



KASSENÄRZTLICHE  
BUNDESVEREINIGUNG

Angebot im  
➔ Fortbildungs-  
portal der KBV

# EXKURS ZUR GERIATRISCHEN REHABILITATION

## CME-FORTBILDUNG

*zertifiziert mit 6 CME-Punkten durch die Ärztekammer Berlin*



## Erklärung zu Interessenkonflikten

Die Autoren und Mitwirkenden dieser Fortbildung erklären nach bestem Wissen und Gewissen, dass kein persönlicher Interessenkonflikt vorliegt.

Jede Veränderung dieser Umstände wird unverzüglich durch eine ergänzende Erklärung aktualisiert.

## Hinweis

Aus Gründen der Lesbarkeit wird in dieser Fortbildung nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.

- **BESONDERHEITEN BEI DER VERORDNUNG EINER GERIATRISCHEN REHABILITATION**
- **ÜBERSICHT DER TESTVERFAHREN**
- **ANWENDUNGSBEISPIELE**
- **ZUSAMMENFASSUNG**



➤ **BESONDERHEITEN BEI DER VERORDNUNG EINER  
GERIATRISCHEN REHABILITATION**

➤ **ÜBERSICHT DER TESTVERFAHREN**

➤ **ANWENDUNGSBEISPIELE**

➤ **ZUSAMMENFASSUNG**



# Rehabilitations-Richtlinie



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## NEUERUNGEN DURCH DAS GKV-IPREG

- › Durch das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit der Anpassung der Rehabilitations-Richtlinie und der Bestimmung geeigneter Abschätzinstrumente zur Begründung der Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation beauftragt.
- › Ziel des Gesetzes ist es, den Zugang zur medizinischen Rehabilitation zu erleichtern. Als verordnende Ärzte stellen Sie die medizinische Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation fest, an die die Krankenkassen gebunden sind. Eine Überprüfung durch den Medizinischen Dienst ist unter bestimmten Voraussetzungen nicht mehr vorgesehen.
- › In der Folge wurde die Rehabilitations-Richtlinie durch den G-BA angepasst und um entsprechende Regelungen zur geriatrischen Rehabilitation und den Testverfahren zum Nachweis der medizinischen Erforderlichkeit erweitert.

# Rehabilitations-Richtlinie



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## NEUERUNGEN ZUM 1. JULI 2022

### Regelungen zur geriatrischen Rehabilitation

- › Die Besonderheiten bei der Verordnung von Leistungen der geriatrischen Rehabilitation sind in § 15 der Rehabilitations-Richtlinie des G-BA geregelt.
  - › Regelungen zur Indikation, Kriterien für Befreiung von Prüfungen durch die Krankenkassen und Informationspflichten gegenüber den Patienten.

### Funktionstests (Anlage 2)

- › Informationen zu den Funktionstests im Rahmen der Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation finden Sie in der neuen Anlage 2 der Rehabilitations-Richtlinie.
  - › Tabellarische Darstellung der Funktionstests mit weiteren Informationen und Erläuterungen.

# Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit

**Die Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit einer geriatrischen Rehabilitation durch die Krankenkasse entfällt, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:**

- › Es liegt eine medizinische Indikation vor, d. h. die Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit, eine positive Rehabilitationsprognose und für den Patienten realistisch erreichbare Rehabilitationsziele wurden im Sinne eines vorläufigen rehabilitationsmedizinischen Assessments abgeklärt.
- › Ihr Patient hat ein erhöhtes Lebensalter (70 Jahre oder älter).
- › Es liegt mindestens eine rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose (z. B. Coxarthrose re. mit eingeschränkter Gehfähigkeit) und eine geriatritypische Multimorbidität vor, die durch mindestens zwei geriatritypische Diagnosen abgebildet und durch geeignete Funktionstests nachgewiesen sind.

# Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit

**Die Möglichkeit der Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit einer geriatrischen Rehabilitation durch die Krankenkasse bleibt bestehen:**

- › bei Patienten unter 70 Jahren
- › bei fehlendem Nachweis der geriatritypischen Multimorbidität
- › bei fehlendem Nachweis von mindestens zwei Funktionstests

## VERORDNUNGEN BEI PATIENTEN UNTER 70 JAHREN

Auch Patienten, die kein erhöhtes Lebensalter, jedoch eine erhebliche geriatritypische Multimorbidität aufweisen, können im Einzelfall einer geriatrischen Rehabilitation zugewiesen werden. Patienten jenseits des 60. Lebensjahres, deren Multimorbidität im Zusammenhang mit einer Schwermehrfachbehinderung steht und mit Blick auf die größtmöglichen Erfolgsaussichten der Rehabilitationsleistung die Breite des therapeutischen Spektrums und das erhöhte Unterstützungs- und Pflegeangebot der geriatrischen Rehabilitation benötigt wird, sind hier ebenfalls umfasst (*Tragende Gründe zum Beschluss des G-BA über Änderung der Rehabilitation-Richtlinie vom 16. Dezember 2021*).

# Angaben auf der Verordnung und geriatrietypische Diagnosen

- › Die rehabilitationsbegründenden und geriatrietypischen Diagnosen und ICD-10-Codes sind im Formulareil B → Abschnitt I. unter den Buchstaben A. und B. anzugeben.

