

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 Patienten¹ 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

¹ 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 funktioneller 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 = soweit geriatrische Patienten rehabilitationsfähig, -bedürftig und -willig sind → Verkürzung der Krankheitsdauer durch gezielte geriatrische Rehabilitation.
Geriatrische Rehabilitation	Ziele: Vermeidung/Verringerung/Verhütung der Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit (§ 11 (2) SGB V), Erhaltung/Wiedergewinnung von Selbstständigkeit. Beginn der Rehabilitation → frühe rehabilitative Maßnahmen bereits im Akutkrankenhaus, Fortsetzung als Anschlussheilbehandlung konsequent ambulant oder stationär in ortsnahen Rehabilitationseinrichtungen.

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.