

---

# Abgrenzungskriterien der Geriatrie

## VERSION V1.3

Erarbeitet von einer gemeinsamen Arbeitsgruppe der  
Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.,  
der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. und  
der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V.

Basierend auf den Ergebnissen der  
Essener Konsensus-Konferenz vom 15.01.2003 in Essen  
und der Folgekonferenz vom 14.10.2003 in Hannover

M. Borchelt  
G. Kolb  
N. Lübke  
D. Lüttje  
A.-K. Meyer  
T. Nikolaus  
L. Pientka  
W. von Renteln-Kruse  
A. Schramm  
N.-R. Siegel  
E. Steinhagen-Thiessen  
W. Vogel  
J. Wehmeyer  
N. Wrobel

Red.: M. Borchelt\*, L. Pientka, N. Wrobel

Stand: 29.02.2004 (Red.: 16.03.2004)

BAG KGE



---

\* Korrespondenzadresse: Dr. med. M. Borchelt, Forschungsgruppe Geriatrie am EGZB, Charité – Campus Virchow-Klinikum, Reinickendorfer Str. 61, 13347 Berlin, <mailto:markus.borchelt@charite.de>

## Vorbemerkung zur Version 1.0 (Februar 2003)

Die gemeinsame Arbeitsgruppe der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V. (BAG), der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) und der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. (DGGG) legt mit diesem Arbeitspapier die 1. Entwurfsversion der "Abgrenzungskriterien der Geriatrie" vor, und lädt insbesondere alle Fachkollegen ein, an der weiteren Verbesserung, Präzisierung und Ausgestaltung mitzuwirken.

Der in dieser Entwurfsversion erstmalig mit operationalisierbaren Kriterien formulierte Lösungsansatz bezieht sich auf eine langjährige Aufgaben- und Problemstellung in der Geriatrie – nämlich die der fachinternen (begrifflichen, inhaltlichen) Abgrenzung geriatrischer Leistungsbereiche untereinander und zugleich gegenüber unmittelbar angrenzenden Leistungsbereichen anderer Fachgebiete. Der Lösungsansatz integriert und erweitert teils wissenschaftlich, teils pragmatisch begründete Kriterien, um das gesamte Spektrum der geriatrischen Versorgungsbereiche in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen abzubilden. Ausgangspunkt waren Vorarbeiten zur Frührehabilitation von Stucki et al. ("Konzept zur indikationsübergreifenden Frührehabilitation im Akutkrankenhaus", *Phys Med Rehab Kuror* 2002; 12: 134-145) sowie Vorarbeiten des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (Leistner et al., Begutachtungshilfe "Geriatrische Rehabilitation", 12/2002).

Die Teilnehmer der Essener Konsensus-Konferenz hatten sich zwei vorrangige Aufgaben gestellt : (i) eine erste Festlegung operationalisierbarer Kriterien zur Beschreibung des geriatrischen Patienten, sowie (ii) eine erste Festlegung operationalisierbarer Kriterien zur Beschreibung der Zuordnung geriatrischer Behandlungsformen zu bestimmten geriatrischen Patientengruppen sowie ihrer Abgrenzung gegenüber den angrenzenden Rehabilitations- und Akutbereichen. Die Ergebnisse der Konsensus-Konferenz werden in Übersicht 1 zusammengefasst und in den Abschnitten A-C beschrieben.

Aufsetzend auf diesen konsentierten Kriterien wurde damit begonnen, die Kriterien – insbesondere die zur Beschreibung der geriatrietypischen Multimorbidität – mit entsprechenden Kodierungen aus der ICD-10-SGB V, Version 2.0, zu hinterlegen. Die Zuordnungen erheben dabei noch nicht den Anspruch auf Vollständigkeit oder Korrektheit. Bei einigen Zuordnungen wird es im weiteren Verlauf auch noch darauf ankommen, ob Änderungsvorschläge zur ICD bzw. zu den DKR (Deutsche Kodierrichtlinien) erfolgreich in das Anpassungsverfahren eingebracht werden können (z.B. für "Stürze", R29.81), damit die hier vorgeschlagenen Kodierungen auch vollständig konform sind mit den offiziell gültigen Kodierrichtlinien.

Insofern ist die Entwurfsversion der Abgrenzungskriterien für Prüfzwecke grundsätzlich ungeeignet. Sie soll und muss zunächst dem Fach als Diskussionsgrundlage dienen und benötigt sicher auch noch ergänzenden Fach- und Sachverstand zur weiteren Anpassung, Verbesserung und Konkretisierung. Andererseits werden im Zuge der DRG-Einführung jedoch Abgrenzungskriterien dringend benötigt, um die den Forderungen des Faches gegenüberstehenden Anforderungen erfüllen zu können. Auf der Grundlage dieser Entwurfsversion werden im nächsten Schritt (i) die Optionen und Perspektiven zur Abbildung des Faches im DRG-System diskutiert werden, und (ii) die resultierenden fachspezifischen Vorschläge zur Anpassung des DRG-Systems an deutsche Versorgungsverhältnisse erarbeitet. Jede konstruktive Kritik ist willkommen – umso mehr, je kurzfristiger diese die Autoren erreicht.

