

Marion Rehm/Wolfgang Schwibbe (Hrsg.)

Praxiswissen Geriatric

Für Pflege, Therapie und
das multiprofessionelle Team

2., erweiterte und
überarbeitete Auflage

Kohlhammer

Kohlhammer

Die Herausgebenden



Foto: Miriam
Yousif-Kabota

Marion Rehm, Krankenschwester, Dipl.-Gesundheitswissenschaftlerin,
Leiterin der Albertinen Akademie, Hamburg.

Wer sich entscheidet, in einem Gesundheitsberuf zu arbeiten, dem liegt daran, hilfsbedürftige Menschen zu versorgen und sie dabei zu unterstützen, ihre Selbständigkeit wiederzuerlangen. Dazu gehört auch, Menschen in Extremsituationen oder in der Sterbephase würdevoll zu begleiten. Der Umgang mit den Patienten, deren An- und Zugehörigen, die Zusammenarbeit im Team – es gibt nicht viele Berufe, die so vielseitig und vielschichtig sind und in denen es so viele Möglichkeiten gibt, sich zu spezialisieren und weiterzubilden. Seit fast vierzig Jahren bin ich nun schon im Gesundheitswesen tätig – zunächst als Krankenschwester, nach dem Studium in der Versorgungsforschung und seit zwölf Jahren organisiere ich Bildungsmaßnahmen für die Mitarbeiter der Gesundheitsberufe. Auch hier bin ich dankbar und schätze die Bandbreite und Vielfältigkeit meiner Tätigkeit.

Auf einer anderen Ebene darf ich nun dazu beitragen, dass Patienten und hilfsbedürftige Menschen eine qualitativ hochwertige und zugewandte Versorgung erhalten: indem Mitarbeiter von Gesundheitseinrichtungen befähigt werden, Methoden und Konzepte zu erlernen, die ihnen in der alltäglichen Arbeit weiterhelfen. Und auch wenn in diesen unruhigen Zeiten Bildungsmaßnahmen oft hintenangestellt werden: Ohne Bildung geht es nicht! Bildung wird ein Schlüssel und ein Wettbewerbsvorteil für die Unternehmen sein, wenn es darum geht, Mitarbeiter zu halten und zu gewinnen.

Ich wünsche mir, dass dieses Buch viele Leserinnen und Leser findet und damit auch einen Anteil daran hat, dass die Versorgung der uns anvertrauten Menschen verbessert wird.
Marion Rehm



Wolfgang Schwibbe, Pädagoge und Andragoge, von 2000 bis 2016
Leiter der Albertinen Akademie, weiterhin als Senior-Berater tätig.

Bei der Erstauflage dieses Buches im Jahr 2019 wussten wir nichts von Corona, und wir konnten nicht ahnen, welche gravierenden Auswirkungen die Pandemie für die Älteren in Deutschland haben würde – insbesondere dann, wenn sie in Einrichtungen wohnen.

»Strikte Isolation ist gerade für Ältere Gift« lautete die Überschrift eines Interviews bereits Anfang April 2020 – dieser und viele andere Einwände nützten nichts.¹ In der Pandemie waren all die guten und richtigen Ansätze zu Beteiligung, Autonomie, Selbstverantwortung etc. plötzlich dahin, weil der oberste Grundsatz in Deutschland lautete: unbedingter Schutz vor Ansteckung, auch um den Preis absoluter Isolation, einsam durchlebter Krankheit und häufig auch einem Versterben ohne Abschied von den Angehörigen.

*Wenn das Prinzip wenigstens wirksam gewesen wäre – aber es starben in Alten- und Pflegeheimen sehr viele Bewohnerinnen und Bewohner: »Ein wirksamer Schutz der Heimbewohner*innen ist allerdings auch in der zweiten Welle vielerorts nicht gelungen«, fasst eine Publikation im Juli 2022 die Ergebnisse zusammen.² Und: »Die Übersterblichkeit im zeitlichen Zusammenhang mit den Pandemiewellen erscheint deutlich.«³*

Die Aufarbeitung dieses Versagens steht aus, die Geriatrie und Gerontologie sollte ihre Fachkompetenz dabei unbedingt einbringen.
Wolfgang Schwibbe

