Spektrum Ergotherapie

Ergotherapie in der Geriatrie

Grundlagen – Arbeitsfelder – Perspektiven

Sonja Bahr | Natalie Gätz | Eva Hartmann
Steffi Rievers | Vanessa Wildhage
Herausgeberinnen

Schulz-Kirchner Verlag

Sonja Bahr | Natalie Gätz | Eva Hartmann | Steffi Rievers | Vanessa Wildhage

Herausgeberinnen

Ergotherapie in der Geriatrie

Grundlagen – Arbeitsfelder – Perspektiven

Spektrum Ergotherapie

Herausgeber

DVE

Deutscher Verband
der Ergotherapeuten

Sonja Bahr | Natalie Gätz | Eva Hartmann |
Steffi Rievers | Vanessa Wildhage

Herausgeberinnen

Ergotherapie in der Geriatrie

Grundlagen – Arbeitsfelder – Perspektiven

Schulz-Kirchner Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

1. Auflage 2020
ISBN 978-3-8248-1259-2
eISBN 978-3-8248-9902-9
Alle Rechte vorbehalten
© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2020
Mollweg 2, D-65510 Idstein
Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:
Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Nicole Eitel, Martina Schulz-Kirchner
Umschlagfoto: © Steffi Rievers
Fachlektorat: Thomas Leidag
Lektorat: Doris Zimmermann
Umschlagentwurf und Layout: Petra Jeck
Druck und Bindung:
TZ-Verlag & Print GmbH, Bruchwiesenweg 19, 64380 Roßdorf
Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von den Herausgeberinnen und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Herausgeberinnen bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.
Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes (§ 53 UrhG) ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar (§ 106 ff UrhG). Das gilt insbesondere für die Verbreitung, Vervielfältigungen, Übersetzungen, Verwendung von Abbildungen und Tabellen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung oder Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Eine Nutzung über den privaten Gebrauch hinaus ist grundsätzlich kostenpflichtig. Anfrage über: info@schulz-kirchner.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 11
Danksagung 12
Hinweise zum Buch 12

A THEORIE

A 1 Sonja Bahr | Vanessa Wildhage:
Grundlagen 17

A 2 Sonja Bahr | Eva Hartmann | Steffi Rievers | Vanessa Wildhage:
Rechtliche Grundlagen 23
Klinisches Setting 23
Ambulantes Setting 31
Pflegeheim 34

A 3 Vanessa Wildhage | Steffi Rievers:
Modelle und Bezugssysteme 39
Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) 39
Klientenzentrierte Ergotherapie in der Geriatrie 43
Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) 46
Canadian Practice Process Framework (CPPF) 49
Model of Human Occupation (MOHO) 51

A 4 Sonja Bahr | Natalie Gätz | Eva Hartmann | Steffi Rievers | Vanessa Wildhage:
Assessements
Canadian Occupational Performance Measure (COPM) 56
Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) 58
The Occupational Performance History Interview II (OPHI -II) 59
Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS) 61
Mini-Mental-Status-Test (MMST) 62
Montreal Cognitive Assessment (MoCA) 64
Uhrentest nach Shulman 66
Barthel-Index 67
DemTect (Demenz-Detektion) 70
Mayers' Lifestyle Questionnaire(s) (MLSQ) 71

A 5 Vanessa Wildhage:
Das interdisziplinäre Team 73

A 6 Sonja Bahr | Christine Berg-Darau | Natalie Gätz | Eva Hartmann | Barbara Heise unter Mitarbeit von Friederike Kolster | Sonja Krupp | Sabrina Ober | Christina Ralf | Hanna Roeren | Steffi Rievers | Vanessa Wildhage:
Behandlungsverfahren in der Geriatrie 78
Bobath-Konzept 79
Kinästhetik 80
Kognitiv-therapeutische Übungen nach Perfetti 81
Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF) 83
Affolter-Modell® 84
Basale Stimulation® 85
Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) 87
Entspannungstechniken 90
Lübecker Modell Bewegungswelten (LMB) 93
Sensorische Integrationstherapie (SI) 98
Handlungsorientierte Diagnostik und Therapie (HoDT) 99
Kognitives Training nach Franziska Stengel 111
Computergestütztes kognitives Training 116

A 7 Bianca Schymura | Christina Theissen:
Das digitale Zeitalter – Neue Medien in der Geriatrie 119

B KRANKHEITSBILDER

B 1 Sonja Bahr | Steffi Rievers | Vanessa Wildhage:
Neurologische Krankheitsbilder 127

B 2 Sonja Bahr:
Orthopädische Krankheitsbilder 134

B 3 Sonja Bahr:
Degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates 138

B 4 Natalie Gätz:
Internistische Erkrankungen 141

B 5 Natalie Gätz:
Stoffwechsel 145

B 6 Sonja Bahr:
Schmerz 147

B 7 Martin Willkomm:
Grundlagen der geriatrischen Pharmakologie 149

C DEMENZ

Eva Hartmann:
C 1 **Definition der Demenz** 155

C 2 **Symptome der Demenz** 155

C 3 **Formen der Demenz** 157

C 4 **Ergotherapeutische Interventionen** 162

C 5 **Umgang mit demenziell veränderten Menschen** 162

C 6 **Kommunikation mit demenziell veränderten Menschen** 169

C 7 **Umgang mit herausforderndem Verhalten** 171

C 8 **Umgang mit Hinlauftendenz** 173

C 9 **Altersdepression in Abgrenzung zur Demenz** 175

D BEHANDLUNGSFELDER IM KLINISCHEN SETTING

D 1 Sonja Bahr | Simon Eberhard | Natalie Gätz:
Die akutgeriatrische Komplexbehandlung 179

D 2 Vanessa Wildhage:
Geriatrische Frührehabilitation 194

D 3 Vanessa Wildhage:
Geriatrische Rehabilitation 197

D 4 Sonja Bahr:
Teilstationäre Krankenhausbehandlung 199

D 5 Sonja Bahr:
Ambulante geriatrische Versorgung 206

E BEHANDLUNGSFELDER IM AMBULANTEN SETTING

Steffi Rievers:
E 1 **Rechtliche Grundlagen** 211

E 2 **Der Weg in die ambulante ergotherapeutische Behandlung** 214

E 3 **Behandlungssetting** 216

E 4 **Maßnahmen in der ambulanten Ergotherapie** 218

E 5 **Behandlungsverfahren in der ambulanten Ergotherapie** 241

E 6 **Angehörigenberatung** 246

E 7 **Wohnraumanpassung** 252

F ARBEITSFELD PFLEGEHEIM

Eva Hartmann:
F 1 **Behandlungsfelder im Setting Pflegeheim** 261

F 2 **Interdisziplinäres Team** 277

F 3 **Ergotherapeutische Maßnahmen im Pflegeheim** 283

G BLICK ÜBER DEN TELLERRAND

G 1 Matthias Prehm:
Humor im Gesundheitswesen 317

G 2 Simone Viviane Plechinger:
Zusammenarbeit von Ergo- und Musiktherapie in der Geriatrie 323

G 3 Lisa Bolle:
Tiergestützte Therapie 327

G 4 Andreas Hett:
Kunsttherapie mit alten Menschen 331

G 5 Natalie Gätz:
Rollatortanz und Sitztanz 335

G 6 Steffi Rievers:
Aktivierungstherapie für Menschen mit Demenz – motorisch, alltagspraktisch, kognitiv, spirituell (MAKS) 337

G 7 Kathrin Weiss:
TATKRAFT – Gesundheit im Alter durch Betätigung 340

G 8 Sonja Bahr:
Wohngruppen und Quartiersmanagement 344

G 9 Ellen von dem Berge | Annika Förster:
Palliative Versorgung 346

G 10 Mares Woltering:
LiN – Lagerung in Neutralstellung 350

H HILFSMITTELVERSORGUNG

H 1 Natalie Gätz:
Hilfsmittelversorgung 359

I ANHANG

Literaturverzeichnis 365
Abkürzungsverzeichnis 383
Stichwortverzeichnis 387
Die Herausgeberinnen 389
Die Autorinnen und Autoren 391

Vorwort

Dieses Buch beinhaltet umfassende Informationen über Arbeitsgebiete und -inhalte der Ergotherapie in der Geriatrie. Über das Grundlagenwissen hinaus erhält der Leser einen breit gefächerten Einblick in Einsatzorte und Krankheitsbilder, gesetzliche Grundlagen sowie spezifische Behandlungsmethoden und -konzepte. Das Buch richtet sich gleichermaßen an geriatrieerfahrene Therapeuten, Berufsanfänger und an Lernende in der Ergotherapieausbildung. Sie erhalten einen guten Einblick in das Arbeitsfeld Geriatrie, mit allem nötigen Handwerkszeug, das man in diesem Bereich benötigt. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Forschungsergebnisse werden aufgezeigt, um auch den berufserfahrenen Ergotherapeuten auf den aktuellen Stand der Wissenschaft zu bringen. Neben der Darstellung typischer Bereiche im Arbeitsfeld Geriatrie werden andere Ansätze vorgestellt, um einen Blick über den Tellerrand hinaus zu ermöglichen.

Dieses ausführliche Werk auf dem aktuellsten Stand der Forschung basiert auf unserer jahrelangen Berufserfahrung in der Geriatrie. Unsere unterschiedlichen Arbeitsfelder in der Praxis, in Pflegeeinrichtungen, akut geriatrischen Stationen und der geriatrischen Rehabilitation ermöglichten uns den optimalen Einblick in Arbeitsweisen, Abläufe und Besonderheiten.