## Kommentare und Hinweise zur Version 1.1 (Mai 2003)

Aus Sicht der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen in Bayern und Baden-Württemberg wurde darauf hingewiesen, dass die Kriterien der Rehabilitationsfähigkeit (vgl. B-8) möglicherweise zu eng gefasst seien, sodass bei strikter Auslegung durchaus Gefahr bestehe, dass eine größere Zahl rehabilitationsbedürftiger geriatrischer Patienten vielfach nicht (mehr) die notwendige und indizierte geriatrische Rehabilitationsbehandlung erhalte. In diesem Zusammenhang wurde spezifisch zum Einschlusskriterium der Version 1.0 ("Bestehende Begleiterkrankungen, Schädigungen und Komplikationen bedürfen keiner Krankenhausbehandlung mehr") darauf hingewiesen, dass aufgrund der Begleiterkrankungen und Komplikationen bzw. Komplikationsrisiken der behandelten Patienten auch in geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen grundsätzlich die Notwendigkeit einer dauernden, 24-stündigen medizinisch-pflegerischen Behandlung oder Überwachung bestehe.

Eine Anpassung der Definition der Rehabilitationsfähigkeit, die diese grundsätzlich berechtigten Hinweise reflektieren würde, konnte trotz eingehender Prüfung nicht erfolgen, und zwar aus folgenden Gründen:

- solange Krankenhausbehandlungsbedarf besteht, hat ein Versicherter grundsätzlich Anspruch auf Behandlung im Krankenhaus – nichts anderes kommt zunächst in Satz B-8.ii bezogen auf geriatrische Patienten zum Ausdruck;
- die akutstationäre Behandlung im Krankenhaus umfasst dabei auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation (§ 39 Abs. 1 SGB V);
- ein gleichzeitiger Bedarf an rehabilitativen Maßnahmen und einer 24-stündigen ärztlichen Präsenz deutet darauf hin, dass die überwiegende Zahl der behandelten Patienten die Kriterien der geriatrischen Frührehabilitation erfüllt, woraus grundsätzlich zunächst ein Krankenhausbehandlungsbedarf abzuleiten wäre – selbstverständlich im Sinne einer Krankenhausbehandlung, die dem besonderen akutmedizinischen und frührehabilitativen Behandlungsbedarf von geriatrischen Patienten auch gerecht wird;
- landesspezifische Regelungen, die Maßnahmen der geriatrischen Frührehabilitation bislang nicht im Leistungsverzeichnis der Krankenhäuser des Landes aufführen (vgl. § 39 Abs. 3 SGB V) und es stattdessen erlauben oder vorschreiben, dass geriatrische Frührehabilitation an Rehabilitationseinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V durchzuführen sei, müssen demnach zugleich gewährleisten,
  - (i) dass die hierfür zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen über eine entsprechende akutmedizinische Infrastruktur mit ärztlichem Bereitschaftsdienst verfügen,
  - (ii) dass die im Vergleich zur indikationsspezifischen Rehabilitation deutlich komplexere Leistung der indikationsübergreifenden geriatrischen Frührehabilitation sachgerecht und länderübergreifend vergleichbar (gem. § 39 Abs. 3 SGB V) vergütet wird, und
  - (iii) dass der im Grundsatz auf § 39 Abs. 1 SGB V beruhende Anspruch der Versicherten auf Leistungen der geriatrischen Frührehabilitation auch in diesem Sinne erfüllt wird, selbst wenn die Leistung nicht von einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V) erbracht wird.

Die Definitionen der Abgrenzungskriterien der Geriatrie ergeben sich aus fachlich-inhaltlichen Überlegungen, sie sollten und konnten sich nicht primär an den vorhandenen Strukturen orientieren, gerade weil diese zwischen den Bundesländern erheblich variieren. Die Anwendung der Kriterien muss jedoch sehr wohl die landesspezifisch definierten Geriatriepläne mit den daraus resultierenden und vielfach nachweislich effektiven und effizienten Strukturen berücksichtigen. Nichts anderes kommt in Satz C-2 (institutionelle Zuordnungen) zum Ausdruck.

Die inhaltlich abgrenzbare geriatrische Frührehabilitation erfolgt auf Basis von § 39 SGB V an Krankenhäusern. Die inhaltlich ebenso abgrenzbare geriatrische Rehabilitation erfolgt auf Basis von § 40 SGB V an Rehabilitationseinrichtungen. Bundesländer ohne etablierte geriatrische Frührehabilitation an Krankenhäusern sowie Bundesländer ohne etablierte geriatrische Rehabilitationsstrukturen benötigen entweder verbindliche ordnungspolitische Regelungen zur leistungsrechtlich tragfähigen Umsetzung ihres jeweiligen Geriatrieplans, oder aber einen neuen Geriatrieplan, der den beiden leistungsrechtlich abgrenzbaren Ansprüchen der Versicherten auch strukturell gerecht wird.

