für eine geriatrische Behandlung kann bei vielen verschiedenen Krankheitsbildern vorliegen. Dazu zählen Patienten mit Erkrankungen, die einen hohen Rehabilitationsbedarf haben, wie beispielsweise Schlaganfall oder neurologische Erkrankungen (z.B. Parkinson-Syndrom), ebenso wie Patienten nach Frakturen oder nach schweren Operationen aufgrund verschiedenster Erkrankungen. Bei den Mitgliedern der BAG der Klinisch-Geriatrien e. V. [14] lag der Schwerpunkt der vollstationären Geriatrie (§ 108 und § 111) in der Behandlung neurologischer Erkrankungen (ca. 39%). An zweiter Stelle standen bei den akutgeriatrischen Einrichtungen die internistischen Erkrankungen (30,8%) und bei den geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen die orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen (37,8%).

Die häufigsten Diagnosen bei älteren Krankenhauspatienten wurden bereits oben beschrieben (Abb. 6). Wichtiger als die Diagnose ist hierbei allerdings die Frage, ob für den Patienten die Gefahr besteht, bleibende Behinderungen zu erleiden, die den Verlust seiner Selbständigkeit im täglichen Leben respektive Pflegebedürftigkeit zur Folge haben können.

Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen beschreibt in seiner „Rahmenkonzeption zur Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung“ von 1995 die Indikationen der geriatrischen Rehabilitation wie folgt:

Voraussetzung für die Indikation einer geriatrischen Rehabilitation sind immer

- drohende oder bestehende Behinderungen und die Gefahr deren Verschlimmerung bzw.
- drohende oder bestehende Pflegebedürftigkeit oder die Gefahr deren Verschlimmerung.

Darüber hinaus sind geriatrische Patienten charakterisiert durch folgende Kriterien, von denen die beiden ersten zwingend und eines der beiden folgenden zusätzlich vorliegen müssen

- höheres Lebensalter,
- Multimorbidität,
- kognitive Störungen und intellektuelle Beeinträchtigungen,
- drohende soziale Dekompensation.

Ob der Patient geeignet und fähig ist, an entsprechenden geriatrischen Maßnahmen teilzunehmen, wird in der Regel mit einem geriatrischen Assessment festgestellt.

Diagnostik – Assessment

Das geriatrische Assessment ist die Bezeichnung für ein diagnostisches Verfahren in der Geriatrie. Diese bedient sich, neben der üblichen Anamnese und Funktionsdiagnostik (Labor, Röntgen, Sonographie etc.), noch weiterer Methoden zur Befunderhebung, um funktionelle Einschränkungen der Patienten zu erkennen und das persönliche Lebensumfeld mit den sozialen Ressourcen zu berücksichtigen. Mit Hilfe von spezifischen Assessmentin-

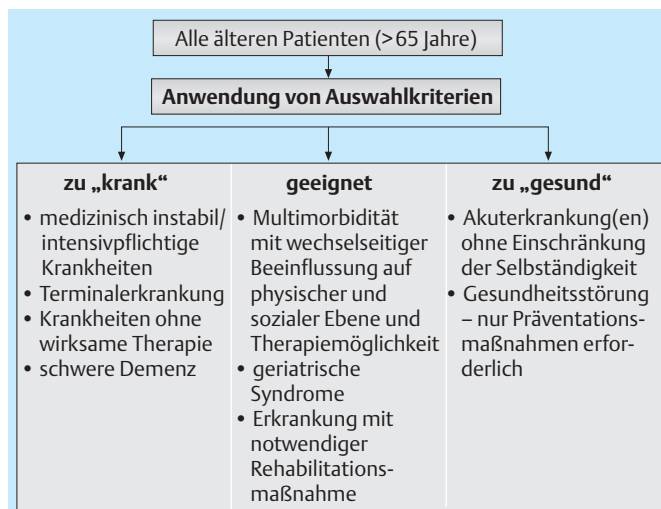


Abb. 7 Kriterien für die Patientenauswahl zur Durchführung eines umfassenden geriatrischen Assessments (nach Nikolaus 2001 [23]).

strumenten versucht man die verschiedenen Dimensionen von Gesundheit zu erfassen.

