

Reha-Curriculum für Vertragsärzte

*Indikationen und Fallbeispiele aus der
Geriatric*

Bad Münden 06. Juni 2007

Dr. Manfred Gogol
Klinik für Geriatric



Indikation allgemein I

Alle Erkrankungen

- die mit funktionellen (IADL / ADL) Einschränkungen einhergehen
- die mit Mobilitätseinschränkungen einhergehen
- die Selbständigkeit bedrohen bzw. nachweislich einschränken

Indikation allgemein II

Beim älteren Menschen

Definition:

- Geriatrietypische Multimorbidität und
- Höheres Lebensalter (i.d.R. 70 Jahre u. älter
- **ODER**
- Alter 80 +
- Auf Grund alterstypisch erhöhter Vulnerabilität
- Z.B. Auftreten von Komplikationen und Folgeerkrankungen
- Z.B. Gefahr der Chronifizierung
- Z.B. erhöhtes Risiko des Autonomieverlustes

Indikation allgemein III

Definition MDS

- geriatritypische Multimorbidität
und
- höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre oder älter; Abweichungen von diesem strikten Kriterium sind möglich, bedürfen jedoch einer Begründung).

Ein Patient ist **multimorbide**, wenn er multiple strukturelle oder funktionelle Schädigungen bei mindestens **zwei behandlungsbedürftigen** Erkrankungen aufweist.

Indikation allgemein IV

(Hoch-)altrigkeit und

- Progrediente Hinfälligkeit
- (teil-)reversible oder zu stabilisierende Störung

- Einzelfallentscheidung
- Medizinische Abklärung ?
 - Akut / Frühreha

Frakturen und Arthrose

- Nach konservativer Behandlung
- Nach operativer Behandlung

- Problem: ggf. instabile FX

Amputation

- In allen Stadien der Wundheilung
- So früh wie möglich

- Primäres Ziel: Grundmobilität +
Hilfsmittelversorgung
- (Sekundär): Prothesenentscheidung + ggf.
-versorgung

Schlaganfall

- Grundsätzlich wie Neurologie / neurologische Rehabilitation
- Alter
- Ko-Morbidität

LZ-Krankenhausbehandlung

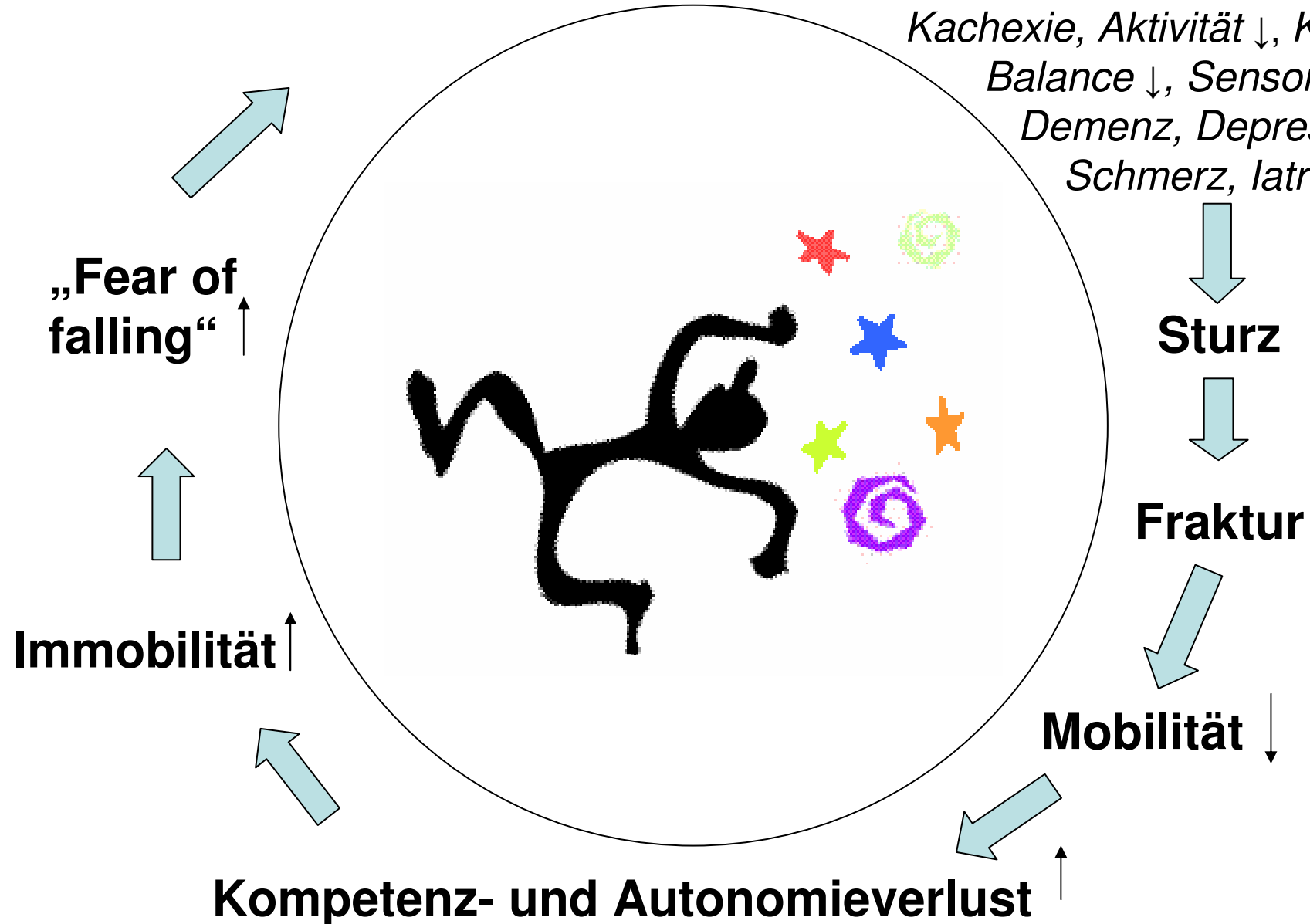
- LZ-Krankenhausbehandlung
- LZ-Intensivbehandlung
- Immobilität / verzögerte Rekonvaleszenz nach Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, COPD, Pneumonie etc...

