

**Pflege fallorientiert lernen und lehren**

Hrsg. von K. Reiber, J. Dieterich, M. Hasseler, U. Höhmann

Michael Schilder

# Geriatric

**Kohlhammer**

**Kohlhammer**

## **Pflege** fallorientiert lernen und lehren

Herausgegeben von Karin Reiber, Juliane Dieterich, Martina Hasseler  
und Ulrike Höhmann

### Die geplanten Bände im Überblick

- Ambulante Pflege
- Ambulante und stationäre Palliativpflege
- Chirurgie
- Fallbasierte Unterrichtsgestaltung – Grundlagen und Konzepte
- Geriatrie
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Innere Medizin
- Pädiatrie
- Psychiatrie
- Rehabilitation
- Stationäre Langzeitpflege

Michael Schilder

# Geriatric

Verlag W. Kohlhammer

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

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

### Piktogramme



Definition



Information



Gesetzestext



Merke



Falldarstellung



Pflegehinweis



Ein Routinefall



Warnung



Ein Fall mit Schwierigkeiten



Ein komplizierter Fall

1. Auflage 2014

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-022693-7

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-026364-2

epub: ISBN 978-3-17-026365-9

mobi: ISBN 978-3-17-026366-6

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

# Inhalt

Geleitwort .....	7
<b>I Basics .....</b>	<b>9</b>
1 Pflege in der Geriatrie .....	11
1.1 Das Besondere der Pflege in der Geriatrie .....	12
1.2 Geriatrische Versorgungsstrukturen und Interdisziplinarität .....	14
1.3 Der spezifische Versorgungsbedarf von Patienten mit einem geriatrischen Pflegebedarf .....	22
1.4 Geriatrische Pflege .....	30
<b>II Fälle .....</b>	<b>43</b>
2 Die gestürzte Patientin nach ihrer Schenkelhalsfraktur-Operation .....	45
2.1 Das Sturzgeschehen aus geriatrischer Sicht .....	46
2.2 Die Krankheitsbilder Morbus Menière und Katarakt .....	50
2.3 Pflegerische Rehabilitation von Patienten nach Hüfttotalendoprothese .....	52
2.4 Rollen der Pflegenden im Fallbeispiel .....	70
3 Der Patient mit einer vaskulären Demenz .....	72
3.1 Das Krankheitsbild vaskuläre Demenz .....	73
3.2 Verstehende Diagnostik zur Deutung von herausforderndem Verhalten .....	75
3.3 Die Pflegestrategie zur Versorgung und Betreuung .....	83
3.4 Rollen der Pflegenden im Fallbeispiel .....	96
4 Der Patient mit einem Schlaganfall .....	98
4.1 Der Schlaganfall aus medizinischer Perspektive .....	98
4.2 Pflegediagnostik im Rahmen des Geriatrischen Assessments .....	100

4.3	Pflegestrategien zur Wahrnehmungs- und Bewegungsförderung .....	110
4.4	Rollen der Pflegenden im Fallbeispiel .....	121
<b>5</b>	<b>Die Pflegesituation einer Frau mit Alzheimer-Krankheit und deren pflegende Angehörige .....</b>	<b>122</b>
5.1	Die Alzheimer-Krankheit aus biomedizinischer Perspektive .....	122
5.2	Assessment und Diagnostik der Alzheimer-Krankheit .....	127
5.3	Der Unterstützungsbedarf pflegender Angehöriger .....	134
5.4	Pflegerisches Case Management im Pflegestützpunkt .....	140
5.5	Rollen der Pflegenden im Fallbeispiel .....	143
<b>6</b>	<b>Der muslimische Patient mit chronischer Herzinsuffizienz .....</b>	<b>145</b>
6.1	Die medizinische Perspektive der Pflegesituation .....	146
6.2	Pflegebedürftigkeit infolge chronischer Linksherzinsuffizienz .....	148
6.3	Der Pflegebedarf im Rahmen der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve .....	153
6.4	Rollen von Pflegenden im Fallbeispiel .....	165
<b>7</b>	<b>Die Patientin mit pAVK, COPD und Dekubitus .....</b>	<b>167</b>
7.1	Die medizinische Perspektive der Fallsituation .....	168
7.2	Pflegediagnostik: Die pflegefachliche Perspektive .....	174
7.3	Strategien zur Problemlösung .....	180
7.4	Rollen von Pflegenden im Fallbeispiel .....	196
	<b>Literatur .....</b>	<b>197</b>
	<b>Stichwortverzeichnis .....</b>	<b>215</b>

## Geleitwort

Die Ausübung des Pflegeberufs wird immer anspruchsvoller: Professionelles Pflegehandeln umfasst verantwortungsvolles Planen, Gestalten und Auswerten von Pflegesituationen. Die Settings, in denen diese berufliche Tätigkeit ausgeübt wird, haben sich zunehmend ausdifferenziert und die Aufgaben werden immer komplexer. Damit sind auch ganz neue Herausforderungen an die Pflegeausbildung gestellt. »Geriatric« ist ein Band der Buchreihe »Pflege fallorientiert lernen und lehren«, einem Kompendium für die Pflegeausbildung, das sowohl die verschiedenen Versorgungsbereiche, in denen Pflegekräfte tätig werden, als auch die unterschiedlichen Lebensalter und -situationen der Pflegeempfänger abbildet.

