

1 Einleitung

2023 erscheint das Weißbuch Geriatrie in seiner 4. Auflage. Es handelt sich dabei um eine komplett überarbeitete, in vielen Bereichen neu verfasste und inhaltlich erweiterte Auflage. Diese umfassende Überarbeitung war notwendig, um auch weiterhin das seit der Veröffentlichung der ersten Auflage im Jahre 2010 verfolgte Ziel dieses Kompendiums fortzuführen: die Situation der Geriatrie bzw. insbesondere der geriatriespezifischen Versorgungsstrukturen in Deutschland umfassend darzustellen.

Ausgehend von dem speziellen medizinischen Versorgungsbedarf betagter sowie hochbetagter Patientinnen und Patienten gibt es einen Überblick über die zum Teil heterogene Versorgungslandschaft. Mit der Darstellung der aktuellen Versorgungsstrukturen in Deutschland, den gesundheits- und versorgungspolitischen Rahmenbedingungen, der wirtschaftlichen Situation der Geriatrie sowie ihrer gesundheitsökonomischen Effekte wird eine umfassende Analyse des Status Quo erstellt, die anschließend die Basis für einen fundierten Ausblick auf zukünftige Erfordernisse darstellt. Dabei werden gesellschaftliche Entwicklungen und Herausforderungen genauso berücksichtigt wie notwendige Qualitätsanforderungen sowie die Aus-, Fort- und Weiterbildung des medizinischen Personals.

Neu ist ein weiterer zentraler Bestandteil dieser Ausgabe: die Vorstellung und Erläuterung des Geriatriekonzeptes des Bundesverbandes Geriatrie, welches die Mitglieder des Verbandes im Rahmen der Mitgliederversammlung 2022 verabschiedet haben. Es beinhaltet erstmalig klare Planungsvorgaben und Bedarfszahlen. Damit liegt eine fundierte Grundlage für die gesundheitspolitische Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in den nächsten Jahren vor. Das Konzept setzt u.a. die Analysen und Bewertungen aus den bisherigen Weißbüchern Geriatrie in eine konkrete Handlungsempfehlung für die Versorgungspraxis um. Es ist somit die logische Konsequenz aus den Entwicklungen der vergangenen Jahre, die mit der umfassenden Bestandsanalyse des ersten Weißbuchs begonnen hat und über die Entwicklung des Geriatrischen Versorgungsverbundes als Blaupause für die vernetzte Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten bis hin zum Geriatriekonzept mit detaillierten Planungsparametern führt.

Neben den konkreten Planungsgrundlagen ist die innovative Neustrukturierung und damit die fachlich-inhaltliche Umgestaltung des nicht-vollstationären Bereichs ein zweiter zentraler Konzeptansatz. Gerade für betagte und hochbetagte Patientinnen und Patienten hat dieser

umfassende Abbildung der geriatriespezifischen Versorgungsstrukturen

neu: Erläuterung des Geriatriekonzeptes des BV Geriatrie

Versorgungsbereich eine sehr hohe Bedeutung. Die Einbindung in die eigene Häuslichkeit stellt einen wichtigen Bezugspunkt dar. Durch die innovative Zusammenführung der heute strikt getrennten Bereiche von Tageskliniken, ambulanter Rehabilitation, mobiler geriatrischer Rehabilitation und ggf. der Geriatrischen Institutsambulanz können für die individuellen Patientinnen und Patienten neue Versorgungsangebote mit einem erheblichen Mehrwert geschaffen werden. Diese Neustrukturierung stellt eine »Sprungevolution« dar und eröffnet völlig neue Versorgungshorizonte.

1.1 Betagte sowie hochbetagte Patientinnen und Patienten

Die Geriatrie, auch Altersmedizin genannt, ist die medizinische Spezialdisziplin, die sich mit den körperlichen, geistigen, funktionalen und sozialen Aspekten in der Versorgung von akuten und chronischen Krankheiten, der Rehabilitation sowie Prävention betagter Patientinnen und Patienten sowie deren spezieller Situation am Lebensende befasst. Kurz gesagt ist die Geriatrie die medizinische Lehre von den Krankheiten des alternden Menschen.

keine feste Altersgrenze, biologisches Alter von Bedeutung

Dabei gibt es keine fest definierte Altersgrenze, was auch daran liegt, dass das biologische Altern bei allen Menschen unterschiedlich verläuft. Die untere Grenze einer Behandlung in einer Geriatrie ist zumeist das 65. Lebensalter, das Alter der Mehrzahl der Patientinnen und Patienten liegt zwischen 75 und 90 Jahren.

