

**Bundesarbeitsgemeinschaft  
der Klinisch-Geriatriischen  
Einrichtungen e.V.**

# Empfehlungen für die Klinisch- Geriatrische Behandlung

**überarbeitete Auflage**

Von

Hans Peter Meier-Baumgartner, Gerhard Hain, Peter Oster,  
Elisabeth Steinhagen-Thiessen und Werner Vogel

**Herausgeber:**

Bundesarbeitsgemeinschaft  
der Klinisch-Geriatriischen  
Einrichtungen e.V.

**Anschrift:**

Albertinen-Haus Hamburg  
Zentrum für Geriatrie  
Sellhopsweg 18 - 22  
22459 Hamburg  
Telefon: 040 / 558 1-0  
Fax: 040 / 5581-1000  
E-mail: bag@albertinen.de



GUSTAV FISCHER Jena - Stuttgart - Lübeck - Ulm

Die 1. Auflage erschien 1996 unter dem Titel „Empfehlungen für die geriatrische Rehabilitation“.

Die Deutsche Bibliothek - CIP-Einheitsaufnahme

**Empfehlungen für die klinisch-geriatrische Behandlung** / Hrsg.:  
Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen  
e. V. Von Hans Peter Meier-Baumgartner . . . - 2., überarb. Aufl. - Jena  
; Stuttgart ; Lübeck ; Ulm : G. Fischer, 1998  
1. Aufl. u.d.T.: Empfehlungen für die geriatrische Rehabilitation  
ISBN 3-437-3 1116-6

© Gustav Fischer Verlag Jena, 1998  
Villengang 2,07745 Jena

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Gesamtherstellung: Druckhaus „Thomas Müntzer“ GmbH, Bad Langensalza

Printed in Germany

ISBN 3-437-3 1116-6

## Inhaltsverzeichnis

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen e. V. stellt sich vor . . . . .	7
<b>1. Geriatrie als akute und rehabilitative Krankenhausbehandlung . . . . .</b>	<b>9</b>
1.1 Einführung . . . . .	9
1.2 Definition der Geriatrie und der geriatrischen Rehabilitation. . . . .	11
1.3 Eignung des Patienten für eine geriatrisch-rehabilitative Behandlung. . . . .	12
1.4 Prinzipien der geriatrischen Behandlung . . . . .	13
1.5 Maßnahmen der geriatrischen Behandlung. . . . .	14
<b>2. Die geriatrische Einrichtung. . . . .</b>	<b>15</b>
2.1 Strukturqualität . . . . .	15
2.1.1 Räumliche Ausstattung . . . . .	15
2.1.1.1 Funktionsbereich Pflege. . . . .	15
2.1.1.2 Physiotherapie . . . . .	17
2.1.1.3 Massage- und Badeabteilung. . . . .	18
2.1.1.4 Ergotherapie . . . . .	18
2.1.1.5 Logopädie . . . . .	18
2.1.1.6 Sozialarbeit. . . . .	19
2.1.1.7 Neuropsychologie. . . . .	19
2.1.1.8 Seelsorge . . . . .	19
2.1.1.9 Raum für Konsiliartätigkeit . . . . .	19
2.1.2 Diagnostische Ausstattung . . . . .	19
2.1.3 Personaleinsatz und Personalbedarf . . . . .	20

2.1.3.1	Aufgaben der Teammitglieder .....	21
2.1.3.2	Stellenplan des therapeutischen Teams .....	23
2.2	Prozeßqualität (Behandlungskonzept/Behandlungsdokumentation) .....	24
2.3	Ergebnisqualität/Ergebnisdokumentation .....	25
2.4	GEMIDAS - Geriatrisches Minimum Data Set. ....	26
3.	<b>Die geriatrische Tagesklinik. ....</b>	28
4.	<b>Ambulante geriatrische Rehabilitation .....</b>	29
4.1	Einleitung .....	29
4.2	Definition .....	30
4.3	Ziele .....	31
4.4	Indikationen und Ausschlußkriterien .....	31
4.5	Konzept. ....	32
4.6	Leistungsangebot. ....	34
4.7	Räumliche und apparative Voraussetzungen. ....	34
4.8	Finanzierung (Rechtsgrundlage) .....	35
5.	<b>Aus-, Weiter- und Fortbildung. ....</b>	36
5.1	Weiterbildung klinische Geriatrie für Ärzte .....	36
5.2	Weiterbildung zur Fachpflegekraft. ....	37
5.3	Weiterbildung zum geriatrischen Fachtherapeuten . . .	37
5.4	Die geriatrische Akademie für Weiter- und Fortbildung	37
5.5	Allgemeine Fortbildungen .....	38
6.	<b>Forschung. ....</b>	39
	<b>Literatur .....</b>	40
	<b>Anhang .....</b>	43
	Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatri- schen Einrichtungen e. V. ....	44
	Satzung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatri- schen Einrichtungen e. V. ....	46
	Mitgliederliste (Stand: November 1997) .....	54

## Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatri- schen Einrichtungen e. V. stellt sich vor

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatri-  
schen Einrichtungen wurde am 9. August 1993 auf Initiative des Bundesministeri-  
ums für Arbeit und Sozialordnung von 19 Mitgliedern unter dem  
Namen Bundesarbeitsgemeinschaft der geriatrischen Rehabilitations-  
einrichtungen e. V. gegründet. Bei der Mitgliederversammlung 1997  
in Aachen wurde eine Namensänderung in Bundesarbeitsgemein-  
schaft der Klinisch-Geriatri-  
schen Einrichtungen e. V. beschlossen,  
um einerseits der engen Verzahnung zwischen Akutgeriatrie und  
geriatrischer Rehabilitation Rechnung zu tragen, andererseits aber  
auch eine Abgrenzung von den Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen  
vorzunehmen. Geriatrische stationäre und teilstationäre Rehabilita-  
tion ist eine Krankenhausbehandlung, deren Bedeutung im Rahmen  
der gesundheitlichen Versorgung von der Bundesarbeitsgemeinschaft  
dargestellt werden soll.

Heute zählt die Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geria-  
trischen Einrichtungen 84 Mitglieder (93 Mitgliedseinrichtungen)  
mit weiter stark steigender Tendenz. Ihre besondere Aufgabe sieht  
die Arbeitsgemeinschaft in der Zusammenarbeit und dem Erfah-  
rungsaustausch der Einrichtungen untereinander mit dem Ziel der  
Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität. Besonderen Wert  
legt die Bundesarbeitsgemeinschaft dabei auf die Aus-, Weiter- und  
Fortbildung des Fachpersonals, die Zusammenarbeit mit den zustän-  
digen Bundesbehörden, Ländern und Kostenträgern und den sonsti-  
gen Institutionen auf Bundesebene, insbesondere den Fachgesell-  
schaften und den Bundesverbänden.

Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft können Träger von Einrichtun-  
gen sein, die der stationären und teilstationären Behandlung älterer

Menschen dienen, um neben der normalen Akutbehandlung insbesondere Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern und die fachlich medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung stehen.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen sieht es als eine ihrer wichtigsten satzungsgemäßen Aufgaben an, Standards für ihre Einrichtungen zu erarbeiten. Sie gründete deshalb schon auf ihrer ersten Mitgliederversammlung drei Arbeitsgruppen. Eine Arbeitsgruppe befaßt sich mit Qualitätssicherung, eine zweite Arbeitsgruppe mit Fragen der Aus-, Weiter- und Fortbildung und eine dritte mit Fragen der Investitions- und Betriebskostenfinanzierung.

Aus den Unterlagen der Arbeitsgruppen wurde durch den Vorstand eine zusammenfassende Dokumentation erstellt, die für die vorliegende Neuauflage überarbeitet und ergänzt wurde. Sie soll zeigen, daß es sich bei der geriatriischen stationären, teilstationären und ambulanten Behandlung um etwas Spezielles, mit spezifischen Anforderungen und besonderen Standards, handelt. Die Publikation versteht sich auch als kurzgefaßte Beschreibung der Struktur- und Prozessqualität, der notwendigen Voraussetzungen in personeller, sachlicher und räumlicher Hinsicht sowie der Geisteshaltung der in der Klinisch-Geriatriischen Einrichtung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie richtet sich daher in erster Linie an die zuständigen Bundes- und Landesbehörden, die Träger und verantwortlichen Mitarbeiter der Einrichtungen und nicht zuletzt an die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen als Kostenträger.

Die aus Platzgründen notwendige Beschränkung auf die wesentlichen Aussagen mag den Leser die Antwort auf manche spezielle Frage vermissen lassen, die gleichwohl in den einzelnen Arbeitsgruppen behandelt worden ist. Um Detailfragen, die oft auch erst nach Kenntnis der örtlichen Besonderheiten geklärt werden können, zu erörtern, stehen der Vorstand und die im Anhang aufgeführten Mitglieder der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatriischer Einrichtungen für nähere Auskünfte gerne zur Verfügung.

Der Vorstand

Hamburg, im August 1998

# 1. Geriatrie als akute und rehabilitative Krankenhausbehandlung

## 1.1 Einführung

Der Großteil alter Patienten leidet neben einer akuten, zur Krankenhauseinweisung führenden Störung, an einer Multimorbidität und/oder -zum Teil an chronischen Einschränkungen, Fähigkeitsstörungen unterschiedlicher Ausprägung mit einer negativen Rückwirkung im psychosozialen Bereich. Bei diesen Patienten hat vom Tag der Aufnahme im Krankenhaus ein therapeutisch-rehabilitatives Gesamtkonzept zu greifen.

Das Fach Geriatrie ist nicht gleich Rehabilitation, aber es gibt keine Geriatrie ohne Rehabilitation. Sieht man von speziellen Aufgaben wie Sterbebegleitung ab, so ist Geriatrie immer sowohl medizinische Diagnostik und Therapie inklusive Assessment wie rehabilitatives Geschehen. Der Schwerpunkt des Handelns orientiert sich immer an den jeweiligen speziellen Bedürfnissen des geriatriischen Patienten.

In den einzelnen Bundesländern bestehen heute immer noch unterschiedliche Interessen, unterschiedliche finanzielle Möglichkeiten, aber auch örtliche Besonderheiten und Bedürfnisse. Das bei Politikern und Rehabilitationsträgern teilweise durch materielle Zwänge oft eingeeengte Verständnis für die Geriatrie hat zu den unterschiedlichsten Formen der Realisierung von geriatriischen Abteilungen und geriatriischen Kliniken geführt. Jedes Bundesland hat eigene geriatriische Fachpläne entwickelt. Einerseits entwickelten sich geriatriische Kliniken mit eindeutig rehabilitativem Schwerpunkt, andererseits geriatriische Fachabteilungen in Krankenhäusern. So wird Geriatrie sowohl als Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) als auch medizinische Rehabilitationsmaßnahme (§ 40 SGB V) betrachtet.

Nach wie vor wird in den meisten Bundesländern der überwiegende Teil der geriatrischen Kliniken bzw. der geriatrischen Fachabteilungen in Krankenhäusern als Krankenhäuser im Sinne des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit Versorgungsverträgen nach § 108 SGB V verstanden. Die geriatrischen Rehabilitationskliniken mit Versorgungsverträgen nach § 111 SGB V müssen hinsichtlich der Aufnahmebedingungen (Wegfall der vorherigen Kostenübernahmeerklärung) sowie der Kostenerstattung den nach § 108 SGB V zugelassenen Einrichtungen gleichgestellt werden. Eine solche Gleichstellung bietet Gewähr dafür, daß der geriatrische Patient unabhängig vom Versorgungsvertrag in jeder geriatrischen Einrichtung ohne Verzögerung behandelt wird und daß er in beiden großen Bereichen (Versorgungsvertrag nach § 108 SGB V und Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V) die gleiche Qualität und Intensität der Therapie erhält.

Die geriatrische Fachabteilung, welche die ganze Kompetenz der Geriatrie vertritt, ermöglicht es, den geriatrischen Patienten seinen Bedürfnissen gemäß direkt zu übernehmen, zu beurteilen, zu therapieren und zu rehabilitieren. Um das geriatrische Assessment und das rehabilitative Know How dem geriatrischen Patienten sofort bei Aufnahme zukommen zu lassen und um unnötige Wartezeiten zu verhindern, sollte dieser Typ im Krankenhaus vermehrt gefördert werden. Eine Weiterverlegung aus einer solchen Fachabteilung in eine Rehabilitationsklinik ist grundsätzlich zu hinterfragen, da der erneute Klinikwechsel den Patienten unnötig belastet und die Gesamtbehandlungsdauer zu Lasten des Patienten und der Krankenkassen unnötig verlängert wird.

Zweckmäßigerweise erfolgen so die Akutversorgung geriatrischer Patienten und die fallabschließende geriatrische Rehabilitation unter einem Dach im Krankenhaus. An kleineren Krankenhäusern ist die Schaffung von geriatrischen Substrukturen (z. B. eine geriatrische Station im Rahmen der Inneren Medizin) im Ausnahmefall denkbar.

Für Kliniken, die sich schwerpunktmäßig der rehabilitativen Geriatrie bzw. der geriatrischen Frührehabilitation widmen, ist eine enge Zusammenarbeit mit benachbarten Krankenhäusern erforderlich. Hier sind mehrere Vertragsmodelle, besonders im Fallpauschalenbereich denkbar. Eine zügige Verlegung des geriatrischen Patienten

5 bis 7 Tage nach Aufnahme ist anzustreben. Dies gilt besonders für den Patienten mit Schlaganfall, bei dem die schnellstmögliche Übernahme, z. B. aus der Stroke Unit, in die geriatrische Einrichtung gefordert werden muß. Grundsätzlich ist für den geriatrischen Bereich die Auswirkung der Fallpauschale zu überprüfen. Hier besteht die Gefahr des Auseinanderdriftens zwischen vordergründiger Effektivität und Kostenersparnis und den eigentlichen Bedürfnissen der geriatrischen Patienten durch die Zuweisungsmodalitäten, die sich nur an der Höhe des Entgeltes orientieren.