Die elf Bände der Reihe spiegeln die wesentlichen Institutionen wider, in denen pflegerische Versorgung stattfindet. Alle Bände folgen der gleichen Struktur und demselben Aufbau. In einem Einleitungsteil wird in die Besonderheiten des jeweiligen Settings eingeführt. Pflegewissenschaftliche Expertenstandards und neueste wissenschaftliche Erkenntnisse werden dabei ebenso berücksichtigt wie die Ausbildungsziele der Prüfungsordnungen. Die Präsentation der Inhalte erfolgt in Form von Musterfällen; dabei werden die unterschiedlichen Aspekte pflegeberuflichen Handelns aufgezeigt und fallbezogene Besonderheiten und Schwerpunkte professioneller Pflege exemplarisch illustriert. Die fallorientierte Aufbereitung von Lerngegenständen greift den berufspädagogischen Trend der Kompetenz- und Handlungsorientierung auf und setzt ihn fachdidaktisch um.

Die vorliegenden Ausführungen geben einen sehr guten Einblick in die facettenreichen pflegerischen Aufgaben innerhalb des Versorgungsgebiets der Geriatrie. In diesem pflegerischen Bereich sind die Handlungs- und Kompetenzanforderungen an die Pflegefachkräfte besonders komplex und erfordern eine Zusammenschau pflegerischen, medizinischen und psychosozialen Wissens.

Der vorliegende Band gewährt anschauliche Einblicke in diese Besonderheiten anhand einschlägiger Fallbeispiele und bietet exemplarische Lösungen an. Dieses Lehr- und Lernbuch ermöglicht dadurch die Entwicklung spezifischer Fachkompetenz professioneller Pflege.

Dieser Band sowie die gesamte Reihe wenden sich an Lernende und Lehrende in den Pflegeausbildungen an Schulen, Hochschulen oder Praxisstätten sowie an Studierende der Pflegepädagogik. Neue Formen der Pflegeausbildung – wie z.B. primärqualifizierende Pflegestudiengänge

– hatten die Herausgeberinnen bei der Konzeption der Reihe und der Betreuung der Bände sowie die Autorinnen und Autoren der einzelnen Bände ganz besonders im Blick.

Karin Reiber  
Juliane Dieterich  
Martina Hasseler  
Ulrike Höhmann

# I Basics



# 1 Pflege in der Geriatrie

Ältere und alte Menschen stellen besondere Anforderungen an die fachliche Pflege in der Geriatrie. Vor dem Hintergrund ihres gelebten Lebens und in Anbetracht häufig komplexer und langandauernder Problemlagen stellt sich deren Pflegebedürftigkeit äußerst vielschichtig dar. Die Pflegebedürftigkeit älterer und alter Menschen wird sowohl von normalen Alterungsvorgängen als auch häufig von mehreren Krankheiten zugleich beeinflusst. Die notwendigen Bewältigungsarbeiten werden vor dem individuellen biografischen Hintergrund des Einzelnen heraus je nach sozialer Situation familial oder häufig auch allein gestaltet. Da sich dies auf mehreren Ebenen zugleich abspielt, fordert dies eine differenzierte Betrachtung. So ist der Pflegeprozess auf die Besonderheiten älterer Menschen, auf ihre Sichtweisen und situativen Befindlichkeiten auszurichten. Die Unterstützung der Bewältigung häufig langandauernder nicht heilender Krankheiten und dauerhafter Pflegebedürftigkeit fordert die konsequente Ausrichtung auf den älteren Menschen und die Aushandlung fachlich gebotener Handlungsalternativen. Geriatriische Pflege findet dabei in verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens, mit unterschiedlichen Aufgabenzuschnitten und im Zusammenhang mit verschiedenen Konstellationen von Gesundheitsberufen statt.

Zur Grundlegung der exemplarischen Fälle im zweiten Teil dieses Lehrbuchs widmet sich dieses erste Kapitel daher zuerst wichtiger Begriffsbestimmungen, mittels derer die Bedeutung der Pflege in der Geriatrie veranschaulicht wird. Vor diesem Hintergrund werden dann die Aufgabenprofile derjenigen Gesundheitsfachberufe im Rahmen geriatriischer Versorgungsstrukturen umrissen, die an der Versorgung und Pflege geriatriischer Patienten beteiligt sind. Dazu werden die Erfordernisse der Schnittstellengestaltung erläutert. Auf dieser Basis wird dargestellt, wie relevant die darauf bezugnehmenden Handlungsfelder sind. Hieran schließt sich eine genauere Betrachtung der Merkmale an, die häufig bei Menschen mit einem geriatriischen Pflegebedarf in Erscheinung treten. Daraus werden dann die fachlichen Anforderungen an die geriatriische Pflege abgeleitet. Das erste Kapitel schließt mit einer theoretischen Bestimmung der geriatriischen Pflege als Basis für die Fallstrukturierung im zweiten Teil dieses Buchs.