Die Geriatrie ist eine vergleichsweise junge Disziplin. Als Bezeichnung 1909 im New York Medical Journal eingeführt, stellt die medizinische Fachrichtung die besondere Lebenssituation älterer Menschen, ihre typischen Risiken und Symptome, in den Mittelpunkt eines speziellen Behandlungsansatzes. In der Bundesrepublik gab es seit Ende der 1960er Jahre erste geriatriespezifische Versorgungsansätze u. a. mit ersten »Spezialkliniken für Altersleiden«. In der DDR wurde 1969 der erste deutsche Lehrstuhl für Gerontologie eingerichtet. Mit dem ersten bundesweiten Konzept für die geriatrische Rehabilitation wurden 1987 zunächst Modelleinrichtungen für die Rehabilitation geschaffen, seit Mitte der 1990er Jahre erfolgte in etwas größerem Umfang ein Aufbau entsprechender Fachabteilungen bzw. Fachkliniken für die Akutversorgung.

Auf gesundheitspolitischer Ebene folgten die ersten Gründungen von entsprechenden Fachverbänden und an Universitäten wurden vereinzelt entsprechende Lehrstühle etabliert. Mit der Einführung der Weiterbil-

dung »Klinische Geriatrie« fand die Altersmedizin auch ihren ersten Niederschlag in der Qualifikation der Ärzteschaft.

Seitdem hat sich die Geriatrie und die Versorgung betagter und hochbetagter Patientinnen und Patienten intensiv und dynamisch (weiter-) entwickelt. Dabei ist die Geriatrie – die ihre stärksten Wurzeln in der Inneren Medizin hat – im besonderen Maße auch durch äußere Faktoren beeinflusst. Als Stichwort sei an dieser Stelle nur der demografische Wandel beispielhaft genannt. Aber auch der Wandel des gesellschaftlichen Blicks auf das Alter oder das Selbstverständnis der Senioren¹ in der Gesellschaft haben großen Einfluss auf die Entwicklung genommen. In jüngster Zeit ist zudem der medizinische Fortschritt von besonderer Relevanz, der zum Beispiel operative Eingriffe bei betagten und hochbetagten Menschen zulässt, die noch vor wenigen Jahren medizinisch undenkbar waren.

Für die Geriatrie selbst definiert der immer komplexer werdende Versorgungsbedarf ihrer Zielgruppe wichtige strukturelle Vorgaben. Dieser kann nur durch eine interdisziplinäre und multiprofessionelle Ausrichtung der Behandlung sachgerecht erfüllt werden. Daher ist ein zentrales Merkmal der geriatriespezifischen Versorgung ein entsprechendes multiprofessionelles Behandlungsteam unter fachlicher Leitung eines Geriaters.

interdisziplinäre und multiprofessionelle Ausrichtung der Behandlung

Die deutsche Bevölkerung wandelt sich und wird immer älter. Bevölkerungsvorausberechnungen prognostizieren eine absolute und bevölkerungsanteilige Zunahme für die Altersklasse der über 70-Jährigen bei gleichzeitigem Rückgang der Gesamtbevölkerung. Demzufolge werden im Jahr 2040 rund 22,6 % der Bevölkerung 70 Jahre oder älter sein (► Kap. 8.1).

Gleichzeitig verändert sich das gesellschaftliche Umfeld. Familiäre Bindungen sehen heute anders aus als noch vor 15 Jahren. U.a. durch die veränderte Arbeitswelt ist oft keine räumliche Nähe mehr zu den Eltern oder Großeltern möglich, sodass sich Versorgungsstrukturen im Alter wandeln müssen. Singlehaushalte nehmen stark zu, gleichzeitig verändert sich das Stadt-Land-Verhältnis. Diese Entwicklungen stellen große Herausforderungen für die verschiedenen Sozialsysteme, insbesondere für die Kranken- und Pflegeversicherung, dar.

