

1 Präambel

Die Geriatrische Rehabilitation ist eine wesentliche Säule in der Sicherung einer hochwertigen Versorgung älterer Menschen. Ihre zentrale Bedeutung liegt in der Wiedererlangung der Aktivitäten und Teilhabe (funktionale Gesundheit) und in der Wiederherstellung verlorengegangener Lebensqualität. Geriatrische Rehabilitation kann nach einem Akutereignis, aber auch nach Exazerbation einer chronischen Erkrankung indiziert sein. Präventive und kurative Maßnahmen finden ergänzend Anwendung, wenn sich dadurch die Krankheitsfolgen weiter eindämmen lassen und die Behandlung der Erkrankungsursache optimiert werden kann. Im Ergebnis lässt sich dadurch in vielen Fällen Pflegebedürftigkeit abwenden. Der sozialrechtliche Grundsatz »Rehabilitation vor Pflege« findet dadurch seine Erfüllung.

Mit den nachfolgend beschriebenen GRBM-Maßnahmen erfolgt erstmalig eine strukturierte Leistungsbeschreibung des geriatrisch-rehabilitativen Basismanagements, das unabhängig von der funktionell führenden Reha-Hauptdiagnose als essentiell anzusehen ist, um die Rehabilitation multimorbider Patienten erfolgreich zu gestalten. Das GRBM als »state of the art« geriatrischer Rehabilitationsmedizin macht deutlich, dass es sich hierbei nicht nur um einen hochwertigen und ausdifferenzierten Versorgungszweig handelt, sondern auch ein Bündel an Maßnahmen beinhaltet, die nur bei adäquater Finanzierung und Personalausstattung vollumfänglich angewendet werden können. Typische Merkmale dieses spezialisierten Zweigs der Rehabilitationsmedizin sind das geriatrische Assessment, die individuelle ICF-basierte Erfassung aktivitäts- und teilhabeorientierter Rehabilitationsziele, die funktionellen Verbesserungen durch repetitives Training, das Management von Komorbiditäten und geriatrischer Syndrome, das Polypharmaziemanagement einschließlich Optimierung der Adhärenz, die Kompensation durch Förderung vorhandener Ressourcen, die Adaptation durch optimale Personen-Umwelt-Anpassung sowie die Sekundär- und Tertiärprävention. Die Basis für dieses Leistungsgeschehen bildet dabei das geriatrische Teamsetting, das durch ein koordiniertes Zusammenwirken eines multiprofessionellen Teams charakterisiert ist und hierbei ärztliche, pflegerische, physiotherapeutische, sporttherapeutische, ergotherapeutische, logopädische, psychologische, sozialtherapeutische und ggf. weitere therapeutische Kompetenzen (z.B Diätassistenz bzw. Ernährungsberatung) in sich vereinigt.

In dem hier vorliegenden GRBM-Manual und den dazugehörigen Kommentaren wird unter anderem auch auf krankheitsspezifische Leitli-

nien wissenschaftlicher Fachgesellschaften verwiesen, die im Kontext der Multimorbidität jedoch Einschränkungen aufweisen. So kann ein leitlinienbasiertes Vorgehen beim multimorbiden Patienten unpraktikabel, irrelevant oder gar schädlich sein, wenn beispielsweise mehrere Erkrankungen in der Weise interagieren, dass die medikamentöse Therapie den Zustand einer Erkrankung zwar verbessert, aber die Situation einer anderen Erkrankung verschlechtert und/oder geriatrische Syndrome wie Delir, kognitive Beeinträchtigung, Stürze oder Inkontinenz hierdurch induziert oder verschlimmert werden. Zudem beschreiben die meisten Leitlinien das Management einer einzigen Erkrankung auf der Grundlage der vorhandenen Evidenz, die in der Regel durch kontrollierte Studien gewonnen wurde. In diesen Studien sind multimorbide ältere Patienten jedoch meist ausgeschlossen oder unterrepräsentiert. Dies bedeutet, dass die im GRBM zitierten Leitlinien lediglich einen Handlungskorridor darstellen, von dem im Einzelfall abgewichen werden kann oder im Kontext von Funktionalität, Multimorbidität und Polypharmazie oft auch abgewichen werden muss. Um die Häufigkeit der Multimorbidität und der geriatrischen Syndrome zu illustrieren, wurden deren Prävalenzen auch exemplarisch beziffert, meist am Beispiel der hüftgelenksnahen Fraktur, einer typischen Indikation in der geriatrischen Rehabilitation.