## 1.1 Das Besondere der Pflege in der Geriatrie



Einer wegweisenden Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) kann entnommen werden, dass die Geriatrie »der Zweig der Medizin [ist], der sich mit der Gesundheit im Alter sowie den präventiven, klinischen, rehabilitativen und sozialen Aspekten von Krankheiten beim älteren Menschen beschäftigt« (WHO 1989 zitiert nach Bundesverband Geriatrie e. V. 2010, S. 12).

Somit handelt es sich bei der Geriatrie um ein medizinisches Fachgebiet, das sich als Altersheilkunde im Besonderen mit den Alterskrankheiten von Menschen befasst, dabei aber auch auf die gesunden Anteile des Menschen Bezug nimmt (Füsgen/Summa 1990; Nigg/Steidl 2005; Runge/Rehfeld 2012a).

Die Geriatrie als Disziplin umfasst also weit mehr, als »nur« die Heilung erkrankter älterer Menschen. Der rehabilitative Charakter der Geriatrie kommt darin zum Ausdruck, verloren gegangene Funktionen des erkrankten Menschen wieder zu erlangen oder aber neue aufzubauen. Auch der Bereich der Versorgung und Pflege sterbender Menschen im Rahmen der Palliation ist inbegriffen (Füsgen 2004; Hafner/Meier 2005).

Umfassender  
Ansatz der  
geriatriischen Pflege

Auch die geriatrisch ausgerichtete Pflege verfolgt einen umfassenden Ansatz in der Betrachtung sowohl der funktional einschränkenden Krankheitsfolgen als auch der physiologischen, psychologischen und sozialen Alternsprozesse (Runge/Rehfeld 2012a).



Geriatrische Interventionen und Zielsetzungen beziehen nicht nur krankhafte, sondern auch gesunde – also normale altersphysiologische – Erscheinungen in ihren Aufgabenbereich ein. Deren Auswirkungen auf den Menschen im Rahmen seines Alltagslebens werden mit dem Ziel erfasst, zur Verbesserung oder Aufrechterhaltung der Lebensqualität des alten Menschen beizutragen.

Der dem Griechischen entstammende Begriff Geriatrie bedeutet wörtlich übersetzt »Heilung« und »Helfen« und beschäftigt sich nach Hafner/Meier (2005, S. 5) mit den »präventiven (vorbeugenden), klinischen (krankheitsorientierten) und rehabilitativen (wiederherstellenden) Ebenen« alter Menschen. Da sich dieser Zweig der Medizin auch auf den gesunden Menschen bezieht, hat dies eine über die biomedizinische Ausrichtung hinausgehende multidimensionale Bearbeitung zur Folge (BV Geriatrie e. V. 2010; Frühwald 2007).

Fragestellungen  
der Geriatrie

Typische Fragestellungen der Geriatrie sind (Marwedel 2008, S. 22):

- »Welche Krankheiten treten im Alter gehäuft auf?

- Wie kann gesundes Altern ermöglicht werden?
- Wie können Alterserkrankungen wirkungsvoll behandelt werden? «

Der Anspruch der Geriatrie als ein die somatischen (körperlichen), psychischen (seelischen), pflegerischen und sozialen Facetten des geriatrischen Patienten umfassenden Ansatz verlangt die systematische Integration der Perspektive des geriatrischen Patienten<sup>1</sup> in das traditionelle Wissen (Junod/Feder 1990; Hafner/Meier 2005).

Der ältere Mensch mit einem geriatrischen Versorgungsbedarf und nicht dessen vermeintlich objektivierbare Krankheit steht im Zentrum des geriatrischen Blicks. Auch das individuelle, personelle und materielle Umfeld im Hinblick auf ihre Alltagsauswirkungen auf den älteren Menschen sind bedeutsam (Runge/Rehfeld 2012a).



Wo die Gerontologie als interdisziplinäres Forschungsgebiet die »biologischen, psychologischen und sozialen Merkmale und Gesetzmäßigkeiten von Altersvorgängen unter Einbeziehung wirtschaftlicher, politischer und gesellschaftlicher Aspekte« in den Blick nimmt, integriert die Geriatrie diese gerontologischen Erkenntnisse systematisch und wissenschaftlich kontrolliert in das medizinische Handeln (Runge/Rehfeld 2012a, S. 3).