## AUSZUG MUSTER 61

### Angabe der Diagnosen

| I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen                    |                                |                      |
|--|--------------------------------|----------------------|
|  | Diagnoseschlüssel<br>ICD-10-GM | Ursache *            |
| <b>A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen</b>                |                                |                      |
| 1. <input type="text"/>  | <input type="text"/>           | <input type="text"/> |
| 2. <input type="text"/>  | <input type="text"/>           | <input type="text"/> |
| 3. <input type="text"/>  | <input type="text"/>           | <input type="text"/> |
| <b>B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen</b> |                                |                      |
| 4. <input type="text"/>  | <input type="text"/>           | <input type="text"/> |
| 5. <input type="text"/>  | <input type="text"/>           | <input type="text"/> |
| 6. <input type="text"/>  | <input type="text"/>           | <input type="text"/> |

**\* 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)

# Geriatritypische Diagnosen

- › **Beispiele für geriatritypische Diagnosen:**  
chronische Schmerzen, Harninkontinenz,  
Muskelschwund und Muskelatrophie (Sarkopenie),  
Demenz oder Sturzneigung
- › In den Tragenden Gründen zur Änderung der  
Rehabilitations-Richtlinie vom 16. Dezember 2021 ist  
eine Liste der geriatritypischen Diagnosen enthalten.

## TIPP: VORDRUCKERLÄUTERUNGEN

Die **Liste der geriatritypischen Diagnosen** finden Sie ebenfalls in Anlage II der Vordruckerläuterungen zum Reha-Formular. Die Vordruckerläuterungen sind unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) → **Service** → **Verordnungen** → **Rehabilitation** abrufbar.

### Anlage II Liste der geriatritypischen Diagnosen zu Punkt 3

Entnommen ist diese Liste aus den Tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA zur Änderung der Rehabilitations-Richtlinie vom 16.12.2021 ([BAnz AT 16.02.2022 B3](#)).

Geriatritypisch sind insbesondere folgende Erkrankungen:

- Demenz und leichte kognitive Störungen F00-03, F06.7
- Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt F05.-
- Sehstörung, Blindheit und Sehbeeinträchtigung H53.-, H54.-
- Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörungen H90.-
- Depressive Episoden und anhaltende affektive Störungen F32.-, F34.
- Andere Angststörung F41.-
- Dekubitalgeschwür und Druckzone L89.-
- Ulcus cruris L97
- Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz R52.1
- Sonstiger chronischer Schmerz R52.2
- Sensibilitätsstörungen der Haut R20.-
- Harninkontinenz R32
- Sturzneigung R29.6
- Schwindel und Taumel R42
- Fehl- und Mangelernährung R63.6
- Dysphagie R13.-
- Senilität R54 (Frailty-Syndrom)
- Muskelschwund und -atrophie M62.5- (Sarkopenie)
- Immobilität R26.3 (Angewiesensein auf (Kranken-)Stuhl, Bettlägerigkeit)
- Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes E87.8

# Angabe der Ergebnisse der Funktionstests

- › Die Ergebnisse der Funktionstests sind im Formularteil B → Abschnitt II. „Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit...“ → Unterabschnitt C. „Bei geriatrischer Rehabilitation“ einzutragen.

**AKTUELL:**

## Ergebnisse der Funktionstests im Muster 61

**C. Bei geriatrischer Rehabilitation**  
*mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche*

| Mobilität |  | Kognition  |  | Schmerz      |  | Herz-/Lungenfunktion |  |
|-----------|--|------------|--|--------------|--|----------------------|--|
| TUG       | <input type="text"/> <input type="text"/> sek + Chair Rise <input type="text"/> <input type="text"/> sek | MMST       | <input type="text"/> <input type="text"/> / 30 | Schmerzskala | <input type="text"/> <input type="text"/> / 10 | Ergometrie           | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Watt                          |
| Handkraft | <input type="text"/> <input type="text"/> kg <b>oder</b> <input type="text"/> <input type="text"/> kpa   | GDS 15     | <input type="text"/> <input type="text"/> / 15 |              |  | FEV1                 | <input type="text"/> <input type="text"/> % + VK <input type="text"/> <input type="text"/> % |
| DEMMI     | <input type="text"/> <input type="text"/> / 100 Tinetti <input type="text"/> <input type="text"/> / 28   | Uhren-test | <input type="text"/> <input type="text"/> / 7  |              |  | NYHA-Stadium         | <input type="text"/>   |

# Zuweisungsempfehlung zu einer geriatrischen Rehabilitation

- › Um eine geriatrische Rehabilitation zu verordnen, setzen Sie bitte das Kreuz bei „geriatr. Rehabilitation“ im Formulareteil D → Unterabschnitt VI. „Zuweisungsempfehlungen“ unter Buchstabe B.

## AKTUELL:

### Neues Feld zur Verordnung einer geriatrischen Reha

**VI. Zuweisungsempfehlungen**

**A. Empfohlene Rehabilitationsform**

ambulant       ambulant-mobil       stationär

Mütter-Leistung       Väter-Leistung       als Mutter-Kind-Leistung       als Vater-Kind-Leistung

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

geriatr. Rehabilitation

- **BESONDERHEITEN BEI DER VERORDNUNG EINER GERIATRISCHEN REHABILITATION**
- **ÜBERSICHT DER TESTVERFAHREN**
- **ANWENDUNGSBEISPIELE**
- **ZUSAMMENFASSUNG**



## Funktionstests bei Verordnung einer geriatrischer Reha

- › Die aus den angegebenen Diagnosen resultierenden Schädigungen und Funktionseinschränkungen sind mit mindestens zwei Funktionstests unterschiedlicher Schädigungsbereiche nachzuweisen.
- › Einer der Tests ist für die rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose durchzuführen, weitere Tests können entweder für eine weitere Funktionsdiagnose oder eine geriatritypische Diagnose erfolgen.
- › Es sollen die Funktionstests ausgewählt werden, die die Schädigungen aus medizinischer Sicht am besten abbilden.
- › Das Ergebnis der Funktionstests soll nicht älter als 6 Wochen sein.
- › Die Funktionstests dienen neben der Zuweisung in eine geriatrische Rehabilitation auch dem Aufzeigen der weiteren Indikationskriterien (Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -ziele sowie eine positive Rehabilitationsprognose).
- › Alle Tests sind kostenlos und frei verfügbar.

