

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

Herausgeberinnen

## **Ergotherapie in der Geriatrie**

Grundlagen – Arbeitsfelder – Perspektiven

# Spektrum Ergotherapie

Herausgeber



Deutscher Verband  
der Ergotherapeuten

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

Herausgeberinnen

# **Ergotherapie in der Geriatrie**

## Grundlagen – Arbeitsfelder – Perspektiven



**Schulz-  
Kirchner  
Verlag**

## **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

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

**Besuchen Sie uns im Internet: [www.schulz-kirchner.de](http://www.schulz-kirchner.de)**

1. Auflage 2020

ISBN 978-3-8248-1259-2

eISBN 978-3-8248-9902-9

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, 2020

Möllweg 2, D-65510 Idstein

Vertretungsberechtigte Geschäftsführer:

Dr. Ullrich Schulz-Kirchner, Nicole Eitel, Martina Schulz-Kirchner

Umschlagfoto: © Steffi Rievers

Fachlektorat: Thomas Leidag

Lektorat: Doris Zimmermann

Umschlagentwurf und Layout: Petra Jeck

Druck und Bindung:

TZ-Verlag & Print GmbH, Bruchwiesenweg 19, 64380 Roßdorf

Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von den Herausgeberinnen und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der Herausgeberinnen bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes (§ 53 UrhG) ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar (§ 106 ff UrhG). Das gilt insbesondere für die Verbreitung, Vervielfältigungen, Übersetzungen, Verwendung von Abbildungen und Tabellen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung oder Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Eine Nutzung über den privaten Gebrauch hinaus ist grundsätzlich kostenpflichtig. Anfrage über: [info@schulz-kirchner.de](mailto:info@schulz-kirchner.de)

---

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	11
Danksagung .....	12
Hinweise zum Buch .....	12

## A THEORIE

A 1	Sonja Bahr   Vanessa Wildhage: <b>Grundlagen</b> .....	17
A 2	Sonja Bahr   Eva Hartmann   Steffi Rievers   Vanessa Wildhage: <b>Rechtliche Grundlagen</b> .....	23
	<b>Klinisches Setting</b> .....	23
	<b>Ambulantes Setting</b> .....	31
	<b>Pflegeheim</b> .....	34
A 3	Vanessa Wildhage   Steffi Rievers: <b>Modelle und Bezugssysteme</b> .....	39
	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) .....	39
	Klientenzentrierte Ergotherapie in der Geriatrie .....	43
	Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E).....	46
	Canadian Practice Process Framework (CPPF) .....	49
	Model of Human Occupation (MOHO) .....	51
A 4	Sonja Bahr   Natalie Gätz   Eva Hartmann   Steffi Rievers   Vanessa Wildhage: <b>Assessments</b>	
	Canadian Occupational Performance Measure (COPM) .....	56
	Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST) .....	58
	The Occupational Performance History Interview II (OPHI -II) .....	59
	Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS) .....	61
	Mini-Mental-Status-Test (MMST) .....	62
	Montreal Cognitive Assessment (MoCA) .....	64
	Uhrentest nach Shulman .....	66
	Barthel-Index .....	67
	DemTect (Demenz-Detektion).....	70
	Mayers' Lifestyle Questionnaire(s) (MLSQ) .....	71
A 5	Vanessa Wildhage: <b>Das interdisziplinäre Team</b> .....	73

A 6	Sonja Bahr   Christine Berg-Darau   Natalie Gätz   Eva Hartmann   Barbara Heise unter Mitarbeit von Friederike Kolster   Sonja Krupp   Sabrina Ober   Christina Ralf   Hanna Roeren   Steffi Rievers   Vanessa Wildhage: <b>Behandlungsverfahren in der Geriatrie</b> ..... 78 Bobath-Konzept ..... 79 Kinästhetik ..... 80 Kognitiv-therapeutische Übungen nach Perfetti ..... 81 Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF) ..... 83 Affolter-Modell® ..... 84 Basale Stimulation® ..... 85 Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) ..... 87 Entspannungstechniken ..... 90 Lübecker Modell Bewegungswelten (LMB) ..... 93 Sensorische Integrationstherapie (SI) ..... 98 Handlungsorientierte Diagnostik und Therapie (HoDT) ..... 99 Kognitives Training nach Franziska Stengel ..... 111 Computergestütztes kognitives Training ..... 116
A 7	Bianca Schymura   Christina Theissen: <b>Das digitale Zeitalter – Neue Medien in der Geriatrie</b> ..... 119

