

Einleitung: Die derzeitige Situation der Geriatrie (Altersmedizin) in Deutschland – ein Kurzüberblick

Nach der WHO-Definition von 1989 ist Geriatrie »der Zweig der Medizin, der sich mit der Gesundheit im Alter sowie den präventiven, klinischen, rehabilitativen und sozialen Aspekten von Krankheiten beim älteren Menschen beschäftigt«. Die Geriatrie betrachtet den Patienten im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Grundkonzeptes nicht nur organspezifisch, sondern auch unter ganzheitlich-integrativen Gesichtspunkten, also auch unter Einschluss von psychosozialen und sozialmedizinischen Aspekten. Geriatrie ist eine europa- und weltweit anerkannte medizinische Spezialisierung. In den USA ist sie seit 1988 eine Facharztbezeichnung. In Deutschland gibt es allerdings bisher nur drei Bundesländer, welche die Facharztweiterbildung »Innere Medizin und Geriatrie« in den Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern etabliert haben (Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Berlin). Geriatrie ist in Deutschland eine etablierte, entwickelte Spezialität mit großem Weiterentwicklungspotential. Geriatrie ist als Supraspezialisierung (www.kcgeriatrie.de, 30.09.2012) zu verstehen – mit Schwerpunkt Innere Medizin, aber auch mit Inhalten der Gerontopsychiatrie, Neurologie sowie Physikalischen und Rehabilitativen Medizin (Ärztekammer Brandenburg, Ärztekammer Berlin).

Krankenhäuser der Grundversorgung sollten entsprechend den demographischen Erfordernissen geriatrische Fachabteilungen vorhalten. Es ist anzumerken, dass Geriatrie auch bis zum bzw. angesichts des Todes stattfindet und insofern auch zwangsläufig palliative Aspekte beinhalten muss – wie dies auch in der Definition der Fachgesellschaften und des Bundesverbandes Geriatrie e. V. zum Ausdruck kommt (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie – DDG, Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie – DGGG, Bundesverband Geriatrie e. V. – BV Geriatrie).

Die Prognose hinsichtlich der geriatrischen Krankenhaushäufigkeit (Fallzahlen) besagt, dass bis 2025 mit einer Zunahme der geriatrischen Krankenhausfälle um 25,4 % zu rechnen ist (Bundesverband Geriatrie e. V. 2016).

Die Mitgliedschaft einer stationären geriatrischen Einrichtung/Abteilung im Bundesverband Geriatrie e. V. ist an den Nachweis einer personellen, räumlichen und apparativen Mindestausstattung gebunden, die sicherstellt, dass die bei der Behandlung älterer Patienten auftretenden komplexen Anforderungen sowohl in akutmedizinischer als auch in rehabilitativer Hinsicht erfüllt werden können. Es wurde ein Qualitätssiegel für Geriatrische Einrichtungen entwickelt, welches als gemeinsame Leitlinie in Sachen Qualität (räumliche und personelle Strukturqualität) verstanden werden soll (kann). Antrieb aller Beteiligten (DGG, DGGG, BV Geriatrie) war es, die Qualität der geriatrischen Versorgung zu stärken.

Definitionen

Definition Geriatrie (Altersmedizin) der Fachgesellschaften

Geriatrie führt akutmedizinische, frührehabilitationsmedizinische und rehabilitationsmedizinische Behandlungen durch. Die Geriatrie geht deshalb zumeist über die reine Organmedizin hinaus und erbringt zusätzliche Leistungen, vor allem im Bereich der multidisziplinären, ICF- und ICD-orientierten Diagnostik und funktionellen Therapie sowie im Bereich der Prävention und der Palliation.