# Schädigungsbereiche und Funktionstests

- › Es sind mindestens zwei Funktionstests unterschiedlicher Schädigungsbereiche gefordert. Die Ergebnisse der Funktionstests sollen nicht älter als 6 Wochen sein.

## MOBILITÄT

- › Timed „Up & Go“ (TUG) + Chair Stand-Up Test (Chair Rise)
- › Handkraftmessung in kg oder kpa
- › de Morton Mobilitäts-Index (DEMMI)
- › Motilitätstest nach Tinetti

## SCHMERZ

- › visuelle und numerische Schmerzskala

## KOGNITION

- › Mini Mental Status Test (MMST)
- › Geriatrische Depressionsskala (GDS 15)
- › Uhrentest nach Watson

## HERZ-/ LUNGENFUNKTION

- › Ergometrie in Watt
- › Spirometrie (FEV1) + Vitalkapazität (VK) in Prozent
- › NYHA-Stadium (I bis IV)

# Timed „Up & Go“ (TUG)

**MOBILITÄT 1/5**

## Performancetest zur Mobilitätsmessung

- › **Durchführung:** Der Patient sitzt auf einem Stuhl mit Armlehne und wird um Folgendes gebeten: Aufzustehen (ohne Fremdhilfe, Hilfsmittel erlaubt), drei Meter zu gehen, sich umzudrehen, zurück zum Stuhl zu laufen und sich wieder zu setzen. Dabei wird die Zeit gemessen. **Zeitbedarf:** ca. 1 bis 5 Minuten (je nach Mobilität)
- › **Interpretation:**
  - < 10 Sek. Alltagsmobilität uneingeschränkt
  - 11–19 Sek. geringe Mobilitätseinschränkung
  - 20–29 Sek. abklärungsbedürftige, funktionell relevante Mobilitätseinschränkung
  - > 30 Sek. ausgeprägte Mobilitätseinschränkung, i. d. R. Interventions- und/oder Hilfsmittelbedarf
- › **Vorteile:** Einfache Durchführung, keine Hilfsmittel erforderlich, überall durchführbar, unmittelbare Anschaulichkeit, durch Zeitmessung intervallskaliert, delegierbar
- › **Einschränkungen:** Selbstständiges Aufstehen wird vorausgesetzt, dies bedeutet einen Bodeneffekt; Fortschritte beim Gehen nicht darstellbar, wenn das Aufstehen nicht möglich

# Chair Stand-Up Test

**MOBILITÄT 2/5**

## Performancetest zur Beurteilung der Kombination von Mobilität und Beinkraft

- › **Durchführung:** Der Patient sitzt auf einem Stuhl und wird um Folgendes gebeten:  
Der Patient kreuzt sitzend die Arme vor der Brust nah am Körper. Nun wird er gebeten, zügig fünfmal aufzustehen und sich wieder zu setzen. Der Patient wird dabei zur Schnelligkeit aufgefordert. Es wird die Zeit gemessen. Die Übung erfolgt aus dem freien Sitz und sollte zuvor einmal demonstriert werden.  
**Zeitbedarf:** ca. 2 bis 3 Minuten (bei guter Kooperation)
- › **Interpretation:**
  - Werte über 12 Sekunden: Erhöhte Sturzgefahr
  - Ist fünfmaliges Aufstehen nicht möglich, wird nur die Anzahl vermerkt (z. B. 3x).
  - Schwierigkeiten bei der Durchführung werden dokumentiert.
- › **Vorteile:** Einfache Durchführung, keine Hilfsmittel erforderlich, überall durchführbar, unmittelbare Anschaulichkeit, durch Zeitmessung intervallskaliert, delegierbar
- › **Einschränkungen:** Sturzgefahr wird indirekt aus der Kraftminderung abgeleitet.

# Handkraftmessung in kg oder kpa

**MOBILITÄT 3/5**

## Performancetest zu Bestimmung der Handkraft

- › **Durchführung:** Messung mit einem Druckmessgerät (Vigorimeter); Manometer, verbunden über einen Schlauch mit einem birnenförmigen Gummiball oder Kraftmessgerät (Dynamometer); Annahme von positiver Korrelation mit Gesamtkörperkraft beziehungsweise negative Korrelation mit dem Sturz- und Frakturrisiko.  
**Zeitbedarf:** 3 bis 5 Minuten (bei guter Kooperation)

### › Interpretation:

|   | Frauen                            | Männer                             |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|
| <b>Normwerte (gesunde über 65 Jährige):</b> | 191 N (ca. 76 kPa oder 573 mm Hg) | 332 N (ca. 132 kPa oder 993 mm Hg) |
| <b>Risikoschwelle:</b>                      | > 38 kPa oder 286 mm Hg           | > 66 kPa oder 529 mm Hg            |

Bei deutlicher Abweichung vom alters- und geschlechtsspezifischen Normwert, liegt ein erhöhtes Risiko für verminderte Selbsthilfefähigkeit, Stürze, Frakturen und Mortalität bei akuter Erkrankung vor.