**B KRANKHEITSBILDER**

B 1	Sonja Bahr   Steffi Rievers   Vanessa Wildhage: <b>Neurologische Krankheitsbilder</b> ..... 127
B 2	Sonja Bahr: <b>Orthopädische Krankheitsbilder</b> ..... 134
B 3	Sonja Bahr: <b>Degenerative Erkrankungen des Bewegungsapparates</b> ..... 138
B 4	Natalie Gätz: <b>Internistische Erkrankungen</b> ..... 141
B 5	Natalie Gätz: <b>Stoffwechsel</b> ..... 145
B 6	Sonja Bahr: <b>Schmerz</b> ..... 147
B 7	Martin Willkomm: <b>Grundlagen der geriatrischen Pharmakologie</b> ..... 149

## C DEMENZ

	Eva Hartmann:	
C 1	<b>Definition der Demenz</b> .....	155
C 2	<b>Symptome der Demenz</b> .....	155
C 3	<b>Formen der Demenz</b> .....	157
C 4	<b>Ergotherapeutische Interventionen</b> .....	162
C 5	<b>Umgang mit demenziell veränderten Menschen</b> .....	162
C 6	<b>Kommunikation mit demenziell veränderten Menschen</b> .....	169
C 7	<b>Umgang mit herausforderndem Verhalten</b> .....	171
C 8	<b>Umgang mit Hinlaftendenz</b> .....	173
C 9	<b>Altersdepression in Abgrenzung zur Demenz</b> .....	175

## D BEHANDLUNGSFELDER IM KLINISCHEN SETTING

D 1	Sonja Bahr   Simon Eberhard   Natalie Gätz: <b>Die akutgeriatrische Komplexbehandlung</b> .....	179
D 2	Vanessa Wildhage: <b>Geriatrische Frührehabilitation</b> .....	194
D 3	Vanessa Wildhage: <b>Geriatrische Rehabilitation</b> .....	197
D 4	Sonja Bahr: <b>Teilstationäre Krankenhausbehandlung</b> .....	199
D 5	Sonja Bahr: <b>Ambulante geriatrische Versorgung</b> .....	206

## E BEHANDLUNGSFELDER IM AMBULANTEN SETTING

Steffi Rievers:

E 1	<b>Rechtliche Grundlagen</b> .....	211
E 2	<b>Der Weg in die ambulante ergotherapeutische Behandlung</b> .....	214
E 3	<b>Behandlungssetting</b> .....	216
E 4	<b>Maßnahmen in der ambulanten Ergotherapie</b> .....	218
E 5	<b>Behandlungsverfahren in der ambulanten Ergotherapie</b> .....	241
E 6	<b>Angehörigenberatung</b> .....	246
E 7	<b>Wohnraumanpassung</b> .....	252

## F ARBEITSFELD PFLEGEHEIM

Eva Hartmann:

F 1	<b>Behandlungsfelder im Setting Pflegeheim</b> .....	261
F 2	<b>Interdisziplinäres Team</b> .....	277
F 3	<b>Ergotherapeutische Maßnahmen im Pflegeheim</b> .....	283

## G BLICK ÜBER DEN TELLERRAND

G 1	Matthias Prehm: <b>Humor im Gesundheitswesen</b> .....	317
G 2	Simone Viviane Plechinger: <b>Zusammenarbeit von Ergo- und Musiktherapie in der Geriatrie</b> .....	323
G 3	Lisa Bolle: <b>Tiergestützte Therapie</b> .....	327
G 4	Andreas Hett: <b>Kunsttherapie mit alten Menschen</b> .....	331
G 5	Natalie Gätz: <b>Rollatoranz und Sitztanz</b> .....	335