-
- 1 Keller M (2020) »Strikte Isolation ist gerade für Ältere Gift«. Interview mit Johannes Pantel in Spiegel online, 02.04.2020 (<https://www.spiegel.de/gesundheit/coronavirus-strikte-isolation-ist-gerade-fuer-aeltere-gift-a-da331fcf-c5ea-40db-822c-9bbc8f85d67b>, Zugriff am 01.07.2022)
 - 2 Klemperer D (2022) Corona verstehen – evidenzbasiert. Living eBook, Version 69.0, Stand 10.10.2022, S. 245 (https://www.sozmad.de/Klemperer_Corona_69.0.pdf, Zugriff am 13.10.2022)
 - 3 Ebd., S. 236

Marion Rehm/Wolfgang Schwibbe (Hrsg.)

Praxiswissen Geriatrie

Für Pflege, Therapie und
das multiprofessionelle Team

2., erweiterte und überarbeitete Auflage

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 und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten verändern sich ständig. Verlag und Autoren tragen dafür Sorge, dass alle gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Eine Haftung hierfür kann jedoch nicht übernommen werden. Es empfiehlt sich, die Angaben anhand des Beipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen. Aufgrund der Auswahl häufig angewendeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese 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.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

2., erweiterte und überarbeitete Auflage 2023

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-040484-7

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-040485-4

epub: ISBN 978-3-17-040486-1

Geleitwort

Unter Altern verstehen wir einen organtypischen Prozess, der sowohl die physiologischen Prozesse wie die Morphologie der Organe verändert. Während es dadurch im körperlichen Bereich zu einem Leistungsabfall kommt, sind im seelisch-geistigen Bereich im Alter Höchstleistungen möglich. Alter ist keine Krankheit, aber die Krankheitsanfälligkeit nimmt zu. Die Übergänge zwischen normalen Alterungsprozessen und der Entstehung von Krankheiten sind fließend. Krankheiten werden deshalb oft von den Betroffenen wie von den Professionellen nicht rechtzeitig erkannt, was zu unnötigen Behinderungen und Resignation führen kann.

Um dem zu begegnen, ist es wichtig, dass sowohl die Betroffenen wie alle professionell im Gesundheitssystem Tätigen über die nötigen Kenntnisse im Umgang mit Alter und Krankheit Bescheid wissen. Alle müssen wir sowohl im präventiven, kurativen wie rehabilitativen Bereich auf den Prozess Altern Rücksicht nehmen. Davon ausgenommen werden kann nur der Bereich der Kinder- und Jugendmedizin.

Das Wissen um Altern und Krankheit und die speziellen Aspekte der Therapie müssen dabei sowohl im ambulanten Bereich wie im Krankenhausbereich und ganz besonders im Heimbereich bekannt sein.

Für mich ist dabei das Wichtigste, dass wir von einer positiven Grundhaltung ausgehen, wie ich es gerne nenne, eine »Dennoch-Haltung«. Rehabilitation ist möglich bis zum Tod. Verbessert werden kann die Situation eines jeden Patienten. Hilflosigkeit kann durch Wissen, Professionalisierung und Em-

pathie verhindert werden. Das vorliegende Buch, das von Marion Rehm, der Leiterin der Albertinen Akademie und ihrem Vorgänger Wolfgang Schwibbe herausgegeben wird, vermittelt uns einen Großteil dieses Wissens. Erstmals sind es nicht Mediziner, die ein Buch für Professionelle, in der Gerontologie Tätige herausgeben. Frau Rehm und Herr Schwibbe können dabei auf viele auch praktisch tätige Dozenten der Akademie zurückgreifen, haben aber auch darüber hinaus wichtige zusätzliche Beiträge gesammelt.

Die einzelnen, breit gefächerten Themen spiegeln die komplexe Thematik der Gerontologie und Geriatrie. Das Buch bildet eine ausgezeichnete Übersicht über den Bereich Altern, Krankheit und Behinderung. Es zeigt, wie viel Wissen, Kraft, Geduld und Können die Pflege des alten Menschen erfordert.

Letztlich ist der Umgang mit dem alten Menschen ein gesellschaftliches Thema. Die Gesellschaft zeigt die Wertschätzung durch die Bedingungen, die sie für die Alten schafft, aber auch durch die Anerkennung, die sie den Professionellen, die sich um die alten Menschen kümmern, ausspricht.