Als aktive Mitglieder des Fachausschusses Geriatrie im DVE sind wir immer auf dem aktuellen Wissensstand und begleiten selbst die Weiterentwicklung der Ergotherapie auf Bundesebene. Eine gute Vernetzung auch in andere Bereiche ermöglichte uns, qualifizierte Co-Autoren und -Autorinnen zu gewinnen, die das Buch fachlich wie wissenschaftlich bereichern.

Sonja Bahr | Natalie Gätz | Eva Hartmann
Steffi Rievers | Vanessa Wildhage

Danksagung

Dank sagen möchten wir allen, die an der Entstehung dieses Buches mitgewirkt und uns dabei unterstützt haben. Dies gilt in erster Linie für die uns anvertrauten Patienten, Klienten und Bewohner, die uns durch die Begegnungen in der Therapie täglich an ihrem Leben und ihrer Lebensgeschichte teilhaben lassen.

Der Dank geht zudem an den Verlag, der uns auf das Buchprojekt aufmerksam machte und es uns ermöglichte, unser Wissen und unsere Erfahrungen weiterzugeben. Außerdem bedanken wir uns bei unseren Autoren, die durch ihre Beiträge das Buch fachlich ergänzt und uns einen Blick über den Tellerrand ermöglicht haben.

Wir bedanken uns bei unseren Familien, die uns darin bestärkt haben, unserem Traumberuf Ergotherapie nachzugehen und uns beim Buchprojekt unterstützten.

Hinweise zum Buch

Zur Verbesserung der Lesbarkeit haben sich die Herausgeber für eine wechselnde Genderbezeichnung entschieden. Grundsätzlich sind immer alle Geschlechter angesprochen.

Um Wiederholungen zu vermeiden, wird in den Kapiteln regelmäßig auf andere Abschnitte und Kapitel im Buch verwiesen.

Die Beschreibung der Krankheitsbilder stellt eine Übersicht über die häufigsten Erkrankungen dar, die in der Arbeit mit älteren Menschen auftreten. Für ausführlichere Informationen hierzu bieten sich medizinische Fachbücher an. Für eine eingehendere Beschäftigung mit den einzelnen Themengebieten werden jeweils weiterführende Buchempfehlungen angegeben.

Die Auswahl der Assessments, die in diesem Buch vorgestellt werden, beruht auf der persönlichen Erfahrung des Herausgeber- und Autorenteams. Ergotherapeuten stehen selbstverständlich noch viele andere Assessmentmöglichkeiten zur Verfügung. Die Assessment-Datenbank des DVE e. V. (zugänglich für Mitglieder), aber auch die Seite des Kompetenzzentrums Geriatrie (frei zugänglich) bieten die Möglichkeit, passende Assessments und weiterführende Informationen zu finden.

Da in jedem Setting eine unterschiedliche Terminologie in Hinblick auf den „Klientenbegriff" verwendet wird, führt dieses Buch die jeweiligen Bezeichnungen der Bereiche mit an. Es werden die Bezeichnungen „Patient/Patientin", „Klient/Klientin", „Betreute" und „Bewohner" genutzt.

Kapitel A

THEORIE

A 1 Sonja Bahr | Vanessa Wildhage:
Grundlagen 17
1.1 Was ist Geriatrie 17
1.2 Demografischer Wandel 18
1.3 Altern im sozialen Kontext 21

A 2 Sonja Bahr | Vanessa Wildhage:
Rechtliche Grundlagen 23

Sonja Bahr | Vanessa Wildhage:
2.1 **Klinisches Setting** 23

Steffi Rievers:
2.2 **Ambulantes Setting** 31

Eva Hartmann:
2.3 **Pflegeheim** 34

A 3 Vanessa Wildhage | Steffi Rievers:
Modelle und Bezugssysteme 39
3.1 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) 39
3.2 Klientenzentrierte Ergotherapie in der Geriatrie 43
3.3 Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) 46
3.4 Canadian Practice Process Framework (CPPF) **(**Steffi Rievers) 49
3.5 Model of Human Occupation (MOHO) 51

A 4 **Assessements**
Natalie Gätz:
4.1 **Canadian Occupational Performance Measure (COPM)**.....56

Vanessa Wildhage:
4.2 **Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST)**.....58
4.3 **The Occupational Performance History Interview II (OPHI-II)**.59
4.4 **Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS)**..61

Eva Hartmann:
4.5 **Mini-Mental-Status-Test (MMST)**.....62

Steffi Rievers:
4.6 **Montreal Cognitive Assessment (MoCA)**.....64

Natalie Gätz:
4.7 **Uhrentest nach Shulman**.....66

Sonja Bahr:
4.8 **Barthel-Index**.....67

Eva Hartmann:
4.9 **DemTect (Demenz-Detektion)**.....70
4.10 **Mayers' Lifestyle Questionnaire(s) (MLSQ)**.....71

A 5 Vanessa Wildhage:
Das interdisziplinäre Team.....73

A 6 Sonja Bahr | Natalie Gätz | Eva Hartmann | Steffi Rievers | Vanessa Wildhage:
Behandlungsverfahren in der Geriatrie.....78

Sonja Bahr:
6.1 **Bobath-Konzept**.....79

Eva Hartmann:
6.2 **Kinästhetik**.....80

Natalie Gätz:
6.3 **Kognitiv-therapeutische Übungen nach Perfetti**.....81
6.4 **Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)**.....83

Eva Hartmann:
6.5 **Affolter-Modell®** 84
6.6 **Basale Stimulation®** 85

Vanessa Wildhage:
6.7 **Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP)** 87
6.8 **Entspannungstechniken** 90

Christina Ralf | Hanna Roeren | Sonja Krupp:
6.9 **Lübecker Modell Bewegungswelten (LMB)** 93

Eva Hartmann:
6.10 **Sensorische Integrationstherapie (SI)** 98

Sabrina Ober | Barbara Heise unter Mitarbeit von Friederike Kolster:
6.11 **Handlungsorientierte Diagnostik und Therapie (HoDT)** 99

Christine Berg-Darau:
6.12 **Kognitives Training nach Franziska Stengel** 111

Steffi Rievers:
6.13 **Computergestütztes kognitives Training** 116

A 7 Bianca Schymura | Christina Theissen:
Das digitale Zeitalter – Neue Medien in der Geriatrie 119

A THEORIE

A 1 Grundlagen

A 1.1 Was ist Geriatrie?

Wenn man das Suchwort *Geriatrie* bei Google eingibt, erhält man über fünf Millionen Einträge. Fast alle diese Einträge enthalten nahezu die gleichen Inhalte, Definitionen etc. Doch was ist eigentlich *Geriatrie* genau?

Geriatrie ist die Lehre des Alterns, der Altersmedizin oder Altersheilkunde. Diese Wissenschaft beschäftigt sich mit dem alten/betagten Menschen. Dies beinhaltet sowohl die medizinischen (z. B. Erkrankungen) als auch die psychischen, sozialen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Aspekte des Alterns (zusammengefasst unter dem Begriff Gerontologie).

Die deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. definiert *Geriatrie* folgendermaßen:

> *Die Geriatrie ist die medizinische Spezialdisziplin, die sich mit den körperlichen, geistigen, funktionalen und sozialen Aspekten in der Versorgung von akuten und chronischen Krankheiten, der Rehabilitation und Prävention alter Patientinnen und Patienten sowie deren spezieller Situation am Lebensende befasst* (DGG 2018).

Der durchschnittliche geriatrische Patient ist über 70 Jahre alt (je nachdem, welche Quelle man zugrunde legt) und durch seine Multimorbidität gekennzeichnet. Multimorbide bedeutet, dass ein Klient unter mehreren Erkrankungen leidet, die teilweise auch chronisch verlaufen. Ein typisches Beispiel für Multimorbidität wäre eine hochbetagte Person, die an Herzschwäche sowie Arthrose leidet und zusätzlich noch die Restsymptomatik eines alten Apoplex zeigt. Darüber hinaus lassen die kognitiven Fähigkeiten deutlich nach. Kommt es z. B. in diesem Lebensabschnitt zu einem Sturz, beispielsweise wegen Glatteis auf dem Weg zum Einkaufen, zieht sich der Klient mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Fraktur der unteren Extremität zu. Dies kann im schlimmsten Fall der Auslöser einer Kettenreaktion sein: Nicht nur, dass der Klient künftig auf Hilfe im Alltag angewiesen ist, um zu essen, sich an- und auszuziehen oder zu waschen, gleichzeitig wächst auch die Wahrscheinlichkeit für weitere Komplikationen wie erneute Stürze, Mangelernährung oder Infektionen durch unzureichende Hygiene. Diese Klienten werden von Geriatern behandelt. Diese Ärzte haben im Rahmen ihrer Tätigkeit in der Inneren Medizin eine Weiterbildung zum Geriater absolviert und somit fachspezifische Kenntnisse für Erkrankungen im Alter erworben.

Als Geriater nimmt der Arzt nicht nur die Rolle des Behandelnden ein, sondern übernimmt eine übergeordnete vermittelnde Rolle im sozialmedizinischen Kontext des Klienten. So koordiniert er die Therapeuten, spricht mit Angehörigen, Pflegediensten und weiteren am therapeutischen Prozess Beteiligten, um eine weitere Chronifizierung der Erkrankungen zu verhindern und dem Klienten möglichst lange ein würdevolles, teilhabeorientiertes Leben zu ermöglichen (Willkomm 2016; Zeyfang, Denkinger et al. 2018).