Für die im GRBM gegebenen Empfehlungen haben die Autoren auch von der Nomenklatur deutscher Leitlinien (»soll, sollte, kann«) Gebrauch gemacht, um der Wertigkeit der Empfehlungen Ausdruck zu verleihen. Eine »Soll«-Empfehlung ist nicht unbedingt mit einem hohen Evidenzgrad gleichzusetzen. Allerdings ist eine »Soll«-Empfehlung nach den für die GRBM verantwortlichen Autoren in einem Rehabilitationsprozess umzusetzen.

Neben dem Verweis auf Leitlinien wird im GRBM eine expertenbasierte Auswahl spezifisch-geriatrischer Aspekte dargestellt, die im klinischen Alltag unter dem Vorzeichen der Vulnerabilität besondere Bedeutung finden müssen. Die aufmerksame Registrierung von Gefährdungspotentialen, das Monitoring und die Priorisierung therapeutischer Maßnahmen sind wesentliche Grundprinzipien geriatrisch-medizinischen Handelns und finden in der geriatrischen Rehabilitation Anwendung. Patientenpräferenzen und die damit verbundenen Teilhabeziele, die Berücksichtigung der Evidenz, Aspekte der Prognose und Nutzen-/Risikoabwägungen einschließlich klinischer Praktikabilität therapeutischer Maßnahmen bilden schließlich die Eckpfeiler bei der Gestaltung des Behandlungsplans. In der Gesamtschau ergeben sich daraus komplexe Entscheidungsprozesse, die in einem Umfeld zeitlicher und strukturell-finanzieller Begrenzungen zudem Kompromisse erfordern.

Bezüglich der Umsetzung der im GRBM gegebenen konkreten Empfehlungen zur Anwendung bestimmter Medikamente ist zu beachten, dass die wesentlichen Voraussetzungen (Indikation, Kontraindikationen, Wechselwirkungen, Zulassungsstatus etc.) in jedem Einzelfall vom behandelnden Geriater überprüft werden müssen. Bei der Planung therapeutischer und rehabilitativer Maßnahmen müssen generell die individuell relevanten

rechtlichen Rahmenbedingungen wie z. B. Vorhandensein der Fähigkeit zur freien Willensbildung Berücksichtigung finden. Dies gilt auch in Vorbereitung auf die Rehabilitationsmaßnahme, bei der die Indikationskriterien der geriatrischen Rehabilitation gemäß der Begutachtungsrichtlinie »Vorsorge und Rehabilitation« zu beachten sind (Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, konkrete alltagsrelevante Rehabilitationsziele, positive Rehabilitationsprognose). Die Abgrenzung zur Akutgeriatrie ergibt sich aus der nicht mehr vorhandenen Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V. Dies impliziert, dass die Akutdiagnostik vor Beginn der geriatrischen Rehabilitation abgeschlossen sein muss. Eine Verlaufsdiagnostik zum Zwecke der medizinischen Überwachung und zur Sicherung eines nachhaltigen Rehabilitationserfolgs ist hingegen fester Bestandteil der geriatrischen Rehabilitation.