## 1.2 Definition der Geriatrie und der geriatrischen Rehabilitation

Geriatrie ist eine medizinische Fachrichtung, die angesichts der demographischen Entwicklung weltweit rasch an Bedeutung gewinnt. Sie integriert Aufgaben der Inneren Medizin, Allgemeinmedizin, Nervenheilkunde sowie der Physikalischen und Rehabilitativen Medizin gleichermaßen. Sie befaßt sich mit den Alterungsprozessen und den diagnostischen, therapeutischen, präventiven und rehabilitativen Aspekten der Erkrankungen alter Menschen. Stehen diagnostisch-therapeutische Maßnahmen im Vordergrund, sprechen wir im allgemeinen von Akutgeriatrie, sind rehabilitative Aspekte vordergründig, handelt es sich um geriatrische Rehabilitation, die auch akutmedizinische Versorgung einschließen kann (siehe auch BRUDER et al., Literaturliste Nr. 3).

Im Sinne der International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) beinhaltet geriatrische Behandlung sowohl Behandlung der Schädigung (Impairment), als auch Verminderung der Fähigkeitsstörungen (Disability) und der sozialen Beeinträchtigungen (Handicap).

Geriatrische Behandlung dient der Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten bei drohender oder vorliegender Behinderung. Ihr Ziel ist immer die Wiedergewinnung, die Verbesserung oder der Erhalt einer möglichst weitgehenden Selbständigkeit des Patienten bei den Verrichtungen des täglichen Lebens sowie die Beseitigung,

Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit.

Im Vordergrund des Diagnosespektrums stehen Krankheiten, die besonders die Mobilität und Selbständigkeit beeinträchtigen wie z. B. Schlaganfälle, Erkrankungen des Bewegungsapparates, periphere Gefäßerkrankungen, Diabetes mellitus und andere Stoffwechselerkrankungen mit ihren Folgeerscheinungen oder neurologische Erkrankungen wie ein Parkinson-Syndrom (multifunktionelle Gehstörungen mit Sturzgefahr), besonders dann, wenn die Selbständigkeit in Gefahr ist. Psychische Erkrankungen, insbesondere kognitive Störungen, sind oft als Begleiterkrankung vorhanden. Die Geriatrie hat eindeutig ihre Erfolge dokumentiert. Viele Arbeiten aus dem angelsächsischen Bereich, neuerdings auch aus dem deutschen Bereich, zeigen übereinstimmend, daß über 70% der aufgenommenen Patienten verbessert nach Hause entlassen werden können (siehe auch MEIER-BAUMGARTNER et al., Literaturliste Nr. 12 und GERASS '95 Baden-Württemberg, Literaturliste Nr. 20).

### 1.3 Eignung des Patienten für eine geriatrisch-rehabilitative Behandlung

Bei Auswertung der vorliegenden Behandlungsindikationen muß bestimmt werden, ob und in welchem Umfang ein Rehabilitationspotential gegeben ist. Das heißt, die geriatrisch-rehabilitative Behandlung sollte aller Voraussicht nach zu einem meßbaren Rehabilitationserfolg führen.

Die Abklärung eines Rehabilitationspotentials schließt in der Regel ein geriatrisches Assessment und einen Rehabilitationsversuch mit ein. Geriatrische Rehabilitation ist so lange indiziert, wie die Fähigkeitsstörung gemindert oder deren Verschlimmerung verhindert werden können. Ein entsprechendes Prüfkriterium ist z. B. der Barthel-Index. Hier muß darauf hingewiesen werden, daß laut Vorschrift des Gesetzgebers Rehabilitation im Krankenhaus beginnt (SGB V) und Rehabilitation vor Pflege (bei Einführung der Pflegeversicherung) durchzuführen ist. Diesbezüglich sind Übernahmen in Pflegeheime aus Akutkrankenhäusern ohne geriatrisches Assessment zu hinterfra-

gen. Keinesfalls darf eine vorliegende Pflegestufe des Patienten als Kontraindikation für eine geriatrische Behandlung betrachtet werden. Auch hier ist das Vorliegen eines Rehabilitationspotentials als Indikation für eine klinisch-geriatrische Behandlung entscheidend.

### 1.4 Prinzipien der geriatrischen Behandlung

Die Behandlungsbedürftigkeit und -fähigkeit des geriatrischen Patienten sollte möglichst regelmäßig durch den Hausarzt (Screening) und bei stationärer Behandlung möglichst frühzeitig durch einen Geriater (geriatrisches Konsil) geprüft werden. Besonders wichtig ist die Prüfung der Rehabilitationsfähigkeit vor Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Die Beurteilung des Rehabilitationspotentials bei der Überprüfung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen ist gesetzlich vorgeschrieben.

Prinzipien der geriatrischen Behandlung sind:

- die umfassende Beurteilung des Patienten im Rahmen des geriatrischen Assessments in bezug auf Anamnese, Körper- und Geisteszustand und seine Fähigkeiten zur Bewältigung der Aktivitäten des täglichen Lebens im individuellen sozialen Kontext
- Aufstellung eines individuellen Behandlungs- bzw. Rehabilitationsplans
- interdisziplinäres Handeln im Team unter ärztlicher Leitung und Verantwortung (zu dem geriatrischen Team gehören insbesondere Arzt, Pflegefachkraft, nichtärztliche Therapeuten, Sozialarbeiter und Psychologen)
- regelmäßige Kontrolle der Durchführung und Beurteilung des Rehabilitationserfolges
- Mitbestimmung und aktive Mitwirkung des Patienten und Einbeziehung der Angehörigen in die Umsetzung von Behandlungskonzepten, insbesondere im Hinblick auf die Entlassung
- Realisierung in Wohnortnähe
- Kooperation und Koordination aller ambulanten, teilstationären und stationären Rehabilitationsangebote (Vernetzung)
- Überprüfung des Erfolges nach Entlassung des Patienten

## 1.5 Maßnahmen der geriatrischen Behandlung

- Ärztliche Diagnostik und Behandlung (kontinuierlich erforderlich, nicht nur Überwachung des geriatrischen Teams)
- Maßnahmen der Pflege (aktivierend therapeutische, rehabilitative Pflege)
- Krankengymnastik und Bewegungstherapie
- Ergotherapie
- Logopädie
- Psychologische und psychotherapeutische Behandlung
- Soziale Betreuung
- Ernährungsberatung
- Seelsorge

## 2. Die geriatrische Einrichtung

Pro 100000 Einwohner werden 50 bis 60 Betten benötigt. Die Größe einer Abteilung sollte 60 Betten, in einer eigenständigen geriatrischen Klinik etwa 80 bis 120 Betten betragen. Im Sinne eines abgestuften Versorgungskonzeptes gehört zu einer geriatrischen Klinik eine teilstationäre Einrichtung (Tagesklinik, 15 Behandlungsplätze pro 100000 Einwohner) und ein ambulanter Bereich.

### 2.1 Strukturqualität

Die Strukturqualität beschreibt einerseits die Ausstattung im räumlichen und personellen Bereich sowie die Qualifikation des Fachpersonals der jeweiligen Einrichtungen.

#### 2.1 .1 Räumliche Ausstattung

##### 2.1 .1 .1 Funktionsbereich Pflege

Der Flächenbedarf der Station ist etwa 20 bis 25% höher anzusetzen als der einer herkömmlichen Krankenhausabteilung. Die Gründe hierfür liegen im weit überdurchschnittlichen Behinderungsgrad der Patienten (ca. 60% Rollstuhlpatienten), der höheren Pflege- und Hilfsmittelbedürftigkeit, der längeren Verweildauer (höherer Bedarf für Aufenthalts- und Speiseräume sowie für soziale Aktivitäten) und in der Notwendigkeit, Therapieangebote auch dezentral auf der Sta-

tion durchzuführen. Der Pflegebereich sollte die Kommunikation fördern, aber auch Privatheit ermöglichen.

Zu fordern sind überwiegend Ein- und Zweibettzimmer mit integrierter behindertengerechter Naßzelle. Das Einbettzimmer sollte über minimal 21 m<sup>2</sup>, das Zweibettzimmer über minimal 30 m<sup>2</sup> verfügen. Die Naßzellen (Raumbedarf ca. 5 m<sup>2</sup>) sind dabei nicht eingerechnet. Es ist darauf zu achten, daß genügend Abstellräume (für Rollstühle, Toilettenstühle, Gehhilfen und Pflegemittel etc.) vorgesehen sind. Empfehlenswert ist, auf jeder Station ein Absonderungszimmer, einen Raum für den Stationsarzt mit Untersuchungsmöglichkeit sowie – wenn möglich – Therapieräume vorzusehen. Ein Stationsbad und eine Küche sind obligat, bei allen Räumen ist auf Rollstuhlgerichtigkeit zu achten. Die Bäder (höhenverstellbare Wannen) und Duschen sind behindertengerecht zu bauen. Es ist darauf zu achten, daß das Pflegepersonal von beiden Seiten Zugang zum Patienten hat.

Für Team-Besprechungen sollte ein Raum auf der Station vorhanden sein.

### Zimmereinrichtung:

#### • Betten

- elektrisch höhenverstellbar, rollbar-, mit leicht montierbaren und absenkbaren Bettgittern,
- jedes Bett mit Telefon und Fernseh- und Rundfunkanschluß,
- jedes Bett mit Sauerstoffanschluß

#### • Schrank

- ausreichend dimensioniert (Patient trägt Alltagskleidung),
- abschließbares Wertfach

#### • Tische und Stühle

- behindertengerecht, besonders stabil und kippsicher,
- Stühle mit Armlehnen und waschbaren Sitzbezügen

• **Schwesternrufanlage** ist nicht nur am Bett, sondern auch am Tisch wie auch in der Naßzelle vorzusehen. Von Vorteil ist ein **Telefon** nicht nur am Bett, sondern auch am Tisch.

#### • Naßzelle (rollstuhlgerichtet)

- rutschhemmender Bodenbelag

- in den Boden eingelassener Duschabfluß ohne Schwellenbildung
- Duschsitz klapp- oder aushängbar, zugänglich vom Pflegepersonal von beiden Seiten, Haltegriffe
- Toiletten erhöht angebracht (45-50 cm mit wegklappbaren Haltegriffen)
- ausreichend große Waschbecken (wünschenswert höhenverstellbar), rollstuhlunterfahrbar, Oberkante 80 cm, genügend seitlicher Abstand zur Wand, Kippspiegel wünschenswert.

### Empfehlung für weitere Räume:

Bei der Abteilungsplanung ist auf Kommunikationszonen zu achten. Aufenthalts- und Speiseräume sind gut einsehbar von der Station zu planen, damit sie auch genutzt werden. Empfehlenswert für die geriatrische Klinik ist, einen Raum der Stille sowohl für die Patienten als auch für die Mitarbeiter vorzusehen. Wünschenswert ist ebenfalls ein Raum für eine Aufbahrung.

### 2.1.1.2. Physiotherapie

Für die Physiotherapie ist ein Raumbedarf von etwa 1,5 m<sup>2</sup> pro Patient zu veranschlagen, wobei Behandlungsmöglichkeiten auf den Stationen ebenfalls integriert werden können. Es sollten sowohl Einzelräume als auch ein großer Behandlungsraum vorhanden sein. Die Behandlungsräume sollten mit elektrisch höhenverstellbaren Behandlungsliegen ausgerüstet sein, außerdem muß Raum für einen Gehbaren und einen Stehapparat vorhanden sein. Es kann sinnvoll sein, einen Gehtrainingsgarten mit unterschiedlichen Bodenbelägen zum Gehtraining anzulegen.

Ein Bewegungsbad hat eine Größe von 40 bis 60 m<sup>2</sup> Wassertiefe m, Lifteinrichtung (für sitzende und liegende Patienten) und anliegender Ruheraum sind vorzusehen, empfehlenswert ist für den Naßbereich ein Laufgraben. Weiterhin sind behindertengerechte Umkleieräume, Toiletten und Duschen vorzusehen.

**2.1 .1.3 Massage- und Badeabteilung**

Für die Massage- und Badeabteilung ist ein Raumbedarf von 1 m<sup>2</sup> pro Patient vorzusehen. Die Massage- und Badeabteilung muß über die allgemein angewandten Behandlungsmöglichkeiten verfügen (Wannen, höhenverstellbare Massageliegen, Fango-, Heublumenpakungen, Inhalation, Eis, Elektrotherapie, Kurzwelle, etc.). Besondere Behandlungsliegen für die Lymphdrainage sind erforderlich. Von Vorteil ist, wenn für die Bäder Hebewannen verwendet werden.

**2.1 .1.4 Ergotherapie**

Der Raumbedarf für die Ergotherapie beträgt etwa 2,3 m<sup>2</sup> pro Patient. Gruppenräume und Einzelräume sind vorzusehen. Die Therapeutische sollen stufenlos höhenverstellbar sein. Eine Übungsküche und ein Übungsbad sowie ein Werkraum dienen dem ADL-Training bzw. gestalterischen und feinmotorischen Aktivitäten. Für die mobile Ergotherapie empfiehlt sich ein Kraftfahrzeug, welches auch Rollstuhltransporte ermöglicht.

**2.1 .1.5 Logopädie**

Jede(r) Logopäde(in) braucht einen eigenen Behandlungsraum für die Individualbehandlung (Raumgröße 16 m<sup>2</sup> bis 18 m<sup>2</sup> da auch Familiengespräche zur Beratung stattfinden). Zudem ist ein Gruppenraum für alle Logopäden erforderlich, der evtl. gemeinsam mit anderen Abteilungen, z. B. mit der Neuropsychologie genutzt werden kann. Die Behandlungsräume der Logopäden sollten möglichst schallgedämmt ausgestattet sein, um eine lärmbedingte Einschränkung der Konzentration der Patienten zu vermeiden. Für den Fall, daß auch die Kau- und Schluckbehandlung zu dem Aufgabenbereich der Logopäden gehört, muß der Behandlungsraum mit einem größeren, möglichst unterfahrbaren Waschbecken ausgestattet sein.

**2.1 .1.6 Sozialarbeit**

Jede(r) Sozialarbeiter braucht einen eigenen Raum, Raumgröße 16 m<sup>2</sup> bis 18 m<sup>2</sup> und Telefonanschluß mit Anrufbeantworter.

**2.1 .1.7 Neuropsychologie**

Jede(r) Psychologe(in) braucht einen eigenen Arbeitsraum mit PC (Raumgröße 16 m<sup>2</sup> bis 18 m<sup>2</sup>), außerdem einen Gruppenraum (gemeinsam zu nutzen mit der Logopädie).