Ansprüche an die Lebensphase »Alter« verändern sich

Zudem haben sich die Ansprüche an die Lebensphase »Alter« verändert: Senioren möchten in der Regel am gesellschaftlichen und kulturellen Leben teilhaben – auch, wenn sie aufgrund körperlicher, seelischer oder kognitiver Einschränkungen dabei Unterstützung benötigen. Mittlerweile hat die Politik erkannt, dass Partizipation die Lebensqualität und Gesundheit älterer Menschen verbessert. Ein selbstbestimmtes Leben im vertrauten eigenen Wohnumfeld und aktive soziale Teilhabe gelten

1 Zugunsten einer lesefreundlichen Darstellung wird in diesem Text bei personenbezogenen Bezeichnungen nicht durchgängig gegendiert, sondern in einigen Fällen die männliche Form verwendet. Diese schließt, wo nicht anders angegeben, alle Geschlechtsformen ein (weiblich, männlich, divers).

deshalb heute als wichtige Ziele der gesundheitlichen Förderung. Denn die möglichst weitgehende und langanhaltende Selbstständigkeit hat ökonomische Effekte hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit, die später einsetzt, nicht so stark ausgeprägt ist oder sogar ausbleibt.

Die Geriatrie kann und muss hierzu einen erheblichen Teil beitragen, da sie die spezifischen Erkrankungen im Alter fokussiert und deren Besserung – soweit noch möglich – anstrebt oder zumindest einer Verschlechterung der Situation oder einer Chronifizierung entgegenwirkt.

Die gesundheitliche Situation des älteren Menschen ist oftmals geprägt durch eingeschränkte körperliche und/oder kognitive Leistungsfähigkeit sowie latente oder bereits manifeste Funktionseinschränkungen. Diese altersbedingten Veränderungen plus gegebenenfalls bereits erworbene chronische Erkrankungen können durch akute Krankheitsergebnisse ergänzt oder entsprechend verstärkt werden. Deshalb weisen Betagte und Hochbetagte mit zunehmendem Alter zumeist mehrere Erkrankungen, eine höhere Gebrechlichkeit sowie darüber hinaus eine verringerte Belastbarkeit auf.

Ziel der geriatrischen Medizin ist es, diese Besonderheiten ihrer Patientinnen und Patienten gezielt zu berücksichtigen. Ihr Aufgabenspektrum reicht deshalb von der Behandlung akuter und/oder chronischer Erkrankungen über Unfallfolgen (z. B. nach Stürzen) bis zur Rehabilitation. Zunehmend, aber immer noch in sehr geringen Umfang, kommen auch Vorsorgeaspekte hinzu.

Selbstständigkeit und Teilhabe älterer Menschen erhalten, stabilisieren bzw. soweit möglich wiederherstellen

Durch frühzeitige rehabilitative Maßnahmen soll zudem Pflegebedürftigkeit vermieden bzw. soweit wie möglich vermindert werden. Aus diesen Gründen verfolgt die Altersmedizin einen ganzheitlichen Ansatz, bei dem auch immer mitberücksichtigt wird, die Selbstständigkeit und Teilhabe älterer Menschen zu erhalten bzw. zu stabilisieren und soweit wie möglich wiederherzustellen.

1.2 Geriatrische Patientinnen und Patienten und ihre spezifischen Behandlungsbedarfe

Multimorbidität und verringerte Belastbarkeit

Die medizinische Behandlung älterer Menschen fokussiert sich nicht allein auf ein akutes Krankheitsbild, sondern muss zumeist ihre Multimorbidität und verringerte Belastbarkeit berücksichtigen. Dafür wird nicht nur deren Gesundheitszustand betrachtet, sondern auch ihre Fähigkeit, ein möglichst selbstständiges Leben zu führen. Der soziale Kontext spielt hier ebenfalls eine wichtige Rolle. Diese drei Faktoren werden regelhaft durch sog. Assessments individuell erfasst, bewertet und in ein umfassendes Behandlungskonzept umgesetzt.

Diese spezifische Ausgangssituation ist in die Definition des geriatrischen Patienten eingeflossen, die die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG), die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) sowie der Bundesverband Geriatrie (vormals Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatrischen Einrichtungen) entwickelt und gemeinsam verabschiedet haben. Diesem Konsens hat sich die Sektion Geriatrie des Bund Deutscher Internisten (BDI) angeschlossen.