Die GRBM-Expertengruppe hält die Grundprinzipien eines patientenzentrierten Zugangs, wie er von der Amerikanischen Gesellschaft für Geriatrie für ältere Menschen mit Mehrfacherkrankungen empfohlen wird, für essentiell, um die Gesundheitsversorgung geriatrischer Rehabilitanden zielgerichtet und entsprechend ihren Bedürfnissen vorzunehmen.¹ Der Aspekt der partizipativen Entscheidungsfindung (*shared decision making*) ist dabei vorrangig zu betrachten und vor dem Hintergrund des persönlichen und kulturellen Kontexts des Rehabilitanden stets individuell zu gestalten. An dieser Schnittstelle findet das GRBM seine Limitationen und muss ggf. ethisch-medizinischen Betrachtungen und daraus abgeleiteten Einzelfallentscheidungen weichen. Einflussfaktoren, die hier zum Tragen kommen, umfassen beispielsweise eine erkennbar begrenzte Lebenserwartung, Aspekte der Motivation und Adhärenz sowie persönliche Wertungen hinsichtlich kurativer, präventiver, symptomatischer und lebensverlängernder Maßnahmen.

Die GRBM-Herausgeber, Februar 2018

1 American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the American Geriatrics Society. J Am Geriatr Soc. 2012 Oct;60(10):1957-68.

2 GRBM-Synopse

GRBM-Modul	Kernmaßnahme	Bedarfsabhängige Zusatzmaßnahme	Stationäre Einzelmaßnahme	Stationäre Gruppenmaßnahme	ÄD	PD	ET	PT	LO	PS	SD	EB
GRBM 00 Modulatoren des Rehaerfolgs	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X
GRBM 01 Management funktionell relevanter Komorbiditäten der Inneren Organe		X	X	X	X	X	X	X				X
GRBM 02 Management funktionell relevanter Komorbiditäten des Bewegungsapparates		X	X	X	X	X	X	X				X
GRBM 03 Management funktionell relevanter Komorbiditäten des Nervensystems		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
GRBM 04 Management der medikamentösen Non-Adhärenz	X		X		X	X	X					
GRBM 05 Strukturiertes Polypharmazie-management	X		X		X	X						
GRBM 06 Rehabilitationsmanagement einer Demenz und kognitiver Beeinträchtigungen		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

GRBM-Modul	Kernmaßnahme	Bedarfsabhängige Zusatzmaßnahme	Stationäre Einzelmaßnahme	Stationäre Gruppenmaßnahme	ÄD	PD	ET	PT	LO	PS	SD	EB
GRBM 07 Reversible kognitive Beeinträchtigungen		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
GRBM 08 Depression und Angststörungen – nicht-medikamentös		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
GRBM 09 Selbstwirksamkeit, Risikoverhalten und Sturzangst		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
GRBM 10 Interprofessionelles Inkontinenzmanagement		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
GRBM 11 Interprofessionelles Dysphagie-management		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
GRBM 12 Interprofessionelles Malnutritionsmanagement		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

ÄD=Ärztlicher Dienst, PD= Pflegedienst, ET=Ergotherapie, PT=Physiotherapie, LO=Logopädie, PS=Psychologie, SD=Sozialdienst, EB=Ernährungsberatung

3 GRBM-Module

GRBM 00: Modulatoren des Reha-Erfolgs

<input checked="" type="checkbox"/> Kernmaßnahme	<input type="checkbox"/> Bedarfsabhängige Zusatzmaßnahme	Maßnahmetyp
<input checked="" type="checkbox"/> Alle Patienten		Indikation bzw. Zielgruppe für die Maßnahme

Zur Sicherung des Rehabilitationserfolgs sind Mindeststandards einzuhalten, die folgende Aspekte umfassen:

- | | |
|---|-----------------|
| <ol style="list-style-type: none">1. ERKENNEN von geriatrischen Problemen, die den nachhaltigen Behandlungserfolg gefährden können (Identifikation geriatrischer Syndrome) → Geriatrisches Assessment2. ERKENNEN von Gefahrenpotentialen, die durch eine Entgleisung oder Unterversorgung der Komorbiditäten verursacht werden → Medizinische Basisdiagnostik und Monitoring3. ERKENNEN von Gefahrenpotentialen, die durch medikamentöse Non-Adhärenz und/oder Polypharmazie entstehen können → Medikamentenreview, Fehlverordnungen (PIM und Underuse), Selbstmanagement4. Sicheres und umfassendes ÜBERLEITUNGSMANAGEMENT → Informationsbereitstellung im Entlassbericht | Behandlungsziel |
|---|-----------------|