**2.1 .1.8 Seelsorge**

Der/die Seelsorger(in) braucht einen eigenen Arbeitsraum, in dem er/sie auch Gespräche mit Patienten und Familien durchführen kann. Die Mitarbeit eines Seelsorgers im therapeutischen Team hat sich gerade in der Geriatrie außerordentlich bewährt. Angehörigenbetreuung und der Umgang mit Verlustsituationen, wie auch Fragen über Sinn der Krankheit und des Lebens in Abhängigkeit können mit Hilfe eines Seelsorgers gut angegangen werden.

**2.1 .1.9 Raum für Konsiliartätigkeit**

Für Konsiliarärzte(innen), die im Gebäude nicht problemlos erreicht werden können, wie Zahnarzt( Augenarzt( Gynäkologe(in), Urologe(in), Hals-Nasen-Ohren-Arzt(in) sind Räume vorzusehen. Die Räume sollten für eine gemeinsame Nutzung eingerichtet sein.

**2.1.2 Diagnostische Ausstattung**

Die geriatrische Einrichtung hat ihr Schwergewicht in diagnostischen und therapeutischen Aufgaben. Dennoch muß die apparativ-technische Ausstattung so sein, daß die Diagnostik der

Haupt- und Begleitdiagnosen in der geriatrischen Klinik abgeschlossen bzw. ergänzt werden kann. Auch neu auftretende Krankheiten müssen diagnostisch schnell abgeklärt werden. Selbstverständlich werden die diagnostischen Methoden auch zur Beobachtung des Verlaufes und des Therapieerfolges benötigt.

Je nach örtlichen Gegebenheiten (Abteilung oder eigener Klinikbau) muß eine eigene Diagnostik vorgehalten werden. Steht die geriatrische Einrichtung allein, muß sie über ein eigenes Labor verfügen (Hämatologie, Blutchemie, Urindiagnostik), ein eigenes Röntgen vor allem für Thorax- und Knochenaufnahmen, ein EKG mit Langzeit-EKG und Langzeitblutdruckmessung, eine Sonographie, eine Doppleruntersuchungsmöglichkeit und eine Endoskopie mit Gastroskopie und Rektoskopie. Wünschenswert ist, daß die geriatrische Einrichtung selber PEG-Sonden und suprapubische Blasenkateter anlegen kann.

Handelt es sich um eine Abteilung in einem Krankenhaus, kann auf das klinische Labor und Röntgen verzichtet werden. Die übrige diagnostische Ausstattung ist beizubehalten, damit der Patient möglichst weitgehend durch seinen eigenen Arzt auch diagnostiziert werden kann. Im übrigen ist darauf hinzuweisen, daß die geriatrische Einrichtung alle diagnostischen Untersuchungsmöglichkeiten (einschließlich CT und Kernspintomographie) in unmittelbarer Nähe braucht.

### 2.1.3 Personaleinsatz und Personalbedarf

Die Ärztliche Leitung der geriatrischen Krankenhausabteilung bzw. der Klinisch-Geriatrischen Einrichtung wird in der Regel durch einen Internisten, gelegentlich auch durch einen Neurologen oder Allgemeinmediziner mit der Weiterbildung Geriatrie wahrgenommen. Bei den Oberärzten handelt es sich in der Regel auch um Internisten, die sich auch in ihrer Weiterbildung zum Geriater befinden können. Bei mehreren Oberärzten ist es empfehlenswert, eine Oberarztstelle mit einem Nervenfacharzt zu besetzen.

#### 2.1.3.1 Aufgaben der Teammitglieder

##### Der Pflegedienst

- Rehabilitative Pflegediagnostik
- Grundpflege auf der Grundlage aktivierender Konzepte, Handling nach Bobath  
Behandlungspflege
- Interaktion (Unterstützung der Beziehung zwischen Patient, allen anderen therapeutischen und diagnostischen Diensten und Angehörigen)
- Administration (Beziehung zu Verwaltung, Küche, Hauswirtschaft)
- Verantwortung für 24 Stunden (Grundlage für das Rehabilitationsmilieu)

##### Der Ärztliche Dienst (möglichst viele Ärzte in der Weiterbildung für Klinische Geriatrie)

- Konstante Bezugsperson für Patient und Angehörige
- Medizinische Diagnostik und Therapie des Patienten (somatische, psychische und soziale Komponenten)
- Leitung des geriatrischen Assessments
- Rehabilitative Beurteilung
- Verordnung der Therapien
- Leitung des geriatrischen Teams
- Beratung der Angehörigen
- Verantwortung für die Diagnostik, den Rehabilitationsplan und die Entlassungsvorbereitung

##### Der Psychologische Dienst

- Neuropsychologische Diagnostik (vorwiegend mit psychometrischen Testverfahren) im Bereich Intelligenz, Gedächtnis, Konzentration, Raumverarbeitung, Praxis, Problemlösungsfähigkeit, Planungsvermögen)
- Neuropsychologische Therapie (therapeuten- und computergestützt)  
Psychotherapeutische Gespräche mit Patienten

- Beratungsgespräche mit Angehörigen
- Entspannungstraining

### **Die Krankengymnastik**

Mobilisation des Patienten

- Schmerzlindemde Maßnahmen
- Kontrakturprophylaxe und Behandlung
- Tonusregulierung
- Anbahnung physiologischer Bewegungsmuster
- Funktionelles Training
- Gleichgewichtsschulung
- Hilfsmittelberatung und -versorgung (in bezug auf Fortbewegung)
- Anleitung von Angehörigen

### **Die Ergotherapie**

- Funktionelle Verbesserung mittels konstruktiver Tätigkeiten
- Gleichgewichtsschulung
- Training der Aktivitäten des täglichen Lebens
- Tonusregulierung und Anbahnung von Bewegung
- Grunddiagnostik neuropsychologischer Störungen
- Training mnestischer Funktionen (therapeuten- und computergestützt)
- Hausbesuche (mobile Ergotherapie)
- Wohnungsadaption
- Beratung von Angehörigen
- Hilfsmittelberatung und -abgabe (ADL-Bereich)

### **Die Sprachtherapie**

- Diagnose und Therapie erworbener Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen wie Aphasien, Dysarthrien, Sprechapraxien und Dysphonien
- Behandlung von Kau- und Schluckstörungen
- Beratung der Familienangehörigen und des Teams

### **Die Massage- und Badeabteilung**

- Massage
- Mechanotherapie

- Hydrotherapie
- Elektrotherapie
- Lymphdrainage
- Physikalische Therapie

### **Die Seelsorge**

- Regelmäßige Besuche
- Gesprächsführung (Verlustverarbeitung, Angebot geistlicher Begleitung)
- Mitbetreuung von Angehörigen
- Gespräche mit Mitarbeitern
- Gottesdienste
- Begleitung Sterbender

### **Der Sozialdienst**

- Patienten- und Angehörigenberatung
- Unterstützung bei Verarbeitungsprozessen
- Entlassungsvorbereitung
- Beratung und Vermittlung häuslicher Hilfen
- Heimberatung und Vermittlung
- Beratung über Sozialhilfeleistungen
- Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen des Gesundheits- und sozialen Versorgungssystems
- Hausbesuche
- Kostenregelungen

### **Die Ernährungsberatung**

- Schulung in Ernährungsfragen für Angehörige und Patienten
- Beratung im Sinne von Prävention
- Beratung bei Sonderkostformen, z. B. Schluckstörungen

### **Die Familie**

- Da jede Therapie zeitlich immer beschränkt ist und schlußendlich das therapeutische Milieu von der Familie übernommen werden muß, ist die Familie als Teammitglied zu betrachten. Nur so ge-

lingt es, aus den Kurzzeit-Rehabilitationserfolgen dauernde Erfolge zu machen.

### 2.1.3.2 Stellenplan des therapeutischen Teams

- |  |                   |
|--|-------------------|
| o Ärzte  | 1:10 bis 1:12     |
| (Facharzt mit Weiterbildung Klinische Geriatrie)                         |                   |
| o Pflegekräfte   | 1: 1,4 bis 1: 1,8 |
| o Krankengymnastik   | 1:8 bis 1:12      |
| o Ergotherapie   | 1:10 bis 1:12     |
| o Massage- und Badeabteilung   | 1:20 bis 1:30     |
| o Logopädie  | 1:30 bis 1:40     |
| (evtl. auch höher, in Abhängigkeit von der Anzahl von Aphasie-Patienten) |                   |
| Es werden auch Sprech-, Kau- und Schluckstörungen behandelt              |                   |
| o Sozialarbeit   | 1:40 bis 1:50     |
| o Neuropsychologie   | 1:40              |
| o Seelsorge  | 1:100             |
| o Diätassistenz  | 1:100             |
| o Konsiliardienste für alle angrenzenden Fächer                          |                   |
| o Musiktherapie (optional)   |                   |

Die Bandbreite im Stellenplan ist abhängig von der Größe der Einrichtung, dem Versorgungsauftrag und dem Diagnosespektrum.

## 2.2 Prozeßqualität (Behandlungskonzept/Behandlungsdokumentation)

Zum Zeitpunkt der Aufnahme in eine Klinisch-Geriatrie Einrichtung setzt das multidimensionale geriatrische Assessment ein. Diese weit über die medizinische Anamnese und Befunderhebung hinausgehende ganzheitliche Abklärungsmethode enthält folgende Bereiche (siehe auch **NIKOLAUS, SPECHT-LAIBLE** 1991, Literaturliste Nr.

- Medizinischer Status
- Pflegeanamnese
- Körperliches Befinden/Funktionalität
- Psychologischer Status
- Psychisches Befinden
- Soziale Funktionen
- Ökonomischer Status

Aufgrund des Assessments wird ein allgemeiner Behandlungsplan mit Behandlungsziel in Zusammenarbeit mit Patient und Familie durch das Behandlungsteam erstellt. Das therapeutische Team wird vom Arzt geleitet und koordiniert. Jede Berufsgruppe führt vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung eine Dokumentation über den Verlauf des einzelnen Patienten während der Behandlung. Dazu gehören die Aufnahme-, Verlaufs- und Entlassungsbefunde. Die für den Patienten anzustrebenden Ziele können nur bei optimaler Zusammenarbeit des therapeutischen Teams erreicht werden. Dies setzt regelmäßige Besprechungen und Visiten voraus. An den Visiten nimmt das Team, insbesondere die Pflege, die Krankengymnastik und Ergotherapie teil. Besprechungen und Visiten müssen durch die Klinikleitung vorgegeben werden. Um die Prozeßqualität genauer festzuschreiben, bereitet eine Arbeitsgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft Leitlinien vor, die demnächst in einer eigenen Publikation vorgestellt werden.

## 2.3 Ergebnisqualität/Ergebnisdokumentation

Qualitätsmessung ist wegen des multifaktoriellen Geschehens in der Geriatrie schwierig. Um aber trotzdem vergleichbare Resultate zu erhalten, sollten sich möglichst alle geriatrischen Krankenhäuser zu einer einheitlichen Basisdokumentation entschließen.

Unverzichtbar sind neben Alter und Geschlecht alle medizinischen Diagnosen, geordnet nach derzeit bestehender bzw. fehlender Behandlungsbedürftigkeit, Angaben zum Grad der Pflegebedürftigkeit mindestens dreistufig nach der Pflegepersonalregelung und der stationären Verweildauer, Angaben über den ursprünglichen bzw. den

jetzigen Herkunftsort (Zuhause, Krankenhaus, Alten- bzw. Pflegeheim) und über den Entlassungsort sowie Angaben zu instrumentellen und personellen Hilfen vor der Erkrankung und bei Klinikentlassung (Basisdokumentation).

Ergänzt man diese Daten, die weitgehend aufgrund rechtlicher Vorschriften ohnehin erfaßt werden, zu Beginn und Ende der Behandlung durch funktionelle (ADL, IADL) und soziale Parameter, so läßt sich die Ergebnisqualität in einer Weise abschätzen, die für die Beantwortung der wichtigsten gesamtpolitischen Fragestellungen nützlich ist.

Als Basisdokumentation kommt nebst dem Barthel-Index in einer zweiten Stufe bei möglicherweise depressiven Patienten die „Geriatrische Depression Scale“ nach **YESAVAGE**, bei fraglicher Demenz der „Mini Mental State“ nach **FOLSTEIN** und bei Sturzgefährdung und Störungen der Mobilität der „Timed Up and Go Test“ nach **PODSIADLO** und **RICHARDSON** und der **TINETTI**-Test in Frage (siehe auch **NKOLAUS**, **SPECHT-LAIBLE** 199 1, Literaturliste Nr. 16).

Dieses modular aufgebaute System des geriatrischen Assessments kann je nach klinischer Fragestellung erweitert werden (durch handlungspraktische und neuropsychologische Tests bei Hirnleistungsstörungen, durch Kommunikationsskalen bzw. den Aachener Aphasietest bei Aphasien und anderen Kommunikationsstörungen).

Wichtig ist, daß standardisierte Tests benutzt werden, welche die Arbeit verschiedener Kliniken gegenseitig vergleichbar machen.

## 2.4 GEMIDAS – Geriatrisches Minimum Data Set

Zentrales Anliegen des Ausschusses Qualitätssicherung/Qualitätsstandards war es, einen Minimaldatensatz zu definieren, der es erlauben würde, grundlegende Informationen zu Merkmalen, Verläufen und Behandlungsergebnissen bei geriatrischen Patienten zu erfassen und institutionsübergreifend zu analysieren. Die Arbeitsgruppe wurde deshalb von der Bundesarbeitsgemeinschaft Klinisch-Geriatrischer Einrichtungen beauftragt, zusammen mit der Forschungsgrup-

pe Geriatrie am Ev. Geriatriezentrum Berlin einen Minimaldatensatz zu definieren, der unter anderem Angaben über Stammdaten, Rahmendaten, Behandlungsergebnis, Morbiditätsprofil, Selbsthilfefähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Funktionellen Status und Hilfsmittelversorgung der geriatrischen Patienten enthält.

Das Geriatrische Minimum Data Set (Gemidas) wurde auf der Grundlage von standardisierten, validierten und reliablen Assessmentinstrumenten, die sich in der klinischen Routinediagnostik als praktikabel erwiesen haben, definiert. Dieser gemeinsame Referenzdatensatz soll einen Beitrag zur Qualitätssicherung in der Geriatrie leisten.