A 1.2 Demografischer Wandel

Die Demografie beschäftigt sich statistisch und theoretisch mit der Entwicklung von Bevölkerungen. Sie untersucht, wie sich Bevölkerungen alters- und zahlenmäßig entwickeln und zusammensetzen, welches Migrationsverhalten sie zeigen und auf welche Umweltbedingungen und soziale Faktoren die Veränderungen zurückzuführen sind. Dabei stützt sie ihre Vorausberechnungen auf Annahmen zur Geburtenzahl, zur Sterblichkeitsrate und zum Ein- oder Auswanderungsverhalten.

Im Folgenden geht es um die demografische Entwicklung in Deutschland sowie um die Konsequenzen, die sich hieraus für die Gesellschaft ergeben.

Der demografische Wandel Deutschlands: Im Jahr 2015 veröffentlichte das Statistische Bundesamt die 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung mit den Prognosen bis 2060 (Pötsch & Rößger 2015). Grundlage ist die Zensuserhebung von 2011, auf ihren Zahlen basieren die Annahmen zur Geburtenhäufigkeit, zur Lebenserwartung und zum Migrationsverhalten. Die statistischen Berechnungen zeigen acht mögliche Varianten einer zukünftigen Entwicklung auf (Pötsch & Rößger 2015, S. 43ff.). Die wichtigsten Ergebnisse werden an zwei ausgewählten Varianten vorgestellt. Beide Szenarien beschreiben, wie sich unter Annahme einer annähernd konstanten jährlichen Geburtenrate, eines Anstiegs der Lebenserwartung um sieben (Männer) bzw. sechs Jahre (Frauen) und unter zwei unterschiedlichen Wanderungsannahmen (Variante 1: schwächere Zuwanderung, Variante 2: stärkere Zuwanderung) Bevölkerungsgröße und Altersaufbau bis 2060 entwickeln, wenn sich die langfristigen demografischen Trends fortsetzen.

Die Geburtenrate bleibt durch die günstige Altersstruktur der potenziellen Mütter aus den Jahrgängen der 1980er Jahre (Kinder der Baby-Boomer-Generation) noch bis 2020 stabil. Da sich die Geburtenrate in den Jahren zuvor aber bereits durch rückläufige Geburtenzahlen minimiert hat, werden die Geburten insgesamt abnehmen.
„Bei der Fortsetzung der langfristigen demografischen Trends wird die Einwohnerzahl von 80,8 Millionen am 31. Dezember 2013 auf 67,6 (kontinuierliche Entwicklung bei schwächerer Zuwanderung) beziehungsweise 73,1 Millionen (kontinuierliche Entwicklung bei stärkerer Zuwanderung) im Jahr 2060 abnehmen." (Pötsch & Rößger 2015, S. 6).

Andererseits wird die Zahl älterer Menschen durch die gestiegene Lebenserwartung infolge einer verbesserten medizinischen Versorgung in den nächsten Jahrzehnten

weiter ansteigen. Geburtenrückgang und das Altern der heute stark besetzten mittleren Jahrgänge führen zu gravierenden Verschiebungen in der Alterspyramide, insbesondere die Zahl der Hochbetagten nimmt zu.
„Im Ausgangsjahr 2013 bestand die Bevölkerung zu 18 % aus Kindern und jungen Menschen unter 20 Jahren, zu 61 % aus 20- bis unter 65-Jährigen und zu 21 % aus 65-Jährigen und Älteren. Im Jahr 2060 wird der Anteil der unter 20-Jährigen auf 16 % und der Anteil der 20- bis 65-Jährigen auf 51 bis 52 % sinken." (Pötsch & Rößger 2015, S. 6).

Im Jahr 2060 ist jeder dritte Mensch mindestens 65 Jahre alt und auf ein neugeborenes Kind werden zwei 70-Jährige kommen. Jeder achte Mensch wird mindestens 80 Jahre alt sein. Dies entspricht einem Anteil von ca. 13 % der Bevölkerung.
„Die Alterung schlägt sich insbesondere in den Zahlen der Hochbetagten nieder. Im Jahr 2013 lebten 4,4 Millionen 80-Jährige und Ältere in Deutschland, dies entsprach 5,4 % der Bevölkerung. Ihre Zahl wird kontinuierlich steigen und mit fast 10 Millionen im Jahr 2050 den bis dahin höchsten Wert erreichen. Zwischen 2050 und 2060 sinkt dann die Zahl der Hochbetagten auf rund 9 Millionen." (Pötsch & Rößger 2015, S. 6).

Eine viel diskutierte Möglichkeit, um dieser Entwicklung entgegenzusteuern, ist die gezielte Zuwanderung. Durch Aufnahme von Menschen im erwerbsfähigen Alter und den Zuzug von Familien kann einer Vergreisung der Bevölkerung entgegengewirkt werden (Pötsch & Rößger 2015).

Bedeutung der statistischen Berechnungen für die derzeitige Gesellschaft: Die bessere medizinische Versorgung führt zu einem Anstieg der Lebenserwartung. Demnach wird es zukünftig nicht nur mehr ältere Menschen geben, sondern sie werden auch länger in dem Stadium außerhalb der Erwerbstätigkeit verbleiben.

Die Probleme, die sich aufgrund dieser Berechnungssituation ergeben, zeichnen sich schon länger in unserer Gesellschaft ab. Es wird deutlich, dass die nächsten Generationen am meisten damit zu kämpfen haben, dass die Gesellschaft immer älter wird. Die medizinische Situation hat sich so weit verbessert, dass ein hochbetagtes Alter erreicht werden kann. Es fehlen aber genügend medizinische und soziale Ressourcen in der Gesellschaft, um die steigende Anzahl an alten Menschen angemessen versorgen zu können. Immer mehr junge, erwerbstätige Menschen wandern aus Dörfern in die Großstädte ab, was dazu führt, dass die ländlichen Gebiete veröden. Zurückgelassen werden die Hochbetagten, die keine Familienangehörigen, keine Einkaufsmöglichkeiten und auch keinen Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln haben, um sich selbst zu versorgen. Dennoch wollen auch sie ihr selbstbestimmtes Leben weiterführen. Hier ist es die Aufgabe der Gesellschaft, Lösungen zu finden, die jedem Menschen ein würdiges Leben ermöglichen. Aus Anlass dieser Aufgaben und Probleme veröffentlichte das Bundesministerium des Innern 2015 das Strategiepapier „Jedes Alter zählt – Für mehr Wohlstand und Lebensqualität aller Generationen", das sich mit den Demografiestrategien der Bundesregierung auseinandersetzt (BMI 2015). In diesem Papier legt die Bundesregie-

rung mit ihren Gestaltungspartnern dar, welche Ziele bis dato erreicht wurden, welche Ziele zu vertiefen sind und wo weitere Anstrengungen unternommen werden müssen, um die gesellschaftliche Situation zu verbessern. Im Einzelnen sieht das Papier folgende Zielsetzungen vor (→ Tabelle).

Das zweite Ziel bzw. Handlungsfeld „Förderung des sozialen und gesellschaftlichen Zusammenhalts" bietet Ergotherapeuten produktive Anknüpfungspunkte für ihre Arbeit. Der Wunsch älterer Menschen, möglichst lange in ihrem gewohnten sozialen Kontext zu leben, ist die Grundlage vieler Projekte, wie z. B. TATKRAFT oder HED-I, die einen Zusammenhalt in der Familie fördern und darüber hinaus noch weitere soziale Strukturen aufbauen. Sicherlich werden sich in den nächsten Jahren noch weitere Projekte für die ergotherapeutische Arbeit aus der demografischen Entwicklung ergeben und der Beruf wird im Bereich der Geriatrie an Bedeutung gewinnen, da Ergotherapeuten über Kompetenzen verfügen, individuelle Lösungen für strukturell verursachte Probleme zu finden.