Geriatrisches Assessment

Bei Aufnahme

- | | |
|---|---------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Selbstversorgung: Barthel-Index• Mobilität: Timed Up & Go Test, SPPB, Handkraft• Schmerz: NRS oder VAS• Kognitiver Kurz-Screen: SFT• Kognitives Assessment: z. B MMSE, Uhrentest, BAS, DemTect, MoCA, 6-CIT, SKT, MMBLIND• Emotion/Depression: z. B GDS-15, GDS-8, GDS-5, DIA-S, HADS, BDI, PHQ-9, PHQ-2• Sturzanamnese: Erhebung von Stürzen in der Vergangenheit, Sturzfolgen (Verletzungen)• Sturzangst: klinisch oder validiertes Testverfahren, z. B Short-FES-I, FES-I | Beschreibung der Maßnahme |
|---|---------------------------|

- Dysphagie: bei Risikopatienten klinisches Screening oder standardisierter Test, z. B. Wasserschlucktest, Daniels-Test
- Ernährung: BMI, MNA-SF

Im Verlauf

- Selbstversorgung: Barthel-Index
- IADL/Medikamenten-Selbstmanagement: Geldzähltest nach Nikolaus
- Sozialassessment: Beurteilung der poststationären Versorgungssituation (zu Hause, Heim) einschließlich rechtlicher Aspekte (z. B. gesetzliche Betreuung/Vollmacht, Fahrtauglichkeit)

Vor Entlassung

- Selbstversorgung: Barthel-Index
- Mobilität: Timed Up & Go Test, SPPB
- Kognition: Abschluss-Assessment bei reversibler Komponente der kognitiven Beeinträchtigung

Medizinische Basisdiagnostik, Beschaffung von Vorbefunden und Monitoring

Laboruntersuchungen bei Aufnahme

- *Routine*: Blutbild, CRP, Gerinnungsparameter, BZ, Kalium, Natrium, Calcium, Kreatinin, GFR, Eiweiß bzw. Albumin, Leberenzyme, AP, TSH, Urinesteststreifen
- HbA1c bei Diabetes mellitus Typ 2 (sofern von Akutklinik nicht übermittelt)
- Leberenzyme nach Beginn einer Statintherapie
- CK bei Myalgien unter Statinen
- Vitamin B12-Spiegel bei kognitiven Beeinträchtigungen
- Blutspiegelbestimmung bei Digitalistherapie
- Blutspiegelbestimmung des/der aktuell verabreichten Antiepileptikums/-a (*soll* bei Valproat, Phenytoin und Carbamazepin grundsätzlich erfolgen) – sofern von Akutklinik nicht übermittelt

Physikalische Untersuchungen bei Aufnahme

- RR-Messung (zumindest einmalig an beiden Armen, sitzend und mit 5 Min. Ruhephase)
- 12-Kanal-EKG
- Aktuelles Echokardiogramm ab NYHA III bei fehlenden Echokardiographie-Vorbefunden
- Bei Diabetes mellitus klinische Überprüfung auf Polyneuropathie

Beschaffung von Vorbefunden

- Beschaffung von Echokardiographie-Vorbefunden bei KHK und chronischer Herzinsuffizienz
- Bei pAVK Beschaffung angiologischer Vorbefunde (z.B. Angiographie, Duplex-Sonographie, Dopplersonographie mit Druckmessungen und Angabe des Knöchel-Arm-Index)
- Bei Osteoporose Beschaffung von DXA-Vorbefunden der letzten 5 Jahre
- Beschaffung von Vorbefunden zur Erstabklärung einer Epilepsie (Ursache der Epilepsie, bisherige Therapiestrategien, bildgebende Befunde, EEG-Befunde)
- Beschaffung von Vorbefunden bei Demenzverdacht (Bildgebung, Neuropsychologie, Medikation)