Definition geriatrietypische Multimorbidität

- häufig Multimedikation (Füsgen 2010)
- geht mit einer Erhöhung des Mortalitätsrisikos einher (Menotti et al. 2001)
- Zunahme der sozialen Isolierung (Aklker et al. 2000)
- reduzierte Lebensqualität
- Funktionsstörung in der Fortbewegung
- Funktionsstörung in der Feinmotorik
- Funktionsstörung in der Selbstversorgung
- Funktionsstörung in der Kommunikation
- kognitive Störungen (z. B. bei akutem Delir, kognitive Einschränkungen, bei Demenz etc. – insgesamt bei ca. 32 % der Patientenkollektiven)
 - Geriatriische Fachabteilung der HELIOS Klinik Lutherstadt Eisleben 2017; 2007 wiesen 28 % aller stationären und 12 % aller teilstationären geriatriischen Krankenhausfälle eine Demenz auf (KCG: AOK-Datenauswertung mit WIdo 2007)
 - Erhebliche funktionelle Beeinträchtigungen dementiell Erkrankter bei Haushaltsbefragung, z. B. 21,3 % erhebliche Schwerhörigkeit/Taubheit, 19,3 % erhebliche Sehbehinderung, 59,6 % erhebliche Mobilitätseinschränkung

Definition: Der geriatriische Patient

Geriatriische Patienten sind definiert durch:

- ein höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter), die geriatrietypische Multimorbidität ist hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen
- oder durch ein hohes 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 einhergehender Verschlechterung des Selbsthilfestatus.

Geriatrische Patienten weisen eine erhöhte Vulnerabilität infolge physiologischer Altersveränderungen auf. Hervorzuheben sind organübergreifende Wechselwirkungen. Es bestehen Defizite in mehreren Funktionsbereichen:

- a) auf Organebene,
- b) auf personaler oder
- c) auf sozialer Ebene.

Die Einschränkungen sind somatischer, kognitiver oder auch affektiver Art, bedingt durch altersphysiologische Veränderungen und gegebenenfalls schon manifeste oder zumindest latente Schädigungen von Körperstrukturen oder Funktionen. Die erhöhte Instabilität (eines der sogenannten geriatrischen »Is«) ist sehr häufig anzutreffen. Die Patienten sind pflegefallgefährdet.

Die geriatrischen »Is«:

1. Immobilität
2. Irritabilität (Verwirrtheit, Demenz)
3. Instabilität (Sturzneigung)
4. Inkontinenz
5. In letzter Zeit wird häufig ein fünftes »I« für iatrogene Schädigung hinzugefügt. Hierarchisierung der medizinischen Probleme im therapeutischen Team – Priorisierung der Medikamentenliste:
 - a. Unter NSAR-Therapie sind um ein Drittel erhöhte (meist koronare) Ereignisse zu beobachten. Eine Verdopplung des Herzinsuffizienzrisikos durch alle NSAID konnte belegt werden sowie eine erhöhte gastrointestinale Komplikationsrate: Ca. ein Patient von 1000 verstirbt an den Magenkomplikationen, wie z. B. Perforation, Blutung, Penetration etc.
 - b. Fall-risk-Increasing drugs (FRIDs): Psychotrope Arzneimittel (Anxiolytika, Sedativa, Neuroleptika, Antidepressiva) und kardiovaskuläre Arzneimittel (AM) (Antihypertensiva, vor allem Diuretika, Digoxin). Bei Neuroleptikaverordnung ist die Frakturrate um 40 % erhöht, wobei kein Unterschied zwischen herkömmlichen und neueren Antipsychotika zu verzeichnen ist (Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung 2016).
6. Gebrechlichkeit »frailty«
 - a. verlangsamte Gangart
 - b. verminderte körperliche Aktivität
 - c. physische und psychische Erschöpfung
 - d. körperliche Schwäche
7. Weitere sind z. B. Isolation und andere

Weiterhin zeichnen sich die Patienten durch eine verringerte Anpassungsfähigkeit sowie begrenzte Kompensationsfähigkeit aus. Sehr häufig sind affektive und kommunikative Störungen anzutreffen. Weiterhin ist für geriatrische Patienten eine atypische Symptompräsentation zu beobachten. Es bestehen in der Regel eine hohe

Krankheitsintensität sowie eine reduzierte Spontan-Rekonvaleszenz bei erhöhtem Rehabilitationsbedarf. Kognitiv eingeschränkte (demente) Patienten werden in der Regel nicht wegen einer Demenz im Krankenhaus vorgestellt, sondern häufig wegen einer internistischen Akuterkrankung, z. B. Frakturen infolge von Stürzen oder Schlaganfällen.