## Beispielfälle (Oktober 2003)

Es ist zu berücksichtigen, dass die hier definierten Abgrenzungskriterien kein Phasenmodell implizieren. Es ist nicht der Regelfall, dass ein geriatrischer Patient zunächst zur Akutbehandlung aufgenommen wird, dann Maßnahmen der geriatrischen Frührehabilitation erhält, um schließlich in die geriatrische Rehabilitation weiterverlegt zu werden. Typischere Verläufe sind beispielhaft eher die folgenden:

- (i) Eine 95jährige Heimbewohnerin wird mit schwerem Verwirrheitszustand akutgeriatrisch aufgenommen; ursächlich werden eine Pneumonie und Exsikkose festgestellt, die Patientin erhält eine Infusions- und Antibiotikatherapie und kann nach kurzer Zeit wieder entlassen werden.
- (ii) Ein schwer betroffener 64jähriger Schlaganfallpatient mit ausgeprägter geriatritypischer Multimorbidität (Harninkontinenz, Sturzneigung, kognitive Defizite) wird von der Stroke Unit übernommen und vom ersten Tag an intensiv frührehabilitativ behandelt; nach bis zuletzt kompliziertem Verlauf mit rezidivierenden Aspirationspneumonien, Harnwegsinfekten, Stürzen etc. kann der Patient nach erfolgreicher geriatrischer Rehabilitation nach Hause zur Ehefrau entlassen werden.
- (iii) Eine 75jährige Sturzpatientin wird nach unkomplizierter operativer Versorgung einer Schenkelhalsfraktur bei Zustand nach Sturz auf Glatteis direkt von der Traumatologie zur geriatrischen Rehabilitation verlegt; die Patientin erhält bei ausgeprägter Sturzangst ein geriatrisches Assessment, Neuropsychologie, Physio- und Ergotherapie mit Gangschule und ADL-Training, sowie eine Hilfsmittelversorgung und wird nach erfolgreicher geriatrischer Rehabilitation nach Hause entlassen.
- (iv) Ein 85jähriger, alleinstehender, bislang selbständiger Patient mit rezidivierenden Stürzen wird nach osteosynthetischer Versorgung einer Humerusfraktur bei postoperativem Durchgangssyndrom in die Geriatrie verlegt; das Basisassessment ergibt den Verdacht auf eine leicht- bis mittelgradige Demenz, der sich in der weiterführenden Diagnostik einschließlich CCT und Fremdanamnese erhärtet; der Patient wird auf ein Antidementivum eingestellt und erhält Physio-, Ergo- und neuropsychologische Therapie mit insgesamt mäßigem Erfolg; im Verlauf treten rezidivierend insbesondere nachts delirante Zustände auf; begleitendes aggressives Verhalten macht eine vorübergehende neuroleptische Therapie erforderlich; es wird ein Betreuungsverfahren eingeleitet und ein Heimplatz organisiert; nach Stabilisierung der Begleitsymptome kann der Patient schließlich in ein Pflegeheim entlassen werden.

Gemäß nachstehenden Abgrenzungskriterien entspricht (i) der Geriatrischen Akutbehandlung, (ii) und (iv) sind Beispiele der Geriatrischen Frührehabilitation und (iii) ist ein Beispiel der Geriatrischen Rehabilitation (voraussetzend, dass alle nicht explizit erwähnten Kriterien jeweils erfüllt sind).

## Kommentare und Hinweise zur Version 1.2 (Februar 2004)

Die Version V1.2 beinhaltet bezüglich der Abgrenzungskriterien den Konsens der Folgekonferenz vom 14.10.2003 in Hannover sowie hinsichtlich Abschnitt D (OPS 8-550) den Stand der Diskussion zur Weiterentwicklung der Prozedurendefinition von Ende Januar 2004; eine Anpassung von Kodierungen war noch nicht erfolgt.

## Kommentare und Hinweise zur Version 1.3 (März 2004)

Die Version V1.3 beinhaltet hinsichtlich Abschnitt D (OPS 8-550) den Stand der im Vorschlagsverfahren 2005 beim DIMDI eingereichten Änderungsvorschläge sowie eine Detaillierung und Anpassung der Kodierungen zur geriatritypischen Multimorbidität an die ICD-10-GM für 2004 (ergänzende Anlage 1).

## Übersicht 1: Geriatrie - Abgrenzungsbereiche und Begriffsbestimmungen

Kriterien:	DISZIPLINEN				
	angrenzende Akut-Disziplinen	Geriatrie		angrenzende Reha-Disziplinen	
Patient	Nicht-geriatrisch	Pat. mit geriatritypischer Multimorbidität <sup>Tab. 1</sup> , überwiegend 70 Jahre alt oder älter		Nicht-geriatrisch	
Rehabedürftigkeit	(noch) nicht rehabedürftig	(noch) nicht rehabedürftig <sup>B-3</sup>	Rehabedürftig <sup>B-3</sup>	rehabedürftig	
Indikation	kurative oder palliative Indikation zur Akutbehandlung im KH	Indikation zur KH-Behandlung nach § 39 SGB V; nicht (früh-)rehabfähig <sup>B-7</sup>	Bedingt rehabfähig oder rehabfähig mit unsicherer Prognose <sup>B-5</sup> , frührehabfähig <sup>B-6</sup>	indikationsübergreifend rehabfähig <sup>B-8</sup> mit positiver Prognose und realistischer Zielsetzung	indikationsspezifisch rehabfähig im engeren Sinne mit positiver Prognose und realistischer Zielsetzung
Art der Behandlung	Akut-/Intensivbehandlung ggfs. mit funktionsorientierter Physiotherapie	„Akutgeriatrie“		Indikationsspezifische Rehabilitationsbehandlung	
		Geriatrische Akutbehandlung	Geriatrische Frührehabilitation		
			„Rehageriatrie“		
			Geriatrische Rehabilitation		