Ein solches umfassendes geriatrisches Assessment definiert Nikolaus [23] als „einen multidimensionalen und interdisziplinären diagnostischen Prozess mit dem Ziel, die medizinischen, psychosozialen und funktionellen Probleme und Ressourcen des Patienten zu erfassen und einen umfassenden Behandlungs- und Betreuungsplan zu entwickeln“. Der Nutzen einer derartig strukturierten Vorgehensweise für die Patienten konnte in der Vergangenheit in zahlreichen Studien nachgewiesen werden [23,24]. Die Auswahl geeigneter Patienten und geeigneter Assessmentinstrumente hat sich dabei als wichtiger Einflussfaktor für den Erfolg geriatrischer Behandlung erwiesen. Abb. 7 zeigt die Kriterien für die Auswahl von Patienten zur Durchführung eines umfassenden geriatrischen Assessments. Idealerweise sollten sowohl Patienten, die zu gesund, als auch solche, die zu krank sind, um von einer geriatrischen Behandlung zu profitieren, von der Intervention ausgeschlossen werden [12].

Mit dem Ziel, diese Verfahren zu vereinheitlichen und vergleichbar zu machen, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie eine Assessmentkommission (AK) eingerichtet, deren Aufgabe es war, Empfehlungen für die Auswahl geeigneter Instrumente zur Durchführung eines Basisassessments in der Geriatrie zu erarbeiten. Basierend auf Vorarbeiten der deutsch-schweizerischen Arbeitsgruppe AGAST (Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment) und der BKGE (Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatrien) entstanden die in Tab. 5 dargestellten Empfehlungen.

Zugangswege

Für den Zugang von Patienten in geriatrische Abteilungen und Kliniken bestehen verschiedene Möglichkeiten:

1. Direkteinweisung durch einen niedergelassenen Arzt. Grundsätzlich ist eine direkte Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt denkbar. Diese Möglichkeit besteht allerdings nur für akutgeriatrische Einrichtungen nach § 108/109

Tab. 5 Empfehlungen von Instrumenten zur Durchführung eines geriatrischen Assessments (nach Nikolaus 2001 [23])

	AGAST	BKGE	AK
Stufe 1	Screening nach Lachs	–	erweitertes Screening (nach Lachs)
Stufe 2	Barthel-ADL MMSE GDS	Barthel-ADL MMSE	Barthel-ADL MMSE GDS Wohnsituation plus 3 Fragen zur sozialen Situation Mobilitätstest Timed „Up and Go“ Tandem/Semitandemstand
	SOS	Wohnsituation	
	Timed „Up and Go“ Handgrip Geldzähltest Uhrenziffern ergänzen	Timed „Up and Go“	

SGB V. Die Aufnahme in Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation nach § 111 SGB V ist nur über das reguläre Rehabilitationsantragsverfahren möglich.

- Zuweisung über die Notaufnahme eines Krankenhauses. Als ideal wird eine Beteiligung der Geriatrie an den Aufnahmestationen der Krankenhäuser beschrieben [21, 25, 26], wo Geriater und Ärzte anderer Fachgebiete nach einem Basisassessment gemeinsam entscheiden, in welche Abteilung ein Patient aufgenommen werden soll. Dieses Modell gewährleistet die adäquate Versorgung geriatrischer Patienten zum frühestmöglichen Zeitpunkt, so dass Fehlbelegungen nicht-geriatrischer Abteilungen mit geriatrischen Patienten weitgehend vermieden werden können. Es ist in deutschen Krankenhäusern allerdings nur unzureichend realisiert.
- Sekundärzuweisungen von anderen Krankenhäusern oder Verlegung aus anderen akutmedizinischen Abteilungen. Auch für die Verlegung aus anderen Abteilungen oder Krankenhäusern ist im Vorfeld eine fachärztliche Beurteilung einzuholen. Empfehlenswert wäre auch hierfür ein begrenztes geriatrisches Basisassessment.