Abgrenzung zur Gerontologie

Die geriatrische Pflege hingegen befasst sich mit den Auswirkungen altersbezogener physiologischer und pathophysiologischer Veränderungen auf das Erleben und die Funktionen des Menschen. Hierbei stehen dessen Fähigkeiten, Ressourcen und Probleme in der Gestaltung von Lebensaktivitäten im Vordergrund, die einem sinnvollen, wohltuenden und im optimalen Fall gesundheitsfördernden Leben zuträglich sind oder die es zu kompensieren gilt. Bezugspersonen des Patienten mit geriatrischem Versorgungsbedarf wie pflegende Angehörige oder nahestehende nicht verwandte Personen werden einbezogen, wenn sie Teil deren Alltagslebens sind. Zur Aufrechterhaltung der informellen (nicht berufsmäßig ausgeübten) Pflege und ihrer eigenen Gesundheit werden diese informiert, beraten, angeleitet, unterstützt oder entlastet und in ihrer Gesundheit gefördert (Poletti/Beck 1990; Neubauer/Gatterer 2007; BMFSJ 2010).

Aufgabe der geriatrischen Pflege

Die geriatrische Pflege zeichnet sich durch Vollständigkeit und Individualität in der Betrachtung der physischen, psychologischen und geistig-sozialen Anteile des Patienten mit geriatrischem Pflegebedarf aus. Sie regt »das Mitmachen des Patienten an, nützt seine Reserven, respektiert seine Würde und verleiht ihm ein Gefühl der Zugehörigkeit und des Selbstwertes. Sie strebt die Anpassung des alten Patienten an seine komplexe Situa-

Vollständigkeit und Individualität

<sup>1</sup> Für den besseren Lesefluss wird auf die geschlechtsspezifische Nennung verzichtet, wobei jedoch beide Geschlechter gleichermaßen gemeint sind.

Die Bedeutung demografischer Veränderungen für die Pflege

tion an oder begleitet ihn auf dem Weg zum Sterben« (Poletti/Beck 1990, S. 651).

Der Auftrag der Pflege in der Geriatrie begründet sich dabei vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Entwicklungen in Deutschland und der Europäischen Union. Die Gesellschaft verändert sich insofern, als der Anteil der in ihr lebenden Menschen immer älter wird. Dies angesichts einer zunehmend sinkenden Geburtenrate und einer steigenden Lebenserwartung der Menschen in den westlichen Industrienationen, die u. a. aus dem medizinischen Fortschritt und der Verbesserung der Lebensverhältnisse resultieren. Deutschland nimmt bei diesen demografischen Veränderungen eine Spitzenposition in Europa ein (Haustein/Mischke 2011). Damit erlangt die geriatrische Perspektive zunehmend Bedeutung für das Gesundheitswesen in Deutschland, das »mit einer wachsenden Zahl alter und hochaltriger Menschen bei gleichzeitig niedriger Geburtenrate« konfrontiert ist (Ewers et al. 2012, S. 34). Diese gesellschaftliche Entwicklung geht auch aufgrund des medizinischen Fortschritts mit einer Zunahme chronischer Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) einher, was andere fachliche Anforderungen in die langfristige und alltagsorientierte Begleitung von dauerhaft kranken und pflegebedürftigen Menschen stellt, als eine einseitig kurativ (auf Heilung) ausgerichtete biomedizinische Versorgung.

Im Gesundheitswesen findet die geriatrische Versorgung innerhalb bestimmter Strukturen der Versorgung statt, die mit den in ihr wirkenden Berufsgruppen und deren Arbeitsschwerpunkten nachfolgend umrissen werden.

## 1.2 Geriatrische Versorgungsstrukturen und Interdisziplinarität

Eine wesentliche Voraussetzung zum Verständnis von Pflegekonzepten in der Geriatrie ist die Kenntnis geriatrischer Versorgungsstrukturen und interdisziplinärer Ansätze sowie Prinzipien innerhalb dieser zur Erreichung fachlicher Ziele.

Bedarf nach geriatrispezifischen Strukturen

Der Bedarf nach geriatrischer Spezialisierung innerhalb des Gesundheitssystems leitet sich aus dem besonderen Versorgungsbedarf geriatrischer Patienten mit ihren tendenziell bleibenden Krankheitsfolgen ab. Dieser fordert sowohl akutmedizinische als auch rehabilitative Ansätze in stationären und ambulanten Strukturen. Zur Erreichung fachlicher, geriatrischer Ziele weist das herkömmliche nicht auf diese Besonderheiten ausgerichtete Versorgungssystem Mängel auf, die suboptimale Behandlungsergebnisse zur Folge haben können (Frühwald 2007; BV Geriatrie e. V. 2010). So sind allgemeine Akutkrankenhäuser primär diagnostisch

und weniger therapeutisch-rehabilitativ ausgerichtet. Sie weisen eine eher kurze Behandlungszeit auf, in der das akute Krankheitsmanagement dominiert. Dabei entsprechen die spezifischen Entscheidungs- und Kommunikationsstrukturen des Teams einer Akutabteilung nicht den Erfordernissen des geriatrischen Versorgungsbedarfs (Eckhardt/Steinhagen-Thiessen 2012; Runge/Rehfeld 2012a; Walter et al. 2012).