Tab.-1: s. Seite 6

B-3: s. Seite 7

B-6: s. Seite 8

B-7: s. Seite 8

B-8: s. Seite 8

## Übersicht 2: Geriatritypische Hauptdiagnosen

Die folgende Übersicht stellt keine abschließende Aufzählung dar. Sie gilt vor allem für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, die sowohl mit der angrenzenden, vorwiegend organmedizinischen geriatrischen Akutbehandlung als auch mit der angrenzenden geriatrischen Rehabilitation eine deutliche Schnittmenge hinsichtlich der Hauptdiagnosen aufweist, jedoch ohne dass sich die drei Gruppen hinsichtlich ihrer Hauptdiagnoseprofile vollständig überlappen. Gemeinsam ist allen drei Bereichen jedoch die – zur Hauptdiagnose meist hinzutretende – geriatritypische Multimorbidität (s. Tab. 1).

Hauptdiagnosen	ICD-10 v2.0	2. ICD (ND)
Akuter Schlaganfall und andere akute cerebrovaskuläre Erkrankungen	I60-I69	
Hüftgelenksnahe Fraktur mit Z.n. chir. Versorgung	S72.-	Z96.6
Arterielle Verschlusskrankheit mit Z.n. Amputation o.a. OP	I70.-	Z89.-, Z95.-
Cox- und Gonarthrose mit Z.n. Implantation einer Endoprothese	M16.-, M17.-	Z96.6
Dekompensierte Herzinsuffizienz	I50.-	
Exazerbierte chronisch-obstruktive Lungenerkrankung	J44.0, J44.1	
Pneumonie und andere Infektionen der Atemwege	J10-J22	
Andere Frakturen und Verletzungen	S00-T98	
Andere Arthropathien	M00-M25	
Spondylopathien u. Diskopathien, ggf. mit Z.n. Laminektomie	M45-M51	Z48.8, G97.8
KHK und andere Herzkrankheiten mit Z.n. herzchirurgischem Eingriff	I05-I09; I20-I25	Z95.-, I97.0
Delir und andere hirnorganische Psychosen	F00-F05	
Andere Infektionen	A00-B99	
Komplikationen nach chirurgischen Eingriffen und med. Behandlung*	T80-T88	
Spezifische Komplikationen nach chir. Eingriffen und med. Behandlung*	s. Tab. 2-4	s. Tab. 5

\* Bei durchgehender Behandlung im selben Krankenhaus kann die Komplikation einer durchgeführten Maßnahme niemals zur Hauptdiagnose des gesamten Behandlungsfalls werden. Erfolgt aufgrund der Komplikation die Verlegung in ein anderes Krankenhaus, dann kann insbesondere die spezifische Verschlüsselung (letzte Zeile) im übernehmenden Krankenhaus durchaus zur Hauptdiagnose werden (Veranlassungsprinzip, DKR D002b).

\*\* [Angaben zur Kodierung beziehen sich auf die ICD-10, V2.0; Anm. d. Red.]

**Tab. 1: Definition der geriatritypischen Multimorbidität**

Detailtabelle mit Angaben zur Kodierung nach ICD-10-GM 2004: s. Anlage 1

<b>Merkmalkomplex</b>	<b>Diagnose-Kategorien</b> ( <i>Details und Kodes: s. Anlage 1</i> )
<b>Immobilität</b>	nach medizinischen Maßnahmen morbidity- und/oder altersbedingt
<b>Sturzneigung und Schwindel</b>	Gangunsicherheit Ataxie, nicht näher bezeichnet Stürze Schwindel und Taumel
<b>Kognitive Defizite</b>	Demenz Organisches amnestisches Syndrom Delir (organisch bedingt) Bestimmte andere psychische Störungen, organisch bedingt Persönlichkeits- und Verhaltensstörung, organisch bedingt Orientierungsstörung, n.n.bez. (Verwirrtheit o.n.A.)
<b>Inkontinenz</b>	Harninkontinenz Stressinkontinenz Drang-, Reflex-, Überlaufinkontinenz Stuhlinkontinenz
<b>Dekubitalulcera</b>	Dekubitus Ulcus cruris (varicosum) Chronisches Ulcus der Haut
<b>Fehl- und Mangelernährung</b>	Kachexie Alimentärer Marasmus Protein-Kalorien-Mangelernährung Dysphagie
<b>Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt</b>	Dehydratation Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts Ödem, anderenorts nicht klassifiziert
<b>Depression, Angststörung</b>	Depressive Episode, rez. depressive Störung Manische Episode, bipolare od. anhaltende affektive Störung Phobische Störungen, Angststörung
<b>Chronische Schmerzen</b>	Chronische, nicht lokalisierte Schmerzen Lokalisierte, organbezogene Schmerzen
<b>Sensibilitätsstörungen</b>	Neuropathie
<b>Herabgesetzte Belastbarkeit, Gebrechlichkeit</b>	Frailty-Syndrom
<b>Starke Seh- oder Hörbehinderung</b>	Visusverlust Hörverlust Presbyakusis Presbyopie
<b>Medikationsprobleme</b>	Arzneimittelnebenwirkung Akzidentelle Vergiftung
<b>Hohes Komplikationsrisiko</b>	Unmittelbar vorausgegangene OP Vorhandensein künstlicher Körperöffnungen (Z. n.) Fraktur Komplikation nach med. Maßnahmen Dialysepflichtigkeit Rekonvaleszenz (verzögert)

