

## **Positionspapier der DVfR: Zur Weiterentwicklung der geriatrischen Rehabilitation im Kontext der Behindertenrechtskonvention (BRK)**

Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (BRK) ist in Deutschland unmittelbar geltendes Recht. Sie verpflichtet die staatlichen und kommunalen Stellen zu gewährleisten, dass die Lebensbedingungen für Menschen mit Behinderungen in allen Bereichen eine gleichberechtigte und gleichwertige Teilhabe zulassen. Auf dem Gebiet der geriatrischen Rehabilitation umfasst dies alle Aspekte von körperlicher, psychischer und sozialer Behinderung.

Angesichts der Altersstruktur der in Deutschland lebenden Bevölkerung und der damit einhergehenden demografischen Herausforderungen haben Gesellschaft und Politik den Gestaltungsauftrag, sich besonders den Problemen von Behinderung im Sinne der eingeschränkten Teilhabe im Alter zuzuwenden. Damit muss der älter werdende, der akut oder chronisch kranke Mensch im Alter und insbesondere der geriatrische Patient im Mittelpunkt der Überlegungen stehen. Diesem Gestaltungsauftrag fühlt sich die DVfR und ihr Ausschuss „Geriatrische Rehabilitation“ besonders verpflichtet, zumal im hohen Lebensalter die Teilhabebeschränkungen beim geriatrischen Patienten aufgrund der in der Regel vorliegenden Multimorbidität und der damit häufig einhergehenden Beeinträchtigungen bis hin zur Pflegebedürftigkeit kumulieren.

Um Behinderung im Alter im Sinne der BRK zu vermeiden, zu reduzieren, zu beseitigen oder deren Fortschreiten zu verlangsamen, bedarf es geeigneter Rehabilitationsangebote, die alle Versorgungsebenen und -formen abgestimmt umfassen müssen. In den einzelnen Bundesländern haben sich fachspezifische Versorgungsstrukturen entwickelt, die inhaltlich und/oder strukturell zum Teil noch Defizite aufweisen. Vor dem Hintergrund der angesprochenen demographischen Herausforderungen gilt es, neben der Prävention das Augenmerk vor allem auf die Potenziale der geriatrischen Rehabilitation zu richten.

Es gehört zu den Besonderheiten der medizinischen Rehabilitation für alte Menschen, dass sie es aufgrund häufig vorliegender Multimorbidität mit sehr individuellen Behinderungsprofilen zu tun hat. Multimorbidität meint hier das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Krankheiten und Krankheitszustände nebeneinander. Daraus ergibt sich ein besonderer Bedarf an spezieller Diagnostik und Therapie, der in der Disziplin der Geriatrie seine besondere fachliche Entsprechung findet. Diese spezielle Disziplin bzw. dieser spezialisierte Ansatz bei der Rehabilitation ist erforderlich, damit eine möglichst früh beginnende und ausreichend lang durchgeführte geriatrische Rehabilitation umfassend die Potenziale des alten Menschen erkennen und nutzen kann. Sie setzt dabei an den physischen, psychischen und sozialen Ressourcen des alten Menschen an. Ihre Schwerpunkte liegen in der aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie und in physio-, ergo-, sprach- und schlucktherapeutischen, ernährungstherapeutischen sowie

psychologischen Maßnahmen, auch im Sinne von sekundärer und tertiärer Prävention in Verbindung mit den jeweils notwendigen kurativen Maßnahmen.

Behandlungsziel ist es, dem alten Menschen wieder zu weitgehender Selbstbestimmung, Selbstständigkeit und somit weitest möglicher sozialer Teilhabe zu verhelfen. Insbesondere der Wiedereingliederung in das vertraute Wohnumfeld kommt hierbei eine zentrale Bedeutung zu. Dies entspricht auch den Zielen des Artikels 26 (Habilitation und Rehabilitation) der Behindertenrechtskonvention. Hierbei berücksichtigt die geriatrische Rehabilitation in Anlehnung an die ICF neben krankheitsbedingten körperlichen Schädigungen auch die daraus erwachsenen Beeinträchtigungen physischer, psychischer, kognitiver und sozialer Art.