Entsprechend der demographischen Entwicklung wird sich z. B. die jährliche Schlaganfallneuerkrankungsrate deutlich erhöhen. Die direkten Kosten für die stationäre und ambulante medizinische Behandlung und für den Rehabilitations- und Pflegeaufwand von Schlaganfallpatienten werden steigen. Dies trifft vor allem auf geriatrische Schlaganfallpatienten zu. Neben dem arteriellen Hypertonus als Hauptrisikofaktor des Schlaganfalls ist das Alter ein nicht beeinflussbarer Risikofaktor. Einen Schlaganfall erleiden überwiegend die älteren, insbesondere die hochaltrigen Patienten.

Es besteht vor allem eine internistische Komorbidität:

- Herzinsuffizienz
- Hypertonie
- Diabetes Mellitus Typ 2
- Fettstoffwechselstörungen
- Koronare Herzkrankheit (KHK)
- Periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK)
- Medikamentennebenwirkungen: Ca. ein Patient von 1 000 stirbt an einer Komplikation, z. B. infolge einer Therapie mit NSAR – durch Magenblutung oder Magenperforation (Zercur Geriatrie 2017).
- Patienten über 60 Jahre: 10,7 Krankenhausdiagnosen (überwiegend internistische) bei dementiell Erkrankten vs. 6,3 bei nicht dementiell Erkrankten (Bundesverband Geriatrie 2016).

Aufgrund der altersabhängig zunehmenden Multimorbidität wird eine zunehmende Schwere der Behandlungsfälle vor allem mit internistischem Behandlungsbedarf zu erwarten sein, was vor allem die internistische/geriatrische Fachkompetenz erforderlich macht. Der neurologische Sachverstand sollte aber immer mit einbezogen werden. Die Geriatrie (Altersmedizin) orientiert sich an den Wechselwirkungen der multipel vorliegenden Erkrankungen und an funktionell behindernden Krankheitsfolgen. Sie hat mit der *geriatrischen Früh-/Rehabilitation*, dem *interdisziplinären Team* und *multidimensionalen Assessment* einen geeigneten konzeptionellen Rahmen für die Akut- und Langzeitversorgung insbesondere der Schlaganfallpatienten geschaffen.

Die Versorgung der Schlaganfallpatienten sollte nach dem Stroke-Unit-Konzept erfolgen. Darunter versteht man einen ausgewiesenen und räumlich definierten Teil einer Krankenhausabteilung zur Behandlung von Schlaganfallpatienten. Die Therapie von Schlaganfallpatienten auf einer Stroke Unit reduziert im Vergleich zu einer Allgemeinstation die Mortalität, Morbidität und die Bedürftigkeit institutioneller Langzeitpflege. Die Leitung kann ein Internist/Geriater oder Neurologe innehaben. Beide Formen der Stroke-Unit-Behandlung sind möglich und effizient,

es kommt auf die Umsetzung des Stroke-Unit-Konzeptes an. Bei internistischer Führung sollte neurologischer Sachverstand kontinuierlich mit eingebunden werden, z. B. durch einen Oberarzt für Neurologie, der in der Geriatrischen Abteilung tätig ist oder zumindest konsiliarisch unterstützt. Die Aufnahme der Patienten sollte innerhalb eines Zeitfensters von 24 Stunden erfolgen. Medizinische Untersuchung und unmittelbare Diagnostik sind sofort erforderlich – inklusive frühestmögliche CCT, um die Möglichkeit einer Thrombolysetherapie (Auflösung eines Blutgerinnsels im Hirngefäß; Zeitfenster 4,5 Stunden) realisieren zu können. Es gilt, eine frühzeitige Mobilisation zu realisieren, um Komplikationen zu vermeiden, wie Pneumonie, Thrombose, Dekubitus etc. Weiterhin müssen Rhythmusstörungen und kardiale Dekompensationen (Sauerstoffmangel) vermieden werden. Auch die diabetische Stoffwechselkonstellation ist sehr bedeutsam, da bei Hyperglykämien mehr Neuronen zugrunde gehen. Deshalb ist eine optimale Führung des Diabetes mellitus unbedingt erforderlich. Weiterhin wird nach Fieber gefahndet, um Infektionen frühzeitig zu erkennen und adäquat behandeln zu können. Auch ist die Überwachung der Flüssigkeitsbilanzierung häufig notwendig. Die Kontrolle der Elektrolyte spielt hierbei ebenfalls eine große Rolle. Die optimale Behandlung der, vor allem bei geriatrischen Patienten vorliegenden, zahlreichen internistischen Erkrankungen ist Grundvoraussetzung, um ein optimales Outcome des Patienten erreichen zu können. Häufig haben geriatrische Patienten spezielle antihypertensive Einstellungen, eine schon Jahre bestehende Medikation bezüglich chronischer Herzinsuffizienz und nicht selten eine intensivierte Führung des seit Jahren bestehenden Diabetes mellitus mit entsprechenden Komplikationen.