- Es müssen mindestens zwei der o.a. Merkmalkomplexe vorliegen (die Diagnoseart – HD/ND – ist irrelevant)
- Ein Merkmalkomplex liegt vor, wenn mindestens eine der zugeordneten Kodierungen – unter Zugrundelegung der DKR 2004 und des Kodierleitfadens Geriatrie – ordnungsgemäß verschlüsselt werden kann
- Es liegt zugleich ein relativ hohes Risiko der Einschränkung der Selbständigkeit im Alltag bis hin zur Pflegebedürftigkeit vor (z.B. Barthel-Index)
- Ein hohes Komplikationsrisiko kann im Einzelfall auch ohne Vorliegen einer der zugeordneten ICD-Codes bestehen.

## A) Versorgungsauftrag der Geriatrie / geriatrische Patienten

1. Die Geriatrie führt akutmedizinische, frührehabilitationsmedizinische und rehabilitationsmedizinische Behandlungen durch; die Geriatrie geht deshalb zumeist über die reine Organmedizin hinaus und erbringt **zusätzliche Leistungen** vor allem im Bereich der multidisziplinären funktionellen Therapie und im Bereich der Prävention;
2. Die Geriatrie ist spezialisiert auf die Behandlung geriatrischer Patienten (Def. Satz A-3);
3. Ein **geriatrischer Patient** ist definiert durch:
  - I. geriatrietypische Multimorbidität (Tab. 1) und
  - II. höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter).Die geriatrietypische Multimorbidität hat im Sinne des biologischen Alters Vorrang vor dem kalendarischen Alter. Typische Behandlungsindikationen sind in Übersicht 2 zusammengestellt, Fallbeispiele finden sich in der Einleitung.
4. Frührehabilitation ist allgemein indiziert, wenn ein Patient sowohl einen kurativen, akutmedizinischen als auch einen rehabilitationsmedizinischen Behandlungsbedarf aufweist;

## B) Geriatrische Behandlungsformen / Zuordnung geriatrischer Patienten

1. Nicht-rehabilitationsbedürftige geriatrische Patienten (Def. s. Satz B-3) mit Krankenhausbehandlungsbedarf erhalten eine **indikationsspezifische, akutgeriatrische Behandlung im Krankenhaus** (indikationsspezifisch in Bezug auf die zumeist internistische bzw. neurologische Hauptdiagnose wie z.B. Pneumonie, dekompensierte Herzinsuffizienz, Parkinson-Krise etc.).
2. Rehabilitationsbedürftige geriatrische Patienten (Def. s. Satz B-3) erhalten entweder eine **geriatrische Frührehabilitation** oder eine **geriatrische Rehabilitation**.
3. **Rehabilitationsbedürftigkeit** im obigen Sinne (Satz B-2) liegt vor, wenn
  - i. als Folge einer *Schädigung* bei
  - ii. Vorliegen von voraussichtlich nicht nur vorübergehenden *Fähigkeitsstörungen* oder
  - iii. drohenden oder bereits manifesten *Beeinträchtigungen*
  - iv. über die kurative Versorgung hinaus rehabilitationsmedizinische Maßnahmen erforderlich und voraussichtlich erfolgversprechend sind.
4. Rehabilitationsfähige geriatrische Patienten (Def. s. Satz B-8) mit nachweislichem Rehabilitationsbedarf, positiver Rehabilitationsprognose und realistischem Rehabilitationsziel erhalten eine **geriatrische Rehabilitation** – vorausgesetzt, es liegen keine Ausschlusskriterien vor (Def. s. Satz B-9);