Eine Zuweisung in die Geriatrie kann auch aufgrund der Empfehlung einer geriatrischen Rehabilitation nach MDK-Gutachten (Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI [„Reha vor Pflege“]) veranlasst werden. Auf dem langen Weg über Pflegekasse und Krankenkasse erfolgt auch hierbei letztendlich eine Einweisung durch den Hausarzt.

Loos et al. [14] zeigen für die Mitglieder der BAG der Klinisch-Geriatrien e.V. im Jahr 1998, dass der weitaus größte Teil der geriatrischen Patienten aus Krankenhäusern aufgenommen wurde (58,7% bei Einrichtungen nach § 108; 87,9% bei Einrichtungen nach § 111). An zweiter Stelle stand die Direktaufnahme der Patienten von zu Hause (34% bei § 108; 10,2% bei § 111). Entlassen wurden die meisten Patienten nach Hause (67,1% bei § 108; 73,6% bei § 111). 14,6% (§ 108) bzw. 13,1% (§ 111) der Patienten wurden nach ihrem Aufenthalt in der Geriatrie in eine Pflegeeinrichtung verlegt.

Qualitätssicherung und Leitlinien Strukturqualität

Die Frage nach der erforderlichen Strukturqualität klinisch-geriatrischer Einrichtungen beantworten die Empfehlungen der

Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrien e.V. [10] mit einer detaillierten Darstellung der notwendigen strukturellen Rahmenbedingungen. Beschrieben werden die erforderliche räumliche und diagnostische Ausstattung, die Qualifikation und die Aufgaben des Fachpersonals sowie der Personalbedarf in Abhängigkeit von der Größe der jeweiligen Einrichtung (s. a. Tab. 1).

Prozessqualität

Die Prozessqualität beinhaltet alle Maßnahmen, die im Laufe der Behandlung eines Patienten ergriffen wurden. Ihr Gegenstand ist die Analyse einzelner Aufgaben der Leistungserbringung. Im Bereich der Geriatrie gehören dazu die Durchführung eines umfassenden, multidimensionalen, geriatrischen Assessments, die Erstellung eines Behandlungsplanes und die Formulierung eines Behandlungsziels sowie die optimale Zusammenarbeit des therapeutischen Teams, das durch einen Arzt geleitet und koordiniert wird. Unerlässlich ist zudem die Erstellung einer Verlaufsdokumentation für jeden Patienten, die von allen beteiligten Berufsgruppen gewährleistet werden muss [10].

Ergebnisqualität

Zur Evaluierung des Behandlungserfolges in der Geriatrie ist eine einheitliche Basisdokumentation unabdingbar. Im Auftrag der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrien e.V. definierte eine Arbeitsgruppe der BAG Mitte der 90er Jahre einen Minimaldatensatz, der für die Sicherung der Ergebnisqualität in der Geriatrie verwendet werden sollte. Das Projekt *Gemidas* (Geriatrisches Minimum Data Set) startete im August 1996. *Gemidas* spezifiziert einen Minimaldatensatz, der es erlaubt, grundlegende Informationen zu Merkmalen, Verläufen und Behandlungsergebnissen bei geriatrischen Patienten in voll- und teilstationärer Behandlung zu dokumentieren und institutionenübergreifend zu analysieren. In einem solchen Minimaldatensatz sind neben den Stammdaten und Rahmendaten Angaben über Morbiditätsprofil, Behandlungsergebnis, Selbsthilfefähigkeit, Pflegebedürftigkeit, funktionellen Status und Hilfsmittelversorgung des Patienten enthalten. Alle Behandlungsverläufe werden in einer Zentraldatenbank im Sinne eines „Zentralregisters Geriatrie“ zusammengeführt. Jede der derzeit 69 (Stand: Sept. 2000) aktiv beteiligten Kliniken erhält nach Datentransfer eine Detailauswertung ihrer Daten, die auch eine Rankinganalyse beinhaltet, welche sich aus dem anonymisierten Vergleich mit den übrigen Krankenhäusern ergibt [10, 25, 27].