Geriatrische Syndrome und häufige Problemstellungen beim älteren geriatrischen Patienten

Häufig liegen geriatrische Syndrom- und Problemkonstellationen vor, die bei einem Großteil mit Fähigkeitsstörungen unterschiedlicher Ausprägung einhergehen – mit negativer Rückwirkung im psychosozialen Bereich:

- Sturzneigung
- Malnutrition (oder drohende Mangelernährung)
- Demenz (kognitive Defizite)
- Polypharmazie-Multimedikation
- Depression
- Inkontinenz
- Obstipation
- chronische Wunden
- chronischer Schmerz
- Schlafstörungen

Geriatrische Patienten sind bedroht, ihre Autonomie zu verlieren:

- drohender Verlust der Selbstständigkeit
- Auftreten von Pflegebedürftigkeit
- oft unzureichende oder fehlreagierende soziale Unterstützungssysteme
- verstärkte Anfälligkeit für iatrogene Schäden

Abgestuftes geriatrisches Versorgungsnetz

Um den demographischen Herausforderungen gerecht werden zu können, benötigen wir ein abgestuftes geriatrisches Versorgungsnetz. An der Spitze ist die Geriatrische Fachabteilung als Kristallisationskern geriatrischer Kompetenz für die Akutversorgung geriatrischer Patienten relevant.

Hier kann frühestmöglich ein therapeutisch-rehabilitatives Gesamtkonzept greifen. Die Krankenhausabteilungen, die geriatrischen Patienten versorgen, müssen über bestimmte Strukturmerkmale verfügen, die eine adäquate Versorgung älterer Patienten erlauben. Dabei sollten die komplexen Anforderungen sowohl in akutmedizinischer wie rehabilitativer Hinsicht erfüllt werden können. Diese strukturellen (personellen, räumlichen) Voraussetzungen sind erforderlich, um eine qualitätsgerechte sowie hocheffiziente Versorgung geriatrischer Patienten zu ermöglichen.

Jedes Bundesland hat ein eigenes Geriatriekonzept entwickelt. Bisher sind nur 226 Krankenhausabteilungen als Geriatrische Fachabteilungen ausgewiesen. Von 502 749 verfügbaren Krankenhausbetten sind nur 12 128 als geriatrisch ausgewiesene Betten gemeldet. Das sind völlig unzureichend nur 2,41 % aller verfügbaren Krankenhausbetten (Statistisches Bundesamt 2010).

In einigen Bundesländern wird nur die Krankenhausbehandlung nach § 109, § 39 SGB V mit teilstationärer Weiterbehandlungsmöglichkeit angeboten (Thüringen, Hessen). Sachsen-Anhalt sieht beispielsweise neben diesen Angeboten zusätzlich die geriatrische Rehabilitation nach § 111 in einer Geriatrischen Rehabilitationsklinik vor. Es wird dort laut Geriatriekonzept die fallabschließende Behandlung auf dem Krankenhaugelände angestrebt. Andere Bundesländer betreiben Geriatrische Rehabilitationskliniken, wie Niedersachsen oder Baden-Württemberg. Eine derartige Ausrichtung auf überwiegend Geriatrische Rehabilitation nach § 111 war auch in Bayern und Sachsen erfolgt. Diese beiden Bundesländer gehen aber auch zunehmend dazu über, Akutgeriatrien nach § 109 zu etablieren, wie dies bereits in anderen Bundesländern erfolgt ist. Auch nach Meinung des Autors ist dieser Weg sinnvoll.

Geriatrische Behandlung im Akutkrankenhaus bessert signifikant Alltagsaktivitäten und reduziert Heimaufnahmen.