Das Buch hat mit der ersten Auflage bereits eine gute Resonanz erfahren. Ich freue mich, dass die nun erweiterte zweite Auflage erneut dazu beitragen kann, die Situation der alten Patienten zu verbessern, Verständnis zu wecken und eine positive Grundhaltung zu vermitteln. Ich wünsche dem Buch eine große Leserschaft zum Wohle der uns anvertrauten Patienten.

Prof. Dr. Hans Peter
Meier-Baumgartner

im Oktober 2022

Inhalt

Geleitwort	5
Abkürzungsverzeichnis	15
Vorwort zur 2. Auflage	19
<i>Marion Rehm und Wolfgang Schwibbe</i>	
Einleitung	23
<i>Marion Rehm und Wolfgang Schwibbe</i>	
1 Haltung, Handwerk und Holistik – Geriatrie und die Grundfragen des Lebens	31
<i>Werner Vogel</i>	
1.1 Stationen der Geriatrie in Deutschland	39
<i>Marion Rehm und Wolfgang Schwibbe</i>	
2 Mensch und Krankheit im höheren Lebensalter	43
<i>Michael Musolf</i>	
2.1 Menschen im höheren Lebensalter	43
2.1.1 Altern und Alterung	43
2.1.2 Alternsbilder und Alternstheorien	44
2.1.3 Seneszenz	45
2.1.4 Primäres und sekundäres Altern	47
2.1.5 Gebrechlichkeit und Frailty-Syndrom	47
2.1.6 Prävention	49
2.1.7 Alltagskompetenz – Selbsthilfefähigkeit – Autonomie	51
2.2 Krankheit im Alter	52
2.2.1 Akute gesundheitliche Probleme im Alter	52
2.2.2 Chronische Krankheiten im Alter, Multimorbidität und geriatrische Syndrome	54
2.2.3 Assessment in der Geriatrie	59
2.2.4 Klassifikationssysteme	64
2.3 Polypharmakotherapie	75
2.3.1 Einleitung	75
2.3.2 Pharmakokinetik	75
2.3.3 Pharmakodynamik	76
2.3.4 Polymedikation	78

2.3.5	Unter-/Über-/Fehlmedikation bzw. -dosierung.....	78
2.3.6	Compliance und Adhärenz	78
2.3.7	Resümee	80
2.4	Das multiprofessionelle geriatrische Team.....	81
2.4.1	Ärztlicher Dienst	82
2.4.2	Pflegerischer Dienst.....	82
2.4.3	Physiotherapie	82
2.4.4	Ergotherapie.....	83
2.4.5	Logopädie	83
2.4.6	Neuropsychologie	83
2.4.7	Soziale Arbeit.....	83
2.4.8	Seelsorge.....	83
2.5	Herausforderung in Diagnostik und Therapie – Fallbeispiele	84
2.5.1	Drei Fallbeispiele	84
2.5.2	Fragenkatalog zur Herangehensweise des geriatrischen Teams... ..	86
2.5.3	Lösungen zu den Fallbeispielen.....	87
3	Gesundheitsförderung und Prävention im Alter – das Beispiel Albertinen Haus Hamburg.....	95
	<i>Ulrike Dapp</i>	
3.1	Einleitung	95
3.2	Definition von Gesundheitsförderung und Prävention	97
3.3	Ausgewählte Interventionen: ganzheitlich, interdisziplinär, im kommunalen Setting	99
3.3.1	Programm »Aktive Gesundheitsförderung im Alter« (► Tab. 3.1).....	99
3.3.2	Geriatrischer Qualitätszirkel für Hausarztpraxen (► Tab. 3.1).....	100
3.3.3	Mobilitätsambulanz/Geriatrische Institutsambulanz (► Tab. 3.1).....	101
3.3.4	Präventiver (geriatrischer) Hausbesuch (► Tab. 3.1)	101
3.4	Differenzierung der Funktionsfähigkeit im Alter.....	102
3.5	Fazit.....	104
3.6	Ausblick	105
4	Interdisziplinarität, therapeutisches Team und der Umgang mit den »Schnittstellen« sowie Erläuterungen zur »Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie« (ATP-G)	108
	<i>Andrea Kuphal</i>	
4.1	Geriatrie – generalistisches Fachgebiet der Medizin.....	108
4.2	Interdisziplinarität und multiprofessionelles Team	108
4.3	Spezifika geriatrischer Arbeit	109
4.4	Schnittstellen.....	111
4.5	Das Konzept der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie (ATP-G).....	112