Die Versorgung des geriatrischen Patienten erfolgt vor diesem Hintergrund durch ein multiprofessionelles Team, in dem unter Leitung eines Geriaters geriatricspezifisch geschulte Pflegefachkräfte und Therapeuten sowie Fachkräfte aus dem Bereich der Sozialen Arbeit strukturell und inhaltlich zusammenwirken.

Eine optimale Rehabilitation und Behandlung geriatrischer Patienten setzt voraus, dass diese als solche frühzeitig identifiziert werden, ihr spezifischer Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf erkannt wird und sie in geriatrisch kompetenten Versorgungsstrukturen behandelt werden.

(Zur Definition des geriatrischen Patienten und zum Fachgebiet der Geriatrie s. Anlage 1.)

Um den geriatrischen Patienten in der täglichen Versorgungspraxis schnell und effizient zu erkennen, wurden verschiedene Screeninginstrumente entwickelt. Diese „Kurztestverfahren“ sollen zu Beginn der Versorgung, das heißt in der Notaufnahme eines Krankenhauses oder auch beim ambulant tätigen Arzt, helfen, den geriatrischen Patienten als solchen zu identifizieren. Daraufhin werden im Rahmen eines umfassenden geriatrischen Assessments die konkret vorliegenden individuellen Beeinträchtigungen und Teilhabedefizite festgestellt. Anhand der Ergebnisse erfolgt im Anschluss gemeinsam mit dem Patienten die Festlegung der individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsziele.

Während dieses Screening noch keine geriatrischen Grundkenntnisse erfordert, setzt das geriatrische Assessment sowie die geriatrische Akutbehandlung und Rehabilitation eine fundierte spezifische Ausbildung des interdisziplinären Teams voraus.

Neben der Sicherstellung der Identifikation der Patienten für geriatrische Maßnahmen stellt der spezifisch geriatrische Kompetenzerwerb in Aus-, Fort- und Weiterbildung die zweite große Herausforderung der Geriatrie dar. Um den Zielen der BRK gerecht zu werden, ist es dringend erforderlich, dass die Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der Geriatrie qualitativ und quantitativ deutlich verbessert wird. Dies muss angesichts der demographischen Entwicklungen kurzfristig und prioritär erfolgen.

Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung fordert der Ausschuss „Geriatrische Rehabilitation“ der DVfR daher einen deutlichen Ausbau der fachspezifischen Qualifizierung aller an der Versorgung geriatrischer Patienten beteiligten Berufsgruppen. Dies betrifft alle Qualifizierungsebenen von der universitären bis zur beruflichen Ausbildung.

Vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung sind die geriatricspezifischen Versorgungsstrukturen – stationär, teilstationär wie auch ambulant – leistungsrechtlich sehr unterschiedlich zugeordnet. In einigen Bundesländern liegt der Schwerpunkt der geriatrischen Versorgung im Krankenhausbereich, während andere Bundesländer den Schwerpunkt in den rehabilitationsrechtlichen Sektor gelegt haben.<sup>1</sup> Zudem gibt es Unterschiede in der Struktur der ambulanten und teilstationären Versorgung. Diese „Vielfalt“ der Versorgungsstrukturen erschwert den Aufbau und die Umsetzung bundesweit einheitlicher Versorgungskonzepte. Zukünftig muss stärker sichergestellt werden, dass dem geriatrischen Patienten alle individuell notwendigen fachspezifischen Versorgungsangebote – von ambulant bis stationär – für alle Phasen seiner Erkrankung wohnortnah zur Verfügung stehen.