- › **Vorteile:** Leicht durchführbar, delegierbar
- › **Einschränkungen:** Spezielles Messgerät erforderlich; Streubreite der intraindividuellen Messwerte kann hoch sein

# de Morton Mobilitäts-Index (DEMMI)

**MOBILITÄT 4/5**

## Performancetest in fünf Kategorien

- › **Durchführung:** Es werden insgesamt 15 Einzelaufgaben in fünf Kategorien durchgeführt: Mobilität im Bett und auf dem Stuhl, Stehen, Gehen und dynamisches Gleichgewicht. Die einzelnen Übungen umfassen im Bett durchführbare Aufgaben (Brücke, auf die Seite rollen) und Aufgaben des dynamischen Gleichgewichts (Springen, Rückwärtsgehen) und können im Bett bzw. Zimmer des Patienten durchgeführt werden.  
**Zeitbedarf:** ca. 10 Minuten
- › **Interpretation:**
  - Die Interpretation erfolgt nach dem de Morton Mobility Index (DEMMI). Es kann ein DEMMI-Score zwischen 0 und 100 erreicht werden; ein höherer Score entspricht einem höheren Mobilitätsgrad.
  - Eine Abstufung einzelner Mobilitätsgrade anhand des Scores ist nicht vorgesehen.
- › **Vorteile:** Leicht durchzuführen, gut operationalisiert, geringe Boden- oder Deckeneffekte (erfasst bspw. auch den Status und mögliche Veränderungen bei bettlägerigen Probanden); hierarchischer Aufbau der Aufgabenstellung (ermittelte Einzelscores haben höheren klinischen Bezug als Sekundenwerte).
- › **Einschränkungen:** Ungeeignet bei Patienten mit schweren kognitiven Funktionseinschränkungen.

# Motilitätstest nach Tinetti

**MOBILITÄT 5/5**

## Performancetest zur Prüfung von Balance und Gang

- › **Durchführung:** Spezifische An- und Aufforderungen zu Balance und Gang; Beurteilung von Art und Sicherheit der Ausführung. **Zeitbedarf:** ca. 5 bis 10 Minuten (je nach Mobilität)
- › **Interpretation:**
  - Balancetest mit max. 15 Punkten und Gehprobe mit max. 13 Punkten (28 Punkte insgesamt)
  - Unter 20 Punkte: Erhöhtes Sturzrisiko
  - Unter 15 Punkte: Deutlich erhöhtes Sturzrisiko
- › **Vorteile:**
  - Direkte Beobachtung des Bewegungsablaufs
  - Erfassung von Einzelkomponenten der Mobilitätsstörung
- › **Einschränkungen:** Schulung erforderlich; höherer Aufwand als bspw. beim Timed „Up & Go“ Test; teils unscharfes Bewertungsraster

# Visuelle und numerische Schmerzskala

## SCHMERZ

### Instrument zur Selbstbeurteilung der subjektiv empfundenen Schmerzintensität

- › **Durchführung:** Angabe der subjektiv erlebten Schmerzintensität auf horizontaler oder vertikaler metrischer Skala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz) durch Ankreuzen oder Markierung des Segments (0 bis 10). Es kann eine Kontrollfrage gestellt werden, um die Selbstbewertungsfähigkeit zu überprüfen („Wo würden Sie die Bewertung vornehmen, wenn keine Schmerzen vorliegen?“). **Zeitbedarf:** ca. 1 bis 2 Min.
- › **Interpretation:**
  - **Numerische Schmerzskala:** Ergebnis (Zahlenwert) anhand der Skala ablesen und dokumentieren.
  - **Visuelle Schmerzskala:** Bestimmung des Verhältnisses zwischen dem Ausgangspunkt „kein Schmerz“ bis zu der durch die Testperson gesetzten Markierung und der Gesamtstrecke der verwendeten Skala als Prozentwert.
- › **Vorteile:** Schnell, einfache Anwendbarkeit, geringer Erhebungs- und Schulungsaufwand, telefonisch durchführbar, delegierbar
- › **Einschränkungen:**
  - Numerische Schmerzskala ohne Visualisierungshilfe für ältere Patienten weniger/nicht geeignet
  - Visuelle Schmerzskala nicht geeignet, wenn motorische und/oder visuelle Beeinträchtigungen hinzukommen
  - Messung subjektiver Schmerzintensität, nicht Charakter, Lokalisation oder Ursachen

# Mini Mental Status Test (MMST)

**KOGNITION 1/3**

## Gemischtes Assessment zur Feststellung kognitiver Defizite

- › **Durchführung:** Assessment in Form eines Interviews und verschiedener Aufgaben; Voraussetzung ungestörtes Setting. **Zeitbedarf:** ca. 5 bis 15 Minuten (je nach Kooperationsfähigkeit)
- › **Interpretation:**
  - max. 30 Punkte
  - je mehr Punkte, desto weniger kognitive Funktionseinschränkungen
  - 24–30 Punkte: keine oder leichte
  - 17–23 Punkte: mittlere kognitive
  - 0–16 Punkte: schwere kognitive
- › **Vorteile:** Hoher Bekanntheitsgrad, einfache Erhebung, alltagsnahes Design, delegierbar, kein Instrumentarium erforderlich
- › **Einschränkungen:**
  - Ergebnisse sind alters- und bildungsabhängig; keine altersbezogene Normierung
  - Ausreichendes Hör- und Sehvermögen erforderlich
  - Nicht für kurzfristige Verlaufskontrollen geeignet, da Lerneffekte