Die Geriatriische Fachabteilung

Die Geriatriische Fachabteilung vertritt die ganze Kompetenz der Geriatrie. Sie steht an der Spitze als Kristallisationskern geriatrischer Kompetenz. Laut Geriatriekonzept Sachsen-Anhalt soll in den Zentren die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (laut Prozedurenkatalog OPS 8–550.0/1/2) erbracht werden, Geriatriische Zentren sollen auch Tageskliniken betreiben.

Für geriatrische Patienten sollte frühestmöglich ein therapeutisch-rehabilitatives Gesamtkonzept greifen. Diese Krankenhausabteilungen, die geriatrische Patienten versorgen, müssen über eine

- personelle,
- räumliche und
- apparative Mindestausstattung

verfügen, die sicherstellt, dass die bei der Behandlung älterer Patienten auftretenden komplexen Anforderungen sowohl in akutmedizinischer wie rehabilitativer Hinsicht erfüllt werden können. Die Geriatrie kann dann mit dem generalistischen und das gesamte Spektrum der Multimorbidität älterer Patienten (einschließlich dementieller Erkrankungen) berücksichtigenden Versorgungsansatz bestmöglich wirken. Natürlich sind Versorgungsnetzwerke erforderlich – von der Tagesklinik bis hin zur Rehasportgruppe, Selbsthilfegruppe Demenz und hausärztlichen Vernetzung etc.

Eine Akut-Geriatrie hat primär den akut erkrankten, konservativ zu behandelnden geriatrischen Patienten zu versorgen, bei dem eine Erkrankung entweder akut neu aufgetreten ist oder bei dem sich ein bereits bekanntes, ggf. chronisches Krankheitsbild akut verschlimmert hat. Eine Akut-Geriatrie nimmt entweder Patienten direkt auf oder übernimmt Patienten aus anderen Fachabteilungen oder anderen Akutkrankenhäusern zur Weiterführung der vorherigen akutmedizinischen Versorgung (z. B. nach OP): Nach einem Akutereignis oder zur weiterführenden Diagnostik und Therapie nach ätiologisch noch unklaren, jedoch akut einsetzenden krankheitsverursachenden Umständen.

Weiterhin obliegt der Akut-Geriatrie die Geriatriische Frührehabilitation (Geriatriische frührehabilitative Komplexbehandlung – OPS 8–550.0/1/2). In der Geriatriischen Frührehabilitation sind Aspekte der akutmedizinischen Versorgung und der rehabilitativen Behandlung gleichermaßen relevant.

Die Verläufe der stationären Behandlung der in der Regel (hoch-)betagten vulnerablen geriatrischen Patienten sind in der Regel nicht phasenhaft, sodass man die Geriatriische Rehabilitation von der Akutbehandlung nicht scharf abtrennen kann. Der Patient wird häufig bei passager stabilen Krankheitsverhältnissen im Verlauf wieder instabil. In der Regel besteht eine hohe Krankheitsintensität. Die Geriatriische Frührehabilitation sieht die Versorgung von bedingt rehabilitationsfähigen geriatrischen Patienten oder solchen mit noch unsicherer Rehabilitationsprognose vor.

Geriatrische Frührehabilitation:

- Die Vitalparameter sind noch nicht durchgehend stabil.
- Bestehende Begleiterkrankungen bedürfen einer akutmedizinischen, kurativen oder palliativen Behandlung.
- Kreislaufinstabilitäten oder eine allgemein herabgesetzte Belastbarkeit erlauben keine durchgehende, mehrmals tägliche aktive Teilnahme an rehabilitativen Maßnahmen.
- Es besteht mindestens eine Krankheitsfolge (z. B. Desorientiertheit, schwere Wunde oder Wundkomplikation, schwere Depression, Delir oder Demenz etc.), die eine durchgehende aktive Teilnahme an einer Rehabilitationsbehandlung verhindern würde.