Essentiell ist im Sinne der Art. 25 und 26 BRK der frühestmögliche Beginn der Rehabilitationsmaßnahmen, da jede Verzögerung gerade bei geriatrischen Patienten zu einer später nicht mehr zu kompensierenden Verschlechterung von Gesundheit, funktionellem Status und affektiver Situation führen kann. Ferner, dass die rehabilitative Behandlung ausreichend lange in einem jeweils individuell sinnvollen Setting (stationär, ambulant, mobil) erfolgt. Die anschließende Weiterbehandlung einschl. Heil- und Hilfsmittelversorgung mit geriatrischer Kompetenz ist sicherzustellen, um die Erfolge der Rehabilitation im Sinne verbesserter Aktivitäten und Teilhabe nachhaltig zu sichern.

Neben dem genannten Prinzip der Wohnortnähe, dem beim geriatrischen Patienten im Hinblick auf die hohe Relevanz von Kontextfaktoren für die Teilhabe besondere Bedeutung zukommt, ist deshalb eine Vernetzung der verschiedenen Versorgungsangebote besonders wichtig. Durch die in der Regel nicht vollständig reversiblen Beeinträchtigungen der funktionellen Gesundheit werden beim geriatrischen Patienten recht häufig die jeweiligen Grenzen unseres sektoral gegliederten und budgetierten Versorgungssystems überschritten. Ambulante, teilstationäre und stationäre sowie frührehabilitative und rehabilitative geriatrische Behandlung müssen darum enger verbunden und miteinander vernetzt sein. Nur wenn engmaschige, wohnortnahe Versorgungsnetzwerke flächendeckend existieren, kann der Teilhabeanspruch im Sinne der BRK umgesetzt werden. Dabei muss berücksichtigt werden, dass in der geriatrischen Rehabilitation längere Rehabilitationszeiten erforderlich werden können.

Von besonderer Bedeutung ist die strukturelle Verknüpfung zwischen der geriatrischen Rehabilitation und der Pflege, v. a. in den Leistungsbereichen der gesetzlichen Pflegeversicherung. Hier gibt es zahlreiche fachlich-inhaltliche Schnittstellen, deren Gestaltung sich auf die Teilhabe aber auch auf den Ressourcenverbrauch und den Bezug von Sozialleistungen erheblich auswirkt. Deshalb stellt sich spätestens bei der Beantragung einer Pflegestufe zwingend die Frage nach der prioritären Ausschöpfung des geriatrischen Rehabilitationspotenzials. Ein entsprechend indiziertes, individuell ausgerichtetes Angebot darf keinem betroffenen Patienten vorenthalten werden. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass auch bei vorliegender Pflegestufe bei entsprechendem Bedarf ein Rechtsanspruch auf Rehabilitationsleistungen besteht. Nicht immer wird das Rehabilitations-

---

<sup>1</sup> Bundesverband Geriatrie e.V. (Hrsg.) (2010): Weißbuch Geriatrie

potenzial geriatrischer Patienten bereits im Vorfeld der medizinischen oder pflegerischen Versorgung erkannt. Vor diesem Hintergrund hat der Gesetzgeber festgelegt, dass im Rahmen der Pflegebegutachtung auch Stellung zum noch vorhandenen Rehabilitationspotenzial genommen werden muss.

Leider ist in der Praxis festzustellen, dass bei Vorliegen einer Pflegestufe oft das Vorliegen eines Rehabilitationspotenzials in Zweifel gezogen wird. Dies betrifft insbesondere Heimbewohner, denen dadurch der Zugang zur geriatrischen Rehabilitation nicht selten verwehrt bleibt. Die Prüfung des Rehabilitationspotenzials im Rahmen der Pflegebegutachtung erfolgt oft durch Personen, die über keine bzw. keine ausreichende rehabilitative oder geriatrische Kompetenz und Erfahrung hinsichtlich der Beurteilung der Rehabedürftigkeit, der Rehafähigkeit und der Rehaprognose geriatrischer Patienten verfügen. Als Folge wird das Rehabilitationspotenzial auch in diesem Rahmen nicht immer erkannt und genutzt.