# Uhrentest nach Watson

## KOGNITION 2/3

### Prüfung komplexer Handlungsplanung und der visuell-konstruktiven Fähigkeiten

- › **Durchführung:** Die Ziffern 1 bis 12 sollen entsprechend einer Uhr in einen vorgegebenen Kreis eingezeichnet bzw. geschrieben werden; Voraussetzung ist ein ungestörtes Setting. **Zeitbedarf:** ca. 2 bis 3 Minuten (bei guter Kooperation)
- › **Interpretation:**
  - Der Kreis wird in vier gleich Quadranten geteilt.
  - Beginnend bei 12 Uhr wird im Uhrzeigersinn die Anzahl der Ziffern pro Quadrant gezählt. Ziffern, die auf einer Teilungslinie liegen, werden zum im Uhrzeigersinn nächsten Quadranten gezählt.
  - Befinden sich in einem Quadranten keine drei Ziffern, werden im I. bis III. Quadranten je ein Fehlerpunkt und im IV. Quadranten vier Fehlerpunkte gezählt.
  - Ab vier Fehlerpunkten wird das Ergebnis als auffällige Einschränkung interpretiert.
- › **Vorteile:** Einfache Durchführung, keine Hilfsmittel notwendig, delegierbar, frühzeitiges Erkennen von evtl. Einschränkungen möglich
- › **Einschränkungen:** Einfluss auf das Ergebnis bei eingeschränktem Sehvermögen und feinmotorischen Problemen; begrenzte Erfassung kognitiver Störungen. Die Auswertung nach Watson fokussiert sich faktisch ausschließlich auf den IV. Quadranten.

# Geriatrische Depressionsskala (GDS 15)

KOGNITION 3/3

## Befragungsinstrument zur Erfassung depressiver Störungen

- › **Durchführung:** 15 zügig vorgelesene Fragen, möglichst spontan durch den Patienten mit „eher zutreffend“ oder „eher nicht zutreffend“ zu beantworten; Voraussetzung störungsfreies Setting. **Zeitbedarf:** ca. 5 Minuten (bei guter Kooperationsfähigkeit)
- › **Interpretation:**
  - je Antwort, die in Richtung Depression tendiert (ggf. optisch), wird ein Punkt gezählt

**Höchstpunktzahl: 15**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>0 bis 5 Punkte:</b>   | unauffällig                                  |
| <b>5 bis 10 Punkte:</b>  | leichte bis mäßige Depression wahrscheinlich |
| <b>11 bis 15 Punkte:</b> | schwere depressive Störung wahrscheinlich    |

- › **Vorteile:** Einfache Erhebung
- › **Einschränkungen:** Fragebogen erforderlich, nicht einsetzbar bei bestehender Demenz

# Ergometrie in Watt

## HERZ- UND LUNGENFUNKTION 1/3

### Belastungs-EKG zur Abklärung kardiologischer Erkrankungen

- › **Durchführung:** Der Patient muss auf einem Fahrradergometer sitzend bei einer Frequenz von 60 bis 80 Tritten pro Minute gegen einen definierten Widerstand arbeiten. Von der Eingangsbelastung (Herzkranke ab 25 Watt, Sportler zwischen 50 und 100 Watt) ausgehend wird der Widerstand in drei Stufen (von in der Regel 25 Watt) alle zwei Minuten erhöht. Vor und während der Durchführung werden kontinuierlich Herzfrequenz und Blutdruck gemessen. Alternativ ist eine Laufband- oder Ruderergometrie möglich.  
**Zeitbedarf:** ca. 15 Minuten (je nach Kondition)
- › **Interpretation:**
  - Soll-Leistung **Frauen:** 2,5 Watt/kg Körpergewicht abzüglich 10 Prozent für jede Lebensdekade über 30 Jahren
  - Soll-Leistung **Männer:** 3,0 Watt/kg Körpergewicht abzüglich 10 Prozent für jede Lebensdekade über 30 Jahren
- › **Vorteile:** Beurteilung der Herzleistung des Patienten anhand vieler Parameter möglich.
- › **Einschränkungen:** Beachten von Kriterien zum vorzeitigen Abbruch der Ergometrie (Überschreitung festgelegter Grenzwerte, subjektive Erschöpfung, Auftreten von Herz- oder Atembeschwerden); EKG bei Herzpatienten sollte noch weitere 5 Minuten weiter registriert werden.

# Spirometrie

## HERZ- UND LUNGENFUNKTION 2/3

### Lungenfunktionstest (FEV1) + Vitalkapazität (VK)

- › **Durchführung:** Mehrere Minuten Atmung durch das fest durch die Lippen umschlossene Mundstück des Spirometers (Nase durch Klemme verschlossen) ein und aus (möglichst tiefes Einatmen; rasches, kräftiges Ausatmen). Es erfolgt die Messung des forcierten expiratorischen Volumen (FEV1, Einsekundenkapazität) und der Vitalkapazität (VK). Diese Parameter geben Aufschluss über das Vorliegen einer Atemflussbehinderung oder einer Verringerung des Lungenvolumens. **Zeitbedarf:** ca. 5 Minuten
- › **Interpretation:**
  - Verringertes FEV1: Obstruktive Lungenerkrankung möglich
  - Verringerte VK: Restriktive Lungenerkrankung möglich
- › **Vorteile:** Etabliertes Routineverfahren, moderne Spirometrieeräte erlauben Ausgabe der Messwerte im Vergleich zu Referenzkollektiven direkt nach der Messung
- › **Einschränkungen:** Mitarbeit der Patienten bei den einzelnen Atemmanövern erforderlich, Spirometrie nicht unmittelbar nach dem Essen durchführen