Demografiestrategien für mehr Wohlstand und Lebensqualität aller Generationen

Wirtschaftliches Wachstum („Stärkung des wirtschaftlichen Wachstumspotenzials")	**Soziale und gesellschaftliche Ziele** („Förderung des sozialen und gesellschaftlichen Zusammenhalts")	**Stärkung der Lebensverhältnisse in allen Regionen der BRD** („Förderung der Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse in den Regionen")	**Ziele zur finanziellen Unterstützung eines sicheren Sozialsystems** („Gewährleistung solider Finanzen für die Handlungsfähigkeit des Staates und verlässliche soziale Sicherungssysteme")
■ Absicherung des Fachkräftepotenzials ■ Förderung des Bildungssystems ■ Innovationsförderung durch gezielte Investitionen	■ Stärkung der Familie ■ Stärkung der Jugendlichen ■ Stärkung der Älteren ■ Inklusion ■ Engagement innerhalb der Gesellschaft ■ Verbesserung des Gesundheitssystems, speziell im Bereich der Pflege, Demenz und Krankenversorgung	■ Verbesserung der ländlichen und städtischen Regionen ■ Nachhaltigkeit für Städte und Regionen ■ Verbesserung der Infrastruktur und der damit verbundenen Versorgung	■ Ausbau öffentlicher Finanzen ■ Zuverlässigkeit der sozialen Systeme ■ Umstrukturierung öffentlicher Dienst

A 1.3 Altern im sozialen Kontext

Der Prozess des Alterns selbst ist weitgehend vorgegeben. Die Vorstellung von Alter und Alt-Sein hat sich in den letzten Jahrzehnten jedoch in der Gesellschaft verändert. So findet das Altern nicht nur unter medizinisch-biologischer Betrachtungsweise statt, sondern wird auch unter psychologischen, sozialen und kulturellen Aspekten gesehen. Seitdem die Lebenserwartung der Menschen im 19. Jahrhundert immer weiter stieg, breitete sich gegen Ende des 2. Weltkrieges aus den USA kommend der Fachbereich der Gerontologie als Forschungsfeld aus (Bundeszentrale für politische Bildung 2016). Dass wir uns dem Altern als gesellschaftlicher Aufgabe stellen müssen, zeigen aktuelle Entwicklungen und Diskussionen. Es entwickelt sich eine immer älter werdende Gesellschaft, Kinder werden nicht im gleichen Maße geboren, um den Generationenunterschied ausgleichen zu können (→ Kap. A 1.2). Politische Entscheidungsträger steuern entgegen, indem sie das Rentenalter erhöhen, weil sich die finanziellen Ressourcen der Rentenkassen leeren. Es gibt zu wenige Fachkräfte im pflegerischen und therapeutischen Bereich, die sich darum kümmern, dass hochbetagte Menschen weiterhin am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Der Generationenvertrag, der als solidarische Vereinbarung zwischen Generationen gedacht war, löst sich sukzessive auf, weil sich die Familiengebilde verändern. Da auch das Zur-Welt-Bringen und Großziehen von Kindern gesellschaftlich nicht attraktiv erscheint und die Betreuung bzw. Ausbildung nicht effektiv ist, verhindert dies ein stabiles Altersgefüge innerhalb Deutschlands. Selbst die derzeit hohe Migrantenzahl kann diese Problematik nicht deutlich verbessern.

Der siebte Altenbericht der Bundesregierung von 2015 sollte sich dieser Probleme annehmen und Lösungsmöglichkeiten aufzeigen, wie eine nachhaltige Seniorenpolitik auf Länder- und Kommunenebene erreicht werden könne. Beauftragt wurde eine elfköpfige „Altenkommission", die sich aus Spezialisten unterschiedlicher Professionen zusammensetzt und Empfehlungen für die Politik der Bundesregierung ausspricht (Kruse 2015). Im Bericht wird deutlich, dass politische Entscheidungen sich auf ein teilhabeorientiertes Leben im hohen Alter ausrichten müssen. Hier sind als die zwei wichtigsten Faktoren Gesundheit und soziale Absicherung zu nennen. Darüber hinaus ist für die meisten Menschen der direkte soziale Kontext sowie das Eingebundensein in der örtlichen Gemeinde sehr wichtig. Laut Kommission kommt hier den Kommunen eine entscheidende Rolle zu. Viele Kommunen verfolgen unter Einbeziehung der älteren Menschen eine aktivierende und auf Teilhabe orientierte Politik. Aber es gibt auch Kommunen, die seit Einführung der Pflegeversicherung und anderer Finanzierungsprojekte keinen Schwerpunkt für Hilfestrukturen im Alter legen. Das zweite Pflegestärkungsgesetz bewirkte Regelungen zur Verbesserung der regionalen Zusammenarbeit in der Beratung und Versorgung Pflegebedürftiger. Zudem wurden Ergebnisse aus einer Bund-Länder-Kommission im Entwurf eines Dritten Pflegestärkungsgesetzes integriert.

„Ziel ist es unter anderem, das Zusammenwirken zwischen den Pflegekassen und den Kommunen zu intensivieren und Modellvorhaben zur Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen durch kommunale Beratungsstellen in bis zu 60 Kreisen und kreisfreien Städten zu ermöglichen" (Kruse 2015).

Im Rahmen der Demografiestrategie der Bundesregierung soll sichergestellt werden, dass die Lebensverhältnisse und die Arbeitsbedingungen in allen ländlichen und städtischen Regionen gleichwertig unterstützt werden sowie eine hohe Lebensqualität gesichert und gute Beschäftigungs- sowie Umweltbedingungen in Stadt und Land gewährleistet werden.

A 2 Rechtliche Grundlagen

A 2.1 Klinisches Setting

In den letzten Jahren veränderte sich die Versorgung im Bereich der Geriatrie durchaus positiv. Ein Beispiel hierfür ist das Pflegestärkungsgesetz. Inzwischen werden in der Gesellschaft die Versorgung und die Rehabilitation älterer Menschen als feste Bestandteile unseres Gesundheitssystems gesehen (→ Kap. A 1.3).
Durch die stetig zunehmende Anzahl älterer Menschen in der Bevölkerung wird der Bedarf an ambulanter und stationärer geriatrischer Rehabilitation sogar noch steigen.

Die Erkenntnis, dass zur Versorgung in der Geriatrie kurative Medizin und Rehabilitation notwendig sind, führte dazu, dass am 01.01.2004 die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V in Kraft traten.
Mit den Rehabilitations-Richtlinien wurde im Bereich der vertragsärztlichen Behandlung ein standardisiertes Verfahren geschaffen, das die Kooperation von Krankenkassen, medizinischen Versorgern und Ärzten regelt. Aufgabenbereiche und Kompetenzen der einzelnen Beteiligten können hierdurch klar voneinander abgegrenzt werden: *„Reicht die ärztliche Behandlung einschließlich Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln zur Beseitigung oder Verminderung der Schädigungen und alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe nicht aus, ist die Indikation von Rehabilitationsleistungen zu prüfen. Rehabilitationsleistungen werden sowohl ambulant als auch stationär erbracht, ambulante und stationäre Anschlussrehabilitationen (AR) sind dabei eingeschlossen."* (GKV Spitzenverband 2012, S. 34).

Die Entscheidung, wie eine Rehabilitationsmaßnahme ausgeführt werden soll, trifft die Krankenkasse – unter Berücksichtigung der sozialmedizinischen Empfehlung. Hierbei fließen wirtschaftliche Aspekte sowie Wünsche der betroffenen Person mit ein. *„Bei der medizinischen Rehabilitation handelt es sich um eine Komplexleistung. Die in § 26 Abs. 2 und 3 SGB IX aufgeführten Leistungen können Bestandteil dieser Komplexleistung sein. Werden sie als Einzelleistungen erbracht, sind sie nicht als Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach §§ 40 und 41 SGB V einzustufen."* (ebd., S. 34).

Wenn folgende Kriterien erfüllt sind, ist eine Rehabilitationsleistung indiziert:
- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationsfähigkeit
- realistische, alltagsrelevante Rehabilitationsziele
- eine positive Rehabilitationsprognose (ebd., S. 34).

Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit Rahmenbedingungen rehabilitativer Maßnahmen. Ein Fallbeispiel verdeutlicht die komplexen Strukturen.

Einführung Fallbeispiel:
Herr K. ist 69 Jahre alt und lebt zusammen mit seiner Frau in einem Dorf, 20 km von der nächstgrößeren Stadt entfernt. Er fährt noch mit dem Auto, obwohl er durch Sensibilitätsstörungen im rechten Bein, hervorgerufen durch einen früheren Apoplex, leicht beeinträchtigt ist. Zudem hat er Diabetes Typ 2 und zu hohen Blutdruck. Sein Hausarzt hat außerdem die Verdachtsdiagnose Morbus Parkinson gestellt. Zu den Hobbys von Herrn K. zählen Gartenarbeit, mit dem Hund spazieren gehen und lesen.

Stationäre Rehabilitation: Zu einer stationären Rehabilitation kommt es immer dann, wenn eine rein ärztliche Versorgung unter Einbeziehung von Rezepten und Heilmitteln nicht mehr ausreicht.
Stationäre Rehabilitationsleistungen (§ 40 Abs. 2 SGB V) werden ausschließlich in Rehabilitationseinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V durchgeführt (MDS 2018a).
Geriatrische Klienten befinden sich aufgrund ihrer Multimorbidität und den damit verbundenen Komplikationen in einer unklaren Zuordnungssituation zwischen Akut- und Rehabilitationsversorgung.
„Diese Besonderheiten haben u. a. dazu geführt, dass es für die stationäre Versorgung der geriatrischen Patienten in der Bundesrepublik Deutschland mit Einrichtungen nach § 108 SGB V (Akutgeriatrie, ggf. einschließlich umfassender Anschlussrehabilitation und Einrichtungen nach § 111 SGB V (Geriatrische Rehabilitation) zwei Strukturtypen mit unterschiedlichen Modalitäten der Patienten- bzw. Rehabilitandenzuweisung gibt." (GKV Spitzenverband 2012, S. 39).