Definition des geriatrischen Patienten

Geriatrische Patientinnen und Patienten sind gekennzeichnet durch

- eine vorrangige »geriatrietypische Multimorbidität«
- und ein höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter)

oder

- durch ein Alter »80+« (auf Grund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität).

Diese kann sich z. B. zeigen durch

- das Auftreten von Komplikationen und Folgeerkrankungen,
- die Gefahr der Chronifizierung,
- das erhöhte Risiko eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus.

Diese Definition war zugleich Diskussionsgrundlage der Europäischen Fachärztevereinigung, Sektion Geriatrie (UEMS – Union Européenne des Médecins Spécialistes), bei der Entwicklung einer europäischen Begriffsbestimmung:

»Ältere Patienten weisen eine hohe Vulnerabilität (»Frailty«) auf und leiden an multiplen aktiven Krankheiten. Die Patientengruppe ist deshalb auf eine umfassende Betreuung angewiesen. Krankheiten im Alter können sich different präsentieren und sind deshalb oft besonders schwierig zu diagnostizieren. Das Ansprechen auf Behandlung ist oft verzögert und häufig besteht ein Bedarf nach (gleichzeitiger) sozialer Unterstützung. Geriatrische Medizin geht daher über einen organzentrierten Zugang hinaus und bietet zusätzliche Behandlung in einem interdisziplinären Team an. Hauptziel dieser Behandlung ist die Optimierung des funktionellen Status des älteren Patienten mit Verbesserung der Lebensqualität und Autonomie.

Die geriatrische Medizin ist zwar nicht spezifisch altersdefiniert; konzentriert sich jedoch auf typische bei älteren Patienten gefundene Erkrankungen. Die meisten Patienten sind über 65 Jahre alt. Patien-

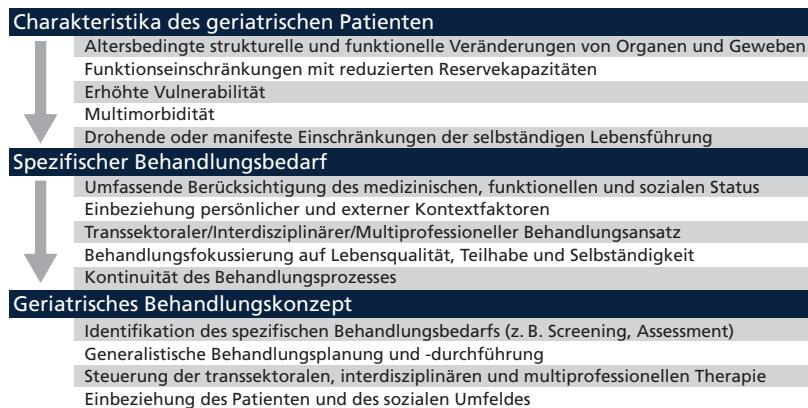
ten, die am meisten von der geriatrischen Spezialdisziplin profitieren, sind in der Regel 80 Jahre und älter.«²

Die in der Beschreibung des geriatrischen Patienten aufgeführten Kriterien sind bei der definitorischen Abgrenzung des geriatrischen Patienten und seines spezifischen Behandlungsbedarfs zu anderen Fachdisziplinen anzuwenden, in denen ebenfalls ältere Menschen behandelt werden. Wird dieser spezifische Bedarf im Rahmen einer medizinischen Behandlung älterer Menschen nicht angemessen erkannt und in die Therapieplanung einbezogen, besteht die Gefahr, dass sich ein umfassender Behandlungserfolg, der auch vom Patienten bzw. der Patientin hinsichtlich seiner bzw. ihrer Lebensqualität als solcher wahrgenommen werden kann, nicht oder nur in einem verminderten Umfang einstellt.