Der Ausschuss „Geriatrische Rehabilitation“ der DVfR plädiert deshalb dafür, die bestehenden gesetzlichen Regelungen entsprechend weiter zu entwickeln.

Auch die aktuell bestehenden Anreizstrukturen der Pflegeversicherung sind wenig geeignet, den geriatrischen Patienten zur Inanspruchnahme seines individuellen Rehabilitationsanspruchs zu motivieren. Die Verhinderung einer Höhereinstufung innerhalb der Pflegeversicherung oder gar der „Verlust“ einer Pflegestufe bedeutet für die betroffene Person, ihre Angehörigen, für ambulante Pflegedienste oder Heimbetreiber eine direkte finanzielle Einbuße. Da kaum jemand aus diesem Betroffenenkreis die Erfolgsaussichten einer gezielten geriatrischen Rehabilitation einzuschätzen vermag, liegt das Interesse häufig zuerst auf der Erlangung von Leistungen der Pflegeversicherung.

Der Gesetzgeber hat zwar einen finanziellen Ausgleich zum Beispiel für Heimeinrichtungen bei Absenkung einer Pflegestufe als Ergebnis erfolgreicher Rehabilitationsmaßnahmen kodifiziert, der aber in der Praxis bisher kaum erkennbare Wirkungen entfaltet. Diese Regelung ist darum unzureichend.

Ein Bonus- bzw. Ausgleichssystem für den betroffenen Patienten wäre möglicherweise in der Lage, die „Akzeptanz“ von Rehabilitationsangeboten zu erhöhen.

Aus fachlicher Sicht ist zudem darauf zu verweisen, dass die Krankenversicherung nicht nur einen gesetzlichen Auftrag im Sinne des § 40 SGB V hat, den es zu erfüllen gilt, sondern durchaus auch wirtschaftliche Vorteile durch Rehabilitationsmaßnahmen erwarten kann.

Zudem ist auch die Verteilung von Kosten und Nutzen der geriatrischen Rehabilitation zwischen den Sozialversicherungsträgern nicht geeignet, vorhandenes Rehabilitationspotenzial in vollem Umfang auszuschöpfen. Die geriatrische Rehabilitation und damit ihre Kostenträgerschaft fällt in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ist jedoch eine von der Krankenversicherung finanzierte Rehabilitation „erfolgreich“ im Sinne einer Verringerung oder Verhinderung einer Pflegestufe, fällt der wirtschaftliche Vorteil primär bei der gesetzlichen Pflegeversicherung an. Diese hat aber nicht die rechtliche Möglichkeit, selbst Träger einer medizinischen Rehabilitation zu sein. Sie kann

allenfalls vorleisten und dazu beitragen, dass Rehabilitationsmaßnahmen beantragt und kompetent begründet werden. Diese Möglichkeiten werden faktisch aber nicht genutzt.

Um den Teilhabeanspruch im Sinne der Behindertenkonvention zu stärken, spricht sich der Ausschuss „Geriatrische Rehabilitation“ der DVfR für einen stärkeren Ausgleich der wirtschaftlichen Interessen zwischen beiden beteiligten Sozialversicherungsträgern aus. Dies könnte durch finanzielle Ausgleichsregelungen zwischen Pflege- und Krankenversicherung erfolgen.

Um den besonderen individuellen rehabilitativen Bedürfnissen geriatrischer Patienten gerecht werden zu können, ist die Entwicklung, Erprobung und Evaluation sowie Verbreitung innovativer Versorgungsangebote dringend erforderlich. Hierzu zählen zum Beispiel die Mobile geriatrische Rehabilitation, die Ambulante geriatrische Rehabilitation, geriatrische Schwerpunktpraxen bzw. geriatrische Institutsambulanzen oder der gezielte Einsatz präventiver Hausbesuche im Rahmen des § 5 SGB XI.