Auf Landesebene wurde im März 2000 in Bayern unter dem Namen *GiB-DAT* Geriatrie-in-Bayern-Datenbank ein Projekt zur Qualitätssicherung in der Geriatrie gestartet. Geleitet von der Ärztlichen Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern e.V. (AFGiB e.V.) in Kooperation mit der Bayerischen Krankenhausgesellschaft (BKG) verfolgt dieses Projekt das Ziel, möglichst alle Behandlungsfälle der bayerischen Geriatrien in eine gemeinsame Datenbank aufzunehmen und so die Patientenstruktur der geriatrischen Einrichtungen Bayerns abzubilden und die Erfolge der medizinisch-therapeutischen Behandlung zu dokumentieren. Die derzeit 37 teilnehmenden Kliniken (von insgesamt 48) liefern quartalsweise Daten (die Datensätze sind kompatibel mit *Gemidas*) und erhalten im Gegenzug eine Auswertung ihrer eigenen Daten und eine Auswertung des Gesamtdatenbestands. Mit der Kombination beider Auswertungen kann jedes Haus seine Daten bewerten und sehen, wie hoch seine the-

rapeutische und wirtschaftliche Effizienz im Vergleich zum bayernweiten Durchschnitt ist [28].

Diskussion

Auf Basis der neuen Gesetzgebung im Bereich der Rehabilitation muss der Auftrag zur Frührehabilitation im Krankenhaus nun umgesetzt werden. Die Frührehabilitation ist in Bezug auf Versorgungsstrukturen, Organisation und Finanzierung so zu gestalten, dass möglichst alle Patienten, bei denen die Notwendigkeit für eine Frührehabilitation besteht, erfasst und optimal versorgt werden.

In begrenztem Umfang stehen bereits heute in den Krankenhäusern Strukturen der Frührehabilitation zur Verfügung. Zu nennen sind hier neben den geriatrischen Abteilungen die Einrichtungen der neurologischen sowie der indikationsübergreifenden Frührehabilitation und nicht zuletzt die medizinischen Therapeuten, meist Physiotherapeuten, die in den Krankenhäusern auch rehabilitativ tätig sind, allerdings meist ohne ärztlich qualifizierte Leitung.

Im Bereich der Geriatrie gibt es in Deutschland derzeit 16297 Betten (Akutgeriatrie und geriatrische Rehabilitation). Mehr als die Hälfte (51%) dieser Betten stehen in Akutkrankenhäusern mit einer Größe unter 400 Betten, gut ein Viertel befindet sich in Rehabilitationskliniken. Der Anteil an großen Akutkrankenhäusern (400 Betten und mehr) mit geriatrischen Abteilungen unterscheidet sich sehr stark in den einzelnen Bundesländern. Nur in Bremen verfügt jedes zweite, in Hamburg und Sachsen jedes dritte große Akutkrankenhaus (400 Betten und mehr) über geriatrische Betten. Bundesweit sind nicht einmal 20% aller Krankenhäuser dieser Größe mit geriatrischen Abteilungen ausgestattet.

In den einzelnen Bundesländern wurden in der Vergangenheit unterschiedliche geriatrische Konzepte realisiert. Während in den Stadtstaaten Bremen und Hamburg sowie in Schleswig-Holstein und Thüringen Geriatrie ausschließlich als Krankenbehandlung nach § 108/109 SGB V im Akutkrankenhaus praktiziert wird, geben andere Länder, wie beispielsweise Rheinland-Pfalz oder Mecklenburg-Vorpommern, der geriatrischen Rehabilitation nach § 111 SGB V den Vorzug. Insgesamt überwiegt in den meisten Bundesländern der Anteil akutgeriatrischer Betten. In vielen Bundesländern kann allerdings vom Versorgungsauftrag nicht auf die tatsächlich versorgte Patientenklientel geschlossen werden. Es finden sich (z. T. sogar in demselben Bundesland) geriatrische Abteilungen, die eher akutmedizinisch, und solche, die eher frührehabilitativ orientiert sind. Der unterschiedliche „case-mix“ hängt in vielen Fällen von lokalen Faktoren ab, so dass eine realistische Einschätzung des Versorgungsgeschehens ohne Berücksichtigung dieser Faktoren nicht valide ist.