# NYHA-Skala (I - IV)

## HERZ- UND LUNGENFUNKTION 3/3

### New York Heart Association Classification: Schweregrad einer Herzinsuffizienz

- › **Durchführung:** Einstufung des Schweregrads einer Herzinsuffizienz, Orientierung an Belastungssymptomen und klar definierten Kriterien, Einteilung anhand der Beschwerden und der Selbstbeobachtungen

#### NYHA-Stadien

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Stadium I:</b>   | Keine Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit, weder Atemnot, Erschöpfung oder Herzrhythmusstörungen bei normalen alltäglichen körperlichen Belastungen (bspw. Treppensteigen).                                |
| <b>Stadium II:</b>  | Leichte Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Alltag durch Atemnot, Herzklopfen oder schnelle Erschöpfung, keine Beschwerden im Ruhezustand.  |
| <b>Stadium III:</b> | Körperliche Einschränkungen stärker ausgeprägt und geringe körperliche Aktivitäten (Hausarbeiten) führen zu Beschwerden wie übermäßiger Atemnot, schneller Erschöpfung oder Herzklopfen; keine Beschwerden im Ruhezustand. |
| <b>Stadium IV:</b>  | Keine körperlichen Aktivitäten ohne Beschwerden, Symptomatik ist dauerhaft und besteht bereits im Ruhezustand, jede körperliche Aktivität führt zu einer Verstärkung der Beschwerden.                                      |

- › **Vorteile:** Gebräuchlichere Einteilung als ABCD-Gruppierung der American Heart Association.
- › **Einschränkungen:** Keine Aussage über tatsächlichen Zustand des Herzens; Wechsel in besseres Stadium ist möglich, obwohl das Herz dadurch nicht zwangsweise genesen sein muss; Stadien I. und II. ggf. nicht gut differenzierbar.

- BESONDERHEITEN BEI DER VERORDNUNG EINER GERIATRISCHEN REHABILITATION
- ÜBERSICHT DER TESTVERFAHREN
- **ANWENDUNGSBEISPIELE**
- ZUSAMMENFASSUNG



# Geriatrische Rehabilitation: Demenz

## Falldarstellung

Eine 83-jährige Patientin lebt sozial zurückgezogen im Haushalt ihrer Tochter. Eine beidseitige Gonarthrose wirkt sich negativ auf ihr Gangbild aus und begründet aktuell eine Sturzgefährdung. Zudem leidet sie an einer Atherosklerose, einer Linksherzinsuffizienz und einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit. Die Patientin leidet aufgrund einer Multiinfarkt-Demenz seit einem halben Jahr zunehmend an Gedächtnisproblemen, hat Schwierigkeiten sich zu orientieren und durchlebt derzeit eine mittelgradige depressive Episode. Hinzu kommen Stimmungsschwankungen in Folge leichter Schlaganfälle. Das Ziel der geriatrischen Rehabilitation ist der Erhalt ihrer kognitiven Fähigkeiten und der Teilhabe an den Aktivitäten des täglichen Lebens. Ziel ist außerdem eine Reduzierung ihrer Schmerzen.



# Geriatrische Rehabilitation: Demenz

## Muster 61, Teil B (Auszug)

- › Für eine 83-jährige Patientin wird eine Reha-Verordnung ausgestellt, da sie aufgrund einer Multiinfarkt-Demenz, einer mittelgradigen depressiven Episode und einer nicht näher bezeichneten Atherosklerose rehabilitationsbedürftig ist.
- › Aufgrund der geriatrischen Multi-morbidität (siehe Angaben unter I. A. und I. B.) erfolgt die Zuweisung in eine geriatrische Rehabilitation.

|                                |                  |         |  |
|--------------------------------|------------------|---------|--|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |         | <h3>Verordnung von medizinischer Rehabilitation</h3> <p><b>61 Teil B</b></p> <p>Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend</p> <p><input type="checkbox"/> Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit</p> <p>Bei gleichrangiger Zuständigkeit<br/>(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)</p> <p><input type="checkbox"/> Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV</p> |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |         |  |
| weiblich, 83 Jahre             |                  | geb. am |  |
| Kostenträgerkennung            | Versicherten-Nr. | Status  |  |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum   |  |

| I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen            |                             |                          |
|--|-----------------------------|--------------------------|
| A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen               | Diagnoseschlüssel ICD-10-GM | Ursache *                |
| 1. Multiinfarkt-Demenz, zunehm. Probl. bei Selbstversorg.      | F01.0G                      | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mittelgradige depressive Episode                            | F32.1G                      | <input type="checkbox"/> |
| 3. Generalisierte nicht näher bezeichnete Atherosklerose       | I70.9G                      | <input type="checkbox"/> |
| B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatritypische Diagnosen |                             |                          |
| 4. Gonarthrose beidseits                                       | M17.9G                      | <input type="checkbox"/> |
| 5. Linksherzinsuffizienz                                       | I50.12G                     | <input type="checkbox"/> |
| 6. periphere arterielle Verschlusskrankheit                    | I70.2G                      | <input type="checkbox"/> |

\* **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)

# Geriatrische Rehabilitation: Demenz

## Muster 61, Teil B (Auszug)

- › Die Patientin leidet seit einem halben Jahr zunehmend an Gedächtnis-problemen und kann sich schlecht orientieren. Hinzu kommen Stimmungsschwankungen in Folge leichter Schlaganfälle. Auch ihr Gangbild hat sich zwischenzeitlich verschlechtert, wodurch die Patientin sturzgefährdet ist.
- › Um die aus den angegebenen Diagnosen resultierenden Schädigungen und Funktionseinschränkungen nachzuweisen, wurden zwei Funktionstests in den Bereichen Mobilität (TUG + Chair-Rise) und Kognition (MMST) durchgeführt und die Ergebnisse auf der Verordnung dokumentiert.