Im Rahmen eines abgestuften geriatrischen Versorgungsnetzes ist häufig die teilstationäre Weiterbehandlung in der Geriatrischen Tagesklinik, welche in der Regel an Geriatrische Fachabteilungen angebunden sein sollte, ein wichtiger Baustein. Hauptschwerpunkte der tagesklinischen Versorgung bestehen neben der Fortführung bzw. Weiterentwicklung der Pharmakotherapie und der sonstigen medizinischen Maßnahmen in der Durchführung rehabilitativer, also überwiegend therapeutischer Behandlungen zur Wiedererlangung bzw. Aufrechterhaltung der Autonomie und Alltagskompetenz eines geriatrischen Patienten in seiner individuellen häuslichen Lebenssituation. Dabei stehen alle diagnostischen Möglichkeiten des Akutkrankenhauses ebenfalls zur Verfügung, sodass auch eine Weiterführung der (bzw. eine weiterführende) Diagnostik erfolgen kann, ggf. auch bei Notwendigkeit eine erneute stationäre Aufnahme in die Geriatrische Fachabteilung.

Als Zielstellung bei der Behandlung geriatrischer Patienten ist eine

- größtmögliche persönliche Autonomie und
- Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung

anzustreben, durch

- gezielte Förderung der Patienten in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) sowie
- instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL).

Dem kommt bei der Behandlung geriatrischer, pflegefallgefährdeter Patienten eine zentrale Bedeutung zu.

Die gezielte sensorimotorische Therapie in den Bereichen Fortbewegung, Körperpflege, Urin- und Stuhlkontrolle, Transfer, Toilettengang sowie der Kommunikation und Orientierung bilden das Zentrum geriatrischer Behandlungs- und Rehabilitationsbemühungen. Alle Teammitglieder müssen im Rahmen eines Gesamtkonzeptes in diese Therapiestrategie eingebunden werden. Natürlich kann der Arzt allein die schwierigen Aufgaben nicht meistern. Geriatrische Medizin ist Teamarbeit.

Der Patient steht dabei im Mittelpunkt der Bemühungen des therapeutischen Teams, welches interdisziplinär zusammengesetzt ist aus

- Pflegekräften (aktivierend-therapeutische Pflege mit geriatricspezifischen Fortbildungszertifikaten),
- Ärzten (Leiter: in der Regel Internist und Geriater, da überwiegend internistische Begleiterkrankungen zu behandeln sind, Palliativmediziner/Schmerztherapie, wenn möglich zumindest konsiliarisch auch Psychiater, Neurologe, ggf. auch FA für Physikalische Therapie und Rehabilitation),
- Sozialarbeitern/teamintegriertem Sozialdienst,
- Physiotherapeuten/Medizinischem Bademeister,
- Ergotherapeuten,
- Psychologen/Neuropsychologen,
- Seelsorgern und anderen.

Geriatrische Betreuung verlangt eine kollektive Anstrengung. Eine wichtige Rolle im therapeutischen Team hat auch der teamintegrierte Sozialdienst inne. Er sollte als »rechte Hand« des leitenden Arztes die rechtlichen Belange des geriatrischen Patienten im Auge behalten und mit dem zuständigen Betreuungsgericht ständig Kontakt halten.

Geriatrische Medizin muss sich häufig mit dem Problem gestörter Willensbildung und dem besonderen rechtlichen Schutzbedürfnis der Kranken befassen. Gesetzliche Vorgaben, bestehende rechtliche Verfügungen, Einwilligungsfähigkeit und Schutz von Rechten sind ständig im Fokus zu behalten (z. B. gilt seit 01.09.2009 die Verbindlichkeit von schriftlich verfassten Patientenverfügungen).

Der teamintegrierte Sozialdienst

Die Mitarbeiter des teamintegrierten Sozialdienstes sind Anwälte und Moderatoren zugleich. Den Sozialarbeitern (Sozialmanagement etc.) kommt in diesen Teams die Rolle der Lotsen im System zu. Sie wirken als Anwälte der betroffenen pflegefallgefährdeten geriatrischen Patienten im Hinblick auf die Wünsche- und Ressourcenfeststellung entscheidend mit, sind teilweise Moderatoren des Prozesses der Entscheidungsfindung (können ethische Fallbesprechungen leiten, wenn sie zusätzliche Qualifikationen erworben haben). Sie steuern den Prozess von Beginn der Behandlung im Krankenhaus an federführend mit, bis hin zum Beginn eines neuen Lebensabschnittes, der gekennzeichnet ist von mehr oder weniger Hilfeabhängigkeit. Die Mitarbeiter des teamintegrierten Sozialdienstes sind gefragt als konstante Vertrauenspersonen, die in interprofessioneller Zusammenarbeit den geriatrischen Patienten und ihren Angehörigen Wege und Möglichkeiten für ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben weisen. Sozialarbeiter entwickeln mit den Patienten gemeinsam mit den Angehörigen individuelle Perspektiven für das Leben nach der Rehabilitation (regelmäßige Teilnahme an Teamsitzungen erforderlich).