Über die Leistungsfähigkeit und Qualität der einzelnen geriatrischen Abteilungen kann hier keine Aussage getroffen werden. Ebenso wenig lässt sich die Frage beantworten, ob die vorhandenen geriatrischen Strukturen zur Bedarfsdeckung ausreichen. Glaubt man den „Empfehlungen für die klinisch-geriatrische Behandlung“ [10], so verfügt unter allen Bundesländern lediglich Hamburg über die notwendige Anzahl von 50–60 geriatrischen

Betten pro 100000 Einwohner. Alle anderen Bundesländer wären demnach zum Teil erheblich unterversorgt. Andererseits deuten andere Aussagen wie zum Beispiel im Geriatriekonzept des Landes Baden-Württemberg darauf hin, dass inzwischen zumindest vorläufig in einigen Regionen der Bedarf an geriatrischen Betten gedeckt ist [15]. Die demografische Entwicklung [6] allerdings lässt auch für die Zukunft einen weiter steigenden Bedarf an geriatrischen Strukturen erwarten.

Auch die heute vorhandenen geriatrischen Strukturen scheinen nicht immer optimal genutzt zu werden. Geriatrische Patienten werden im Krankenhaus häufig nicht adäquat auf herkömmlichen Abteilungen behandelt, die Zuweisung von Patienten in die Geriatrie erfolgt oft nur dann, wenn alle anderen Fachabteilungen belegt sind [21].

Wichtig ist daher die Frage der optimalen Zuweisung von Patienten in die Geriatrie, ebenso wie in die neurologische oder die indikationsübergreifende Frührehabilitation. Dabei müssen sowohl die jeweils unterschiedlichen Bedürfnisse der Patienten als auch die regionalen Gegebenheiten Berücksichtigung finden.

Damit der richtige Patient zur richtigen Zeit in der richtigen Frührehabilitationseinrichtung behandelt werden kann, bedarf es eines übergeordneten Case-Managements. Kriterien für die Zuweisung von Patienten zu den verschiedenen Arten von Frührehabilitationseinrichtungen könnten sich am Modell der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) orientieren.

Geriatrie beinhaltet immer auch Rehabilitation und hat in diesem Punkt eine Gemeinsamkeit mit der indikationsübergreifenden und der neurologischen Frührehabilitation: den *gleichzeitigen Bedarf an rehabilitativen und akutmedizinischen Leistungen* für den Patienten.

Neurologische Erkrankungen sind in allen Bereichen der Frührehabilitation die häufigsten zu behandelnden Probleme. Neurologische Patienten, die einer Frührehabilitation bedürfen, werden deshalb in vielen Fällen in Einrichtungen der Neuro-Phase-B zu finden sein. Sie werden aber auch in der indikationsübergreifenden Frührehabilitation oder, sofern es sich um ältere Patienten handelt, in der Geriatrie (81% der Strokepatienten sind 65 Jahre und älter) behandelt.

Ältere Menschen sind im Bereich der Frührehabilitation eine wichtige Patientengruppe. Ältere Patienten werden, sofern sie einer Frührehabilitation bedürfen, häufig in geriatrische Abteilungen verlegt. Sie werden aber auch in der Neuro-Phase-B, wenn es sich um Patienten mit neurologischen Erkrankungen handelt, oder in der indikationsübergreifenden Frührehabilitation behandelt.

Sowohl die Geriatrie als auch die Neurologie verfügen im Rahmen der Frührehabilitation über spezielle Kompetenzen für wichtige Krankheits- respektive Personengruppen. Es erstaunt von daher nicht, dass Strukturen der Frührehabilitation zuerst in diesen beiden Bereichen etabliert wurden. Noch heute findet Frührehabilitation überwiegend in der Neurologie und in der Geriatrie statt.