Die Pilotphase dieser multizentrischen Gemidas-Dokumentation begann 1996. Die beteiligten geriatrischen Kliniken und Abteilungen erhielten ein Computerprogramm zur Datenerfassung aller Inhalte des Gemidas-Erfassungsbogens. Die Datensätze werden an die Zentraldatenbank der Forschungsgruppe Geriatrie weitergeleitet, in der alle Behandlungsverläufe im Sinne eines Zentralregisters Geriatrie zusammenfaßt und analysiert werden.

Kontaktadresse für weitere Informationen und Anmeldungen zum Gemidasprojekt:

Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB  
Reinickendorfer Straße 6 1  
13347 Berlin  
Telefon: 030 / 450 78 878

### 3. Die geriatrische Tagesklinik

Für eine geriatrische Tagesklinik ist ein Raumbedarf von ca. 15 m<sup>2</sup> bis 17 m<sup>2</sup> pro Patient vorzusehen. Sie ist ein integraler Bestandteil einer geriatrischen Einrichtung. Die Tagesklinik dient der Vermeidung oder Verkürzung eines stationären Aufenthaltes sowie der Stabilisierung des erreichten Behandlungserfolges. Grundsätzlich gelten die gleichen Strukturvorschriften wie für die Klinik. Die Größe der Tagesklinik sollte in Relation zur Anzahl der Klinikbetten ca. 1: 5 bis 1: 3 sein. Als Idealgröße hat sich die Größe zwischen 16 und 24 Plätzen erwiesen. In ländlichen Gegenden an kleinen Einrichtungen ist aber auch eine Größe von 10 Plätzen denkbar.

Insgesamt sollten 15 Tagesklinikplätze pro 100000 Einwohner vorgehalten werden.

Die Tagesklinik braucht Räume zum Aufenthalt der Patienten zwischen den Therapien, einen Eßraum und Ruheräume, behindertengerechte WCs und ein Stationsbad. Eine Garderobe mit abschließbaren Schränken ist wichtig. Die Therapieräume können in der Regel zusammen mit der Klinik genutzt werden.

Außerordentlich wichtig ist eine gute Zufahrt für den Behindertenfahrdienst. Dieser wird in der Regel nicht von der Klinik, sondern von allgemeinnützigen oder privaten Dienstleistern gestellt. Es ist darauf zu achten, daß keine Treppen zwischen Tagesklinikzufahrt und Therapieräumen sind.

Für die Tagesklinik ist der Ergotherapie, Krankengymnastik, Logopädie und Neuropsychologie erfahrungsgemäß ein um 20% höherer Bedarf im Stellenplan zuzurechnen, um den besser belastbaren Patienten ein höheres Therapieangebot zu geben und die Ausfallzeiten zu kompensieren. Dagegen ist für Krankenpflege ein Schlüssel von 1: 6 und für Ärzte von 1: 12 ausreichend.

### 4. Ambulante geriatrische Rehabilitation

#### 4.1 Einleitung

In Anbetracht des zu erwartenden ständig steigenden Rehabilitationsbedarfs für ältere multimorbide und behinderte Menschen, der knapper werdenden finanziellen Mittel und der Leitlinie „ambulant vor stationär“ ist dem Aufbau von ambulanten Versorgungsstrukturen in der GKV besondere Beachtung zu schenken.

Gegenwärtig gibt es kein allgemein anerkanntes Modell für die ambulante geriatrische Rehabilitation in Deutschland. In dieser Situation bietet es sich an, in enger Beziehung zur bisherigen geriatrischen Versorgung, z. B. an einer geriatrischen Klinik, modellhaft die ambulante Rehabilitation zu erproben. Die Entwicklung einer ambulanten geriatrischen Rehabilitation kann nur in konzeptioneller Übereinstimmung (Teamarbeit) mit der bereits existierenden geriatrischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation gesehen werden. Dies in dem Sinne, daß der Begriff geriatrische Rehabilitation ganzheitlich umfassend und nicht nur als gezielte Wiederherstellung einer einzelnen Fähigkeit gesehen wird.

Es ist darauf zu achten, daß zukünftige Modelle so angelegt werden, daß die Erkenntnisse wissenschaftlich auswertbar sind. Dies ist besonders wichtig, da bisher noch keine wissenschaftlichen Erkenntnisse - weder in Deutschland noch im Ausland - existieren, die auf eine höhere Effizienz und Wirtschaftlichkeit der ambulanten Rehabilitation vor oder neben anderen rehabilitativen Versorgungsformen hinweisen.

Die ambulante geriatrische Rehabilitation kann als Alternative und/oder Ergänzung zur stationären und/oder teilstationären Kran-

kenhausbehandlung durchgeführt werden. Es ist denkbar, daß dadurch der weitere Ausbau geplanter Geriatrieeinrichtungen reduziert werden kann, dies auch deshalb, weil ambulante Rehabilitation zu einer Vermeidung und/oder zu einer Verkürzung der stationären und/oder teilstationären geriatrischen Krankenhausbehandlung führen kann. Hier liegt möglicherweise ein noch nicht ausreichend genutztes Potential zur Kostensenkung in der stationären Krankenhausbehandlung.

## 4.2 Definition

Unter ambulanter geriatrischer Rehabilitation verstehen wir eine multiprofessionelle Behandlungsform, die sich auf rehabilitationsmedizinische Erkenntnisse und Erfahrungen stützt, um Patienten mit Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen verschiedener körperlicher und/oder geistig-seelischer Funktionen ambulant zu behandeln. Grundsätzlich sind zwei Formen ambulanter geriatrischer Rehabilitation denkbar. Bei der einen Form, die allgemein als ambulante Rehabilitation bezeichnet wird, wird der Patient in ein Zentrum gefahren und dort rehabilitiert. Eine andere Möglichkeit bietet die mobile Rehabilitation. Hier wird der Patient in seinem Zuhause - bzw. in einer Langzeit-, Kurzzeitpflegeeinrichtung oder Tagespflegeeinrichtung - durch das Rehabilitationsteam aufgesucht. Diese Möglichkeit bietet sich vor allem für Patienten an, die nicht transportfähig sind oder für Patienten, bei denen ein Umgebungswechsel zu belastend wäre (z. B. Schenkelhalsfraktur bei Demenz).

Nachteil der mobilen Rehabilitation ist, daß zu Hause das therapeutische Milieu fehlt, da es keine dauernde Anleitung und keine Mitpatienten (heimliche Therapeuten) wie in der Klinik gibt. Ebenso fehlt die Gruppendynamik, es fehlen die Anreize der fremden Umgebung, der Patient kommt nicht aus seinen vier Wänden heraus.

Es handelt sich nur dann um eine ambulante geriatrische Rehabilitation - bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen - wenn ein komplexes Krankheits- und Behinderungsbild vorliegt, dessen Behandlung das Zusammenwirken mehrerer Berufsgruppen unter der

Leitung eines geriatrisch weitergebildeten Arztes erfordert. Daraus ergibt sich die regelmäßige Notwendigkeit von Teambesprechungen als Besonderheit dieser Therapieform. Die geriatrische Rehabilitation ist diesbezüglich streng gegen die Einzelverordnung von Heilmitteln abzugrenzen, die der Hausarzt im Rahmen seiner kurativen Behandlung durchführt.

## 4.3 Ziele

Ziele der ambulanten geriatrischen Rehabilitation sind:

- die Selbsthilfe- und Selbstversorgungsfähigkeit meßbar und erkennbar aufrechtzuerhalten bzw. wiederherzustellen,
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu verringern bzw. hinauszuzögern
- stationäre oder teilstationäre Aufenthalte sowohl in geriatrischen Kliniken als auch in Akutkrankenhäusern abzukürzen bzw. möglichst zu vermeiden,
- die Lebensqualität der Patienten mit dauerhaften Beeinträchtigungen zu verbessern und die Folgen von dauerhaften Beeinträchtigungen zu lindern.

## 4.4 Indikationen und Ausschlußkriterien

Prinzipiell sind alle Erkrankungen, die auch sonst der geriatrischen Rehabilitation bedürfen, der ambulanten geriatrischen Rehabilitation zugänglich. Allerdings muß die Selbständigkeit in grundlegenden und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens bis zu einem gewissen Grad bei Beginn der ambulanten geriatrischen Rehabilitation gewährleistet sein.

Die Zugehörigkeit zu einer medizinisch-diagnostischen Kategorie ist ein wichtiges, für die Indikations- und Aufnahmeentscheidung aber nicht hinreichendes Kriterium. Zu beurteilen sind in jedem Einzelfall die mit der Krankheit verbundenen Folgen, vor allem im Hinblick

auf eine selbständige Lebensführung bzw. den erforderlichen Grad an Pflegebedürftigkeit sowie die in der Einrichtung oder zu Hause verfügbaren Hilfsmöglichkeiten.

Eine Indikation für die ambulante geriatrische Behandlung sollte auch die Verhütung einer Verschlimmerung einer Erkrankung und ihrer Folgen im Sinne einer Prävention und die Intervallbehandlung zur Erhaltung des Status quo sein.

## 4.5 Konzept

Der ganzheitliche Ansatz ambulanter geriatrischer Rehabilitation setzt ein interdisziplinäres Team rehabilitativ geschulter Therapeuten und Fachkräfte unter ärztlicher Verantwortung sowie das synergistische Zusammenwirken erforderlicher Therapieelemente und sonstiger Maßnahmen, Hilfen etc. voraus.

Der geriatrisch weitergebildete Arzt übernimmt die medizinische Verantwortung für die im Rahmen der ambulanten geriatrischen Rehabilitation durchgeführten Maßnahmen. Dies erfordert eine enge Abstimmung mit den an der Rehabilitation beteiligten nichtärztlichen Therapeuten und Fachkräften.

Unabhängig von der vorgesehenen Rehabilitationsmaßnahme müssen Rehabilitationspotential und die Zielsetzung mit Hilfe eines standardisierten Assessments bestimmt werden. Wenn das Assessment zeitnah aus einem vorangegangenen stationären Aufenthalt vorhanden ist (z. B. Tagesklinik -oder Geriatrische Klinik), sollte es überprüft und ggf. übernommen werden, um zeitnah den aktuellen Behandlungsplan erstellen zu können.

Patienten, die transportfähig sind, werden in ein ambulantes Rehabilitationszentrum durch einen behindertengerechten Fahrdienst oder durch Angehörige gebracht. In Einzelfällen ist es auch denkbar, daß der Patient das Zentrum mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreicht. Patienten, die ihre Wohnung oder ihre stationäre Pflegeeinrichtung nicht verlassen können oder bei denen ein stark erhöhtes Risiko von negativen Wirkungen eines Krankenhausaufenthaltes besteht, können zu Hause oder in ihrer Pflegeeinrichtung im Sinne der mobilen Rehabilitation behandelt werden.

Für die ambulante geriatrische Rehabilitation müssen die Qualitätsstandards gelten wie sie die Spitzenverbände der Krankenkassen in ihrem Entwurf „Leitlinien zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation“ vorschlagen und wie sie die Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen für die übrigen geriatrischen Einrichtungen gefordert hat.

Je nach Indikation umfaßt der Behandlungsplan folgende Leistungen:

Geriatrisches Basisassessment, Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, Massage, Bäder und Elektromedizin, Psychotherapie/ Psychologische Betreuung, Hirnleistungstraining, Grund- und Behandlungspflege, Bewegungstherapie, Versorgung, Beratung und Anpassung sowie Training über/mit Hilfsmitteln und technischen Hilfen, Beratung und Schulung von Patienten und Angehörigen, psychosoziale Maßnahmen, Maßnahmen der Gesundheitsförderung, z. B. Ernährungsberatung, Organisation der Weiterversorgung

Die Therapien sollten in der Regel mehrmals wöchentlich durchgeführt werden. In regelmäßigen Abständen (mindestens alle zwei Wochen) wird der Erfolg der verschiedenen Maßnahmen durch die einzelnen Mitglieder des Teams dokumentiert. Nach Rücksprache mit dem Team wird der Abschluß der Maßnahme oder die Fortsetzung durch den Arzt beschlossen. Hierzu finden zeitnahe Teamgespräche zwischen auf der einen Seite und dem verantwortlichen Arzt und dem beteiligten Therapeutenteam auf der anderen Seite statt.

Die Maßnahme wird beendet, wenn das Ziel erreicht ist oder trotz Einsatz der verordneten Mittel kein Fortschritt erzielt wurde. Die Dauer der ambulanten geriatrischen Rehabilitation wird in der Regel vier bis sechs Wochen betragen, eine Verlängerung ist bei noch vorhandenem Rehabilitationspotential sinnvoll und sollte im Zusammenwirken mit den Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen möglichst unbürokratisch geregelt werden.

## 4.6 Leistungsangebot

- Ärztliche Diagnostik  
Leitung, Planung und Überwachung des Rehabilitationsprogramms (regelmäßige Teamgespräche),  
Kooperation mit dem Hausarzt, dem ambulanten Pflegedienst und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen
- Rehabilitative therapeutische Pflege
- Physiotherapie
- Massage- und physikalische Therapie
- Ergotherapie
- Sprachtherapie
- Psychologische Beratung und neuropsychologische Therapie
- Psychosoziale Beratung und Betreuung
- Gesundheitsberatung (Prävention, Diät etc.)
- Angehörigenberatung
- Hausbesuche (Wohnungsanpassung)

Alle Mitarbeiter (Ärzte, Pflege, Therapeuten) sollten eine mindestens zweijährige Erfahrung in geriatrischer Rehabilitation durch Tätigkeit in einer entsprechenden Einrichtung nachweisen können.

Das Leistungsangebot muß grundsätzlich flexibel verfügbar sein, d. h. sowohl beim Patienten zu Hause als auch an all den vorgenannten Orten durchgeführt werden können.

## 4.7 Räumliche und apparative Voraussetzungen

Bei der ambulanten geriatrischen Rehabilitation im Zentrum sollten die apparative und räumliche Ausstattung den Empfehlungen für die geriatrische Rehabilitation der BAG entsprechen. Insbesondere ist auf behindertengerechten Bau zu achten. Sofern Patienten das Therapiezentrum nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder Transportmitteln der Familie erreichen können, sollte man sich der bestehenden Behindertenfahrdienste bedienen (siehe Erfahrung der Tages-

kliniken). Für den mobilen Einsatz des Rehabilitationsteams muß die ambulante Rehabilitationseinrichtung mit den entsprechenden Fahrzeugen ausgestattet sein.