**II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung**

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

seit ca. 6 Monaten zunehmende Gedächtnisprobleme, Vergesslichkeit, Orientierungsprobleme und Stimmungsschwankungen in Folge leichter Insulte, außerdem Verschlechterung des Gangbildes

---

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

deutliche kognitive Einschränkungen, RR: 140/80, verminderte Beinkraft, Gangunsicherheit

---

**C. Bei geriatrischer Rehabilitation**  
*mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche*

| Mobilität |   |                  | Kognition   |                               |        | Schmerz   |                               | Herz-/Lungenfunktion |                               |      |              |                               |                               |                               |      |
|-----------|---|------------------|---|-------------------------------|--------|---|-------------------------------|----------------------|-------------------------------|------|--------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------|
| TUG       | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> | sek + Chair Rise | <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> | sek                           | MMST   | <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="1"/> | / 30                          | Schmerzskala         | <input type="text" value=""/> | / 10 | Ergometrie   | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | Watt |
| Handkraft | <input type="text" value=""/>                                 | kg oder          | <input type="text" value=""/>                                 | <input type="text" value=""/> | GDS 15 | <input type="text" value=""/>                                 | / 15                          |                      |                               |      | FEV1         | <input type="text" value=""/> | % + VK                        | <input type="text" value=""/> | %    |
| DEMMI     | <input type="text" value=""/>                                 | / 100            | Tinetti   | <input type="text" value=""/> | / 28   | Uhrentest   | <input type="text" value=""/> | / 7                  |                               |      | NYHA-Stadium | <input type="text" value=""/> |                               |                               |      |

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

keine

---

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

**E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel**

nein     ja, welche?

# Geriatrische Rehabilitation: Demenz

## Muster 61, Teil B (Auszug)

- › Das Ziel der geriatrischen Rehabilitation ist der Erhalt der kognitiven Fähigkeiten und der Aktivitäten des täglichen Lebens sowie eine Reduzierung der Schmerzen. Die Patientin äußerte den Wunsch, weiterhin zu Hause wohnen zu können.
- › Der Patientin wurde eine positive Prognose für eine erfolgreiche Rehabilitation ausgesprochen und auf der Verordnung dokumentiert.
- › Es soll eine geriatrische, stationäre Rehabilitation erfolgen.

|   |                           |                          |  |
|---|---------------------------|--------------------------|--|
| <b>IV. Rehabilitationsziele</b>   |                           |                          |  |
| <b>A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen</b>  |                           |                          |  |
| Erhalt kognitiver Fähigkeiten und ADL, Schmerzreduzierung   |                           |                          |  |
| <b>B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten</b>   |                           |                          |  |
| Zuhause wohnen bleiben  |                           |                          |  |
| <b>V. Rehabilitationsprognose</b>   |                           |                          |  |
| Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine <b>positive Prognose</b> für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele   |                           |                          |  |
| <input checked="" type="checkbox"/>   | ja                        | <input type="checkbox"/> | eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage) |
| <b>VI. Zuweisungsempfehlungen</b>   |                           |                          |  |
| <b>A. Empfohlene Rehabilitationsform</b>  |                           |                          |  |
| <input type="checkbox"/>  | ambulant                  | <input type="checkbox"/> | ambulant-mobil   |
| <input checked="" type="checkbox"/>   |                           | <input type="checkbox"/> | stationär  |
| <input type="checkbox"/>  | Mütter-Leistung           | <input type="checkbox"/> | Väter-Leistung   |
| <input type="checkbox"/>  |                           | <input type="checkbox"/> | als Mutter-Kind-Leistung   |
| <input type="checkbox"/>  |                           | <input type="checkbox"/> | als Vater-Kind-Leistung  |
| <b>B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)</b>  |                           |                          |  |
|   |                           |                          | <input checked="" type="checkbox"/> geriatr. Rehabilitation  |
| <b>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)</b> |                           |                          |  |
| <input type="checkbox"/>  | pfliegende/r Angehörige/r | <input type="checkbox"/> | andere   |

# Geriatrische Rehabilitation: Sturzgefahr

## Falldarstellung

Ein 76-jähriger adipöser Patient lebt allein im eigenen Haushalt im 1. Obergeschoss eines Hauses ohne Fahrstuhl. Seine Tochter kommt mehrmals wöchentlich vorbei, um ihn zu unterstützen. Nachdem er vor einem Jahr ein künstliches Hüftgelenk auf der rechten Seite erhalten hat, leidet er inzwischen an einer schmerzhaften Hüftgelenksarthrose links. Im Gang ist er unsicher, hat leichte Ödeme an den Unterschenkeln und eine verminderte Beinkraft, wodurch er sturzgefährdet ist. Er leidet an Diabetes mellitus Typ 2 mit vaskulären Komplikationen. Der Patient weist eine koronare Herzkrankheit und Linksherzinsuffizienz auf. Es zeigen sich inzwischen auch leichte kognitive Störungen. Das Ziel der Rehabilitation ist u. a. eine Verminderung der Sturzgefahr durch Verbesserung der Kondition und Koordination.