Doch nicht jeder Patient, der eine Frührehabilitation braucht, ist ein geriatrischer oder ein neurologischer Patient. Aus diesem Grund wurden in den 90er Jahren in einigen Akutkrankenhäusern Abteilungen der indikationsübergreifenden Frührehabilitation, die meisten gefördert vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, eingerichtet [1].

Zwar könnten grundsätzlich alle Patienten mit Frührehabilitationsbedarf in der indikationsübergreifenden Frührehabilitation behandelt werden. Aufgrund 1. der großen Häufigkeit von neurologischen Funktionsstörungen und von Frührehabilitationsbedarf bei älteren Menschen mit besonderen Bedürfnissen und 2. der speziellen Kompetenzen in der neurologischen und der geriatrischen Frührehabilitation ist auch die Vorhaltung von indikationsspezifisch ausgelegten Frührehabilitationsstrukturen sinnvoll. Ebenso zu befürworten, sowohl konzeptionell als auch infrastrukturell, ist eine Kombination von indikationsübergreifenden und indikationsspezifischen frührehabilitativ ausgerichteten Einrichtungen.

So wäre zum Beispiel eine Erweiterung von bereits bestehenden Ressourcen in Geriatrie oder Neurologie um den Bereich der indikationsübergreifenden Frührehabilitation unter Einbeziehung der entsprechenden Qualifikation für PRM denkbar. Da der Bedarf für indikationsübergreifende Frührehabilitation aufgrund der Patientenstruktur primär in großen Akutkrankenhäusern anfällt [1], müssten dazu aber entsprechende Einrichtungen in diesen Häusern vorgehalten werden, was heute, wie unsere Analyse zeigt, nur selten der Fall ist.

Umgekehrt wäre auch die Integration geriatrischer oder neurologischer Qualifikationen in bestehende oder noch zu schaffende Abteilungen der indikationsübergreifenden Frührehabilitation möglich.

Wie unsere Analyse zeigt, kann die gesetzlich geforderte Frührehabilitation zumindest teilweise auf vorhandenen Ressourcen, Strukturen und Prozessen im Bereich der geriatrischen Frührehabilitation aufbauen.

Es besteht nun die Aufgabe, die Frührehabilitation flächendeckend und bedarfsgerecht, unter Berücksichtigung bestehender Strukturen und lokaler Besonderheiten und in enger Abstimmung mit allen frührehabilitativ ausgerichteten Fachgebieten zu etablieren. Dabei muss dem demografisch zu erwartenden erhöhten Bedarf ebenso Rechnung getragen werden wie den steigenden Anforderungen an die Frührehabilitation aufgrund der Erfolge der hochtechnisierten Akutmedizin.