Aufgrund dessen sind geeignete Spezialeinrichtungen folgender Art entstanden:

- Fachabteilungen für Geriatrie in Akutkrankenhäusern,
- Krankenhäuser für Geriatrie,
- geriatrische Rehabilitationskliniken,
- Tageskliniken für Geriatrie,
- ambulante Rehabilitation durch niedergelassene Geriater (Geriatriekonzept Baden Württemberg 2001; BV Geriatrie e. V. 2010; Eckhardt/Steinhagen-Thiessen).

Von diesen nehmen die stationären und teilstationären Einrichtungen insgesamt den größten Anteil ein, wohingegen im ambulanten Sektor nur ein geringer Anteil an geriatrischer Versorgungskapazität existiert. Große regionale Unterschiede hingegen bestehen darin, ob die Geriatrie in bestehende Systeme wie in Akutkrankenhäusern integriert oder aber als eigenständige Einrichtung konzipiert ist (von Renteln-Kruse 2004d; BV Geriatrie e. V. 2010; Walter et al. 2012).

Der BV Geriatrie e. V. (2010) identifiziert drei Typen geriatrischer Strukturen: die Präferenz für eine Versorgungsform (akutstationäre oder rehabilitative Geriatrie) oder das ausgeglichene Verhältnis beider zusammen.

Die Heterogenität der geriatrischen Versorgungsstrukturen geht auf »die unterschiedliche Ansiedlung geriatrischer Versorgung im Sozialrecht« zurück: die sozialrechtlich verankerte Unterteilung in Akutgeriatrie im Krankenhausbereich nach §§ 107, 108, 109 Sozialgesetzbuch (SGB) V und in die geriatrische Rehabilitation nach § 111 SGB V (von Renteln-Kruse 2004d, S. 54; vgl. auch Runge/Rehfeld 2012a; Dorner 2012).



Die nachfolgende Tabelle 1.1 schlüsselt nach dem Geriatriekonzept Baden-Württemberg (2001, S.21–36) die geriatrischen Versorgungsstrukturen mit den entsprechenden Programmen und Akteuren ausgehend des jeweiligen gesundheitlichen Schwerpunkts auf.

Heterogenität geriatrischer Versorgungsstrukturen

**Tab. 1.1:**  
Geriatrische Versorgungsstrukturen mit Akteuren/Programmen

Bereich	Setting	Strukturen/Akteure/Programm
Prävention: Geriatrische Prävention	Ambulante Prävention	Akteure: z. B. niedergelassene Ärzte, Bürger-/Sportvereine, Altenclubs, Programme von z. B. Kreissenioreräten, vom Landesgesundheitsamt betreute Seniorenwohnungen → Ziele: Aufrechterhaltung funktionseller Selbstständigkeit, Gesundheitsbildung, Qualifizierung von Angehörigen/Ehrenamtlichen, Hinausschieben und Vermeidung von Pflegebedürftigkeit
	Stationäre Prävention	Stationäre Vorsorgeeinrichtung → zeitlich begrenzte medizinische Vorsorgeleistungen Pflegeheim → Verringerung von Pflegebedürftigkeit durch aktivierende Pflege
Kuration: Geriatrische Akutbehandlung	Ambulante Akutbehandlung	Behandlung durch niedergelassene Ärzte (Allgemein-/Fachärzte): ambulante Krankenbehandlung, Beurteilung von Behandlungs-/Pflegebedürftigkeit, Zusammenarbeit mit Angehörigen und sozialen Diensten/ambulanten Pflegediensten Ambulante gerontopsychiatrische Behandlung: Hausärzte (unterstützt durch fachärztliche psychiatrische Konsile), Gerontopsychiatrie, ambulante soziale Dienste
	Stationäre und teilstationäre Akutbehandlung	Ziel = qualifizierte wohnortnahe geriatrische Versorgung. (a) <i>Geriatrische Grundversorgung an allen Akutkrankenhäusern</i> : qualifizierte Behandlung/Pflege + bedarfsgerechtes Angebot an Krankenhausbetten, spezifisch medizinische Behandlung, patientenorientierte Pflege. Soll: Besetzung mind. einer Arztstelle mit geriatrisch qualifiziertem Arzt (Weiterbildung Klinische Geriatrie), Pflege u. a. entsprechend weitergebildet. Krankenhaus-Sozialdienst: Kooperation mit Angehörigen, Hausarzt, ambulanten Pflegediensten, Pflegeheimen. (b) <i>Geriatrischer Schwerpunkt im Kreis</i> : ärztlich konsiliarische Versorgung, Verknüpfung von Behandlungs-/Rehabilitationsangeboten, Einfluss auf klinische Betreuung; Beratungs-/Qualifizierungsaufgaben für Krankenhausärzte, Organisation eines geriatrischen Konsils am eigenen Krankenhaus (ggf. externe Patienten; Durchführung von geriatrischen Assessments (Einzelfallbegutachtungen) am Krankenhaus; Konsiliarische Tätigkeit für die anderen Fachabteilungen; Beratung bei Therapieplänen und RehaMaßnahmen; Einübung Teamarbeit Arzt/nichtärztliche Therapeuten/Pflegekräfte im Krankenhaus (KH); Organisation der geriatrischen Fortbildung im KH + andere KH, Kreisärzteschaft, Pflegeeinrichtungen; Erschließung des weiteren Versorgungsnetzes durch Zusammenarbeit mit Rehabilitationseinrichtungen, niedergelassenen Ärzten, nichtärztlichen Therapeuten, Pflegediensten, Sozialpsychiatrischen Diensten, Pflegeheimen und mit dem geriatrischen Zentrum im Blick auf die geriatrische Prävention und die geriatrische und geriatrisch-rehabilitative Versorgung.