5. Bedingt rehabilitationsfähige geriatrische Patienten (Def. s. Satz B-8) oder solche mit noch unsicherer Rehabilitationsprognose erhalten eine **geriatrische Frührehabilitation** – vorausgesetzt, es liegen keine Ausschlusskriterien vor (Def. s. Satz B-7);
6. **Frührehabilitationsfähigkeit** liegt vor, wenn bei bestehender Rehabilitationsbedürftigkeit aufgrund eines der nachstehenden Kriterien noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit gegeben ist:
  - i. Die Vitalparameter sind nicht durchgehend stabil
  - ii. Bestehende Begleiterkrankungen, Schädigungen und Komplikationen bedürfen entweder für sich genommen oder aufgrund ihrer wechselseitigen Beeinflussung (Komplexität) einer akutmedizinischen, kurativen oder palliativen Behandlung
  - iii. Kreislaufinstabilität oder allgemein herabgesetzte Belastbarkeit erlauben keine mehrmals tägliche, aktive Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen
  - iv. Es besteht mindestens eine Krankheitsfolge oder Komplikation (z.B. Desorientiertheit, Weglauftendenz, hochgradiger Seh-/Hörverlust, eine die Rehabilitation behindernde schwere Wunde oder Wundkomplikation, eine höhergradige Stuhlinkontinenz, eine höhergradige psychische Störung wie schwere Depression, Delir, oder akute Wahnsymptomatik), die eine durchgehend aktive Teilnahme an einer Rehabilitationsbehandlung verhindern würde.
7. **Frührehabilitationsfähigkeit** liegt **nicht** vor, wenn eines der nachstehenden **Ausschlusskriterien der geriatrischen Frührehabilitation** erfüllt ist:
  - i. Durchgehend instabile Vitalparameter erlauben keinerlei aktive Beteiligung an rehabilitativ-therapeutischen Maßnahmen
  - ii. Eine andauernd erheblich herabgesetzte Belastbarkeit erlaubt keinerlei aktive Beteiligung an rehabilitativ-therapeutischen Maßnahmen
  - iii. Offene Wunden oder Wundkomplikationen erlauben aufgrund ihrer Lokalisation oder aufgrund von Begleitsymptomen keinerlei Durchführung rehabilitativ-therapeutischer Maßnahmen
8. **Rehabilitationsfähigkeit** im obigen Sinne liegt vor, wenn alle nachstehenden Kriterien erfüllt sind:
  - i. Die Vitalparameter sind stabil
  - ii. Bestehende Begleiterkrankungen, Schädigungen und Komplikationen bedürfen weder für sich genommen noch aufgrund ihrer wechselseitigen Beeinflussung (Komplexität) einer Krankenhausbehandlung
  - iii. Kreislaufstabilität und allgemeine Belastbarkeit erlauben eine mehrmals tägliche, aktive Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen
  - iv. Die Akutdiagnostik und –therapie ist abgeschlossen
  - v. Zustimmung des Patienten zur Rehabilitation liegt vor

- vi. Es besteht keine Begleiterkrankung oder Komplikation, die eine aktive Teilnahme an der Rehabilitation verhindert
9. **Rehabilitationsfähigkeit** im obigen Sinne liegt **nicht** vor, wenn eines der nachstehenden Kriterien erfüllt ist:
- i. Die Vitalparameter sind nicht stabil
  - ii. Bestehende Begleiterkrankungen, Schädigungen und Komplikationen bedürfen entweder für sich genommen oder aufgrund ihrer wechselseitigen Beeinflussung (Komplexität) einer Krankenhausbehandlung
  - iii. Kreislaufstabilität und allgemeine Belastbarkeit erlauben keine mehrmals tägliche, aktive Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen
  - iv. Die Akutdiagnostik und –therapie ist noch nicht abgeschlossen
  - v. Zustimmung des Patienten zur Rehabilitation liegt nicht vor
  - vi. Es besteht eine Begleiterkrankung oder Komplikation (z.B. Desorientiertheit, Weglauftendenz, hochgradiger Seh-/Hörverlust, eine die Rehabilitation behindernde schwere Wunde oder Wundkomplikation, eine höhergradige Stuhlinkontinenz, eine höhergradige psychische Störung wie schwere Depression, Delir, oder akute Wahnsymptomatik), die eine aktive Teilnahme an der Rehabilitation verhindert
10. In der **geriatrischen Frührehabilitation** werden damit geriatrische Patienten (gem. Def. Satz A-3, s.a. Tab. 1) behandelt, die rehabilitationsbedürftig sind (gem. Def. Satz B-3), jedoch (noch) nicht im engeren Sinne rehabilitationsfähig (Kriterien gem. Def. Satz B-8 nicht vollständig erfüllt bzw. mindestens ein Ausschlusskriterium gem. Satz B-9 erfüllt) und bei denen die notwendigen rehabilitativen Maßnahmen zusätzlich zur akutmedizinischen Diagnostik bzw. Therapie bereits über rein passive Maßnahmen der frühmobilisierenden Physiotherapie hinaus auch so angewendet werden können, dass die Kriterien des OPS 8-550 erfüllt sind (Definition gem. OPS-301, zit. unter D-1). Eine noch unsichere Rehabilitationsprognose steht einer geriatrischen Frührehabilitation dabei nicht entgegen (gem. Def. Satz B-5).
11. In der **geriatrischen Rehabilitation** werden in Abgrenzung zur indikationsspezifischen medizinischen Rehabilitation geriatrische Patienten **indikationsübergreifend** behandelt. Eine indikationsspezifische Rehabilitationsfähigkeit besteht für diese Patienten nicht, wohl aber eine indikationsübergreifende, geriatrische Rehabilitationsfähigkeit (gem. Def. Satz B-8 unter Berücksichtigung der Ausschlusskriterien Satz B-9) bei gleichzeitig positiver Rehabilitationsprognose und realistischem Rehabilitationsziel (gem. Def. Satz B-4).