Bundesländerspezifische Versorgungsmodelle stationärer geriatrischer Rehabilitation (KCG 2018b)

Bundesländer, deren rehabilitative geriatrische Versorgung ausschließlich oder ganz überwiegend als Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V erfolgt:
Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen
Bundesländer, deren rehabilitative geriatrische Versorgung ausschließlich oder ganz überwiegend als Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V erfolgt:
Baden-Württemberg, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern und Rheinland-Pfalz
Bundesländer, deren rehabilitative geriatrische Versorgung sowohl als Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V als auch als Leistung zur medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V erfolgt:
Saarland mit überwiegendem Rehabilitationsanteil, Niedersachsen und Sachsen sowie Nordrhein-Westfalen mit überwiegendem Krankenhausanteil

In einigen Bundesländern gibt es lediglich geriatrische Abteilungen in Akutkrankenhäusern, in anderen Bundesländern findet eine geriatrische Behandlung in Rehabilitationskliniken statt. Darüber hinaus gibt es Bundesländer mit einer Mischstruktur von Einrichtungen bis hin zu Kliniken mit geriatrischen Abteilungen nach §§ 108 und 111 SGB V innerhalb einer Einrichtung.

„Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- *voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder*
- *Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und*
- *über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist."*

(GKV Spitzenverband 2012, S. 17)

Diese Beeinträchtigungen müssen, unter Beachtung der sozialen Kontextfaktoren (z. B. häusliches Wohnumfeld), für ältere Menschen alltagsrelevant sein. Sie sind dann alltagsrelevant, wenn sie die Selbstständigkeit und die Gestaltungsmöglichkeiten einschränken, die zu den menschlichen Grundbedürfnissen gehören.

Grundbedürfnisse

Selbstständigkeit:

- beim Essen und Trinken
- in der persönlichen Hygiene
- in der Mobilität
- in der Kommunikation
- bei der Gestaltung einer angemessenen Beschäftigung
- in der Gestaltung und Aufrechterhaltung der sozialen Integration

Entsprechende Beeinträchtigungen der Betätigungen betreffen vor allem:

- die Selbstversorgung (z. B. Ernährung, Körperpflege, Exkretion), deren Beeinträchtigung zu Abhängigkeit von fremder Hilfe (z. B. Pflegebedürftigkeit) führen kann
- die Fortbewegung, deren Beeinträchtigung ein Leben des Klienten außerhalb seiner Wohnung verhindern und so zu dessen sozialer Isolation führen kann
- das Verhalten, z. B. als Folge einer vorübergehenden Verwirrtheit, dessen Beeinträchtigung zu Störungen in der Orientierung und sozialen Integration führen kann
- die Kommunikation (z. B. Sprachverständnis, Sprachvermögen, Hören, Sehen) mit der Folge der Beeinträchtigung der örtlichen/räumlichen Orientierung
- die körperliche Beweglichkeit, deren Beeinträchtigung z. B. zu Beeinträchtigung der Selbstversorgung führen kann
- die Geschicklichkeit (z. B. bei manuellen Aktivitäten), deren Beeinträchtigung z. B. zu Beeinträchtigungen der Beschäftigung/Haushaltsführung führen kann

Abgrenzungsbereiche innerhalb der Rehabilitation: Maßgebend für die Entscheidung, ob ein Klient z. B. eine Frührehabilitation oder eine geriatrische Rehabilitation erhalten soll, sind nicht nur finanzielle Abgrenzungen, sondern auch inhaltliche Aspekte.

Abgrenzungsbereiche geriatrischer Rehabilitation

Geriatrie		
Klient mit geriatrischer Multimorbidität, überwiegend 70 Jahre und älter		
(noch) nicht Reha-bedürftig	Reha-bedürftig	
Indikation zur KH-Behandlung nach § 39 SGB V; nicht (Früh)Reha-fähig	bedingt Reha-fähig oder Reha-fähig mit unsicherer Prognose/Frühreha-fähig	indikationsübergreifend Reha-fähig/mit positiver Prognose und realistischer Zielsetzung
Akutgeriatrie		
Geriatrische Akutbehandlung	Geriatrische Frührehabilitation	Geriatrische Rehabilitation
	„Reha-Geriatrie"	

Während eines Spaziergangs mit seinem Hund stürzt Herr K. und erleidet eine Oberschenkelhalsfraktur links. Aufgrund des Schweregrads der Fraktur und der damit verbundenen Immobilität sowie seiner Vorerkrankungen wird ein Antrag auf geriatrische Frührehabilitation gestellt (Bundesländer ohne OPS-Prozedur 8-550 behandeln dies im Rahmen einer akutgeriatrischen Behandlung).

Akutgeriatrie: In diesem Bereich der Rehabilitation werden geriatrische Klienten behandelt, die akut erkrankt sind oder deren Erkrankungszustand sich verschlechtert oder auch chronifiziert hat. Die Klienten werden zur Behandlung entweder direkt aufgenommen oder von einem Fachkrankenhaus überwiesen. Im zweiten Fall handelt es sich eher um die Weiterbehandlung einer akutmedizinischen Versorgung (z. B. Zustand nach OP bei Oberschenkelhalsfraktur). Im Rahmen der akutgeriatrischen Versorgung ist die geriatrische Frührehabilitation für Klienten mit Krankenhausbehandlungsbedarf mit inbegriffen. In dieser Phase ist der Klient noch nicht rehabilitationsfähig.
Als Therapie finden hier ausschließlich frühmobilisierende Maßnahmen statt.

Geriatrische Frührehabilitation (OPS-Prozedur 8-550): In dieser Rehabilitationsphase sind Klienten nur bedingt rehabilitationsfähig. Die Einstufung erfolgt nach dem Zustand des Klienten. Kriterien dafür sind:

- keine durchgängig stabilen Vitalparameter
- bestehende Begleiterkrankungen, Schädigungen und Komplikationen, die entweder für sich genommen oder aufgrund ihrer wechselseitigen Beeinflussung (Komplexität) einer akutmedizinischen, kurativen oder palliativen Behandlung bedürfen
- Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit

- das Bestehen einer Krankheitsfolge oder Komplikation (z. B. Desorientiertheit, Weglauftendenz u. a.)

In der geriatrischen Frührehabilitation werden demnach geriatrische Klienten behandelt, die rehabilitationsbedürftig sind, jedoch (noch) nicht im engeren Sinne rehabilitationsfähig, und bei denen die notwendigen rehabilitativen Maßnahmen zusätzlich zur akutmedizinischen Diagnostik bzw. Therapie bereits über rein passive Maßnahmen der frühmobilisierenden Physiotherapie hinaus auch so angewendet werden können, dass die Kriterien des OPS 8-550 erfüllt sind.
Eine noch unsichere Rehabilitationsprognose steht einer geriatrischen Frührehabilitation dabei nicht entgegen.

Merkmale der OPS-Prozedur 8-550 (und damit auch abrechnungsrelevant):

- Die Behandlung erfolgt durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung, wobei die fachärztliche Behandlungsleitung überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein muss (Zusatzbezeichnung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Geriatrie erforderlich).
- Es wird jeweils zu Beginn und am Ende der Behandlung ein standardisiertes geriatrisches Assessment durchgeführt – zu Beginn der Behandlung in mindestens vier Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und am Ende der geriatrischen frührehabilitativen Behandlung in mindestens zwei Bereichen (Selbstständigkeit, Mobilität). Lässt der Zustand des Klienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Die Erhebung ist nachzuholen, wenn es der Zustand des Klienten erlaubt.
- Es wird ein soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens fünf Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen) erhoben. Können einzelne Assessmentbestandteile aufgrund des Zustands des Klienten nicht erhoben werden, ist dies zu dokumentieren. Die Erhebung ist nachzuholen, wenn es der Zustand des Klienten erlaubt, gegebenenfalls müssen die fehlenden Bestandteile fremdanamnestisch erhoben werden.
- Es erfolgt eine wöchentliche Teambesprechung, an der jeweils mindestens ein Vertreter der Pflege sowie der Therapiebereiche Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/fazioorale Therapie und Psychologie/Neuropsychologie einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung beteiligt sind. Die Therapiebesprechung findet pro vollständige Woche statt. Die erforderliche wochenbezogene Dokumentation für diesen Kode ist erfüllt, wenn die Ergebnisse der bisherigen Behandlung und die weiteren Behandlungsziele umfasst sind. Hierfür sind die Beiträge der patientenbezogenen beteiligten Berufsgruppen ausreichend. Ein weiterer Nachweis zur Durchführung der Teambesprechung ist nicht erforderlich.
- Es wird eine aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal durchgeführt. Mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams muss eine strukturierte curriculare geriatriespezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen.

- Aus den folgenden vier Therapiebereichen *Physiotherapie/Physikalische Therapie; Ergotherapie; Logopädie/fazioorale Therapie; Psychologie/Neuropsychologie* müssen mindestens zwei zum Einsatz kommen (DIMDI 2020).

Sofern möglich, sind alle fehlenden Bestandteile fremdanamnestisch zu erheben bzw. ist die Erhebung nachzuholen, wenn der Zustand des Klienten es erlaubt.

- Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akut medizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren.

Besonderheiten zur Therapiefrequenz gibt es in Zusammenhang mit der Verweildauer der Klienten:

- 8-550.0 mind. 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten
- 8-550.1 mind. 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten
- 8-550.2 mind. 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten

Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 10 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon dürfen maximal 10 % als Gruppentherapie stattfinden (ebd.).