Bereich	Setting	Strukturen/Akteure/Programm
		<p>Stellen/Funktionen: Ärztlicher Bereich, nichtärztlich-therapeutischer Bereich (Krankengymnastik, physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie), pflegerischer Bereich, sozial-betreuerischer Bereich, Verwaltungsbereich.</p> <p>(c) <i>Geriatrisches Zentrum</i>: bettenführende Organisationseinheiten (eigenständiges Krankenhaus, oder Fachabteilung/Funktionseinheit, stationäre + teilstationäre Behandlungsangebote, teilweise mehrere KH). Zusätzliche Fortbildungsaufgaben (Geriatrie), originäre therapeutische Aufgaben (an Unikliniken): Behandlung, Ausbildung, Forschung = Referenzzentren für die geriatrischen Schwerpunkte in der Region. Integration der klinischen Einrichtungen und der Rehabilitations-/und Pflegeeinrichtungen mit Uniklinik (Zusammenfassung des Fachwissens der verschiedenen Spezialisten/Fachdisziplinen).</p> <p>(d) <i>Geriatrisches Konsil</i>: interdisziplinäres Team, geleitet durch einen geriatrisch qualifizierten Arzt: an allen geriatrischen Schwerpunkten/Zentren. Funktionen: Diagnostik, Erstellung Behandlungsplan, Case Management: Vorbereitung weiterer Versorgung nach KH → durch ambulante/stationäre Rehabilitation, Unterbringung in Pflegeheim, häusliche Versorgung; Sicherstellung: Überleitung medizinische Betreuung (Hausarzt) und die pflegerisch/soziale Betreuung; Beratung vor Aufnahme in ein Pflegeheim.</p> <p>(e) <i>Geriatrische Tagesklinik</i>: wenn eine ambulante Behandlung nicht möglich ist und wenn eine vollstationäre Behandlung vermieden werden kann. Sie trägt zur Verkürzung des vollstationären Aufenthalts und zur Förderung der poststationären Integration des Patienten in den häuslichen Lebensalltag bei.</p> <p>(f) <i>Stationäre gerontopsychiatrische Akutbehandlung</i>: durch psychiatrische Fachkrankenhäuser und Abteilungen.</p> <p>(g) <i>Gerontopsychiatrische Tagesklinik</i>: an Schwerpunkten/Zentren: Ersatz vollstationärer Behandlung in Regionen ohne wohnortnahes stationäres Angebot zur Vermeidung stationärer Aufnahmen.</p>

**Tab. 1.1:**  
Geriatrische Versorgungsstrukturen mit Akteuren/Programmen – Fortsetzung

Rehabilitation:	Kombination aus Rehabilitation, Kuration und Prävention = so weit geriatrische Patienten rehabilitationsfähig, -bedürftig und -willig sind → Verkürzung der Krankheitsdauer durch gezielte geriatrische Rehabilitation.
Geriatrische Rehabilitation	<p>Ziele: Vermeidung/Verringerung/Verhütung der Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit (§ 11 (2) SGB V), Erhaltung/Wiedergewinnung von Selbstständigkeit.</p> <p>Beginn der Rehabilitation → frühe rehabilitative Maßnahmen bereits im Akutkrankenhaus, Fortsetzung als Anschlussheilbehandlung konsequent ambulant oder stationär in ortsnahen Rehabilitationseinrichtungen.</p>