## 4.8 Finanzierung (Rechtsgrundlage)

Die Finanzierung der Durchführung komplexer ambulanter Rehabilitationsleistungen ist im SGB V nicht geregelt. So gibt es bisher keine unmittelbare Rechtsgrundlage zur Zulassung ambulanter Rehabilitationseinrichtungen zur Leistungserbringung zu Lasten der Krankenkassen. Bisher wenden die Krankenkassen § 43 Abs. 2 SGB V entsprechend an oder berufen sich auf den Grundsatz der Vertragsfreiheit. Geeignete Vergütungsformen können deshalb modellhaft durch Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern erprobt werden.

Als Modell ist denkbar, daß die Abrechnung des Assessments über eine Pauschale erfolgt. Für die Vergütung der ärztlichen Leistung, der Teambesprechung und der Leistung im psychosozialen Bereich (Psychologie, Sozialpädagogik, Pflege) wird eine pauschale Regelung vorgeschlagen. Für die therapeutischen Leistungen, die individuell nach Rehabilitationsplan verordnet werden, halten wir eine Einzelleistungsvergütung für die sinnvollere Regelung.

Für die bisher vorhandenen Modelle, vor allem in Baden-Württemberg, sind Einzelverträge mit den Krankenkassen geschlossen worden.

## 5. Aus-, Weiter- und Fortbildung

In der Ausbildung aller Berufe, insbesondere der Pflege und der Mediziner, ist das Fach Geriatrie praktisch nicht vertreten. Zwar ist Geriatrie im Curriculum der Pflegeausbildung vorgesehen, dies wird aber nur lückenhaft wahrgenommen. Das gleiche gilt für die Ausbildung der Medizinstudenten an den Universitäten.

So ist die akute und rehabilitativ orientierte klinische Geriatrie vor allem ein Thema der Weiter- und Fortbildung.

Einige geriatrische Krankenhäuser betreiben Akademien zur Weiter- und Fortbildung von geriatrischem Fachpersonal oder bieten den eigenen Mitarbeitern eine regelmäßige, fachbezogene, interdisziplinäre Fort- und Weiterbildung an. Unverzichtbar ist auch eine fachkompetente Anleitung und Beratung von Patienten und ihren Angehörigen.

### 5.1 Weiterbildung klinische Geriatrie für Ärzte

Der Ärztetag in Köln hat 1992 eine Weiterbildung für klinische Geriatrie eingeführt. Diese bisher nicht führbare Zusatzbezeichnung setzt zwei Jahre Tätigkeit an einem geriatrischen Fachkrankenhaus voraus. Sie kann als Weiterbildung vom Facharzt für Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Neurologie, Nervenfacharzt und Psychiater erworben werden. Die Landesärztekammern haben inzwischen die Bestimmungen der Bundesärztekammer umgesetzt. Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie und die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. haben eine Schrift über den Inhalt dieser

Weiterbildung veröffentlicht (siehe DGGG, Literaturliste Nr. 6). Fortbildungskurse für niedergelassene Ärzte werden von den zuständigen Ärztekammern angeboten.

### 5.2 Weiterbildung zur Fachpflegekraft

An einigen Kliniken werden Weiterbildungslehrgänge zur Fachpflegekraft in klinischer Geriatrie und Rehabilitation durchgeführt.

### 5.3 Weiterbildung zum geriatrischen Fachtherapeuten

Der Berufsverband der Ergotherapeuten plant einen Weiterbildungslehrgang zum geriatrischen Fachergotherapeuten. Das Curriculum ist noch in Planung.

### 5.4 Die geriatrische Akademie für Weiter- und Fortbildung

Als Bundesmodelle sind in Deutschland 3 Akademien für die Weiter- und Fortbildung von gerontologischem Fachpersonal entstanden.

- **Albertinen-Haus Hamburg**  
Zentrum für Geriatrie  
Sellhopsweg 18-22  
22459 Hamburg  
Telefon: 0 40/55 81-0
- **Geriatrisches Zentrum Bethanien Heidelberg**  
Rohrbacher Straße 149  
69126 Heidelberg  
Telefon: 0 62 2113 19-0

- **Ev. Geriatriezentrum  
Berlin GmbH  
Reinickendorfer Straße 61  
13347 Berlin  
Telefon: 0 30/4 50-0**

Jahresprogramme können von dort angefordert werden.

## 5.5 Allgemeine Fortbildungen

In einigen der Mitgliedseinrichtungen finden regelmäßig Fortbildungskurse in Bobath-Therapie für Pflegekräfte, Therapeuten und Ärzte statt. Die meisten Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen verfügen über eine innerbetriebliche Fortbildung. Insbesondere muß neues Personal geschult und in die Aufgabenstellung der rehabilitativen Geriatrie eingeführt werden. Außerdem besteht bei den meisten Häusern die Möglichkeit zu hospitieren.

## 6. Forschung

Die Geriatrie ist ein relativ neues Gebiet der Medizin, das auf der Basis des Kompetenzmodells der Gerontopsychologie vorwiegend nach Bedürfnissen der Praxis entstanden ist. Deshalb ist zu ihrer Evaluation und methodischen Weiterentwicklung eine klinisch orientierte Begleitforschung unerlässlich.

Vordergründige Fragestellungen sollen sich mit der Formulierung und dem Erreichen von individuellen Behandlungszielen befassen, gemessen an einer Verbesserung der Lebensqualität, dies gilt insbesondere für die Zeit nach der Entlassung. In Einzelprojekten können Häufigkeit und Intensität (Effizienz) der verschiedenen Maßnahmen überprüft werden. Dabei ist grundsätzlich ein interdisziplinäres Konzept zu befürworten (siehe auch MEIER-BAUMGARTNER et al., Literaturliste Nr. 10). Die kontrollierte Umsetzung von Ergebnissen der Grundlagenforschung für den alternden Menschen, beispielsweise der Hirnforschung oder physikalischen Medizin, ist ebenfalls möglich und sinnvoll. Forschung im gerontologischen Bereich zeigt einen eindeutigen Schwerpunkt in England und den USA. Besonders wenig Grundlagenforschung und klinische Forschung auf diesem Gebiet wird in Deutschland betrieben. Es ist zu hoffen, daß die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungs-Maßnahmen die Bemühungen in diesem Bereich verstärken werden.

# Literatur

## Monographien:

1. **BALTES, P.B.; MITTELSTRASS, J.; STAUDINGER, UM.** (Hrsg.) (1994): Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studententext der Gerontologie. Sonderausgabe des 1992 erschienenen 5. Forschungsberichts -der Akademie der Wissenschaften zu Berlin, de Gruyter Verlag Berlin.
2. **BALTES; MAYER** (Hrsg.) (1996): Die Berliner Altersstudie. Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften. Interdisziplinäre Arbeitsgruppen Forschungsberichte, Band 3. Akademie Verlag Berlin.
3. **BRUDER, J.** et al. (1994): Was ist Geriatrie? Schriftenreihe des Sozialverbandes VdK Bayern und der Arbeitsgemeinschaft Geriatrie Bayern, 3. überarbeiteter Nachdruck, Rügheim.
4. **BRUDER, J.** (1995): Geriatriepläne der Länder und ihre Realisierung - Sonderdruck. Geriatrie Praxis, Jahrgang 7,9/95.
5. **BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION** (Hrsg.) (1993): Arbeitshilfe zur Rehabilitation bei älteren Menschen. Frankfurt, ISSN 09338462.
6. **DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GERONTOLOGIE UND GERIATRIE E. V.; DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR GERIATRIE E. V.** (Hrsg.) (1993): Inhaltskatalog der fakultativen Weiterbildung „Klinische Geriatrie“.
7. **FUHRMANN, R.; UHLIG, T.** (1997): Entwicklung der Geriatrie in der Bundesrepublik. Geriatrie Praxis, Jahrgang 9, 10/97, 16-24.
8. **FÜSGEN** 1. (1988): Alterskrankheiten und stationäre Rehabilitation. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, ISBN 3- 17-0 10252-4.
9. **MATTHESIUS, R.-G.** et al. (Hrsg.) (1995): ICDH, Teil 1: Die ICDH - Bedeutung und Perspektiven, Teil 2: Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen. Ullstein-Mosby, Berlin, Wiesbaden, ISBN 3-86126-082-4.
10. **MEIER-BAUMGARTNER, H. P.** (199 1): Geriatriische Rehabilitation im Krankenhaus. Quelle & Meyer, Heidelberg, Wiesbaden, ISBN 3-494-01203-2.
11. **MEIER-BAUMGARTNER, H. P.; GÖRRES, S.** (1992): Geriatriische Tageskliniken in Deutschland. In: Geriatrie Forschung, Vol. 2, No. 2, Sonderdruck.
12. **MEIER-BAUMGARTNER, H.P.; NERENHEIM-DUSCHA, 1.; GÖRRES, S.** (1992): Die Effektivität von Rehabilitation bei älteren Menschen unter besonderer Berücksichtigung psychosozialer Komponenten bei ambulanter, teilstationärer und stationärer Betreuung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 12.2, Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, ISBN 3-17-012259-2.
13. **MEIER-BAUMGARTNER, H. P.** (1994): Curriculum für ein Fortbildungsseminar in der Geriatrie, Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Bd. 3, Köln, ISSN 0945- 195 1.
14. **MEIER-BAUMGARTNER, H. P.; GÖRRES, S.** (1994): Stand der gegenwärtigen Versorgung mit Einrichtungen der geriatrischen Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland. Forschungsbericht. „Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.)“, Bonn, ISSN 0174-4992.
15. **NIEDERFRANKE, A.** (1993): Fragen geriatrischer Rehabilitation. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie und Senioren, Bd. 21, Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, ISBN 3-17-012997-X.
16. **NIKOLAUS, T.; SPECHT-LAIBLE, N.** (1991): Das Geriatriische Assessment, MMV Verlag, München.
17. **REMBECK, W.** (1988): Die geriatrische Klinik. Eine Entwicklung modellhafter Flächen- und Raumprogramme, anhand einer Untersuchung beispielhafter geriatrischer Kliniken. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Köln.

18. RUNGE, M.; REHFELD, G. (1995): Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team, Thieme-Verlag, Stuttgart.
19. SCHMIDT, R.; VOGEL, W. (Hrsg.) (1995): Behandlung und Rehabilitation vor Pflege. 1. Hofgeismarer Geriatricsymposium. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.), Köln, ISSN 0946-4867.
20. SOZIALMINISTERIUM BADEN-WÜRTTEMBERG (Hrsg.) (1996): Geriatrisches Reha-Assessment Baden-Württemberg 1995 (GERASS '95). Stuttgart.

#### **Zeitschriften:**

21. ZEITSCHRIFT FÜR GERONTOLOGIE UND GERIATRIE (1995a): Geriatrisches Assessment. Steinkopff Verlag Darmstadt, Bd. 28, Heft 1, Januar/Februar, 1995.
22. ZEITSCHRIFT FÜR GERONTOLOGIE UND GERIATRIE (1995b): Das geriatrische Team. Steinkopff Verlag Darmstadt, Bd. 28, Heft 2, März/April, 1995.

#### **Video:**

23. VINCENTZ VERLAG (Hrsg.) (1992): Therapeutische Pflege nach Bobath - Dem Schlaganfall begegnen. Vincentz Verlag, Hannover.

## Anhang

Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatri- schen Einrichtungen e. V. . . . .	44
Satzung der Klinisch-Geriatri-schen Einrichtungen e. V. . . . .	46
Mitgliederliste (Stand: November 1997) . . . . .	54

# Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e. V.

## Vorstand

### Vorstandsvorsitzender:

Professor Dr. med. Hans Peter **Meier-Baumgartner**  
 Ärztlicher Direktor  
 Albertinen-Haus Hamburg  
 Zentrum für Geriatrie  
 Sellhopsweg 18-22  
 22459 Hamburg  
 Durchwahl: 55 81-13 01  
 Telefax: 55 81-10 00  
 E-Mail: bag @ albertinen.de

### Stellvertretende Vorstandsvorsitzende:

Professor Dr. med. Elisabeth **Steinhagen-Thiessen**  
 Ärztliche Leiterin  
 Ev. Geriatriezentrum Berlin GmbH  
 Reinickendorfer Straße 6 1  
 13347 Berlin  
 Telefon: 0 30/45 07 83 88  
 Telefax: 45 05 39 33

### Vorstandsmitglieder:

Dipl.-Kfm. Gerhard **Hain**  
 Geschäftsführer der DRK Krankenhaus gGmbH Saarland  
 Vaubanstraße 25  
 66740 Saarlouis  
 Telefon: 0 68 3 1/17 1-3 83 oder -3 85  
 Telefax: 171-3 80

Professor Dr. med. Peter **Oster**  
 Chefarzt  
 Geriatriisches Zentrum Bethanien Krankenhaus  
 Rohrbacher Straße 149  
 69 126 Heidelberg  
 Telefon: 0 62 2 1/3 19-0  
 Telefax: 31 9408

Professor Dr. med. Werner **Vogel**  
 Chefarzt  
 Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen  
 Am Krähenberg 1  
 34369 Hofgeismar  
 Telefon: 0 56 71/88 24 48  
 Telefax: 88 24 40

# **SATZUNG**

## **der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Ein- richtungen e. V.**

### §1

#### **Name und Ziel der Arbeitsgemeinschaft**

Der Verein führt den Namen „Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e. V.“ und hat seinen Sitz in Hamburg.

Ziele der Bundesarbeitsgemeinschaft sind:

- die Bedeutung der Geriatrie und der geriatrischen Rehabilitation im Rahmen unseres Gesundheitsversorgungssystems darzustellen;
- an der Weiterentwicklung der medizinisch-therapeutischen Möglichkeiten der Geriatrie und der geriatrischen Rehabilitation aktiv gestaltend mitzuarbeiten;
- an der Umsetzung des sozialgesetzlichen Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ aktiv mitzuwirken;
- die Optimierung der Patientenversorgung in akut-geriatriischen und rehabilitativ-geriatriischen Kliniken und Fachabteilungen zu fördern;
- die Zusammenarbeit mit anderen Bereichen der Akutversorgung, der Rehabilitation und der Pflege sicherzustellen;
- die Kooperation der geriatrischen Einrichtungen untereinander zu gestalten;
- die Einbindung der Geriatrie innerhalb der Universitäten voranzutreiben.