5	Der geriatrische Patient	115
5.1	Verschiedene Versorgungsformen und ihre Besonderheiten..... <i>Kristina Obeim und Anke Wittrich</i>	115
5.1.1	Geriatrie im ambulanten Bereich	115
5.1.2	Geriatrie im stationären Bereich	118
5.1.3	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 SGB V).....	123
5.1.4	Fazit	124
5.2	Versorgungsformen im Sozialgesetzbuch XI: Wohnen bei vorliegender Pflegebedürftigkeit	125
	<i>Susette Schumann</i>	
5.2.1	Die Versorgungsformen und die Wohnvorstellungen der älteren Menschen.....	125
5.2.2	Pflege in der privaten Wohnung.....	126
5.2.3	Wohnen und Pflege in Institutionen.....	128
5.2.4	Grenzen der Wohn- und Versorgungsangebote	128
5.2.5	Neue Wohnangebote und geplante Qualitätsanforderungen	129
5.2.6	Entwicklung neuer technischer Unterstützungssysteme für ältere Menschen	132
5.2.7	Lernwege	133
5.2.8	Fazit	133
6	Unterstützungsnetzwerk im Quartier – das Modellprojekt »NetzWerk GesundAktiv«	135
	<i>Ulrich Thiem</i>	
6.1	Geriatrische Versorgung im stationären und ambulanten Bereich.....	135
6.2	Altern im Quartier	136
6.3	Das Modellprojekt »NetzWerk GesundAktiv«	137
6.4	Erfahrungen von Teilnehmenden	143
6.5	Fazit und Ausblick	144
7	Mobilität im Alter	145
	<i>Katja Mai</i>	
7.1	Mobilitätseinschränkungen und -störungen im Alter	145
7.1.1	Multimorbidität	146
7.1.2	Frailty	146
7.1.3	Mangelernährung.....	147
7.1.4	Sarkopenie.....	148
7.1.5	Osteoporose	148
7.1.6	Arthrose	149
7.1.7	Schmerzen.....	150
7.1.8	Immobilität – Bewegungsmangel	150
7.1.9	Fazit	152
7.2	Sturzgeschehen im Alter	152
7.2.1	Sturzrate	153
7.2.2	Sturzursachen	153
7.2.3	Sturzfolgen	157

	7.2.4	Interventionsansätze.....	158
	7.2.5	Fazit.....	161
8		Haltung und Bewegung: Immobilität, Instabilität und Unsicherheit im höheren Lebensalter.....	163
		<i>Marianne Brune und Michaela Friedhoff</i>	
	8.1	Das Bobath-Konzept als Grundlage.....	163
	8.1.1	Motorische Kontrolle, motorisches Lernen.....	164
	8.2	Normale Bewegung.....	165
	8.2.1	Verlust von Mobilität im Alter.....	167
	8.2.2	Bewegungsübergang vom Sitzen zum Stehen – ein Fallbeispiel.....	167
	8.3	Fallbeispiel Herr S.....	167
	8.4	ZNS und »learned non-use«.....	170
	8.4.1	Befundaufnahme: »Normale Bewegung« als Referenz.....	170
	8.5	Therapeutische Interventionen.....	172
	8.5.1	Was hat das Zähneputzen im Sitzen mit dem Aufstehen zu tun?.....	172
	8.5.2	Negative Auswirkungen von Kompensation.....	172
	8.6	Pflegerische Interventionen.....	175
	8.6.1	Mobilisation – und ihre Vermeidung im Pflegealltag.....	175
	8.6.2	Aspekte aktivierender Mobilisation.....	176
	8.7	Die Bedeutung des Bobath-Konzepts in der klinischen Geriatrie.....	177
	8.8	Fazit.....	177
9		»Wenn Hören und Sehen vergeht« – zwei wichtige Sinnesorgane und ihr allmählicher Funktionsverlust.....	180
		<i>Marie-Luise Strobach</i>	
	9.1	Einleitung.....	180
	9.2	Das Hören und der altersbedingte Hörverlust.....	180
	9.2.1	Symptome der Altersschwerhörigkeit.....	182
	9.2.2	Folgen von Schwerhörigkeit.....	182
	9.2.3	Diagnostik.....	182
	9.3	Behandlung.....	184
	9.4	Die Sinnesfunktion des Sehens.....	187
	9.4.1	Das Auge und altersphysiologische Veränderungen der Sehfunktion.....	188
	9.4.2	Die häufigsten Augenerkrankungen.....	188
	9.4.3	Behandlungsmöglichkeiten.....	191
	9.4.4	Auswirkungen von Seheinschränkungen.....	192
	9.5	Fazit.....	193