### C) Institutionelle Zuordnungen

1. Die **indikationsspezifische, akutmedizinische Krankenhausbehandlung** von nicht-rehabilitationsbedürftigen geriatrischen Patienten findet ausschließlich in **Fachkrankenhäusern oder Krankenhausfachabteilungen für Geriatrie** statt.
2. Die **indikationsübergreifende geriatrische Frührehabilitation** (d.h. multidisziplinäre funktionelle Therapie zusammen mit dauernder bzw. intermittierender akutmedizinischer Diagnostik oder Therapie im Sinne einer geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung) erfolgt entweder auf Basis von § 39 Abs. 1 SGB V in **Fachkrankenhäusern oder Krankenhausfachabteilungen für Geriatrie**, die eine entsprechende **rehabilitativ-geriatrische Strukturqualität** (z.B. gemäß Kriterien der BAG) nachweisen können, oder – bei landesspezifisch nach § 39 Abs. 3 SGB V *abweichend* definiertem Verzeichnis der Krankenhausleistungen – in **geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen**, sofern diese die notwendigen personellen und apparativen Voraussetzungen zur Durchführung einer geriatrischen Frührehabilitation erfüllen und hierfür neben dem rehabilitationsmedizinischen (z.B. BAG-Kriterien) auch einen entsprechenden **akutmedizinischen Strukturstandard** nachweisen können.
3. Die **indikationsübergreifende geriatrische Rehabilitation** von rehabilitationsbedürftigen und rehabilitationsfähigen geriatrischen Patienten mit positiver Rehabilitationsprognose und realistischem Rehabilitationsziel erfolgt auf Basis von § 40 SGB V ausschließlich in **geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen**.

### D) Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-550)

[Stand 29.02.2004; eingebracht beim DIMDI im Vorschlagsverfahren 2005; die Red.]

*Exkl.:* Geriatrische Rehabilitation gemäß Richtlinien der Fachgesellschaften;  
Behandlungsabschluss mit Verlegung zur weiterführenden Rehabilitation (Entlassungsgrund 09)

*Hinw:* Mindestmerkmale:

- Operationalisierte, voll- oder teilstationäre Behandlung durch ein multidisziplinäres Team unter fachärztlicher Personal- und Behandlungsleitung (erfordert die Zusatzqualifikation „Klinische Geriatrie“) nach den Regeln und Empfehlungen der geriatrischen Medizin
- Gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung; diese ist gesondert zu dokumentieren und – soweit in den amtlichen und nicht-amtlichen Klassifikationen bereits enthalten – zusätzlich zu kodieren

- Erfordert einen nachgewiesenen Mindeststandard der Strukturqualität (akutmedizinische und rehabilitative Mindestausstattung) gemäß Empfehlungen der Fachgesellschaften
- Standardisiertes geriatrisches Aufnahmeassessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 5 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion, soziale Versorgung) sowie standardisiertes Entlassungsassessment am Ende der Behandlung in mindestens zwei Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit)
- Schriftlicher wöchentlich aktualisierter Behandlungsplan mit protokollierten Teambesprechungen, die unter Beteiligung von jeweils mindestens 5 Berufsgruppen durchzuführen sind
- Geriatrisch-therapeutische Pflege durch Fachpflegepersonal
- Einsatz von mindestens 3 Therapeutengruppen (Physiotherapie inkl. physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie inkl. Neuropsychologie, Sozialdienst) in patientenbezogenen unterschiedlichen Kombinationen mit unterschiedlichem Zeitaufwand; diese sind gesondert zu dokumentieren und – soweit in den amtlichen und nicht-amtlichen Klassifikationen bereits enthalten – zusätzlich zu kodieren

**Anlage 1:****Detailtabelle zur Kodierung der geriatritypischen Multimorbidität nach ICD-10-GM 2004**

(Red.: D. Lüttje, Osnabrück &amp; M. Borchelt, Berlin)