### §2

#### **Mitglieder**

Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft können Träger von geriatrischen Einrichtungen sein, die der stationären und teilstationären geriatrischen Versorgung älterer Menschen dienen, um insbesondere Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern und die Voraussetzungen des § 107 SGB V erfüllen.

### §3

#### **Aufgaben**

Die Arbeitsgemeinschaft hat folgende Aufgaben:

1. Zusammenarbeit und Erfahrungsaustausch der Einrichtungen untereinander mit dem Ziel der Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Maßnahmen und ihre Anpassung an den medizinischen Fortschritt; dazu Zusammenarbeit bei
  - der Erarbeitung und Weiterentwicklung von Behandlungsmaßnahmen und -methoden
  - der Schaffung von Leistungs- und Qualitätsstandards
  - der Aus-, Fort- und Weiterbildung des Fachpersonals
  - der Forschung
  - der Dokumentation;
2. Unterstützung bei der Errichtung neuer geriatrischer Einrichtungen;
3. Zusammenarbeit mit den zuständigen Bundesministerien, insbesondere bei der Vorbereitung von neuen oder der Änderung von bestehenden, für die Geriatrie und/oder die geriatrische Rehabilitation relevanten gesetzlichen Bestimmungen sowie die Zusammenarbeit mit anderen Bundesbehörden;
4. Zusammenarbeit mit den in den Bundesländern zuständigen Landesministerien insbesondere bei der Vorbereitung von neuen oder der Änderung von bestehenden, für die Geriatrie und/oder die geriatrische Rehabilitation relevanten gesetzlichen Bestimmungen und der Erarbeitung, Fortschreibung und Umsetzung von Geriatriefachplänen;
5. Zusammenarbeit mit den Organisationen der Krankenträger, der Träger von Rehabilitationseinrichtungen sowie den sonstigen

Verbänden und Institutionen auf Bundes- und Landesebene insbesondere auch der Fachgesellschaften, die sich für die Belange der Geriatrie und der geriatrischen Rehabilitation einsetzen;

6. Zusammenarbeit mit den Verbänden der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen und anderer Sozialleistungsträger insbesondere bei der Entwicklung neuer und der Weiterentwicklung bestehender Konzeptionen für eine leistungsfähige und wirtschaftliche geriatrische Versorgung;
7. Zusammenarbeit auf internationaler Ebene zu Fragen der Geriatrie.

#### §4

##### Verein

Die Arbeitsgemeinschaft ist ein rechtsfähiger Verein, der ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke im Sinne der Abgabenordnung (§§ 5 1 bis 68) verfolgt. Der Verein ist selbstlos tätig; er verfolgt nicht in erster Linie eigenwirtschaftliche Zwecke.

#### §5

##### Organe

Organe des Vereins sind die Mitgliederversammlung und der Vorstand.

#### §6

##### Mitgliederversammlung

(1) Die Mitgliederversammlung wird nach Bedarf, mindestens einmal im Jahr, vom Vorsitzenden des Vorstandes unter Angabe der Tagesordnung schriftlich einberufen. Sie ist darüber hinaus einzuberufen, wenn mindestens ein Viertel der Mitglieder dies schriftlich verlangt. Die Einladung mit der Tagesordnung soll vier Wochen vor der Sitzung zugehen. Der Vorsitzende des Vorstandes leitet die Mitgliederversammlung.

(2) Die Mitgliederversammlung beschließt über alle Angelegenheiten der Arbeitsgemeinschaft. Sie ist beschlußfähig, wenn mindestens die Hälfte der Mitglieder vertreten ist. Wird die Beschlußfähigkeit

nicht erreicht, wird vom Vorsitzenden unverzüglich eine weitere Mitgliederversammlung einberufen, die ohne Rücksicht auf die Anzahl der erschienenen Vertreter beschlußfähig ist. Hierauf muß in jeder Einladung zur Mitgliederversammlung hingewiesen werden.

Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen erfaßt, soweit in der Satzung nichts anderes bestimmt ist; Stimmgleichheit gilt als Ablehnung.

(3) In der Mitgliederversammlung hat jedes Mitglied eine Stimme.

(4) Die Mitgliederversammlung kann für bestimmte Aufgaben ständige oder zeitlich befristete Ausschüsse einrichten. Über die Arbeit der Ausschüsse werden die von den Ausschüssen gewählten Vorsitzenden der Mitgliederversammlung berichten. Für die Arbeit in den Ausschüssen gilt die Geschäftsordnung des Vorstandes entsprechend.

(5) Die Mitgliederversammlung kann zur Intensivierung der Arbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft regionale Arbeitsgemeinschaften als nicht-selbständige Untergliederungen einrichten.

(6) Über die Mitgliederversammlung ist eine vom Vorsitzenden und einem Vereinsmitglied zu unterzeichnende Niederschrift aufzunehmen.

#### §7

##### Vorstand

(1) Der Vorstand wird von der Mitgliederversammlung für die Dauer von 3 Jahren gewählt. Er besteht aus dem Vorsitzenden, seinem Stellvertreter und drei weiteren Mitgliedern. Wahlbar sind nur Personen, die in den Mitgliedseinrichtungen tätig sind, oder den Organen ihrer Träger angehören. Wiederwahl ist zulässig. Bei vorzeitigem Ausscheiden eines Vorstandsmitglieds kann der Vorstand bis zur nächsten Mitgliederversammlung ein Ersatzmitglied kooptieren.

(2) Der Vorsitzende vertritt die Arbeitsgemeinschaft nach außen, führt die laufenden Geschäfte, soweit sie nicht in der Geschäftsordnung einem Geschäftsführer übertragen sind, und erledigt die ihm durch die Mitgliederversammlung übertragenen Aufgaben. Bei Verhinderung vertritt ihn sein Stellvertreter.

(3) Der Vorstand gibt sich eine Geschäftsordnung, die der Zustimmung der Mitgliederversammlung bedarf.

(4) Der Vorstand kann die von den Ausschüssen gewählten Vorsitzenden zu seiner Beratung und Unterstützung hinzuziehen.

(5) Der Vorstand kann für bestimmte Aufgaben zeitlich befristete Ausschüsse oder Projekt-gruppen einrichten.

## § 8

### Ständige Ausschüsse

(1) Ständige Ausschüsse sind:

- Aus-, Weiter- und Fortbildung
- Qualitätssicherung
- Investitions- und Betriebskostenfinanzierung
- Pflege

(2) Zeitlich befristete Ausschüsse oder Projektgruppen werden auf Veranlassung aus dem Kreis der Mitglieder durch Beschluß des Vorstandes eingerichtet.

(3) An der Arbeit der Ständigen Ausschüsse können sich alle Mitglieder mit einem Vertreter beteiligen.

(4) Die Ausschüsse wählen ihren Vorsitzenden für die Dauer eines Jahres jeweils auf der Ausschuß-Sitzung, die im Rahmen der Mitgliederversammlung stattfindet mit der Mehrheit der anwesenden Teilnehmer. Eine Wiederwahl ist möglich.

(5) Der/Die Vorsitzende des Ausschusses vertritt den Ausschuß gegenüber der Mitgliederversammlung und dem Vorstand.

(6) Erklärungen der Ausschüsse nach außen bedürfen der vorherigen Abstimmung mit dem Vorstand.

## § 9

### Regionale Arbeitsgemeinschaften

(1) Zur Intensivierung der Arbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft gemäß § 3 der Satzung und zur Förderung der Zielsetzung gemäß § 1 der Satzung auf regionaler Ebene können auf Antrag aus dem Kreis der Mitglieder oder auf Vorschlag des Vorstandes von der Mitgliederversammlung regionale Arbeitsgemeinschaften als nicht-selbständige Untergliederungen der Bundesarbeitsgemeinschaft gebildet werden.

(2) Mitglieder der regionalen Arbeitsgemeinschaften können alle Mitglieder sein, die Einrichtungen der stationären geriatrischen Rehabilitation in der Region betreiben.

(3) Die regionalen Arbeitsgemeinschaften können ihrerseits Ausschüsse, Arbeits- und Projektgruppen zur Unterstützung der Arbeit der Ausschüsse, Arbeits- und Projektgruppen auf Bundesebene bilden.

(4) Für die Arbeit der regionalen Arbeitsgemeinschaften gilt die Geschäftsordnung des Vorstandes entsprechend.

## § 10

### Aufbringung, Verwaltung und Verwendung der Mittel

(1) Jedes Mitglied trägt die durch seine Zugehörigkeit zur Arbeitsgemeinschaft entstehenden Aufwendungen grundsätzlich selbst.

(2) Die Mittel für die Aufgaben der Arbeitsgemeinschaft werden aufgebracht durch:

- Mitgliedsbeiträge
  - Zuwendungen und Schenkungen
  - aus öffentlichen Mitteln
  - Erträge aus den Ergebnissen der Vereinsarbeit
- Erträge aus dem Vereinsvermögen.

(3) Der Vorstand stellt für jedes Kalenderjahr einen Haushaltsplan auf. Die Mitgliederversammlung stellt den Haushaltsplan fest und legt den Mitgliedsbeitrag fest. Der Mitgliedsbeitrag ist im ersten Quartal eines jeden Kalenderjahres fällig.

(4) Die Mittel dürfen nur für satzungsgemäße Zwecke verwendet werden. Die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit sind zu beachten. Die Mitglieder erhalten keine Zuwendungen aus Mitteln des Vereins.

(5) Es darf keine Person durch Ausgaben, die dem Zweck der Körperschaft fremd sind, oder durch unverhältnismäßig hohe Vergütungen begünstigt werden.

(6) Der Vorstand stellt für das abgelaufene Kalenderjahr innerhalb von 6 Monaten eine Jahresabrechnung auf. Die Mitgliederversammlung beschließt über die Jahresabrechnung und über die Entlastung des Vorstandes.

## § 11

**Kassenprüfer**

- (1) Die Mitgliederversammlung wählt für die Dauer der Amtszeit des Vorstandes zwei Kassenprüfer, die nicht dem Vorstand angehören dürfen.
- (2) Die Kassenprüfer prüfen die Jahresabrechnung und berichten der Mitgliederversammlung über das Ergebnis.

## § 12

**Beginn und Ende der Mitgliedschaft**

- (1) Die Aufnahme als Mitglied (§ 2) ist schriftlich zu beantragen. Die Entscheidung über den Antrag trifft die Mitgliederversammlung.
- (2) Der Austritt aus der Arbeitsgemeinschaft ist mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Jahresende zulässig; er ist gegenüber dem Vorstand schriftlich zu erklären.
- (3) Ein Mitglied, das die Voraussetzungen des § 2 nicht mehr erfüllt oder trotz Abmahnung wiederholt gegen die Satzung oder die Interessen der Arbeitsgemeinschaft verstößt, kann aus der Arbeitsgemeinschaft ausgeschlossen werden. Abmahnung und Ausschluß erfolgen durch Beschluß der Mitgliederversammlung.

## § 13

**Satzungsänderung**

Satzungsänderungen bedürfen einer Mehrheit von mindestens zwei Dritteln der stimmberechtigten Mitglieder. Eine beabsichtigte Satzungsänderung ist innerhalb der Tagesordnung deutlich kenntlich zu machen und der Wortlaut der beabsichtigten Änderung zusammen mit der Einladung bekannt zu geben.

## § 14

**Auflösung des Vereins**

- (1) Anträge auf Auflösung des Vereins müssen mindestens drei Monate vor dem Versammlungstermin schriftlich beim Vorstand gestellt werden.

(2) Die Mitglieder sind bis spätestens vier Wochen vor dem Versammlungstermin von dem Wortlaut dieses Antrages in Kenntnis zu setzen.

(3) Beschließt die Mitgliederversammlung die Auflösung des Vereins, so hat sie auf derselben Mitgliederversammlung über die Verwendung des Vereinsvermögens zu entscheiden. Bei Auflösung des Vereins oder bei Wegfall steuerbegünstigter Zwecke fällt das Vermögen des Vereins an eine juristische Person des öffentlichen Rechts oder eine andere steuerbegünstigte Körperschaft zwecks Verwendung im gerontologischen Bereich.

Die Verwendung des Vermögens soll dazu dienen, die Ziele des Vereins weiter zu verfolgen.

Die vorstehende Satzung wurde in der Gründerversammlung der Arbeitsgemeinschaft am 09.08. 1993 beschlossen.