Syndrome

- Stürze
- Mangelernährung
- Progred. Schwäche
- Kognitiver Abbau
- Emotionaler Abbau
- Chronische Schmerzen
- ...

→ Häufig eher Akut / Frühreha-Indikation als
reine Reha-Indikation

Sturzfaktoren *Krankheiten, Impairment, Unterernährung, Kachexie, Aktivität ↓, Kraft/ Balance ↓, Sensorium ↓, Demenz, Depression, Schmerz, Iatrogen*



KH-Progression + drohender Autonomieverlust

- Alle Erkrankungen mit längerer Immobilität und nachfolgender Gefahr bzw. definitiven Verlust von Fähigkeiten
- Alle Erkrankungen, die das „Tüpfelchen“ auf dem I darstellen können

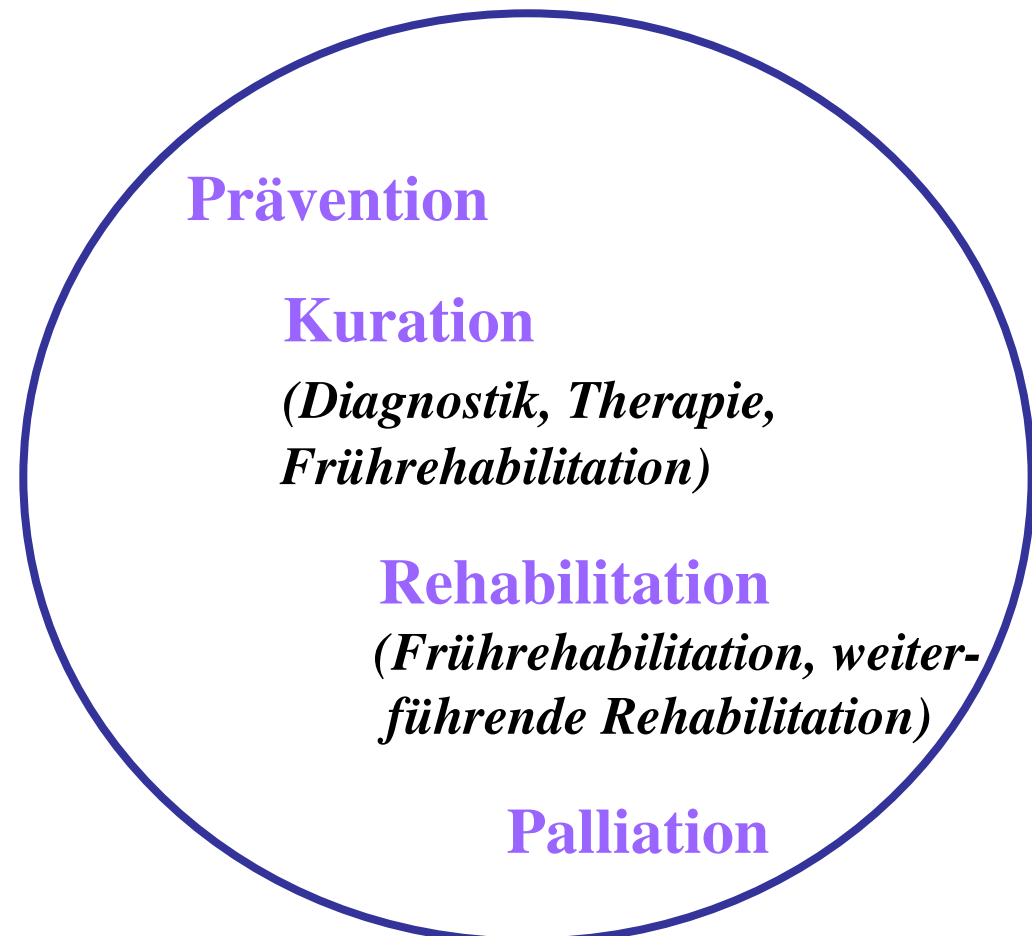
Probleme I

- Prä-morbider Status ?
- Soziales Umfeld ?
- Diagnostik abgeschlossen ?
- „vorbestehende Pflegebedürftigkeit“ ?
- Ambulante Maßnahmen im Vorfeld durchgeführt ?

Probleme II

- Eingeschränkte, zeitweise möglicherweise nichtvorhandene, Compliance
- Depression ?
- Kognitives Defizit / Demenz ?
- Persönlichkeitsstörung ?

Klare Zuordnung ?



Abgrenzungskriterien Niedersachsen

Akut- vs. Reha-Geriatrie I

Nr.	Abgrenzungskriterium
I	Vitale / vegetative Parameter sind stabil (Herz-Kreislauf, Atmung, Temperatur)
II	Klinische Diagnostik weitgehend abgeschlossen (auch Antrieb, Depression, Demenz)
III	Medizinische / medikamentöse Therapie weitgehend festgelegt

Abgrenzungskriterien Niedersachsen

Akut- vs. Reha-Geriatrie II

IV	Keine Beaufsichtigung wegen Verwirrtheit, Gefährdung, Weglauftendenz notwendig
V	Aktive Teilnahme an der Reha durch Begleiterkrankungen / Komplikationen nicht beeinträchtigt
VI	Begleiterkrankungen / Komplikationen können vom Personal der Reha-Abteilung beh. werden
VII	Mehrmals tägliche aktive Reha-Maßnahmen (sitzend 15 Min.) bei Kreislaufstabilität und allgemeiner Belastbarkeit sind möglich



MDS

Medizinischer Dienst
der Spitzenverbände
der Krankenkassen e.V.

Begutachtungs-Richtlinie

Vorsorge und Rehabilitation

Oktober 2005

→ www.mds.de → downloads

Inhalte geriatrischer Rehabilitation