10	Der orale Trakt: Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen als zentrale Einschränkung seiner besonderen Funktionsvielfalt	194
10.1	Ernährung – mehr als die Gabe von Nahrung und Flüssigkeit..... <i>Dagmar Nielsen</i>	194
10.1.1	Bedürfnisse berücksichtigen, Bedarfe sichern – die Rolle der Pflegerkräfte.....	196
10.1.2	Unterstützung durch Vernetzung von Angehörigen und Professionellen.....	198
10.1.3	Mundgesundheit – endlich ein eigener Expertenstandard.....	199
10.1.4	Fazit.....	201
10.2	Dysphagie und therapeutisches Trachealkanülenmanagement	202
	<i>Norbert Niers</i>	
10.2.1	Einleitung: Essen und Trinken – selbstverständlich und doch einzigartig	202
10.2.2	Dysphagien: vielfältige Ursachen für die Beeinträchtigung des Schluckvorgangs.....	202
10.2.3	Grundlagen zum Schluckablauf.....	203
10.2.4	Schlucken im Alter: Presbyphagie	207
10.2.5	Diagnostik von Schluckstörungen	208
10.2.6	Bildgebende Diagnostik	208
10.2.7	Therapie von Schluckstörungen.....	209
10.2.8	Dysphagien und therapeutisches Trachealkanülenmanagement	210
10.3	Kognitiv bedingte Störungen von Kommunikation und Nahrungsaufnahme bei geriatrischen Patienten.....	213
	<i>Maria-Dorothea Heidler</i>	
10.3.1	Einleitung	213
10.3.2	Kognitiv bedingte Dysphasien und Dysphagien	213
10.3.3	Management von kognitiv bedingten Dysphasien und Dysphagien.....	216
10.3.4	Zusammenfassung.....	218
11	Mit Scham belegt: Kontinenzverlust und Inkontinenz.....	220
	<i>Uwe Papenkordt</i>	
11.1	Was bedeutet Kontinenz	220
11.2	Die Miktion.....	221
11.3	Inkontinenzformen.....	222
11.3.1	Funktionelle Inkontinenz	222
11.3.2	Inkontinenz aufgrund veränderter Speicher- und Entleerungsfunktion der Harnblase.....	222
11.4	Inkontinenz in ihrer Vielfalt – eine Herausforderung für die Pflegerinnen	224
11.4.1	Einschätzung der Harninkontinenz.....	224
11.4.2	Kontinenzförderung – Möglichkeiten und Grenzen	225
11.4.3	Hilfsmittelversorgung	226
11.5	Ausblick	228