Hamburg, 03. 11. 1997

# Mitgliederliste der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatischen Einrichtungen e.V.

Stand: Mitgliederversammlung 03. 11. 1997  
in Aachen

<b>BAG- Träger der Einrichtung Nr.</b>	<b>Einrichtung</b>
<b>Baden-Württemberg</b>	
01/01	Geriatrisches Zentrum Bethanien-Krankenhaus
11/93	Bethanien-Krankenhaus gGmbH Usinger Straße 5 60389 Frankfurt Tel. 0 69/4 60 80 Fax 0 69/4 60 83 99
91/92	Diakoniewerk Bethel e. V. Krankenhaus Bethel
04/94	Clayallee 18 -22 14195 Berlin Schomdorfer Str. 81 73642 Welzheim Tel. 0 71 82/81 00 Fax 071 82/80 11 11
01/03	Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis Geriatrische Rehabilitationsklinik
04/94	Heidelberg Alte Waibstadter Str. 1 74889 Sinsheim Sinsheim Alte Waibstadter Str. 1 74889 Sinsheim Tel. 0 72 61/6 60 Fax 0 72 61/66 19 52
01/04	Johanneskliniken (JKB) Johannesklinik
04/94	Koblenzer Str. 85 53 177 Bonn Bad Liebenzell Luchsweg 9 75378 Bad Liebenzell Tel. 0 70 52/40 00 Fax 0 70 52/40 04 00
01/05	Diakoniewerk Bethel e. V. Krankenhaus Bethel Trossingen
04/94	Clayallee 18 -22 14195 Berlin Wagnerstr. 5 78647 Trossingen Tel. 0 74 25/93 20 Fax 0 74 25/80 86

<b>BAG- Träger der Einrichtung Nr.</b>	<b>Einrichtung</b>
<b>Baden-Württemberg</b>	
01/06	Albert-Ludwigs-universität Zentrum für Geriatrie
04/94	Freiburg Lehener Str. 88 79 106 Freiburg und Gerontologie Freiburg der Albert-Ludwigs-universität Lehener Str. 88 79 106 Freiburg Tel. 07 61/2 70 70 70 Fax 07 61/2 70 70 72
01/07	AERPAH Krankenhausgesellschaft AERPAH-Klinik
11/94	mbH Geriatrische Klinik Esslingen Kennenburger Str. 63 73732 Esslingen Geriatrisches Krankenhaus und Rehabilitation Kennenburger Str. 63 73732 Esslingen Tel. 07 11/3 90 53 26 Fax 07 11/3 70 16 43
01/08	Schwarzwaldklinik Bad Krozingen Median Klinik Mooswald
11/97	KG Reha Grundstücksgesellschaft mbH & Co. 79189 Bad Krozingen An den Heilquellen 2 79 111 Freiburg Tel. 07 61/4 70 00 Fax 07 6 1/47 00 60
<b>Bayern</b>	
02/01	Arbeiterwohlfahrt Geriatrische Rehabilitationsklinik
11/95	Bezirksverband Unterfranken e. V. Frankenstraße 193 97080 Würzburg Kantstraße 45 97074 Würzburg Tel. 09 31/7 95 10 Fax 0931/795 11 52
02/02	Kuratorium Wohnen im Alter e. V. Stift Rottal
11/95	Biberger Straße 50 52008 Unterhaching Klinik für Neurologische und Geriatrische Rehabilitation Max-Köhler-Straße 3 94086 Griesbach Tel. 0 85 3218 70 Fax 0 85 3218 79 13
02/03	Landkreis Mühldorf/Inn Kreiskrankenhaus Haag i. OB
11/96	Abt. f. Geriatrische Rehabilitation Krankenhausstraße 4 83527 Haag Tel. 0 80 72/37 84 01 Fax 0 80 72/37 84 55

BAG- Träger der Einrichtung Nr.	Einrichtung
<b>Bayern</b>	
02/04 11/96	Kommunaler Zweckverband Fachabteilung für Geriatrische Rehabilitation am Landeskrankenhaus Coburg Ketschendorfer Straße 33 96450 Coburg Tel. 0 95 61/2 20 Fax 0 95 61/22 72 20
02/05 11/96	Klinik GmbH & Co KG Reha-Zentrum Roter Hügel Roter Hügel Bayreuth Jakob-Herz-Straße 1 95445 Bayreuth Tel. 0 9 21/30 98 91 Fax 0 9 21/30 91 02
02/06 11/97	Landratsamt Neuburg Herr Kopp, Geschäftsführer Platz der Deutschen Einheit 1 86633 Neuburg a. d. Donau Fax 0 84 31/5 73 94 Geriatrizentrum Neuburg gGmbH Geriatrische Rehabilitationsklinik Bahnhofstraße B 107 86633 Neuburg Tel. 0 84 31/58 00 Fax 0 84 31/58 01 04
02/107 11/97	Hessing Stiftung Augsburg Hessingstraße 17 86 199 Augsburg Geriatrische Rehabilitationsklinik der Hessing Stiftung Butzstraße 27 86 199 Augsburg Tel. 08 21/90 91 20 Fax 08 21/90 91 08
02/08 11/97	Kloster der Missions- Benediktinerinnen Bahnhofstraße 3 82307 Tutzing Krankenhaus der Missions- Benediktinerinnen von Tutzing e. V. Bahnhofstraße 5 82327 Tutzing Tel. 0 81 58/2 30 Fax 0 81 58/2 35 50
02/09 11/97	Diakoniewerk Martha-Maria e. V. Herr Rossmann Verwaltungsdirektor Stadenstraße 58 9049 1 Nürnberg Abteilung für geriatrische Rehabilita- tion am Krankenhaus Martha-Maria Stadenstraße 5 8 9049 1 Nürnberg Tel. 09 11/95 90 Fax 09 11/9 59 10 05

BAG- Träger der Einrichtung Nr.	Einrichtung
<b>Berlin</b>	
03/01 11/93	Verein zur Errichtung. ev. Kranken- häuser e.V. Teutonenstr. 9 14129 Berlin Ev. Waldkrankenhaus Spandau, Ab- teilung für akute und rehabil. Geriatrie Stadtrandstr. 555 -561 13589 Berlin Tel. 0 30/37 02 14 01 Fax 0 30/37 02 14 08
03/02 11/93	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Frau Cordes) An der Urania 12 10787 Berlin Tel. 0 30/24 74 17 53 Fax 0 30/24 74 15 77 Krankenhaus Reinickendorf örtl. Bereich Humboldt-Krankenhaus Am Nordgraben 2 13509 Berlin Tel. 0 30/4 19 40 Fax 0 30/4194 16 16
03/03 11/93	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Frau Cordes) An der Urania 12 10787 Berlin Tel. 0 30/24 74 17 53 Fax 0 30/24 74 15 77 Klinikum Berlin-Buch Geriatrische Klinik Wiltbergstraße 50 13 122 Berlin-Buch Tel. 0 30/94 01 21 50 Fax 0 30/94 01 20 96
03/04 11/93	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Frau Cordes) An der Urania 12 10787 Berlin Tel. 0 30/24 74 17 53 Fax 0 30/24 74 15 77 Krankenhaus im Friedrichshain IV. Medizinische Abteilung Landsberger Allee 49 10249 Berlin Tel. 0 30/4 22 10
03/05 11/93	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Frau Cordes) An der Urania 12 10787 Berlin Tel. 0 30/24 74 17 53 Fax 0 30/24 74 15 77 Krankenhaus Neukölln ÖBM Innere Medizin V Mariendorfer Weg 28148 12313 Berlin Tel. 0 30/62 94 0 Fax 0 30/62 94 23 11
03/06 11/93	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Frau Cordes) An der Urania 12 10787 Berlin Tel. 0 30/24 74 17 53 Fax 0 30/24 74 15 77 Krankenhaus „Am Urban“ Abteilung für Geriatrie Dieffenbachstraße 1 10967 Berlin Tel. 0 30/6 97 21 45 Fax 0 30/69 77 65

<b>BAG- Träger der Einrichtung Nr.</b>	<b>Einrichtung</b>
	<b>Berlin</b>
03/07 11/93	Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Frau Cordes) An der Urania 12 10787 Berlin Tel. 0 30/24 74 17 53 Fax 0 30/24 74 15 77
03/08 11/93	Max-Bürger-Zentrum für Sozial- medizin, Geriatrie und Altenhilfe gGmbH i. G. Sophie-Charlotten-Straße 115 14059 Berlin Tel. 0 30/32 05 23 12 Fax 0 30/32 05 24 25
03/09 11/94	Malteserwerk e.V. Tübinger Str. 5 10715 Berlin
03/10 11/94	DRK Schwesternschaft Berlin Zweite gemeinnützige Krankenhaus GmbH Salvador-Allende-S tr. 2-8 12559 Berlin
03/11 11/95	Ev. Geriatriezentrum Berlin Reinickendorfer Straße 61 13347 Berlin Tel. 0 30/45 07 83 88 Fax 0 30/45 05 39 33
03/12 11/95	Gesellschaft für geriatrische Kliniken mbH U. Marseille Sportallee 1 22335 Hamburg Tel. 0 40/5 1 45 90 Fax 0 40/5145 97 33
	<b>Berlin</b>
03/13 11/97	Dominikus-Krankenhaus GmbH Geschäftsführung Kurhausstraße 30-34 13467 Berlin (Hermsdorf) Tel. 0 30/4 09 20 Fax 0 30/4 04 24 08
03/14 11/97	Arbeiterwohlfahrt Ida-Wolff-Geriatriezentrum Juchaczweg 2 1 12351 Berlin
03/15 11/97	Verein zur Errichtung ev. Kranken- häuser e. V. Teutonenstraße 9 14129 Berlin
03/16 11/94	Ev. Krankenhaus Schönow Klinik-Betriebsgesellschaft Schönow Gemeinnützige Gesellschaft mbH Mitglied im Diakonischen Werk Berlin-Brandenburg e. V. Teltower Damm 189 -203 14167 Berlin

<b>BAG- Träger der Einrichtung Nr.</b>	<b>Einrichtung</b>
	<b>Berlin</b>
03/13 11/97	Dominikus-Krankenhaus GmbH Geschäftsführung Kurhausstraße 30-34 13467 Berlin (Hermsdorf) Tel. 0 30/4 09 20 Fax 0 30/4 04 24 08
03/14 11/97	Arbeiterwohlfahrt Ida-Wolff-Geriatriezentrum Juchaczweg 2 1 12351 Berlin
03/15 11/97	Verein zur Errichtung ev. Kranken- häuser e. V. Teutonenstraße 9 14129 Berlin
03/16 11/94	Ev. Krankenhaus Schönow Klinik-Betriebsgesellschaft Schönow Gemeinnützige Gesellschaft mbH Mitglied im Diakonischen Werk Berlin-Brandenburg e. V. Teltower Damm 189 -203 14167 Berlin
	<b>Brandenburg</b>
04/01 11/94	Klinikum Niederlausitz GmbH Krankenhausstr. 2 01998 Klettwitz
04/02 11/96	Ev. Krankenhaus „Gottesfriede“ GmbH Schleusenstraße 50 15569 Woltersdorf Tel. 0 33 62/77 92 00 Fax 0 33 62/77 92 19
	<b>Brandenburg</b>
04/01 11/94	Klinikum Niederlausitz GmbH Calauer Straße 8 01968 Senftenberg Tel. 0 35 73/7 39 32 Fax 0 35 73/7 39 33
04/02 11/96	Ev. Krankenhaus „Gottesfriede“ GmbH Schleusenstraße 50 15569 Woltersdorf Tel. 0 33 62/77 92 00 Fax 0 33 62/77 92 19

<b>BAG- Träger der Einrichtung Nr.</b>	<b>Einrichtung</b>
<b>Brandenburg</b>	
04/03	Klinikum Uckermark GmbH
11/96	Klinik für Geriatrie Postfach 7 1 16284 Schwedt (Oder) Tel. 0 33 32/53-0 Fax 0 33 32153-22 02
04/04	Luise-Henrietten-Stift Lehnin
11/96	Klosterkirchplatz 14797 Lehnin Tel. 0 33 82/7 68-0 Fax 0 33 82-7 68-1 01
<b>Bremen</b>	
05/01	Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz
11/96	Birkenstraße 34 28 195 Bremen
05/02	Zentralkrankenhaus Bremen-Ost
11/97	Züricher Straße 40 28325 Bremen Tel. 04 21/4 08 15 16/25 16 Fax 04 21/4 08 23 05
<b>Hamburg</b>	
06/01	Albertinen-Diakoniewerk e. V.
11/93	Süntelstr. 11 A 22457 Hamburg

<b>BAG- Träger der Einrichtung Nr.</b>	<b>Einrichtung</b>
<b>Hamburg</b>	
06/02	Schwesternheim Bethanien
11/93	Martinistr. 44 2025 1 Hamburg
06/03	Kirchlicher Verein für Diakonie
11/93	Hamburg e. V. Farmseiner Landstr. 73 22359 Hamburg
06/04	Landesbetrieb Krankenhäuser
11/94	Hamburg Friedrichsberger Str. 56-58 2208 1 Hamburg Tel. 0 40/2 02 00 11
06/05	Katholische Kirchengemeinde
11/95	St. Bonifatius Bonifatiusstraße 1 2 1107 Hamburg
<b>Hessen</b>	
07/01	Ev. Altenhilfe Gesundbrunnen e. V.
11/93	Brunnenstr. 23 34369 Hofgeismar
07/02	Ev. Verein für Innere Mission
11/93	in Nassau (EVIM) Auguste-Viktoria-Str. 16 65 185 Wiesbaden Tel. 06 11/99 00 90 Fax 06 11/9 90 09 44
	REHA-Klinik am Katharinenstift Ev. Verein für Innere Mission in Nassau Rathausstr. 62-64 65203 Wiesbaden Tel. 06 11/6 93 70 Fax 06 11/6 93 71 69

BAG- Träger der Einrichtung Nr.	Einrichtung
<b>Hessen</b>	
07/03 Asklepios Paulinen 11/93 Klinik Wiesbaden Parkstraße 27 61476 Kronberg	Asklepios Paulinen Klinik Abteilung für Geriatrie und Rehabilitation Geisenheimer Str. 10 65 197 Wiesbaden Tel. 06 11/8 47 28 02 Fax 06 11/8 47 28 03
07/04 DRK Heime und Anstalten 11/94 Bez. Kassel e.V. Sophie-Henschel-Weg 2 34260 Kaufungen	DRK-Klinik Kaufungen Medizinisch-Geriatisches Kranken- haus Sophie-Henschel-Weg 2 34260 Kaufungen Tel. 0 56 05/94 50 Fax 0 56 05/94 51 27
07/05 Martin-Luther-Stiftung 11/96 Martin-Luther-Anlage 8 63450 Hanau	Martin-Luther-Stiftung Martin-Luther-Anlage 8 63450 Hanau Tel. 0 61 81/2 90 20 Fax 0 61 81/2 90 2166
07/06 Ev. Verein für Innere Mission 11/97 Ludolfusstraße 2 -4 60487 Frankfurt am Main	Klinik für Geriatrie Rehabilitation im Hufeland-Haus Wilhelmshöher Straße 34 60389 Frankfurt am Main Tel. 0 69/4 70 44 00 Fax 0 69/4 70 44 15
<b>Niedersachsen</b>	
09/01 Henriettenstiftung 11/93 Marienstr. 80-90 30 17 1 Hannover Tel. 05 11/2 89-22 10/22 11 Fax 05 11/2 89-20 00	Klinik für Medizinische Rehabilitation und Geriatrie der Henriettenstiftung Schwemannstr. 19 30559 Hannover Tel. 05 11/2 89 32 22 Fax 05 1112 89 30 04
09/02 Landeshauptstadt Hannover 11/93 Postfach 125 30001 Hannover Tel. 05 11/16 80	Geriatrisches Zentrum Hagenhof Klinik für Rehabilitation der Landeshauptstadt Hannover Rohdehof 3 30853 Langenhagen Tel. 05 11/73 00 02 Fax 05 1117 30 02 09

