fallgefährdung auch häufig charakteristisch. Die Notfallmediziner sind diesbezüglich also auch gefordert, entsprechende Qualifikationen zu erwerben.

Qualitätssiegel für geriatrische Abteilungen

Geriatrische Abteilungen sind bereits etabliert. Sie sollten über eine Kapazität von mindestens 30 Betten verfügen, um sinnvolle Abläufe und insbesondere Vertretungsregelungen der Ärzte und Therapeuten zu ermöglichen. Mindestens zwei Geriater sollten zur Verfügung stehen. Bei einer Neueinrichtung können initial 20 Betten etabliert werden. Innerhalb eines Jahres sollte die Bettenkapazität aber auf mindestens 30 aufgestockt werden. Die Strukturmerkmale sind im „Qualitätssiegel Geriatrie“ aufgeführt, einer Leitlinie des Bundesverbands Geriatrie, die in mehreren Bundesländern bereits als Standard gilt.

Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie bundesweit etablieren

In Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt wurde vor Jahren erfolgreich der Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie eingeführt. Dies ist nachvollziehbar, da die Geriatrie ganz maßgeblich von Krankheiten der Inneren Medizin geprägt ist. Es ist unverständlich, dass die Gebietsbezeichnung noch nicht bundesweit zugelassen wurde.

Rasche ethische Fallbesprechung im etablierten Ethikkomitee

Im Umfeld von Operationen und anderen Interventionen müssen Patienten und Angehörige im klinischen Alltag häufig sehr rasch Entscheidungen treffen. Dabei ist in vielen Fällen auch eine ethische Fallbesprechung erforderlich. Für diesen Fall muss in Krankenhäusern ein Ethikkomitee etabliert sein.

In einem solchen Team muss u. U. der mutmaßliche Wille des Patienten eruiert werden, wenn keine Patientenverfügung vorliegt. Das Ethikkomitee ist häufig in einer geriatrischen Abteilung anzutreffen, um einen besonders schnellen Einsatz zu gewährleisten. Voraussetzung ist, dass die personelle Situation den Vorgaben des „Qualitätssiegels Geriatrie“ (www.bv-geriatrie.de/qualitaet/qualitaetssiegel-geriatrie) entspricht.

Zudem haben die meisten geriatrischen Chefärzte in den drei Bundesländern die Zusatzbezeichnung Palliativmedizin erworben. Geriatrische Medizin beinhaltet auch palliative Aspekte. Die Vernetzung mit spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV) bzw. einem stationären Hospiz ist sinnvoll. Die Teams sind auch in der Palliativmedizin geschult und verfügen über zwei Palliative-Care-Schwester sowie Qualifikationen in Physiotherapie, Psychologie etc.

Oberstes Behandlungsziel bei geriatrischen Patienten ist die Wiedererlangung größtmöglicher persönlicher Autonomie. Wichtig ist deshalb die gezielte Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens, z. B. in den Bereichen Körperpflege, Fortbewegung einschließlich Transfer, Urin- und Stuhlkontrolle, Toilettengang sowie Kommunikation

und Orientierung. Der Schwerpunkt in der geriatrischen Abteilung liegt in der geriatrischen Frührehabilitation.

Eine geriatrische Behandlung und Frührehabilitation kann das anspruchsvolle Ziel der Wiedererlangung von Autonomie erreichen. Eine optimierte, komplexe Strukturqualität, die für Akutmedizin und begleitende geriatrische Frührehabilitation geeignet ist, ist dafür unabdingbar.

Dr. med. Henning Freund
Chefarzt
Geriatrische Fachabteilung und Tagesklinik,
Helios Klinik
Lutherstadt Eisleben,
Hohetorstr. 25, D-06295
Lutherstadt Eisleben
www.geriatrie-sa.de

Buchtipps Geriatrie

Henning Freund:
Geriatrisches Assessment und Testverfahren: Grundbegriffe – Anleitungen – Behandlungspfade
3., erweiterte und aktualisierte Neuauflage 2017

Dieser praxisbezogene Leitfadens für alle Mitarbeiter des multiprofessionellen therapeutischen Geriatrie-Teams präsentiert anwendungsorientiert das geriatrische Assessment mit entsprechenden Testverfahren. Erschienen bei Kohlhammer, ISBN: 978-3-17-032629-3.

AOK-Daten

Immer älter, aber auch immer kränker

Laut einer Analyse von AOK-Daten aus Niedersachsen werden Menschen in Deutschland zwar immer älter, bleiben aber deswegen nicht länger gesund.

Forscher der Medizinischen Hochschule Hannover berücksichtigten für ihre Studie Personen, die zwischen 2005 und 2014 bei der AOK Niedersachsen versichert waren. Analysiert wurden alle Diagnosen chronischer Erkrankungen bei über 60-Jährigen.

Im Jahr 2005 betrug die verbliebene Lebenserwartung für 60-jährige Frauen 24,0 und für 60-jährige Männer 19,2 Jahre. Im Jahr 2014 lag sie um 0,63 Jahre

(Frauen) und 0,69 Jahre (Männer) höher. Gleichzeitig nahm der Anteil der Multimorbiden jedoch altersadjustiert drastisch zu. Erfüllten im Jahr 2005 nur 18,6% der Männer und 22,1% der Frauen die entsprechenden Kriterien, waren es 2014 für eine vergleichbare Altersstruktur 31,6% der Männer und 35,0% der Frauen. mut

Tetzlaff J et al. Int J Public Health 2017;62:679–86