Daher soll die Definition des geriatrischen Patienten nicht die sich aus der Multimorbidität oder einem akuten Krankheitseignis ergebende fachmedizinische (Mit-)Behandlung anderer Disziplinen ausschließen, sondern vielmehr verdeutlichen, dass der Geriater die oftmals interdisziplinäre und intersektorale fachmedizinische Therapie im Rahmen des Gesamtbehandlungskonzeptes zu koordinieren hat.

fachmedizinische
(Mit-)Behandlung
anderer Disziplinen

Abb. 1:
Spezifika des geriatrischen Patienten und das adaptierte geriatrische Behandlungskonzept (eigene Darstellung in Anlehnung an Lübke 2005, S. 136)



Die Definition des geriatrischen Patienten ist daher im Sinne einer am Bedarf orientierten Versorgung nicht als tatsächliche Abgrenzung zu anderen Fachdisziplinen zu verstehen. Deutlich wird aber, dass auf der Grundlage der Charakteristika geriatrischer Patientinnen und Patienten der spezifische Behandlungsbedarf als solcher zu identifizieren ist und es den Geriatern als Spezialisten braucht, um – falls erforderlich – weiteres

2 Definition der Europäischen Union der medizinischen Spezialisten (UEMS) (akzeptiert in Malta am 3.5.2008 und überarbeitet in Kopenhagen am 6.9.2008). Aus historischen und strukturellen Gründen kann die Organisation der geriatrischen Medizin zwischen europäischen Mitgliedstaaten variieren.

fachmedizinisches Spezialwissen in das geriatrische Behandlungskonzept zu integrieren. Die ► Abbildung 1 verdeutlicht den Zusammenhang zwischen den Charakteristika des geriatrischen Patienten, seinem spezifischen Behandlungsbedarf und dem sich daraus entwickelnden geriatrischen Behandlungskonzept.

Diesem Versorgungsanspruch wird die derzeitige Situation in der Akut- und Rehabilitationsmedizin noch nicht vollständig gerecht, auch wenn in den letzten Jahren – wie in ► Kapitel 4.2 deutlich wird – Verbesserungen zu registrieren sind. Ein großer Teil der Patientinnen und Patienten mit geriatrischem Behandlungsbedarf wird auch heute noch nicht als solcher regelhaft erkannt und behandelt. Dies kann für diese Patientengruppe gravierende Nachteile hinsichtlich des Behandlungserfolgs und der weiteren Lebensführung verursachen. Zudem ergeben sich für die sozialen Sicherungssysteme zusätzliche Belastungen.

geriatrischer Behandlungsbedarf wird auch heute noch nicht regelhaft erkannt und entsprechend behandelt.

Beispiele hierfür sind:

- Ein unzureichendes initiales Screening führt zu einer unvollständigen Erhebung (Assessment) des individuellen medizinischen, pflegerischen und sozialen Risikopotenzials des älteren Patienten bzw. der älteren Patientin. Hieraus ergibt sich eine unvollständige Therapieplanung, die wesentliche, den Therapieerfolg gefährdende Faktoren unberücksichtigt lässt.
- Eine unzureichende Berücksichtigung des (früh-)rehabilitativen Behandlungsbedarfs während der Akutphase eines Krankheitsgeschehens birgt die Gefahr einer einseitigen Fokussierung oder seriellen Therapieplanung. Rehabilitationspotenziale gehen verloren bzw. werden verspätet oder nicht gefördert.
- Gleiches gilt bei einer nicht auf Multimorbidität abgestellten Therapieplanung. Erfolgt diese nicht patientenindividualisiert und interdisziplinär koordiniert, besteht die Gefahr, dass therapeutische Wechselwirkungen im fachspezifischen Kontext nicht berücksichtigt werden oder dass akutmedizinisch notwendige Interventionen zum falschen Zeitpunkt stattfinden.
- Im Bereich der indikationsspezifischen Rehabilitation werden bei geriatrischen Patientinnen und Patienten zumeist nicht alle individuell vorhandenen Ressourcen und Rehabilitationspotenziale erkannt und bleiben daher ungenutzt. Der Patient erreicht in diesem Fall nicht den Grad an Selbstständigkeit, der bei einer spezifischen, auf den geriatrischen Patienten abgestimmten rehabilitativen Behandlung möglich wäre.