Die demografischen Entwicklungen führen zu einem Anstieg sowohl der absoluten Zahl alter Menschen als auch deren Anteil an der Gesamtpopulation Deutschlands und an den Anspruchsberechtigten des gesundheitlich-medizinischen Versorgungssystems. Deshalb ist es unerlässlich, die rehabilitativen Ressourcen der Geriatrie dem steigenden Bedarf anzupassen sowie den Zugang zu fachspezifischen geriatrisch-rehabilitativen Versorgungsstrukturen zu erleichtern.

Zu den notwendigen Maßnahmen gehören sowohl die Fortschreibung und Verbesserung der Landesgeriatriekonzepte auf der Grundlage bundesweiter Standards als auch die bedarfs- und aufgabengerechte Finanzierung der einzelnen Angebote. Bzgl. der Qualitätssicherung wurden bereits erhebliche Fortschritte erzielt.

Die aufgezeigten Vorteile einer geriatrischen Rehabilitation für den betagten Menschen und letztlich auch die wirtschaftlichen Vorteile für das Versorgungssystem insgesamt werden aber nicht immer richtig eingeschätzt. Die Rehabilitation geriatrischer Patienten ist – insbesondere durch den therapeutisch notwendigen hohen Personalaufwand – im Vergleich zu anderen Indikationen eine relativ kostenintensive Rehabilitation, was sich natürlich auch in der Vergütung widerspiegeln muss. Ansonsten kann entweder die Leistung nicht qualitativ hochwertig, und damit nachhaltig erfolgreich, erbracht werden oder die Rehabilitationseinrichtung nicht wirtschaftlich arbeiten und damit nicht dauerhaft am Markt bestehen. Inwieweit die ab 2012 gesetzlich festgelegte Möglichkeit der Anrufung von Schiedsstellen zur Schlichtung von Vergütungskontroversen hier Abhilfe schaffen kann, bleibt abzuwarten.

Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung und den Ansprüchen bzw. Zielen, die sich aus der BRK der UN ergeben, ist eine ausreichende wirtschaftliche Basis notwendig, damit die geriatricspezifische rehabilitative Versorgung auch zukünftig ausreichend abgesichert wird.

## **Forderungen:**

Zur Umsetzung der BRK im Feld der geriatrisch-rehabilitativen Versorgung formuliert der Ausschuss „Geriatrische Rehabilitation“ der DVfR zusammenfassend folgende Forderungen und Empfehlungen:

- Die Ressourcen der geriatrischen Rehabilitation sind dem steigenden Bedarf anzupassen. Der Bedarf sollte im Rahmen einer gezielten Versorgungsforschung ermittelt werden. Auf diese Weise würde auch der Forderung der BRK nach einer regelhaften Erfassung von Behinderungen und Versorgungsbedarf entsprochen werden.
- Erforderlich ist die Entwicklung, Erprobung, Evaluation, Verbreitung und regionale Vernetzung innovativer geriatrischer Versorgungsangebote, wie z. B. geriatrische spezialisierte Versorgungsverbände, Mobile geriatrische Rehabilitation, Ambulante geriatrische Rehabilitation, Geriatrische Schwerpunktpraxen resp. Institutsambulanzen oder der gezielte Einsatz präventiver Hausbesuche einschl. ihrer regionalen Vernetzung.
- Es muss stärker sichergestellt werden, dass dem geriatrischen Patienten alle individuell notwendigen fachspezifischen Versorgungsangebote – von ambulant bis stationär – für alle Phasen seiner Erkrankung wohnortnah und gut vernetzt in ausreichender Dauer zur Verfügung stehen.
- Die medizinischen Versorgungsstrukturen sind so auszugestalten, dass geriatrische Patienten in der täglichen Versorgungspraxis schnell und effizient erkannt und deren individueller Versorgungsbedarf entsprechend der BRK ermittelt werden kann.
- Erforderlich ist bei geriatrischen Patienten der zeitnahe, frühestmögliche Beginn notwendiger Rehabilitationsmaßnahmen, weil Verzögerungen häufig zu fortschreitenden Beeinträchtigungen führen, die später oft nicht mehr kompensiert werden können.
- Die quer durch Deutschland gehende Trennung in akutmedizinische und rehabilitative Leistungen in der Geriatrie wird häufig dem Bedarf geriatrischer multimorbider Patienten nicht gerecht. Verschiedene landesspezifische Regelungen zur Ausgestaltung der geriatrischen Versorgung (Krankenhaus, Rehabilitation, Pflegeinstitutionen, ambulante Versorgung) führen überdies oft zu mangelhafter Transparenz bei Verantwortlichen wie auch Anspruchsberechtigten. Es ist für eine gleichberechtigte Teilhabe auch älterer Menschen mit Behinderungen dringend zu empfehlen, diese Erschwernisse zu beseitigen. Darum sollte überlegt werden, wo es sinnvoll wäre, die Trennung in „Geriatrie im Krankenhaus“ (§ 109 SGB V) und „Geriatrische Rehabilitation“ (§ 111 SGB V) zu überwinden.
- Die Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der Geriatrie muss qualitativ und quantitativ deutlich verbessert werden. Dies erfordert einen deutlichen Ausbau der fachspezifischen Qualifizierung aller an der Versorgung geriatrischer Patienten beteiligten Berufsgruppen auf allen Qualifizierungsebenen. Das betrifft auch die Qualifizierung zur Verordnung und Versorgung mit Hilfsmitteln.