- Kontinuierliche ärztliche Diagnostik, Behandlung und Teamführung,
- Maßnahmen der Pflege mit Schwerpunkt der aktivierend-therapeutischen Pflege,
- Maßnahmen der Krankengymnastik und Bewegungstherapie,
- Maßnahmen der Physikalischen Therapie,
- Ergotherapie,
- Maßnahmen der Logopädie (auch Schluckstörungen),
- Neuropsychologische Behandlung,
- Psychologische und psychotherapeutische Behandlung,
- Soziale Beratung und
- Ernährungsberatung.

Definition geriatrischer Patient

- geriatritypische Multimorbidität
und
- höheres Lebensalter (in der Regel 70 Jahre oder älter; Abweichungen von diesem strikten Kriterium sind möglich, bedürfen jedoch einer Begründung).

Ein Patient ist **multimorbide**, wenn er multiple strukturelle oder funktionelle Schädigungen bei mindestens **zwei behandlungsbedürftigen** Erkrankungen aufweist.

Geriatric-typische Ko-Morbidität

- Immobilität,
- Sturzneigung und Schwindel,
- kognitive Defizite,
- Inkontinenz (Harninkontinenz, selten Stuhlinkontinenz),
- Dekubitalulcera,
- Fehl- und Mangelernährung,
- Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt,
- Depression, Angststörung,
- chronische Schmerzen,
- Sensibilitätsstörungen,
- herabgesetzte körperliche Belastbarkeit/Gebrechlichkeit,
- starke Sehbehinderung,
- ausgeprägte Schwerhörigkeit.

Geriatrische Hauptindikationen

Für das geriatrische Syndrom relevante Sachverhalte – außerhalb der Systematik der Schädigungen und alltagsrelevanter Beeinträchtigungen der Aktivitäten – sind

- Mehrfachmedikation,
- herabgesetzte Medikamententoleranz,
- häufige Krankenhausbehandlung (Drehtüreffekt).

Typische antragsrelevante Hauptdiagnosen beim geriatrischen Patienten sind:

- Zustand nach Schlaganfall,
- Zustand nach hüftgelenksnahen Frakturen,
- Zustand nach operativer Versorgung mit Totalendoprothesen von Hüfte und Knie,
- Zustand nach Gliedmaßenamputation bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit oder diabetischem Gefäßleiden.

Arbeitshilfe

zur geriatrischen Rehabilitation