BAG- Träger der Einrichtung Nr.	Einrichtung
<b>Niedersachsen</b>	
09/03 Verein zur Betreuung von Schwer- 11/93 behinderten e. V. Postfach 11 20 3 186 1 Coppenbrügge	KrankenhausLindenbrunn Postfach 11 20 3 186 1 Coppenbrügge Tel. 0 51 56/78 20 Fax 0 51 56/78 21 55
09/04 St. Bonifatius-Hospital e.V. 11/93 Wilhelmstr. 13 49803 Lingen/Ems	St. Bonifatius-Hospital Medizinische Klinik Fachbereich Geriatrie Wilhelmstr. 13 49808 Lingen/Ems Tel. 05 91/91 00 Fax 05 91/9 10 12 90
09/05 Stadt Braunschweig 11/94 Bohlweg 30 38 100 Braunschweig	Städtisches Klinikum Braunschweig Freisestr. 9/10 38 118 Braunschweig Tel. 05 3115 95 12 10 Fax 05 3115 95 13 22
09/06 Städtische Kliniken Osnabrück 11/95 Verwaltung Am Finkenhügel 1 49076 Osnabrück	Städtische Kliniken Natruper Holz Klinik für Geriatrie Sedanstraße 115 49090 Osnabrück Tel. 05 41/4 05 99 96 Fax 05 4114 05 4197
09/07 Klinik Gut Wienebüttel GmbH 11/96 & Co KG 2 1339 Lüneburg Tel. 0 41 31/67 40 Fax 0 4131/67 41 03	Klinik Gut Wienebüttel Medizinisch-Geriatisches Zentrum 2 1339 Lüneburg Tel. 0 41 31/67 40 Fax 0 41 31/67 41 03
<b>Nordrhein-Westfalen</b>	
10/01 Evangelischer Krankenhausverein 11/93 zu Aachen Rehabilitationsklinik Haus Cadenbach Boxgraben 99 52064 Aachen	Medizinisch-Geriatrie Rehabili- tationsklinik Haus Cadenbach Boxgraben 99 52064 Aachen Tel. 02 41/41 40 Fax 02 41/4143 34

<b>BAG- Träger der Einrichtung</b>		<b>Einrichtung</b>
<b>Nr.</b>		
<b>Nordrhein-Westfalen</b>		
10/02	Krankenhaus Mörsenbroich Rath GmbH Amalienstr. 9 40472 Düsseldorf	Geriatrisches Krankenhaus Elbroich Am Falder 6 40589 Düsseldorf Tel. 02 11/7 56 00 Fax 02 11/7 56 02 09
10/03	Soteria	Klinik am Stein
11/93	Gemeinn. Krankenhausgesellschaft mbH Wattmecke 3 -7 59939 Olsberg	Fachklinik für Geriatrie und Rehabilitationsmedizin Wattmecke 1-7 59939 Olsberg Tel. 0 29 62/80 80 Fax 0 29 62/80 82 50
10104	Hermann-Josef-Stiftung	Hermann-Josef-Krankenhaus Erkelenz
04/94	Teuholferstr. 43 4 18 12 Erkelenz Tel. 0 24 31/89 23 14 Fax 0 24 31/89 22 18	Teuholfer Straße 43 4 18 12 Erkelenz Tel. 0 24 31/89 23 14 Fax 0 24 31/89 22 18
10/05	Manen-Hospital Wattenscheid	Marien-Hospital Wattenscheid
04/94	gGmbH Zentrum für geriatrische Akutbehandlung und Rehabilitation Parkstr. 15 44866 Bochum Tel. 0 23 27180 70 Fax 0 23 27/80 72 72	gGmbH Zentrum für geriatrische Akutbehandlung und Rehabilitation Parkstr. 15 44866 Bochum Tel. 0 23 27/80 70 Fax 0 23 27/80 72 72
10/06	Stiftung St. Willibrordus-Spital	St. Willibrord-Spital
04/94	Emmerich Postfach 10 08 53 46428 Emmerich/Rhein	Emmerich-Rees gGmbH Abteilung für Geriatrie Willibrordstraße 9 46446 Emmerich Tel. 0 28 22/7 30 Fax 0 28 22/73 12 58
10107	Kathol. Kirchengemeinde	St.-Elisabeth-Hospital
04/94	St. Agatha Mettingen Kard.-v.-Galen-Str. 6 49497 Mettingen	Abteilung für Geriatrie Bahnhofstr. 19 49497 Mettingen Tel. 0 54 52/5 50 Fax 0 54 52/5 57 33

<b>BAG- Träger der Einrichtung</b>		<b>Einrichtung</b>
<b>Nr.</b>		
<b>Nordrhein-Westfalen</b>		
10/08	Malteser-Krankenhaus	Malteser-Krankenhaus
04194	Bonn-Hardtberg e. V. Von-Hompesch-Str. 1 53123 Bonn Tel. 02 28/6 48 12 10 Fax 02 28/6 48 14 40	Bonn-Hardtberg e.V. Von-Hompesch-Str. 1 53123 Bonn Tel. 0 22 8/6 48 12 10 Fax 02 28/6 48 14 40
10/09	Städtisches Krankenhaus St. Barbara	Städtisches Krankenhaus
04/94	Attendorn GmbH Postfach 4 60 57428 Attendorn	St. Barbara Attendorn GmbH Abteilung für Geriatrie Hohler Weg 9 57439 Attendorn Tel. 0 27 22/6 04 10 Fax 0 27 22/6 04 20
10/10	Ev. Krankenhaus Enger gGmbH	Ev. Krankenhaus Enger gGmbH
11/94	Fachklinik für Geriatrie Hagenstr. 47 32130 Enger Tel. 0 52 24169 40 Fax 0 52 24/69 44 44	Fachklinik für Geriatrie Hagenstr. 47 32130 Enger Tel. 0 52*24/69 40 Fax 0 52 24169 44 44
10/1	St. Franziskus-Hospital GmbH	Klinik für Geriatrische Rehabilitation
11/94	mit Krankenhaus Maria Frieden Telgte Hohenzollernring 72 48 145 Münster	„Maria Frieden“ AmKrankenhaus 1 4829 1 Telgte Tel. 0 25 04/6 72 37 Fax 0 25 04/6 72 69
10/12	Jakobi-Krankenhaus	Jakobi-Krankenhaus
11/94	und Altenzentrum Rheine gGmbH Postfach 16 61 48406 Rheine	und Altenzentrum Rheine gGmbH Hörstkamp 12 4843 1 Rheine Tel. 0 59 71/4 62 22 Fax 0 59 71/4 62 05
10/13	Reha-Zentrum Reuterstraße	Reha-Zentrum Reuterstraße
11/94	Geriatrische Klinik GmbH Reuterstraße 10 1 5 1467 Bergisch-Gladbach Tel. 0 22 02/12 70 Fax 0 22 02/12 7100	Geriatrische Klinik GmbH Reuterstraße 10 1 5 1467 Bergisch-Gladbach Tel. 0 22 02/12 70 Fax 0 22 02/12 7100

BAG- Träger der Einrichtung		Einrichtung	
Nr.			
<b>Nordrhein-Westfalen</b>			
1004	St. Josef Krankenhaus GmbH Moers	Fachklinik für Geriatrie	Rehabilitation
11/95	Asberger Straße 4 47411 Moers	Rheinberger Straße 375 47495 Rheinberg	Tel. 0 28 44/2 92 98 Fax 0 28 4412 93 92
10/15	St. Manen-Hospital gern. GmbH	St. Manen-Hospital gern. GmbH	
11/96	Düren-Birkedorf Postfach 41 20 52330 Düren	Düren-Birkedorf Hospitalstraße 44 52353 Düren-Birkedorf	Tel. 0 24 21/80 50 Fax 0 24 21/80 55 75
10/16	Dreifaltigkeits-Hospital gern. GmbH	Dreifaltigkeits-Hospital gern. GmbH	
11/96	Klosterstraße 3 1 59555 Lippstadt Tel. 0 29 41/75 80 Fax 0 29 41175 82 85	Klosterstraße 3 1 59555 Lippstadt Tel. 0 29 41/75 80 Fax 0 29 41175 82 85	
10117	Augusta-Kranken-Anstalt Bochum	Augusta-Kranken-Anstalt	
11/97	Bergstraße 26 4479 1 Bochum	Bochum-Linden Medizinische Geriatrie Dr.-C.-Otto-Straße 27 44879 Bochum	Tel. 02 34/41 60
10/18	Städtische Hardterwald-Klinik	Städtische Hardterwald-Klinik	
11197	Mönchengladbach Louise-Gueury-Straße 400 4 1169 Mönchengladbach Tel. 0 21 61/55 21 35 Fax 02161/55 2152	Mönchengladbach Louise-Gueury-Straße 400 4 1169 Mönchengladbach Tel. 0 21 61/55 21 35 Fax 0 21 61/55 21 52	
<b>Rheinland-Pfalz</b>			
1 1/OI	Vereinigte Hospitien	Geriatrische Rehabilitationsklinik	
11/93	Stiftung des öffentlichen Rechts Krahnenufer 19 54290 Trier	St. Irminen Krahnenufer 19 54290 Trier	

BAG- Träger der Einrichtung		Einrichtung	
Nr.			
<b>Rheinland-Pfalz</b>			
11/02	Altenzentrum Betzdorf e.V.	Altenzentrum St. Josef	
11/93	Elly-Heuss-Knapp-Str. 29 575 18 Betzdorf	Elly-Heuss-Knapp-Str. 29 575 18 Betzdorf	Tel. 0 27 41/29 60 Fax 0 27 41/29 62 75
<b>Saarland</b>			
12/01	DRK Krankenhaus gGmbH Saarland	DRK Klinik Mettlach	
11/93	Vaubanstr. 25 66740 Saarlouis Tel. 0 68 31/17 13 83, -3 85 Fax 0 68 31/17 13 80	für Geriatrie und Rehabilitation Saarferstr. 10 66693 Mettlach Tel. 0 68 64/8 80 Fax 0 68 64/20 06	
12/02	Sophienstiftung	St. Nikolaus-Hospital	
04/94	St. Nikolaus-Hospital Hospitalstr. 5 66798 Wallerfangen	Fachklinik für geriatrische Rehabilitation Hospitalstr. 5 66798 Wallerfangen Tel. 0 68 31/96 20 Fax 0 68 31/96 24 65	
12/03	Marienhau GmbH	Geriatrische Rehabilitationsklinik	
11/94	Postfach 12 20 56588 Waldbreitbach Tel. 0 26 38/92 51 11 Fax 02638/9251 13	am Marienkrankenhaus Am Hirschberg 66606 St. Wendel Tel. 0 68 51/59 02 Fax 0 68 51/59 20 50	
12/04	Saarland Heilstätten GmbH	Saarland Heilstätten GmbH	
11/96	Sonnenbergstraße 66119 Saarbrücken	Fachklinik für Frührehabilitation Fischbacher Straße 100 66287 Quierschied Tel. 0 68 97/96 20 Fax 0 68 97/96 22 10	
12/05	Saarland Heilstätten GmbH	Geriatrische Klinik Sonnenberg	
11/97	Auf dem Sonnenberg 66119 Saarbrücken	Auf dem Sonnenberg 66119 Saarbrücken Tel. 06 81/8 89 22 01 Fax 06 81/8 89 26 30	

<b>BAG- Träger der Einrichtung Nr.</b>	<b>Einrichtung</b>
<b>Sachsen</b>	
1310 1 11/96	Kliniken Erlabrunn gGmbH Am Märzenberg 1 A 08349 Erlabrunn Tel. 0 37 73/60 Fax 0 37 73/6 13 02
<b>Sachsen-Anhalt</b>	
14101 11/97	Ermächtigter Vertreter des Landrates Landkreis Wemigerode Herr Schink Thiestraße 7-10 38889 Blankenburg
14/02 11/97	Kreis Krankenhaus Blankenburg gGmbH Thiestraße 7-10 38889 Blankenburg Tel. 0 39 44/9 60 Fax 0 39 44/96 22 22
14/02 11/97	Pfeiffersche Stiftungen Pfeifferstraße 10 39114 Magdeburg
<b>Schleswig-Holstein</b>	
15/01 11/93	Malteser Werke e. V. Postfach 91 21 51 5 1092 Köln
15/02 04/94	Geriatrisch-rehabilitative Tagesklinik Lübeck GmbH Ratzeburger Allee 160 23538 Lübeck
15/03 04/94	Stiftung Hamburgisches Krankenhaus Johannes-Ritter-Str. 100 2 1502 Geesthacht
	Klinik für Geriatrie Geesthacht Johannes-Ritter-Str. 100 21502 Geesthacht Tel. 0 41 52117 14 00 Fax 04152/17 14 17

<b>BAG- Träger der Einrichtung Nr.</b>	<b>Einrichtung</b>
<b>Schleswig-Holstein</b>	
15/04 11/97	Zweckverband des Kreises Steinburg und der Stadt Itzehoe Krankenhaus Itzehoe Robert-Koch-Straße 2 25524 Itzehoe
15/05 11/97	DRK Landesverband Schleswig-Holstein Herr Nielsen Klaus-Groth-Platz 1 24105 Kiel
15/04 11/97	Krankenhaus Itzehoe Abteilung für Geriatrie Robert-Koch-Straße 2 25524 Itzehoe Tel. 0 48 21/77 20
15/05 11/97	DRK-Therapiezentrum Mittelburg Middelburger Straße 1 23701 Süsel-Middelburg Tel. 0 45 24/9 09 13 Fax 0 45 2419 09 49
<b>Thüringen</b>	
16/01 04/94	Stiftung „St. Johann Nepomuk“ Erfurt
16/02 11/96	Sozialwerk Meiningen GmbH Ernststraße 7 98617 Meiningen Tel. 0 36 93/45 63 51 Fax 0 36 93/45 63 60
16/03 11/97	Geriatrische Fachklinik „Georgenhaus“ Leipziger Straße 23 98617 Meiningen Tel. 0 36 9314 47 10 Fax 0 36 93144 71 27
16/03 11/97	Kreis Krankenhaus Ronneburg Herr Hemmann Geschäftsführer Postfach 5 1 07576 Ronneburg
	Kreis Krankenhaus Ronneburg Fachklinik für Geriatrie und Innere Medizin gGmbH Straße der Opfer des Faschismus 15 07580 Ronneburg Tel. 03 66 02/5 50 Fax 03 66 02/5 52 09