# Geriatrische Rehabilitation: 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<br>männlich, 76 Jahre <span style="float: right;">geb. am</span> |                  |        |
| 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                      | <input type="checkbox"/> |
| 2. mit Gangunsicherheit und Sturzgefahr                         | R29.6G                      | <input type="checkbox"/> |
| 3. Diabetes mellitus Typ 2 mit vas. Kompl.                      | E11.50G                     | <input type="checkbox"/> |
| B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen |                             |                          |
| 4. KHK  | I25.0G                      | <input type="checkbox"/> |
| 5. Linksherzinsuffizienz  | I50.12G                     | <input type="checkbox"/> |
| 6. leichte kognitive Störung                                    | F06.7G                      | <input type="checkbox"/> |

**\* 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)

# Geriatrische Rehabilitation: Sturzgefahr

## 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 in der linken 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              | Ergometrie □□□ Watt |
| Handkraft | □□ kg oder □□□ kpa  | GDS 15    | □□ / 15   |         |              | FEV1 □□ % + VK □□ %  |                     |
| DEMMI     | □□ / 100 Tinetti    | □□ / 28   | Uhrentest | □□ / 7  |              | 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

# Geriatrische Rehabilitation: Sturzgefahr

## 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 Vater-Kind-Leistung

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

geriatr. Rehabilitation

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

pflegende/r Angehörige/r  andere

- BESONDERHEITEN BEI DER VERORDNUNG EINER GERIATRISCHEN REHABILITATION
- ÜBERSICHT DER TESTVERFAHREN
- ANWENDUNGSBEISPIELE
- **ZUSAMMENFASSUNG**

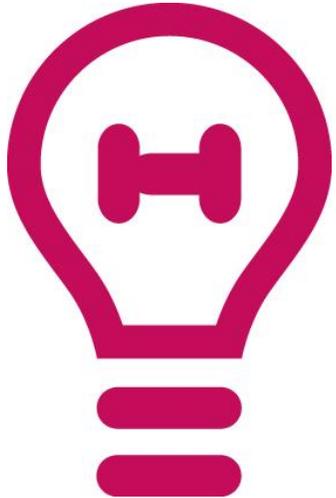


## ZUSAMMENFASSUNG: VERORDNUNG GERIATRISCHER REHA

- › Bei der Verordnung sind neben den **rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnosen** auch **geriatrietypische Diagnosen** anzugeben. Sie finden diese beispielhaft in den Vordruckerläuterungen zum Muster 61.
- › Es sind die Ergebnisse **zweier Funktionstests** aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen abzubilden, wovon **ein Test für die rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose** durchgeführt werden muss.
- › Im Formulareil D unter Punkt IV. „**Zuweisungsempfehlung**“ ist kenntlich zu machen, dass Sie eine geriatrische Rehabilitation verordnen möchten, indem das **Kreuz bei „geriatrische Rehabilitation“** gesetzt wird.
- › Bei Patienten im **Alter von 70 Jahren oder älter**, für die **mindestens eine rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose** und **mindestens zwei geriatrietypische Diagnosen** vorliegen, prüft die Krankenkasse nicht mehr die medizinische Notwendigkeit einer geriatrischen Rehabilitation.

# Literatur

- › Gemeinsamer Bundesausschuss (2022). Beschluss zur Änderung der Rehabilitations-Richtlinie – Anpassung aufgrund des Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetzes und weitere Änderungen, Online abrufbar: <https://www.g-ba.de/beschluesse/5184/>
- › Gemeinsamer Bundesausschuss (2024). Rehabilitations-Richtlinie. Online abrufbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/23/>
- › Gemeinsamer Bundesausschuss (2021). Tragende Gründe zum Beschluss über Änderung der Rehabilitation-Richtlinie vom 16. Dezember 2021. Online abrufbar unter: [https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8119/2021-12-16\\_Re-RL\\_Anpassung-IPReG\\_TrG.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8119/2021-12-16_Re-RL_Anpassung-IPReG_TrG.pdf)
- › Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022). Vordruckerläuterungen zum Muster 61. Online abrufbar unter: <https://www.kbv.de/html/21431.php>
- › Kompetenz-Centrum Geriatrie (2022). Assessments in der Geriatrie – Assessmentbereich Mobilität. Online abrufbar unter <https://www.kcgeriatrie.de/assessments-in-der-geriatrie/assessmentbereiche/mobilitaet/>
- › Kompetenz-Centrum Geriatrie (2022). Assessments in der Geriatrie – Assessmentbereich Schmerz. Online abrufbar unter <https://www.kcgeriatrie.de/assessments-in-der-geriatrie/assessmentbereiche/schmerz/>
- › Kompetenz-Centrum Geriatrie (2022). Assessments in der Geriatrie – Assessmentbereich Kognition. Online abrufbar unter <https://www.kcgeriatrie.de/assessments-in-der-geriatrie/assessmentbereiche/kognition/>



### **Testen Sie Ihr Wissen!**

Zur Lernerfolgskontrolle gelangen Sie durch Klicken auf den Button „Prüfung beginnen“.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg!