Beispiel

Herr K. wird innerhalb der ersten 48 Stunden nach seiner Ankunft in der Rehabilitationsklinik vom interdisziplinären Team aufgenommen/befundet. Hierbei entscheidet der behandelnde Arzt (mit Fachrichtung Geriatrie), welche Therapiebereiche eingeschaltet werden. Bei Herrn K. sind es die Ergotherapie und die Physiotherapie. Alle beteiligten Berufsgruppen sind dazu verpflichtet, klientenorientierte Ziele zu vereinbaren, die dann einmal pro Woche in einer Teambesprechung überprüft und angepasst werden. An dieser Teambesprechung nehmen zudem Neuropsychologen und Logopäden teil. Auch wenn sie keine direkte Intervention mit Herrn K. durchführen, können sie beratend zur Seite stehen. Als Ziel der Physiotherapie wird festgelegt, dass Herr K. wieder mit seinem Hund spazieren gehen kann.
Nachdem in der Ergotherapie als Eingangsassessment das COPM durchgeführt wurde, werden gemeinsam mit Herrn K. folgende Ziele definiert:

- *Herr K. wäscht und zieht sich selbstständig an.*
- *Herr K. geht mit seinem Hund spazieren.*
- *Herr K. führt sein Hobby „Kegeln" wieder aus (dies hat er seit seinem Apoplex nicht mehr ausgeführt).*

Die therapeutischen Interventionen finden in Form von Einzeltherapien statt. Bei der Physiotherapie ist es die Gehschule sowie als Gruppentherapie ein Gymnastiktraining zur allgemeinen Mobilität. Bei der Ergotherapie ist es ein Wasch- und Anziehtraining, damit Herr K. sich wieder selbstständig versorgen kann.
Seitens des Arztes werden die Medikamente überprüft und es findet eine Diagnostik zur Abklärung der Verdachtsdiagnose M. Parkinson statt.
Da Herr K. kontinuierlich Fortschritte macht, jedoch noch nicht selbstständig genug ist, um nach Hause zurückzukehren (Laufen am Rollator sowie Anziehen bis auf die Schuhe sind möglich), wird ein Antrag auf geriatrische Rehabilitation gestellt.

Geriatrische Rehabilitation: Anders als bei der geriatrischen Frührehabilitation gibt es für die geriatrische Rehabilitation keine Komplexbehandlung. Es existieren jedoch Empfehlungsrichtlinien. Für den Rehabilitationszeitraum ist eine Regeldauer

von drei Wochen angesetzt. Durch eine Befürwortung von ärztlicher Seite kann der Rehabilitationszeitraum auf vier Wochen ausgeweitet werden. Zusätzlich verlangen die Kostenträger ein geriatrisches Gesamtkonzept. Im Rehabilitationskonzept werden unter Berücksichtigung der eventuellen Behandlungsschwerpunkte die rehabilitative Diagnostik – insbesondere unter Verwendung standardisierter geriatrischer Assessments – und die Behandlung strukturiert dargestellt. Es sind Aussagen zur personellen, räumlichen und apparativen Ausstattung der Einrichtung sowie Angaben zu Behandlungsstandards (Musterpläne) für verschiedene typische geriatrische Rehabilitandengruppen zu machen.
Das Konzept berücksichtigt alterstypische Veränderungen und die eingeschränkte Reservekapazität im Hinblick auf die Wiedererlangung physischer und mentaler Funktionen sowie alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe. Das Konzept muss auf die einzusetzenden Maßnahmen und Behandlungselemente eingehen. Das Rehabilitationskonzept sollte den erforderlichen Aufwand transparent machen. Notwendig sind daher Angaben

- zu Frequenz und zeitlichem Umfang aller therapeutischen Leistungen,
- zum prozentualen Anteil an Einzeltherapien,
- zu den benötigten Rüstzeiten (Vor- und Nachbereiten von Therapieeinheiten),
- zum zeitlichen Aufwand für Teamkonferenzen,
- zum zeitlichen Aufwand für ärztliche Aufgaben,
- ggf. zur Gruppengröße.

Ist die Rehabilitationseinrichtung an eine andere Einrichtung (z. B. Rehabilitationsklinik, Krankenhaus) angebunden, muss eine räumliche, organisatorische und wirtschaftliche Trennung gegeben sein. Dies ist im Konzept darzustellen. Die gemeinsame Nutzung von Therapieeinrichtungen ist möglich. In diesem Zusammenhang verlangen die Kostenträger ein Reha-Zertifikat, wie z. B. das QMS-Reha®. Dieses Zertifikat soll die Qualität der Behandlung sicherstellen.
Die personelle Ausstattung muss die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes ermöglichen. Sie ist abhängig von den Behandlungsschwerpunkten und von der Anzahl der Therapieplätze sowie den Angaben im Rehabilitationskonzept.
Das Rehabilitationskonzept sollte den erforderlichen Aufwand transparent machen. Die Einrichtung stellt sicher, dass während der Rehabilitationszeiten in der Einrichtung eine Mindestanzahl von examinierten Gesundheitsfachkräften und Krankenpflegern präsent und verfügbar ist (BAR 2008).

Als Anhaltspunkt für den Personalschlüssel der Berufsgruppen (Verhältnis zwischen Fachkräften und Rehabilitanden) können die folgenden Zahlen dienen:

Ärzte	1:20
Pflegefachkräfte (Leitungskräfte sollten eine geriatrische Fachpflegequalifikation besitzen)	1:10 - 1:20
Physiotherapeuten	1:10 - 1:15
Ergotherapeuten	1:10 - 1:15

Neuropsychologen	1:40 - 1:80
Masseure/medizinische Bademeister	1:40
Sprachtherapeuten/Logopäden	1:20 - 1:40
Sozialarbeiter	1:50 - 1:80
Ernährungsberater (Diätassistent)	1:100

Danach kann der Bedarf an Einzel- sowie Gruppentherapien für die therapeutischen Leistungen errechnet werden. Außerdem sollte eine umfangreiche Diagnostik wie bei der OPS-Prozedur durchgeführt werden (DIMDI 2020).

Während der geriatrischen Rehabilitation arbeitet Herr K. weiter an seinen Zielen. Er lernt, sich die Schnürsenkel zu binden. Mithilfe von Exergaming (Nintendo Wii™) übt er das Kegeln und nutzt dabei Strategien, die für einen sicheren Umgang entwickelt werden. In der Physiotherapie wird neben der Gehschule noch ein Sturzprophylaxe-Training durchgeführt.
Nach drei Wochen wird Herr K. nach Hause entlassen, ohne dass er weitere Hilfsmittel benötigt.

Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung (OPS-Prozedur 8-98a)

Zur Durchführung einer teilstationären Behandlung wird die OPS 8-98a verwendet. Sie beinhaltet viele Anteile der geriatrischen Komplexbehandlung: z. B. wöchentliche Teambesprechungen, Zielsetzung, Arbeiten mit Assessmentverfahren und das Arbeiten im multiprofessionellen Team. Anders als im stationären Bereich wird die Mindestaufenthaltsdauer pro Tag und die verpflichtende Therapiezeit beschrieben. Man unterscheidet hierbei zwei unterschiedliche Behandlungsgrößen:

OPS 8-98a.10

- Gesamtaufenthalt mindestens 330 Minuten pro Behandlungstag
- Gesamttherapiezeit an diesem Tag 60-90 Minuten
- Therapiedauer 30 Minuten pro Einzeltherapie
- Es müssen Therapien aus zwei der folgenden fünf Therapiebereiche *Ergotherapie; Physiotherapie; Physikalische Therapie; Logopädie; Psychologie/ Neuropsychologie* stattfinden

OPS 8-98a.11

- Gesamtaufenthalt mindestens 330 Minuten pro Behandlungstag
- Gesamttherapiezeit an diesem Tag 90 oder mehr Minuten
- Therapiedauer 45 Minuten pro Einzeltherapie
- Es müssen Therapien aus zwei der folgenden fünf Therapiebereiche *Ergotherapie; Physiotherapie; Physikalische Therapie; Logopädie; Psychologie/ Neuropsychologie* stattfinden

Aufgrund dieser Vorgaben muss täglich darauf geachtet werden, welche Behandlung zur Anwendung kommt. Sie muss dann individuell für jeden Klienten dokumentiert und nach dem Aufenthalt abgerechnet werden (DIMDI 2018).

A 2.2 Ambulantes Setting

Ambulante Ergotherapie beinhaltet sowohl die Behandlung von Klienten in der Ergotherapiepraxis als auch Hausbesuche im Wohnumfeld der Klienten. Die Klienten kommen entweder selbstständig oder in Begleitung in die Praxisräumlichkeiten der Ergotherapeuten oder diese begeben sich in die Häuslichkeit der Klienten, wenn dies notwendig ist.

Kostenträger

Gesetzliche Krankenversicherung
Die ambulante Versorgung von Klienten mit dem Heilmittel Ergotherapie ist in Deutschland durch das Sozialgesetzbuch (SGB) geregelt. Als Heilmittel gelten in Deutschland neben der Ergotherapie die Physiotherapie, Podologie und Logopädie. Das SGB ist in 12 Teile gegliedert und beinhaltet die Gesetzgebung der sozialen Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Das fünfte Sozialgesetzbuch „Gesetzliche Krankenversicherung" (SGB V) umfasst die für die ambulante Heilmittelversorgung relevanten Paragrafen. Diese gesetzliche Grundlage dient dem „Gemeinsamen Bundesausschuss" als Ausgangspunkt für die Ausarbeitung der Heilmittelrichtlinie (HeilM-RL), die die ergotherapeutische Versorgung detailliert beschreibt. Die HeilM-RL ist somit eine Art Regelwerk, nach dem sich Ärzte, Therapeuten und Klienten in der Verordnung, Umsetzung bzw. Inanspruchnahme von Ergotherapie richten. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist das oberste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen. Durch schriftliche und mündliche Stellungnahmen des Spitzenverbandes der Heilmittelverbände werden Ergotherapeuten am Beratungsprozess zur Heilmittelrichtlinie einbezogen. Um aus medizinischer wie auch wirtschaftlicher Sicht stets dem aktuellen Stand zu genügen, bedarf die Heilmittelrichtlinie stetiger Anpassung. Die HeilM-RL ist in zwei Teile gegliedert und umfasst die Richtlinien sowie den Heilmittelkatalog mit der Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen für die Maßnahmen der Physikalischen Therapie, der Podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und der Ergotherapie (Gemeinsamer Bundesausschuss 2017a).