Klinisches Monitoring im Verlauf

- 3 Visiten/Woche, einschließlich einer Chef- oder Oberarztvisite
- zusätzliche Visiten bei Bedarf (bis zu 6 Visiten/Woche + ärztlicher Bereitschaftsdienst) entsprechend der individuell bestehenden Konstellation (unter anderem Vorgeschichte, Symptomprofil und -schwere, Titrationsphase)
- Bei schwer depressiven Patienten, die suizidal oder wahnhaft depressiv sind oder keine ausreichende Therapieadhärenz aufweisen, ist die Einbeziehung eines Psychiaters (Facharztkonsil) angezeigt; in der Regel rasche Verlegung in (geronto-)psychiatrische Klinik
- Tägliches RR- und Puls-Monitoring
- Monitoring des Körpergewichts 3 x wöchentlich bei chronischer Herz- und Niereninsuffizienz
- Bei Patienten mit manifester Malnutrition mindestens an 2 Tagen in der Woche Essprotokoll und wöchentliche Gewichtskontrollen

Laborchemische und physikalische Verlaufskontrollen

- Unter Diuretikatherapie wöchentliche Kontrollen der Elektrolyt- und Retentionswerte
- Bei Diabetes mellitus BZ-Tagesprofil (3-Punkte-Profil) mindestens 1 x wöchentlich
- Restharnmessung bei Risikopatienten (Diabetes mellitus, Status nach Schlaganfall, andere neurogene Blasenentleerungsstörungen, Delir)
- Langzeit-EKG bei Vorhofflimmern unter Änderung der Medikation zur Herzfrequenzkontrolle
- Blutspiegelbestimmung bei Änderung der Digitalisdosierung

Interkurrente Diagnostik

- Pulsoxymetrie und Röntgen-Thorax bei COPD mit klinischer Verschlechterung oder Fieber
- Bei klinischer Verschlechterung der Kognition Veranlassung einer cranialen Bildgebung, ggf. auch bei fehlender Verbesserung einer reversiblen Komponente der kognitiven Beeinträchtigung (dann Bildgebung gegen Ende der Rehabilitation)
- Bei Erstdiagnose oder nicht sicher einzuordnenden Parkinson-Symptomen Veranlassung eines cranialen MRT im Intervall (DD atypische Parkinson-Syndrome, NPH, SAE)
- Je nach lokaler Verfügbarkeit videoendoskopische Untersuchung des Schluckens (FEES) oder Videofluoroskopie (VFSS) zur effektiven Therapiegestaltung

Medikamentenreview, Fehlverordnungen (PIM und Underuse), Selbstmanagement

Bei Aufnahme

A Medikamentenreview aus mindestens zwei der folgenden Informationsquellen

1. Befragung von Patient und Angehörigen
2. Brown Bag Review
3. Medikationspläne (Hausmedikation)
4. Arztbriefe
5. Krankenakten
6. Befragung der Stammapotheke

B Bewertung des Medikamentenreviews unter Berücksichtigung folgender Aspekte

1. Problematische Applikationen (Dosieraerosole, Insulin, Augentropfen, Pflaster)
2. Medikamente, die kritisch bezüglich Non-Adhärenz sind
3. FRIDs und deren Dosierungen (bevorzugte Listen: STOPP-2-, FORTA-D-, Priscus-Kriterien)
4. Check und Dokumentation der identifizierten PIM (► GRBM 05)
5. START-Kriterien zur Risikoreduktion von Stürzen und deren Verletzungen
6. Erfassung einer antiresorptiven Osteoporosetherapie (Beginn & Zeitraum der Behandlung)
7. Check Interaktionsprobleme (► GRBM 05)
8. Problematische Zerkleinerungen (geteilte Tablette – Mörsern)