Diese Beispiele zeigen, dass die Definition des geriatrischen Patienten und eine somit mögliche gezieltere Identifikation dieser Patientengruppe keinem Selbstzweck folgt. Sie ist die Grundlage, möglichst vielen älteren Menschen mit einem geriatrischen Versorgungsbedarf den Zugang zu entsprechenden fachspezifischen Versorgungsstrukturen zu ermöglichen und eine fachlich indizierte, bedarfsgerechte und somit bestmögliche Be-

geriatespezifische Versorgung kein Selbstzweck

handlung sicherzustellen. Dieser Grundansatz trifft in Deutschland auf ein streng sektoriertes und in einzelne Budgets eingeteiltes Gesundheitssystem, was systemimmanent zu Konflikten führen muss.

Die Multimorbidität geriatrischer Patientinnen und Patienten ist in der hohen Anzahl an Nebendiagnosen begründet. Funktionseinschränkungen zeigen sich in dem in der Geriatrie bei der Patientenaufnahme erhobenen, in der Regel niedrigen Barthel-Index. Weitere Indikatoren, z. B. zur Mobilität (Timed-Up & Go-Test), zur Pflegebedürftigkeit oder zu kognitiven Leistungen werden im Rahmen des geriatrischen Assessments zur Analyse des Behandlungsbedarfs und als Zielindikatoren zur Sicherung des Behandlungsverlaufs herangezogen.

Erst der umfassende Einsatz dieser funktionsbezogenen Analyseinstrumente und die Berücksichtigung des individuellen sozialen Kontextes im Zusammenhang mit der medizinischen Anamnese und Diagnostik durch die gemeinsam agierenden Professionen des multiprofessionellen Teams der Geriatrie ergeben ein vollständiges Bild zum patientenindividuellen Versorgungsbedarf und bewirken ein umfassendes Behandlungskonzept. Schließlich ist diese konzeptionelle Basis der geriatrischen Versorgung auch der Schlüssel für die anzustrebende Behandlungsqualität. Darüber hinaus sind diese konzeptionellen Charakteristika der Geriatrie auch Grundlage der folgenden Darstellungen der Versorgungsstrukturen, ihrer Inanspruchnahme sowie der prognostizierten Entwicklungspotenziale und -erfordernisse der geriatrischen Versorgung in Deutschland.

Vor diesem Hintergrund erfahren betagte bzw. hochbetagte Patientinnen und Patienten durch den speziellen Behandlungsansatz einen Mehrwert hinsichtlich des Inhalts und der Qualität ihrer Behandlung.

Das geriatriespezifische, multiprofessionelle Behandlungsteam in Verbindung mit dem geriatrischen Assessment

Dafür ist aber eine fachübergreifende, integrative medizinische Kompetenz vonnöten, die in anderen Fachdisziplinen in dieser Form nicht vorhanden bzw. gar nicht erforderlich ist. Aus der Tatsache, dass sich der geriatrische Behandlungsbedarf von anderen Fachdisziplinen wesentlich unterscheidet, in denen ebenfalls ältere Menschen behandelt werden, stellt u. a. die UEMS wie oben dargestellt das Behandlungsteam in den Fokus der Behandlung. Ein solches multiprofessionelles Team in der Geriatrie besteht mindestens aus Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften, Physio- und Ergotherapeuten, Logopäden, Psychologen sowie Mitarbeitenden des Sozialdienstes. Der Geriater ist hier der Spezialist, der das medizinische Fachwissen in das Behandlungskonzept integriert. Nach ei-

nem strukturierten multidimensionalen Assessment legt das Team mit den Patientinnen und Patienten die Behandlungsziele fest und wählt die hierfür notwendige Diagnostik und Therapie aus. Auf Basis der Befunde, der Behandlungs- und Rehabilitationsziele können sie nun fachgerecht versorgt werden. In wöchentlichen Teambesprechungen werden zudem die bisher erreichten Behandlungsergebnisse besprochen und weitere Behandlungsziele festgelegt.

Das multiprofessionelle Behandlungsteam ist dabei auf allen Ebenen und in allen Phasen der geriatrischen Versorgung das zentrale Element – von der Akutbehandlung bis zur Rehabilitation, von der stationären Versorgung bis hin zu den verschiedenen Arten der nicht-vollstationären Versorgung. Die Planung der Behandlung beruht dabei auf dem umfangreichen, regelmäßigen und strukturierten Einsatz von geriatrischen Assessmentinstrumenten.