Merkmalkomplex	ICD-Kategorien	ICD-Codes
Immobilität (inkl. protrahierter Mobilisationsverlauf)	nach medizinischen Maßnahmen	M96.8
	Alters- und/oder morbiditätsbedingt (inkl. paraplegiebed.)	M62.3-[0-9]
	Inaktivitätsatrophie	M62.5-[0-9]
Sturzneigung und Schwindel	Gangunsicherheit	R26.-[0-2]
	Stürze, Sturzkrankheit (nicht zusätzlich zu Frakturen)	R29.81
	Schwindel und Taumel (unspezifisch)	R42
	Schwindel durch Störungen der Vestibularfunktion	H81.-[0-8]
	Schwindelsyndrom bei anderenorts klassifizierten Erkrankungen	H82*
Kognitive Defizite	Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn	G30.0+; F00.0*
	Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn	G30.1+; F00.1*
	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form	G30.8+; F00.2*
	Vaskuläre Demenz	F01.-[0-8]
	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, speziell bei M. Parkinson	F02.* G20+; F02.3*
	Demenz bei Vitaminmangel, Lipidstoffwechselstörungen, Ultrapler Sklerose, Epilepsie etc.	F02.8* [zusätzl. Ursache kodieren]
	Organisches amnestisches Syndrom	F04
	Delir ohne Demenz	F05.0
	Delir bei Demenz	F05.1 [zusätzl. Demenz kodieren]
	Leichte kognitive Störung Minimales kognitives Defizit (MCI)	F06.7
	Organische Persönlichkeitsstörung, z. B. Frontalhirnsyndrom	F07.0
	Postencephalytisches Syndrom	F07.1
	Psychosyndrom nach SHT	F07.2
Rechtshirnsyndrom	F07.8	
Inkontinenz	Harninkontinenz	R32
	Stressinkontinenz	N39.3
	Drang-/Reflex-/Überlaufinkontinenz	N39.4-[0-8]
	Stuhlinkontinenz	R15
Dekubitalulcera	Dekubitus	L89.--
	Ulcus cruris (varicosum)	L97, I83.0 I83.2 [mit Entz.]
	Chron. Hautulcus	L98.4
Fehl- und Mangelernährung	Kachexie	R64
	Alimentärer Marasmus	E41
	Protein-Kalorien-Mangelernährung	E43 [erheblich] E44 [0/1,mäßig/leicht]
Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	Dehydratation/Volumenmangel	E86
	sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts	E87.-[0-8]
	Ödem, andernorts nicht klassifiziert, auch Lymphödem	R60.-[0-1]
Depression, Angststörung	Depressive Episode	F32.-[0-3]
	Rezidivierende depressive Episode	F33.-[0-3]
	Manische Episode	F30.-[0-2]
	Bipolare affektive Störung	F31.-[0-8]
	Angststörungen, phobische Störungen	F40.-[0-2], F41.-[0-3]

Schmerz	Schmerz, anderenorts nicht lokalisiert <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akut</li> <li>• Chronisch unbeeinflussbar</li> <li>• Sonstiger chronischer Schmerz</li> </ul>	R52.- R52.0 R52.1 R52.2
	Lokalisierte organbezogene Schmerzen	Exklusiva zu R52.-
Sensibilitätsstörungen	Sensibilitätsstörungen der Haut	R20.-
	Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und -plexus	G50-G59
	Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems	G60-G64
	Sonstige Polyneuropathien <ul style="list-style-type: none"> <li>• arzneimittelinduziert</li> <li>• alkoholinduziert</li> <li>• toxisch bedingt</li> <li>• Critical-illness PNP</li> <li>• sonstige n. bez. PNP</li> </ul>	G62.- G62.0 G62.1 G62.2 G62.80 G62.88
	Polyneuropathie als Begleiterkrankung	G63.-[0-8]*, mit Grunderkrankung zu verschlüsseln
	Hereditäre und idiopathische Polyneuropathien	G60.-[0-8]
	Sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems	G64
Herabgesetzte Belastbarkeit, Gebrechlichkeit	Frailty-Syndrom	R54
Starke Seh- oder Hörbehinderung	Sehstörungen	H53.- [0-8]
	Blindheit und Sehschwäche	H54.- [0-5]
	Presbyopie	H52.4
	Senile Katarakt (nur in Verbindung mit H54.-)	H25.- [0-8]
	Katarakt bei Stoffwechselkrankheiten	H28.-*[0-1] mit Grundkrankheit
	Hörverlust durch Schalleitungs- oder Schallempfindungsstörung	H90.-[0-7]
	Sonstiger Hörverlust <ul style="list-style-type: none"> <li>• toxisch</li> <li>• Presbyakusis</li> <li>• Hörsturz</li> </ul>	H91.- H91.0 H91.1 H91.2
Medikationsprobleme	UAW bei indikationsgerechter Anwendung und korrekter Dosierung	Y57.9
	Akzidentelle Vergiftung (Überdosierung, Einnahme falsches Medikament)	X49.9
	<i>jeweils in Verbindung mit spez. Code aus:</i>	<i>T36-T50</i>
Hohes Komplikationsrisiko	Unmittelbar vorausgegangene OP	Z98.- [0-8]; Z48.- [0-8]
	Vorhandensein künstl. Körperöffnungen	Z43.- [0-8]
	(Z. n.) Fraktur	S-2.-[-]
	Komplikationen nach med. Maßnahmen	T79-T89
	Dialysepflichtigkeit	Z99.2
	Absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern	I48.--
Verzögerte Rekonvaleszenz	Rekonvaleszenz	Z54.-[0-8], zusätzl. Schlüssel erforderlich

- Es müssen mindestens zwei der o. a. Merkmalkomplexe vorliegen (die Diagnoseart – HD/ND – ist irrelevant)
- Ein Merkmalkomplex liegt vor, wenn mindestens eine der zugeordneten Kodierungen – unter Zugrundelegung der DKR 2004 und des Kodierleitfadens Geriatrie – ordnungsgemäß verschlüsselt werden kann.
- Es liegt zugleich ein relativ hohes Risiko der Einschränkung der Selbstständigkeit im Alltag bis hin zur Pflegebedürftigkeit vor (z. B. Barthel-Index, erweiterter Barthel-Index U50.--/U51.--)