- Der Nutzen der geriatrischen Rehabilitation sollte auch deren Kostenträgern zu Gute kommen. Dies kann auch durch einen finanziellen Ausgleich zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V) und der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) erfolgen.
- Pflegebedürftigen Personen einschließlich Heimbewohnern, bei denen bereits eine Pflegestufe vorliegt, muss bei Bedarf der Zugang zur geriatrischen Rehabilitation zuverlässig gewährleistet werden. Finanzielle und wirtschaftliche Fehlanreize, die der Inanspruchnahme rehabilitativer Leistungen entgegenstehen, sollten vermieden und über Bonus- oder Ausgleichssysteme sollte verstärkt nachgedacht werden.

In der Bundesrepublik sollten für die geriatrischen Patienten zur Förderung der Teilhabe angemessene Vorkehrungen im Sinne der BRK nicht nur im Bereich der medizinischen geriatrischen Rehabilitation getroffen werden. Sie müssen z. B. auch erfolgen im Hinblick auf Barrierefreiheit, universal design und Antidiskriminierung, eine bedarfsgerechte medizinische Regelversorgung einschl. Heil- und Hilfsmittelversorgung sowie die Bereitstellung angemessener Wohnformen, die die Teilhabe fördern können.

Der Ausschuss „Geriatrische Rehabilitation“ der DVfR wird sich für die Umsetzung und Erfüllung dieser Forderungen im Sinne der BRK einsetzen.

Mit freundlichen Grüßen,

**Dr. med. Matthias Schmidt-Ohlemann**

(Vorsitzender der DVfR)

**Prof. Dr. Christian Zippel**

(Vorsitzender des Ausschusses  
Geriatrische Rehabilitation)

### **Anlagen:**

Anlage 1 - Definition des Geriatrischen Patienten und zum Fachgebiet der Geriatrie

---

### **Kontakt:**

Deutsche Vereinigung für Rehabilitation e. V. (DVfR)

Friedrich-Ebert-Anlage 9, 69117 Heidelberg

Tel.: 06221 / 18 7 9 01-0, E-Mail: [info@dvfr.de](mailto:info@dvfr.de)