**Tab. 1.1:**  
Geriatrische Versorgungsstrukturen mit Akteuren/Programmen – Fortsetzung

Bereich	Setting	Strukturen/Akteure/Programm
	Frühe geriatrisch-rehabilitative Maßnahmen im Akutkrankenhaus	Integrierte akut-rehabilitative Behandlung: Zielgruppe → Patienten, deren Rehabilitation mit einer kurzen Verweildauerverlängerung im Akutkrankenhaus so weit erreicht werden kann, dass die Entlassung nach Hause unproblematisch wird. Frühe RehaMaßnahmen und aktivierende Pflege durch interdisziplinäres Team.
	Geriatrische Anschlussrehabilitation	Möglichst bruchlos nach Krankenhausbehandlung in Wohnortnähe <i>Stationäre geriatrische Rehabilitationseinrichtungen</i> (Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V). <i>Geriatrisch qualifizierte ambulante/mobile Angebote</i> = Alternative/Ergänzung/selbstständige Behandlungsform zur stationären Rehabilitation; multiprofessionell unter ärztlicher Leitung auf Basis eines geriatrischen Assessments. → Ziele: Aufrechterhaltung bzw. Wiederherstellung der Selbsthilfe-/Versorgungsfähigkeit; Vermeidung, Verringerung/Hinauszögerung von Pflegebedürftigkeit; Abkürzung bzw. Vermeidung stationärer Aufenthalte (wie Akutkrankenhaus; geriatrische Rehabilitationskliniken), Verbesserung der Lebensqualität der Patienten mit dauerhaften Beeinträchtigungen, Linderung der Folgen dauerhafter Behinderungen. Einbeziehung des Umfeldes zur Motivierung, Alltag als entscheidender Bezugsrahmen; möglichst viel an ambulanter Reha. Nach § 40 SGB V können ambulante Rehaleistungen in Rehaeinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V besteht, erbracht werden.
	Nachbetreuung	Sicherung des Rehabilitationsergebnisses. Befähigung des Patienten zur Bewältigung des Lebens auch mit einer verbliebenen Behinderung. Auch bei fortbestehender Pflegebedürftigkeit → Rehabilitation einschließlich aktivierender Pflege Neben niedergelassenen Ärzten leisten Ambulanzen an Krankenhäusern, ambulante Pflegedienste, Gemeinde-, Kranken- und Altenpflegedienste, niedergelassene Therapeuten, Haus- und Familienpflegedienste sowie Hilfs- und sonstige soziale Dienste einen Beitrag zur ambulanten Nachsorge
Pflege: Geriatrische Pflege	Gerontopsychiatrische Aspekte in der Pflege	<i>Ambulante Pflege</i> : enge Abstimmung der grundsätzlich für die Betreuung hinzuziehbarer Dienste wie z. B. ambulante Pflegedienste, Sozialstationen und sozialpsychiatrische Dienste als auch zwischen Hausarzt und Psychiater. Eine bedarfsgerechte außerklinische Versorgung kann nur durch Beteiligung aller zuständigen Stellen (der Altenhilfe, der Behindertenhilfe und dem zuständigen Träger der Sozialhilfe) sichergestellt werden. Neue Angebote erforderlich: wie Betreuungsgruppen für Menschen mit Demenz zur Entlastung pflegender Angehöriger.

Bereich	Setting	Strukturen/Akteure/Programm
		<i>Stationäre Pflege:</i> in Altenpflegeheimen → Voraussetzung ist die Herstellung und nachhaltige Sicherung einer ausreichenden gerontopsychiatrischen Kompetenz im Pflorgeteam.
	Rehabilitative Pflege	Ist definiert als ein konsequentes, zielorientiertes Pflegeverhalten im Rahmen eines therapeutischen Konzepts auf Basis der Prinzipien: Patientenorientierung/individuelle Pflege, Ganzheitlichkeit, Transparenz und Informationsübermittlung, aktivierende Pflege, Ressourcenorientierung/Aktivierung der Selbstheilungs- und Bewältigungskräfte, Kontinuität.

**Tab. 1.1:**  
Geriatrische Versorgungsstrukturen mit Akteuren/Programmen – Fortsetzung

Diese Darstellung geriatrischer Versorgungsstrukturen verdeutlicht, dass Pflegende in der geriatrischen Versorgung mit unterschiedlichem Auftrag, in verschiedenen Settings und mit verschiedenen Berufsgruppen tätig sind. Ungeachtet dieser Vielfalt sollen nun die beruflichen Kerne der wesentlichen in der geriatrischen Versorgung tätigen Berufsgruppen umrissen werden.

Hinsichtlich der in der Geriatrie vorzuhaltenden Personalstruktur sind aus wirtschaftlichen und vertraglichen Regelungen resultierende Anforderungen in Abhängigkeit des geriatrischen Settings Akutversorgung oder geriatrische Rehabilitation einzuhalten. Dazu zählt die Anforderung der ärztlichen Leitung. Hier ist gefordert, dass die Behandlung durch einen Facharzt mit einer entsprechenden Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung Klinische Geriatrie zu übernehmen ist (BV Geriatrie e. V. 2010). Je nach Einrichtung und Ort der Tätigkeit kann die Leitung des geriatrischen Teams auch zwischen der ärztlichen und der pflegerischen Berufsgruppe wechseln.