Private Krankenversicherung
Neben den Klienten, die ambulante Ergotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten, können das Heilmittel Ergotherapie auch Klienten in Anspruch nehmen, die durch eine private Krankenversicherung versorgt sind. Auch sie werden in Ergotherapiepraxen behandelt oder im Rahmen eines Hausbesuches betreut. Im Unterschied zur gesetzlichen Krankenversicherung schließen diese Klienten einen individuellen Behandlungsvertrag mit der jeweiligen Ergotherapiepraxis. Das bedeutet, dass anders als bei der gesetzlichen Krankenversicherung nicht die Versicherung der Vertragspartner der Ergotherapiepraxis ist, sondern der Klient selbst. Er erhält eine Rechnung für die geleisteten Behandlungseinheiten und ist eigenverantwortlich für die Rückerstattung durch seine private Krankenversicherung. Der Umfang der Leistungen, die eine private Krankenversicherung ihren Klienten bietet, ist ebenfalls individuell. In den meisten Fällen beziehen sich private Kran-

kenversicherungen bei der Versorgung ihrer Klienten mit Heilmitteln allerdings auf die Bundesbeihilfeverordnung (BBhV), auch Verordnung über Beihilfe in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen genannt. Die BBhV beschreibt die Leistungen, die Beamten in Deutschland im Krankheits-, Pflege- oder Geburtsfall zustehen. Innerhalb der BBhV wird darauf hingewiesen, dass die rechtliche Grundlage für die Versorgung von Klienten mit Heilmitteln ebenfalls auf dem SGB V fußt. Die Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses sind auch bei der Versorgung von Klienten nach der BBhV für Ergotherapeuten verbindlich (Verband der Privaten Krankenversicherung 2018).

Unfallversicherung

Die dritte Versorgungsart im ambulanten Setting bildet die ergotherapeutische Behandlung Unfallverletzter und Berufserkrankter, die der Deutsche Verband der Ergotherapeuten (DVE) mit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) vereinbart hat. Das siebente Sozialgesetzbuch mit dem Titel Gesetzliche Unfallversicherung bildet dafür die Grundlage. Die verschiedenen Unfallversicherungsträger haben in Deutschland gemeinsame Richtlinien erarbeitet, nach denen Ergotherapeuten die Behandlung dieser Klienten ausrichten. In den Richtlinien ist der Versorgungsumfang detailliert beschrieben. Die durch die gesetzliche Unfallversicherung geschützten Klienten können eine ergotherapeutische Behandlung aufgrund eines Arbeitsunfalls, eines Wegeunfalls oder einer Berufskrankheit in Anspruch nehmen. Auch Unfälle im Rahmen eines Minijobs sind durch die gesetzliche Unfallversicherung abgedeckt. So könnten Ergotherapeuten zum Beispiel im ambulanten Setting einem geriatrischen Klienten begegnen, der eine Behandlung wegen eines Arbeitsunfalls benötigt, obwohl er bereits im Rentenalter ist (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung 2018).

Kostenträger und rechtliche Grundlagen der ambulanten Ergotherapie (aus Gemeinsamer Bundesausschuss 2017b)

Ambulante Ergotherapie			
Kostenträger	Gesetzliche Krankenversicherung	Private Krankenversicherung	Gesetzliche Unfallversicherung
Rechtliche Grundlage	SGB V Heilmittelrichtlinie	SGB V Bundesbeihilfe-verordnung	SGB VII Richtlinien der Unfallversicherungs-träger

Heilmittelrichtlinie mit Heilmittelkatalog (HeilM-RL): Wie bereits kurz angesprochen, beinhaltet die HeilM-RL die ausführliche Erläuterung der ambulanten ergotherapeutischen Versorgung im Sinne eines Nachschlagewerks. Sie beschreibt neben dem Maßnahmenkatalog der Ergotherapie auch die Physikalische Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie die Podologische Therapie. Während im ersten Teil in Textform die Grundsätze der Heilmittelverordnung, die Zusammenarbeit von Ärzten und Heilmittelerbringern – Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden und Podologen – sowie die vier Therapieformen detailliert beschrieben werden, um-

fasst der zweite Teil in tabellarischer Form den Heilmittel- bzw. Indikationskatalog. In den Tabellen werden den Erkrankungen die entsprechenden Heilmittel zugeordnet. Für die Ergotherapie bedeutet dies, dass eine Kombination von Indikationen (Diagnosegruppe, funktionelle/strukturelle Schädigung, Beeinträchtigung der Aktivitäten – auch Fähigkeitsstörung genannt) die Verordnung eines bestimmten Heilmittels zur Folge hat. Darüber hinaus bieten die Tabellen auch mögliche Ziele der Ergotherapie passend zu den Indikationen an.

Beispiel Demenzielle Syndrome aus dem Indikationskatalog (DVE 2017, S. 104)

Indikation			**Ziel der Ergotherapie**	**Heilmittelverordnung im Regelfall**
Diagnosegruppe	**Funktionelle/ Strukturelle Schädigung**	**Leitsymptomatik: Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen)**		**A. vorrangiges Heilmittel** B. optionales Heilmittel *C. ergänzendes Heilmittel*
PS 5 Demenzielle Syndrome, z. B. Morbus Alzheimer, insbesondere im Stadium der leichten Demenz (CDR 0,5 und 1,0)	1. der Merkfähigkeit und des Kurzzeitgedächtnisses 2. der Orientierung zu Raum, Zeit und Person 3. der psychomotorischen Funktionen	**Einschränkung**: 1. im Verhalten 2. in der Selbstversorgung 3. in der zwischenmenschlichen Interaktion 4. der kognitiven Fähigkeiten 5. der Beweglichkeit und Geschicklichkeit	■ Erhalt und Verbesserung der Selbstversorgung ■ Erhalt und Verbesserung kognitiver Funktionen ■ Erhalt und Verbesserung der Orientierung zu Raum, Zeit und Person	■ **A1. Hirnleistungstraining/ neuropsychologisch orientierte Behandlung** ■ **A2. Psychisch-funktionelle Behandlung** ■ Verordnung ist nur möglich aufgrund einer psychiatrischen Eingangsdiagnostik ■ Erst-VO (bis zu 10x/VO) Folge-VO (bis zu 10x/VO) ■ Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: bis zu 40 Einheiten ■ Frequenzempfehlung: mindestens 1x wöchentlich

Den verordnenden Ärzten bietet der Heilmittelkatalog eine systematische Arbeitshilfe, auf deren Grundlage sie Verordnungen für ergotherapeutische Leistungen ausstellen. Ergotherapeuten sind wiederum verpflichtet, die Verordnungen auf Richtigkeit zu prüfen, denn nur eine dem Heilmittelkatalog konforme Verordnung kann von den Krankenkassen entsprechend vergütet werden. Bei fehlerhaften Verordnungen kommt es zu Kürzungen der Vergütung durch die Krankenkasse (Gemeinsamer Bundesausschuss 2017b).

A 2.3 Pflegeheim

Die Pflege in Deutschland wird gemeinsam von Pflegeversicherten, Pflegekassen und Leistungserbringern gestaltet. Somit organisiert sich der Pflegebereich in Deutschland über die Selbstverwaltung auf der Grundlage von Gesetzen, Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften, die maßgeblich vom Bundesministerium für Gesundheit ausgehen. Dies umfasst die Grundpflege, die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung. Die Schwere der Pflegebedürftigkeit bestimmt die Art und den Umfang der zu erbringenden Leistungen. Organisation und Durchführung der Pflege und Betreuung richten sich nach dem allgemeinen Stand der medizinisch-pflegerischen Kenntnisse. Die Pflegeleistungen werden in Form der aktivierenden Pflege unter Beachtung der Grundsätze und Maßstäbe für Qualität und Qualitätssicherung in der stationären Pflege nach § 112 SGB XI und des Rahmenvertrages gemäß § 75 SGB XI erbracht. Externe Gutachter sind der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) und die Heimaufsicht. Die Mitarbeiter des MDK nehmen zum einen die Überprüfung von Senioreneinrichtungen vor, um die Einhaltung der Qualitätsstandards zu überprüfen. Zum anderen deckt der MDK die Einzelfallbegutachtung hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit eines Menschen ab und spricht den Pflegekassen gegenüber eine Empfehlung für einen passenden Pflegegrad aus. Das Sozialgesetzbuch XI bildet dafür den gesetzlichen Rahmen.
Die Heimaufsicht bzw. Betreuungs- und Pflegeaufsicht nimmt einmal jährlich, neben den anlassbezogenen Prüfungen, etwa bei Beschwerden, ebenfalls eine Überprüfung vor. Sie überwacht, ob die gesetzlichen Rahmenbedingungen eingehalten werden, beseitigt Mängel durch Anordnungen und Auflagen, stellt die angemessene Qualität der Betreuung und Pflege in Einrichtungen sicher, leistet einen umfassenden Beratungsauftrag für Bewohner, Mitarbeiter und Träger der Heime, bildet Arbeitsgemeinschaften mit den Verbänden der Pflegekassen, dem MDK und den Sozialhilfeträgern, in denen sie ihre Arbeit miteinander abstimmt, und wirkt außerdem mit an der fachlichen Weiterentwicklung der Alten- und Behindertenhilfe (Hartmann 2015a).