Das sog. geriatrische Assessment dient der objektiven Erfassung der einzelnen Probleme, aber auch der näheren Feststellung noch erhaltener Funktionen des geriatrischen Patienten. Es ist ein diagnostischer Prozess zur systematischen Erfassung der medizinischen, funktionellen sowie psychosozialen Ressourcen und Probleme des individuellen Menschen. Das Ergebnis bildet die Grundlage zur weiteren Behandlung.

geriatrisches Assessment, Basis der Versorgung

Zentrale Bereiche des geriatrischen Assessments sind unter anderem:

- körperliches Befinden
- medizinische Daten
- psychisches Befinden
- ADL-Status (activities of daily living)
- sozialer Status
- Wohnverhältnisse
- ökonomischer Status
- Dazu werden unter anderem die folgenden standardisierten Testverfahren eingesetzt:
 - Barthel-Index
 - Minimental State
 - Geriatric Depression Scale
 - Timed up and go-Test
 - Tinetti-Test
 - Sozialassessment

Im Jahre 2019 veröffentlichte die DGG eine S1-Leitlinie zum geriatrischen Assessment (AWMF Leitlinie 084-002 »Geriatrisches Assessment der Stufe 2 – Living Guideline«). Inhalte dieser Leitlinie sind die Beschreibung der einzelnen Assessmentstufen, die Auswahl geeigneter Instrumente für das geriatrische Assessment sowie die Zuordnung dieser Instrumente zu den Assessmentstufen 2a/2b.

Für die fachgerechte Behandlung hochaltriger Patientinnen und Patienten sind also u. a. die folgenden Merkmale essenziell:

- Geriatrische Behandlungskonzepte brauchen spezifische Behandlungsstrukturen. Dazu gehören akutmedizinische Behandlungsanteile mit ggf. frührehabilitativen Therapieanteilen sowie die geriatrische Rehabilitation, die jeweils den individuellen Behandlungsbedarf berücksichtigen müssen.
- Ein multiprofessionelles Behandlungsteam in der Geriatrie, welches sich im Rahmen von regelmäßigen Teambesprechungen über die weiteren Behandlungsschritte austauscht.
- Das geriatrische Assessment als Basis der Behandlungsplanung.
- Die hierzu notwendige Fachkompetenz der beteiligten Berufsgruppen muss in geeigneten Ausbildungsstrukturen vermittelt werden.

1.3 Die Entwicklung der Geriatrie in Deutschland

1909 zum ersten Mal der Begriff »Geriatrie« eingeführt

Die Geschichte und damit die Entwicklung der Geriatrie beginnt mit dem österreichischen Mediziner Ignatz Nascher, der in einem Aufsatz des New York Medical Journal von 1909 zum ersten Mal den Begriff »Geriatrie« einführt. Nascher nahm als Arzt ältere Menschen nicht mehr in erster Linie als Patientinnen und Patienten wahr, sondern sah in ihnen eine Gruppe Menschen, deren spezielle Lebenssituation mit besonderen alters-typischen Risiken und Symptomen einhergeht. Daraus leitete er die Notwendigkeit ab, die Komplexität der Behandlungssituation älterer Menschen in den Mittelpunkt des Behandlungsansatzes zu stellen – ähnlich wie ein Pädiater dies bei der speziellen Patientengruppe der Kinder tut – und empfahl, die Behandlung und Pflege ganz auf die Bedürfnisse dieser Altersgruppe abzustellen.

Die von ihm entwickelten Grundprinzipien wurden wegweisend für die Zukunft der Geriatrie; sein grundlegender Ansatz gewinnt durch die sich verändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen auch heute noch zunehmend an Bedeutung. In den 1930er Jahren behandelte die britische Chirurgin Dr. Marjorie Warren ältere Patientinnen und Patienten in England und stellte 1943 die Forderung, die Geriatrie in die medizinische Ausbildung einzubeziehen und geriatrische Abteilungen in den Krankenhäusern zu gründen.

Die Entwicklung des Fachwissens in der Geriatrie und der daraus folgenden eigenständigen geriatrischen Strukturen zeigt klare Parallelen zu der Etablierung anderer medizinischer Disziplinen bzw. Subdisziplinen,