G 6	Steffi Rievers: <b>Aktivierungstherapie für Menschen mit Demenz – motorisch, alltagspraktisch, kognitiv, spirituell (MAKS)</b> .....	337
G 7	Kathrin Weiss: <b>TATKRAFT – Gesundheit im Alter durch Betätigung</b> .....	340
G 8	Sonja Bahr: <b>Wohngruppen und Quartiersmanagement</b> .....	344
G 9	Ellen von dem Berge   Annika Förster: <b>Palliative Versorgung</b> .....	346
G 10	Mares Woltering: <b>LiN – Lagerung in Neutralstellung</b> .....	350

## H HILFSMITTELVERSORGUNG

H 1	Natalie Gätz: <b>Hilfsmittelversorgung</b> .....	359
-----	---	-----

## I ANHANG

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

## Vorwort

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

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

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

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

## Danksagung

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

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

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

## Hinweise zum Buch

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

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

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

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

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

# Kapitel A

## THEORIE

A 1	Sonja Bahr   Vanessa Wildhage:	
	<b>Grundlagen</b> .....	17
	1.1 Was ist Geriatrie.....	17
	1.2 Demografischer Wandel.....	18
	1.3 Altern im sozialen Kontext .....	21
A 2	Sonja Bahr   Vanessa Wildhage:	
	<b>Rechtliche Grundlagen</b> .....	23
	Sonja Bahr   Vanessa Wildhage:	
	2.1 <b>Klinisches Setting</b> .....	23
	Steffi Rievers:	
	2.2 <b>Ambulantes Setting</b> .....	31
	Eva Hartmann:	
	2.3 <b>Pflegeheim</b> .....	34
A 3	Vanessa Wildhage   Steffi Rievers:	
	<b>Modelle und Bezugssysteme</b> .....	39
	3.1 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) .....	39
	3.2 Klientenzentrierte Ergotherapie in der Geriatrie .....	43
	3.3 Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) .....	46
	3.4 Canadian Practice Process Framework (CPPF) (Steffi Rievers) .....	49
	3.5 Model of Human Occupation (MOHO) .....	51

A 4	<b>Assesements</b>	
	Natalie Gätz:	
	4.1 <b>Canadian Occupational Performance Measure (COPM)</b> .....	56
	Vanessa Wildhage:	
	4.2 <b>Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST)</b> .....	58
	4.3 <b>The Occupational Performance History Interview II (OPHI-II)</b> ..	59
	4.4 <b>Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS)</b> ..	61
	Eva Hartmann:	
	4.5 <b>Mini-Mental-Status-Test (MMST)</b> .....	62
	Steffi Rievers:	
	4.6 <b>Montreal Cognitive Assessment (MoCA)</b> .....	64
	Natalie Gätz:	
	4.7 <b>Uhrentest nach Shulman</b> .....	66
	Sonja Bahr:	
	4.8 <b>Barthel-Index</b> .....	67
	Eva Hartmann:	
	4.9 <b>DemTect (Demenz-Detektion)</b> .....	70
	4.10 <b>Mayers' Lifestyle Questionnaire(s) (MLSQ)</b> .....	71
A 5	Vanessa Wildhage:	
	<b>Das interdisziplinäre Team</b> .....	73
A 6	Sonja Bahr   Natalie Gätz   Eva Hartmann   Steffi Rievers   Vanessa Wildhage:	
	<b>Behandlungsverfahren in der Geriatrie</b> .....	78
	Sonja Bahr:	
	6.1 <b>Bobath-Konzept</b> .....	79
	Eva Hartmann:	
	6.2 <b>Kinästhetik</b> .....	80
	Natalie Gätz:	
	6.3 <b>Kognitiv-therapeutische Übungen nach Perfetti</b> .....	81
	6.4 <b>Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)</b> .....	83

Eva Hartmann:

6.5 **Affolter-Modell®** ..... 84

6.6 **Basale Stimulation®** ..... 85

Vanessa Wildhage:

6.7 **Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP)** ..... 87

6.8 **Entspannungstechniken** ..... 90

Christina Ralf | Hanna Roeren | Sonja Krupp:

6.9 **Lübecker Modell Bewegungswelten (LMB)** ..... 93

Eva Hartmann:

6.10 **Sensorische Integrationstherapie (SI)** ..... 98

Sabrina Ober | Barbara Heise unter Mitarbeit von Friederike Kolster:

6.11 **Handlungsorientierte Diagnostik und Therapie (HoDT)** ..... 99

Christine Berg-Darau:

6.12 **Kognitives Training nach Franziska Stengel** ..... 111

Steffi Rievers:

6.13 **Computergestütztes kognitives Training** ..... 116

A 7

Bianca Schymura | Christina Theissen:

**Das digitale Zeitalter – Neue Medien in der Geriatrie** ..... 119

# A THEORIE

---

## A 1 Grundlagen

### A 1.1 Was ist Geriatrie?

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

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

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

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

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

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

### A 1.2 Demografischer Wandel

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

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

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

Die Geburtenrate bleibt durch die günstige Altersstruktur der potenziellen Mütter aus den Jahrgängen der 1980er Jahre (Kinder der Baby-Boomer-Generation) noch bis 2020 stabil. Da sich die Geburtenrate in den Jahren zuvor aber bereits durch rückläufige Geburtenzahlen minimiert hat, werden die Geburten insgesamt abnehmen.

*„Bei der Fortsetzung der langfristigen demografischen Trends wird die Einwohnerzahl von 80,8 Millionen am 31. Dezember 2013 auf 67,6 (kontinuierliche Entwicklung bei schwächerer Zuwanderung) beziehungsweise 73,1 Millionen (kontinuierliche Entwicklung bei stärkerer Zuwanderung) im Jahr 2060 abnehmen.“* (Pötsch & Rößger 2015, S. 6).

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

weiter ansteigen. Geburtenrückgang und das Altern der heute stark besetzten mittleren Jahrgänge führen zu gravierenden Verschiebungen in der Alterspyramide, insbesondere die Zahl der Hochbetagten nimmt zu.

*„Im Ausgangsjahr 2013 bestand die Bevölkerung zu 18% aus Kindern und jungen Menschen unter 20 Jahren, zu 61% aus 20- bis unter 65-Jährigen und zu 21% aus 65-Jährigen und Älteren. Im Jahr 2060 wird der Anteil der unter 20-Jährigen auf 16% und der Anteil der 20- bis 65-Jährigen auf 51 bis 52% sinken.“* (Pötsch & Rößger 2015, S. 6).

Im Jahr 2060 ist jeder dritte Mensch mindestens 65 Jahre alt und auf ein neugeborenes Kind werden zwei 70-Jährige kommen. Jeder achte Mensch wird mindestens 80 Jahre alt sein. Dies entspricht einem Anteil von ca. 13% der Bevölkerung.

*„Die Alterung schlägt sich insbesondere in den Zahlen der Hochbetagten nieder. Im Jahr 2013 lebten 4,4 Millionen 80-Jährige und Ältere in Deutschland, dies entsprach 5,4% der Bevölkerung. Ihre Zahl wird kontinuierlich steigen und mit fast 10 Millionen im Jahr 2050 den bis dahin höchsten Wert erreichen. Zwischen 2050 und 2060 sinkt dann die Zahl der Hochbetagten auf rund 9 Millionen.“* (Pötsch & Rößger 2015, S. 6).