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff: Spricht man von pflegebedürftig, so ist der Mensch aller Voraussicht nach mindestens sechs Monate auf die Hilfe anderer angewiesen, da er in seiner Selbstständigkeit und seinen Fähigkeiten gesundheitlich beeinträchtigt ist. Die Fähigkeit, körperliche, kognitive, psychische oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen zu kompensieren, ist eingeschränkt (Sozialversicherung kompetent 2017).

Qualitätsprüfung: Einmal im Jahr überprüft der MDK die Qualität von Seniorenpflegeeinrichtungen. Dazu nutzt er drei Erhebungsbögen, um die Qualität der jeweiligen Senioreneinrichtung festzustellen:

- Erhebungsbogen zur Prüfung der Einrichtung (Struktur- und Prozessqualität)
- Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner (Prozess- und Ergebnisqualität)
- Erhebungsbogen zur Befragung der Bewohner.

Die Ergebnisse sind für Interessierte nach dem Schulnotenprinzip aufgelistet und können im Internet, über Pflegestützpunkte oder in den Einrichtungen selbst in Erfahrung gebracht werden. Die Kriterien der MDK-Begutachtung sind in den Qualitätsprüfungsrichtlinien festgeschrieben. Es gibt vier Prüfbereiche, die der MDK bewertet:

- Pflege und medizinische Versorgung des Bewohners
- Umgang mit demenziell erkrankten Bewohnern
- soziale Betreuung und Alltagsgestaltung
- Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene

Eine Befragung von Bewohnern, in der diese ihre subjektiven Eindrücke zur Pflegesituation äußern können, rundet die Prüfung ab.

Um auf nationaler Ebene Standards für Qualität in der Pflege umzusetzen, gibt es aktuell neun Expertenstandards.

Expertenstandards

- Dekubitusprophylaxe
- Entlassmanagement
- Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen/chronischen Schmerzen
- Sturzprophylaxe
- Förderung der Harnkontinenz
- Versorgung chronischer Wunden
- Ernährungsmanagement
- Beziehungsgestaltung in der Pflege bei Menschen mit Demenz
- Mobilität (zunächst auf Basis freiwilliger Einführung)

Quelle: (MDS 2019)

Das Begutachtungsinstrument des MDK: Der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten bzw. bei der Gestaltung der Lebensbereiche steht im Vordergrund der Begutachtung. Die Erfassung der Einbußen in der Selbstständigkeit mit der daraus resultierenden Abhängigkeit von personeller Hilfe spielt eine ebenso große Rolle bei der Begutachtung wie die umfassende Sicht nicht nur auf die Verrichtungen der Grundpflege, sondern auf alle relevanten Bereiche der elementaren Lebensführung. Die Ressourcen der Bewohner stehen dabei im Vordergrund.
Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Abhängigkeit von personeller Hilfe werden in der Langzeitpflege in sechs Modulen festgehalten (König 2016, S. 103ff.):

Gesundheitliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Abhängigkeit von personeller Hilfe in Modulen (Franke 2016; König 2016)

Module	Kriterien
1. Mobilität	■ Positionswechsel im Bett ■ Halten einer stabilen Sitzposition ■ Umsetzen ■ Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs ■ Treppensteigen
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	■ Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld ■ örtliche Orientierung ■ zeitliche Orientierung ■ Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen ■ Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen ■ Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben ■ Verstehen von Sachverhalten und Informationen ■ Erkennen von Risiken und Gefahren ■ Mitteilen von elementaren Bedürfnissen ■ Verstehen von Aufforderungen ■ Beteiligen an einem Gespräch
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	■ motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten ■ nächtliche Unruhe ■ selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten ■ Beschädigen von Gegenständen ■ physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen ■ verbale Aggression ■ andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten ■ Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen ■ Wahnvorstellungen ■ Ängste ■ Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage ■ sozial inadäquate Verhaltensweisen ■ sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen
4. Selbstversorgung	■ Waschen des vorderen Oberkörpers ■ Körperpflege im Bereich des Kopfes ■ Waschen des Intimbereichs ■ Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare ■ An- und Auskleiden des Oberkörpers ■ An- und Auskleiden des Unterkörpers

Module	Kriterien
4. Selbstversorgung (Fortsetzung)	■ mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken ■ Essen ■ Trinken ■ Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls ■ Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma ■ Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma ■ Besonderheiten bei Sondenernährung ■ Besonderheiten bei parenteraler Ernährung ■ Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen
5. Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	■ Medikation ■ Injektionen ■ Versorgung intravenöser Zugänge ■ Absaugen oder Sauerstoffgabe ■ Einreibung – Kälte-/Wärmeanwendung ■ Messung und Deutung von Körperzuständen ■ Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln ■ Verbandswechsel/Wundversorgung ■ Wundversorgung bei Stoma
6. Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	■ Ruhen und Schlafen ■ sich beschäftigen ■ Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen ■ Interaktion mit Personen im direkten Kontakt ■ Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds

In einer 4-stufigen Skala wird die Beurteilung der Selbstständigkeit festgehalten:

- **selbstständig**
- **überwiegend selbstständig**
- **überwiegend unselbstständig**
- **unselbstständig**

Soziale Betreuung im Pflegeheim: In den 1970er Jahren stiegen infolge eines Paradigmenwechsels in der Altenpflege auch Mitarbeiter der sozialen Betreuung in das Arbeitsfeld Pflegeheim ein. Stetig entwickelte sich die soziale Betreuung im Pflegeheim durch unterschiedliche Konzepte weiter. Die Pflegeweiterentwicklungsgesetze seit 2008 führten zu einer zunehmenden Bedeutung der sozialen Betreuung. Häufig wird der Bereich soziale Betreuung, zu dem auch fest angestellte Ergotherapeuten gehören, sozialer Dienst genannt. Doch nicht jedes Pflegeheim verfügt über einen sozialen Dienst oder Ähnliches, da eine bundesweite gesetzliche Verankerung nicht besteht. Die soziale Betreuung ist also einrichtungsspezifisch und kann unter anderem aus Ergotherapeuten, Sozialarbeitern, Sozialpädagogen, Kunst- oder Musiktherapeuten bestehen. Hinzu kommen die zusätzlichen Betreuungskräfte. Durch eine hohe Zahl von Trägern unterschiedlicher Ausrichtung werden verschiedene Pflege-, Wohn-, Versorgungs- und Betreuungskonzepte gelebt. Deswegen variiert der Stellenschlüssel der sozialen Betreuung sehr. Pflegeheime sind nicht verpflichtet, Ergotherapeuten einzustellen. Der Stellenschlüssel wird im Rahmenvertrag durch den Träger individuell mit der zuständigen Behörde festgelegt und ist einzuhalten. Die Gesetzgebungskompetenz für das Heimrecht wurde im Zuge der Föderalismusreform von 2006 auf die Bundesländer übertragen. Jedes der 16 Bundesländer hat ein eigenes Heimrecht. Es fällt in ihren Aufgabenbereich, die Einrichtungen zu beraten und zu überwachen. Weitere Standards für Pflegeheime, nach denen gehandelt werden muss, sind z. B. das Pflegequalitätsgesetz, die Heimpersonalverordnung oder die Heimmindestbauverordnung. Gesetzliche Vorschriften für die Gestaltung von Therapieräumen in Pflegeheimen, wie z. B. Anzahl der Räume, Größe und Ausstattung, gibt es nicht. Die entsprechenden Angebote der Ergotherapie richten sich zum einen nach dem Konzept des Trägers, zum anderen nach der zu betreuenden Bewohnerschaft. Ob vermehrt Gruppenangebote oder auch Einzelangebote stattfinden, vermehrt tagesstrukturierende Maßnahmen oder AEDL-Training angeboten werden oder wie viel Therapiematerial bzw. Verbrauchsmaterial vorhanden ist, ist davon abhängig (Hartmann 2015a).

Zusätzliche Betreuung nach § 43b SGB XI: Um die Lebens- und Betreuungsqualität von demenziell veränderten Menschen, psychisch Erkrankten sowie geistig behinderten Menschen, die in ihrem Alltag eingeschränkt sind, zu verbessern, sollen Betroffene in enger Kooperation und fachlicher Koordination mit Pflegekräften und bestenfalls Ergotherapeuten durch zusätzliche Betreuungskräfte in ihren Gewohnheiten unterstützt werden. Geregelt wird dies durch die Richtlinie für zusätzliche Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI, die die Grundlage für die Ausbildung von Betreuungskräften bildet. Die zusätzliche Betreuung und Aktivierung ist eine Pflichtleistung, die die Einrichtungen im vollstationären Bereich oder in der Tages- und Nachtpflege erbringen müssen. Sie geht über die Art und Schwere der notwendigen pflegerischen Versorgung hinaus (Hartmann 2017a).