Der teamintegrierte Sozialdienst ist verantwortlich für die Führung einer geeigneten Dokumentation und Statistik, achtet auf die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen zum Schutz personenbezogener Daten. Die Mitarbeiter sind verpflichtet, regelmäßig an Fortbildungen teilzunehmen und das Fachwissen ständig zu aktuali-

sieren. Sie nehmen regelmäßig an den wöchentlichen Teambesprechungen(/Visiten) teil, kooperieren eng mit den an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen in der Geriatriischen Fachabteilung und arbeiten eng mit den externen Diensten, Einrichtungen und Institutionen des Sozial- und Gesundheitswesens zusammen.

Der teamintegrierte Sozialdienst

- erstellt die Sozialanamnese/Situationsanalyse für jeden Patienten (Geriatrisches Basisassessment, Sozialstatus nach Nikolaus)
- nimmt an den Visiten und täglichen Frühbesprechungen teil
- koordiniert die Hilfen zwischen allen Mitwirkenden innerhalb und außerhalb der Geriatrie (Teilnahme an Teamsitzungen, Absprachen mit Teammitgliedern usw., vermittelt zwischen den Zielen des Patienten, dessen Bezugspersonen und des Behandlungsteams),
- führt regelmäßige Sprechtage durch und berät Patienten und deren Bezugspersonen in allen sozialen und sozialrechtlichen Fragen.

Aufgaben des Sozialdienstes

- Hilfen zur sozialen Wiedereingliederung und Nachsorge durch Vermittlung ambulanter häuslicher Pflege oder Entlastung in der Haushaltsführung (z. B. Pflegedienst, Hauswirtschaftspflege)
- Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz
- Ggf. Vermittlung in ein Pflegeheim sowie Unterstützung bei der Beschaffung von Wohnraum, welcher ggf. der Behinderung entspricht, Vermittlung von mobilen Hilfsdiensten, z. B. »Essen auf Rädern« u. a.
- Beratung bei Fragen zu gesetzlichen Regelungen für Hilfsangebote, Kosten und Leistungen bei eingeschränkter Alltagskompetenz. Beantragung von Geldleistungen und Verhinderungspflege sowie Pflegegrade. Neben der häuslichen Pflege steht bei Vorliegen der Pflegegrade 1–5 zur Nutzung von Entlastungsleistungen ein monatlicher Betrag von bis zu 125 Euro zur Verfügung. Dieser Betrag kann beispielsweise für Angebote eines Pflegedienstes oder für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag (z. B. Demenzcafé, Betreuungsnachmittage, hausnahe Dienstleistungen) verwendet werden (Pflegestärkungsgesetz II, 2017).
- Unterstützung der Patienten und deren Bezugspersonen bei der Bewältigung von psychosozialen Problemen, die in Zusammenhang mit der Erkrankung/Multimorbidität oder deren Folgen stehen
- Versorgung mit Pflegehilfsmitteln (z. B. Pflegebett, Faltrollstuhl, Toilettennachtstuhl, Gehbank usw. entlassungsbedingt für das häusliche Umfeld)
- Hilfe zur Einleitung einer medizinischen Rehabilitation – z. B. Geriatriische Rehabilitation, ggf. Antragsverfahren bzgl. Genehmigung der Tagesklinik (in Thüringen ist eine direkte Einweisung in die Geriatriische Tagesklinik per Einweisungsschein z. B. des Hausarztes möglich, in Sachsen-Anhalt gilt ein Antragsverfahren)
- Für betreuungsrechtliche Belange sind ggf. Hausbesuche erforderlich
- Hilfen zur Abklärung rechtlicher Belange, Einleitung von Betreuung im Sinne des Betreuungsgesetzes, Einleitung von Eilbetreuungen im Sinne einstweiliger