Anforderungen an Personalstruktur

Aufgabe der Leitung des geriatrischen Teams ist u. a. die Koordination und Organisation der geriatrischen Versorgung, wie die Überprüfung von Informationen, Zielen, Planungen und Handlungen (Füsgen 2004). Das geriatrische Kernteam besteht aus Ärztinnen, Pflegenden sowie Mitarbeitern des Sozialdienstes (von Renteln-Kruse 2004d), das die folgenden Hauptformen der Therapie ausführt (Füsgen 2004, S.28):

Leitung des geriatrischen Teams

- »ärztliche Therapie,
- pflegerische Betreuung und medizinische Maßnahmen,
- Physio- und Bädertherapie,
- Logopädie (Sprachheiltherapie),
- Ergotherapie,
- Psychotherapie und psychologische Zuwendung,
- fürsorgliche und soziale Betreuung.«

Die Disziplinen im geriatrischen Team sind in Abhängigkeit ihrer Aufgabenschwerpunkte bzw. Versorgungsaufträge unterschiedlich in der

jeweiligen Versorgungsstruktur vertreten (von Renteln-Kruse 2004b). Die Kernaufgaben der ärztlichen Tätigkeit umfasst dabei die medizinische Diagnostik und Behandlung, die Verordnung und Überwachung von Therapieformen einschließlich der Behandlungspflege (Füsgen 2004). Demgegenüber besteht der pflegerische Aufgabenbereich neben der Verantwortung der direkten und indirekten Pflege in der Mitwirkung bei der Überprüfung des Therapiebedarfs und Therapieerfolgs im Alltag der Patienten (Füsgen 2004; Krohwinkel 2007).

Wesentliche im multiprofessionellen geriatrischen Team zu verwirklichende Prinzipien, basierend auf dem geforderten interdisziplinären Arbeitsansatz, sind die Patientenzentrierung, die Ganzheitlichkeit und Interdisziplinarität (BV Geriatrie e. V. 2010; Füsgen 2004; von Renteln-Kruse 2004d).

Die nachfolgende Tabelle 1.2 enthält wesentliche Aufgaben der im geriatrischen Team vertretenen Berufsgruppen (Füsgen 2004; von Renteln-Kruse 2004d; BV Geriatrie e. V. 2010, 2011; Krohwinkel 2007).

**Tab. 1.2:**  
Beispiele für berufliche Schwerpunkte im geriatrischen Team

Berufsgruppe	Exemplarische Arbeitsschwerpunkte: Fokus, Ziel, Interventionen
Mediziner	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fokus und Ziel: Kuration von Schäden in den Körperstrukturen und Körperfunktionen</li> <li>• Medizinische Diagnostik, Beurteilung des Behandlungsverlaufs</li> <li>• Indikationsstellung für diagnostische und therapeutische Maßnahmen</li> <li>• alle Formen der medizinischen Behandlung, wie z. B. medikamentöse Therapie und spezielle Verordnungen</li> <li>• Anweisungen für orthopädische oder sonstige Hilfsmittel</li> <li>• ggf. Leitung der gemeinsamen Dokumentation</li> <li>• ggf. Leitung des therapeutischen Teams</li> </ul>
Pflegende	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fokus: menschliche Reaktionen auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme im Bereich der Aktivitäten und Teilhabe (ICF)</li> <li>• Ziele: Förderung und Erhaltung der Gesundheit; Verhinderung, Aufhebung, Verkleinerung und Handhabarmachung von Pflegebedürftigkeit zur größtmöglichen Unabhängigkeit und Wohlbefinden in den Lebensaktivitäten</li> <li>• Pflegediagnostik: Assessment und Pflegediagnosen</li> <li>• Pflegedokumentation und Pflegeplanung zur Strategieentwicklung und Abbildung des gesamten Pflegeprozesses</li> <li>• gesundheitsförderlich, präventiv, kurativ, rehabilitativ und palliativ ausgerichtete Pflegemaßnahmen</li> <li>• Mitwirkung bei medizinischer Diagnostik und Therapie</li> <li>• Koordination und Kooperation im geriatrischen Team</li> </ul>
Physiotherapeut	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fokus: Behandlung bewegungseingeschränkter Menschen</li> <li>• Ziele: Prävention von z. B. Erkrankungen des Bewegungsapparats, Schmerzlinderung, Wiedererlangung funktioneller Bewegungsmöglichkeiten</li> <li>• aufgrund differenzierter Befundaufnahme Durchführung individuell ausgerichteter Behandlungsverfahren, wie Bewegungsübungen, Anwendung von Wärme und Kälte, Bädern, Strom und Ultraschall, medizinische Trainingstherapie (fließender Übergang in die aktivierende Pflege)</li> </ul>