Diese Stellungnahme wurde vom Ausschuss „Geriatrische Rehabilitation“ der DVfR unter Federführung des Leiters Prof. Dr. Ch. Zippel erarbeitet. Besonders beteiligt waren folgende Mitglieder des Ausschusses: Dr. K. Hahn, Chefarzt der Geriatrischen Klinik Neuendettelsau, stellv. Leiter des Ausschusses, Dr. N. Lübke, Leiter Kompetenz-Centrum Geriatrie (KCG), Hamburg, D. van den Heuvel, Geschäftsführer des Bundesverbandes Geriatrie e.V. (BV Geriatrie), Dr. R. Neubart, Chefarzt der Geriatrischen Klinik im Sana - Klinikum Oskar Ziethen Berlin-Lichtenberg, Leiter der AG „Mobile Geriatrische Rehabilitation“ und Leiter des Ad-hoc-Ausschusses der DVfR „Rehabilitation und Pflege“, Dr. R. Siegel, Chefarzt der Geriatrische Fachkliniken Kipfenberg u. Neuburg, Leiter der AG zur Förderung der Geriatrie in Bayern (AFGIB), Dr. M. Anders-Hoepgen, FG Rehabilitation/Geriatrie beim MDS, Essen, F. Müller-Zetsche, Sozialverband Deutschland (SoVD), Berlin, A. Weskamm, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (DBfK), Berlin, C. Gospodarek, Arbeitsgemeinschaft Geriatrie im ZVK (Physiotherapie), Berlin, M. Woltering, Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V. (DVE), und A. Hörstgen, Geriatrische Rehabilitationsklinik Mühlacker, ebenfalls DVE.

## Anlage 1

Die wissenschaftlichen geriatrischen Fachgesellschaften haben gemeinsam mit dem entsprechenden Trägerverband den „geriatrischen Patienten“ einvernehmlich definiert:

*Geriatrische Patienten sind definiert durch:*

- *Geriatritypische Multimorbidität und*
- *höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter);*

*die geriatritypische Multimorbidität ist hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen;*

*oder durch*

- *Alter 80+*

*auf Grund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z. B. wegen*

- *des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen,*
- *der Gefahr der Chronifizierung sowie*
- *des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus.<sup>2</sup>*

In ähnlicher Weise wurde auf europäischer Ebene in einer Definition die Geriatrie und ihre Zielgruppe beschrieben:

*Geriatrie ist die medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst. Dazu gehört die Behandlung alter Patienten bei akuten Erkrankungen, chronischen Erkrankungen, präventiver Zielsetzung, (früh-)rehabilitativen Fragestellungen und speziellen, auch palliativen Fragestellungen am Lebensende.*

*Diese Gruppe älterer Patienten weist eine hohe Vulnerabilität („Frailty“) auf und leidet an multiplen aktiven Krankheiten. Sie ist deshalb auf eine umfassende Betreuung angewiesen. Krankheiten im Alter können sich different präsentieren und sind deshalb oft besonders schwierig zu diagnostizieren. Das Ansprechen auf Behandlung ist oft verzögert und häufig besteht ein Bedarf nach (gleichzeitiger) sozialer Unterstützung.*

*Geriatrische Medizin geht daher über einen organzentrierten Zugang hinaus und bietet zusätzliche Behandlung in einem interdisziplinären Team an. Hauptziel dieser Behandlung ist die Optimierung des funktionellen Status des älteren Patienten mit Verbesserung der Lebensqualität und Autonomie.*

*Die geriatrische Medizin ist zwar nicht spezifisch altersdefiniert; konzentriert sich jedoch auf typische bei älteren Patienten auftretende Erkrankungen. Die meisten Patienten sind über 65 Jahre alt. Patienten, die am meisten von der geriatrischen Spezialdisziplin profitieren sind in der Regel 80-jährig und älter.*

*Aus historischen und strukturellen Gründen kann die Organisation der geriatrischen Medizin zwischen europäischen Mitgliedstaaten variieren.*

(Definition der Europäischen Union der medizinischen Spezialisten/UEMS, 6. September 2008 in Kopenhagen).

<sup>2</sup> [www.dgeriatrie.de/nachwuchs/was-ist-geriatrie.html](http://www.dgeriatrie.de/nachwuchs/was-ist-geriatrie.html) am 23.07.2012.