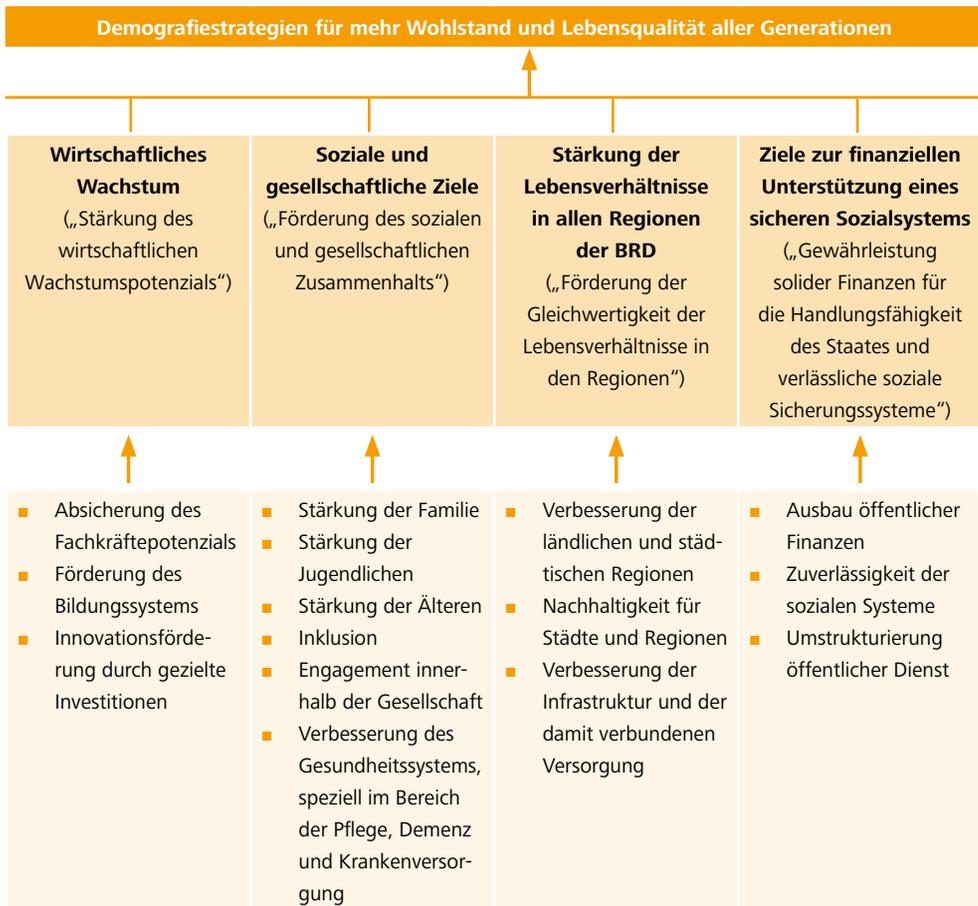
Eine viel diskutierte Möglichkeit, um dieser Entwicklung entgegenzusteuern, ist die gezielte Zuwanderung. Durch Aufnahme von Menschen im erwerbsfähigen Alter und den Zuzug von Familien kann einer Vergreisung der Bevölkerung entgegengewirkt werden (Pötsch & Rößger 2015).

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

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

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

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



### A 1.3 Altern im sozialen Kontext

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

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

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

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

## A 2 Rechtliche Grundlagen

### A 2.1 Klinisches Setting

In den letzten Jahren veränderte sich die Versorgung im Bereich der Geriatrie durchaus positiv. Ein Beispiel hierfür ist das Pflegestärkungsgesetz. Inzwischen werden in der Gesellschaft die Versorgung und die Rehabilitation älterer Menschen als feste Bestandteile unseres Gesundheitssystems gesehen (→ Kap. A 1.3).

Durch die stetig zunehmende Anzahl älterer Menschen in der Bevölkerung wird der Bedarf an ambulanter und stationärer geriatrischer Rehabilitation sogar noch steigen.

Die Erkenntnis, dass zur Versorgung in der Geriatrie kurative Medizin und Rehabilitation notwendig sind, führte dazu, dass am 01.01.2004 die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V in Kraft traten.

Mit den Rehabilitations-Richtlinien wurde im Bereich der vertragsärztlichen Behandlung ein standardisiertes Verfahren geschaffen, das die Kooperation von Krankenkassen, medizinischen Versorgern und Ärzten regelt. Aufgabenbereiche und Kompetenzen der einzelnen Beteiligten können hierdurch klar voneinander abgegrenzt werden: *„Reicht die ärztliche Behandlung einschließlich Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln zur Beseitigung oder Verminderung der Schädigungen und alltagsrelevanten Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe nicht aus, ist die Indikation von Rehabilitationsleistungen zu prüfen. Rehabilitationsleistungen werden sowohl ambulant als auch stationär erbracht, ambulante und stationäre Anschlussrehabilitationen (AR) sind dabei eingeschlossen.“* (GKV Spitzenverband 2012, S. 34).

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

Wenn folgende Kriterien erfüllt sind, ist eine Rehabilitationsleistung indiziert:

- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationsfähigkeit
- realistische, alltagsrelevante Rehabilitationsziele
- eine positive Rehabilitationsprognose (ebd., S. 34).

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