Literatur

- 1 Stucki G, Stier-Jarmer M, Berleth B, Gadomski M. Indikationsübergreifende Frührehabilitation. *Phys Rehab Kur Med* 2002; 12: 146 – 156
- 2 Stucki G, Stier-Jarmer M, Gadomski M, Berleth B, Smolenski U. Konzept zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation im Akutkrankenhaus. *Phys Rehab Kur Med* 2002; 12: 134 – 145
- 3 Stier-Jarmer M, Stucki G. Frührehabilitation im Akutkrankenhaus – Gesetzliche Grundlagen. *Phys Rehab Kur Med* 2002; 12: 129 – 133
- 4 Stier-Jarmer M, Koenig E, Stucki G. Strukturen der neurologischen Frührehabilitation in Deutschland. *Phys Rehab Kur Med*, 2002; 12, in press
- 5 Piek S, Brach M, Fischbacher L, Stucki G. Finanzierung der Frührehabilitation. *Phys Rehab Kur Med*, 2002; 12, in press
- 6 Statistisches Bundesamt. Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050. Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Juli 2000
- 7 Steinhagen-Thiessen E, Hamel G, Lüttje D, Oster P, Vogel W. Der geriatrische Patient – Opfer der Sparmaßnahmen? *Geriatrie Journal* 2000; 3: 16 – 21
- 8 Fuhrmann R. Übersicht über die Versorgungsstrukturen der klinischen und rehabilitativen Geriatrie und ihre Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland. *Z Gerontol Geriat* 2001; 34, Suppl 1: 1/16 – 1/20
- 9 Uhlig T. Entwicklung der Geriatrie in der Bundesrepublik Deutschland. *Z Gerontol Geriat* 2001; 34, Suppl 1: 1/70 – 1/78
- 10 Meier-Baumgartner HP, Hain G, Oster P, Steinhagen-Thiessen E, Vogel W. Empfehlungen für die klinisch-geriatrische Behandlung. Jena: Gustav Fischer, 1998
- 11 Bruder J, Lucke C, Schramm A, Tews HP, Werner H. Was ist Geriatrie? Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie und Deutschen Gesellschaft für Gerontologie zur Definition des Faches Geriatrie. Internetversion über die Homepage der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie <http://www.geriatrie-online.de/> im Dezember 2001; 1. Auflage 1991
- 12 Hofmann W, Ramme M, Vetter U. Die geriatrische Klinik im fallpauschalierten Entgeltsystem. In: Arnold M, Litsch M, Schellschmidt H (Hrsg): *Krankenhaus-Report 2000*. Stuttgart: Schattauer, 2000: 206 – 222
- 13 Leistner K, Meier-Baumgartner HP, Pientka L. Entwurf für eine Hamburger Erklärung. *Z Gerontol Geriat* 2001; 34/1: 57 – 60
- 14 Loos S, Plate A, Dapp U, Lüttje D, Meier-Baumgartner HP, Oster P, Vogel W, Steinhagen-Thiessen E. Geriatrische Versorgung in Deutschland – Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. *Z Gerontol Geriat* 2001; 34: 61 – 73
- 15 Sozialministerium Baden-Württemberg. Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2001
- 16 Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen. 2001 <http://www.stmas.bayern.de/krankenhaus/stationaer/geriatrie.htm>
- 17 Senat der Freien Hansestadt Bremen. <http://www.bremen.de/info/sfgjsu/7.html>, 2001
- 18 Deutsches Krankenhausadressbuch 2001. Freiburg: Rombach, 2001
- 19 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, Drucksache 14/5130, 2001
- 20 Rubenstein LZ. Wem nutzt das geriatrische Assessment? In: Steinhagen-Thiessen E (Hrsg): *Das geriatrische Assessment*. Stuttgart: Schattauer, 1998: 29 – 45
- 21 Meier-Baumgartner HP. Geriatrie – Einbettung in die Versorgungslandschaft der Bundesrepublik Deutschland. *Z Gerontol Geriat* 2001; 34, Suppl 1: 1/1 – 1/9
- 22 Neubauer G. Geriatrische Rehabilitation aus ökonomischer Sicht. *Z Gerontol Geriat* 2001; 30: 439 – 442
- 23 Nikolaus T. Das geriatrische Assessment. *Z Gerontol Geriat* 2001; 34, Suppl 1: 1/36 – 1/42
- 24 Meier-Baumgartner HP, Nerenheim-Dascha J, Görres S. Die Effektivität von Rehabilitation bei älteren Menschen unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer Komponenten bei ambulanter, teilstationärer und stationärer Betreuung. Stuttgart, Berlin, Köln: Schriftenreihe des BMFuS, Band 12.2, 1992
- 25 GQH Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen, Fachausschuss Geriatrie. Qualitätssicherung in der Geriatrie. <http://www.med-qs-hessen.de/geriatrie/txt.html>
- 26 Lübke N. Zuweisungssteuerung und Management in der Geriatrie und geriatrischen Rehabilitation unter besonderer Berücksichtigung von Fallpauschalen bzw. Diagnosis-related groups (DRGs). *Z Gerontol Geriat* 2001; 34, Suppl 1: 1/63 – 1/69
- 27 Borchelt M, Vogel W, Steinhagen-Thiessen E. Das Geriatrische Minimum Data Set (Gemidas) der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e.V. als Instrument der Qualitätssicherung in der stationären Geriatrie. *Z Gerontol Geriat* 1999; 32: 11 – 23
- 28 GiB-DAT. Geriatrie-in-Bayern-Datenbank. <http://www.gibdat.de/>