12	Medikamente im Alter: Polypharmazie und die Rolle der Pflege.....	229
	<i>Frank Hanke</i>	
12.1	Anstelle einer Einführung	229
12.2	Multimorbidität, Iatrogenese und Unerwünschte Arzneimittelereignisse.....	229
12.3	Polypharmazie – was ist das?.....	230
12.3.1	Ursachen der Polypharmazie	231
12.3.2	Multiatrogenität und Konsequenzen der Polypharmazie	231
12.3.3	Polypharmazie, Sucht und Missbrauch von Arzneimitteln.....	233
12.4	Ursachen der Arzneimittelprobleme bei geriatrischen Patienten	234
12.5	Anstelle eines Ausblicks: Die Etablierung einer neuen Risikokultur oder ... »Wie aus Mist ertragreicher Dünger wird«.....	234
13	Schmerz.....	237
	<i>Joachim Guntau</i>	
13.1	Definition und Prinzipien	237
13.2	Akut/Chronisch.....	238
13.3	Schmerzformen.....	238
13.4	Schmerzerfassung.....	238
13.5	Schmerztherapie	239
13.6	Medikamentöse Therapie.....	239
13.7	Nichtpharmakologische Therapieoptionen.....	240
13.8	Invasive Therapie.....	241
14	Kognition und Bewusstsein	242
14.1	Intellektueller Abbau und Wesensveränderungen als Folge schleichender oder plötzlicher hirngorganischer Ereignisse.....	242
	<i>Peter Tonn</i>	
14.1.1	Einführung.....	242
14.1.2	Überblick über kognitive Leistungen im Altersverlauf	243
14.1.3	Bedeutung der korrekten Einschätzung von kognitiven Defiziten.....	245
14.1.4	Ursachen von kognitiver Beeinträchtigung	246
14.1.5	Einfache Diagnostik der kognitiven Leistungen	248
14.1.6	Therapeutische Angebote.....	249
14.2	Integrative Validation nach Richard®	251
	<i>Monika Richard</i>	
14.2.1	Einleitung	251
14.2.2	Die Wurzeln der Integrativen Validation nach Richard® (IVA)...	251
14.2.3	Die IVA arbeitet mit Ressourcen.....	251
14.2.4	IVA als Handlungsansatz für eine wertschätzende und identitätsstärkende Begegnung.....	251
14.2.5	Die Methode.....	252
14.2.6	Praktische Anwendung.....	252
14.3	Ergotherapie bei Demenzerkrankungen.....	254
	<i>Anne-Kathrin Blank, Gudrun Schaade und Dorothee Danke</i>	

14.3.1	Demergo – spezifische Weiterbildung für den Umgang mit Demenzerkrankten	256
14.3.2	Die Studienlage zum Thema »Ergotherapie und Demenz«	257
14.4	Gespürte Interaktion als Schlüssel zur Welt – Das Affolter-Modell® <i>Birgit Adam-Küllsen</i>	258
14.4.1	Zwei Arten des Führens	259
14.4.2	Nonverbale Informationen und Sprache.....	260
14.4.3	Entstehung, Verbreitung und Lernwege	261
14.4.4	Fazit	261
14.5	Musik und Musiktherapie im Umgang mit Demenzerkrankten	262
	<i>Andreas Blase</i>	
14.5.1	Intrusionen	262
14.5.2	Musiktherapie – konzentrationsfördernd, stimmungsaufhellend, antidepressiv wirkend, heilend	263
14.5.3	Musiktherapie im institutionellen Kontext – eine Zusammenfassung.....	264
14.6	Demenz im Krankenhaus.....	265
	<i>Jochen Gust</i>	
14.7	Delir im Krankenhaus.....	269
	<i>Jochen Gust</i>	
14.7.1	Delir-Risiko.....	269
14.7.2	Abgrenzung und Screening.....	269
14.7.3	Delir-Management für Patienten mit Demenz im Krankenhaus	271
15	Die Last des Lebens meistern: Umgang mit Depression und Suizidalität...	274
	<i>Reinhard Lindner</i>	
15.1	Definition	274
15.2	Epidemiologie	274
15.3	Ätiologie.....	275
15.4	Klinisches Bild.....	275
15.5	Diagnostik.....	276
15.6	Differenzialdiagnose.....	276
15.7	Suizidalität im Alter	277
15.8	Allgemeine Handlungsoptionen bei Depression und Suizidalität	278
15.9	Interaktionen bei Depression und Suizidalität.....	279
	15.9.1 Konflikthaftes Miteinander.....	279
	15.9.2 Das Problem kann nicht verhandelt werden.....	279
	15.9.3 Kontaktvermeidung	280
15.10	Die langfristige Behandlung von Depression und Suizidalität.....	280
	15.10.1 Medikamentöse Therapie.....	280
	15.10.2 Psychotherapie	280
	15.10.3 Besonderheiten der Behandlung der Suizidalität	281
15.11	Entstehung, Entwicklung und Verbreitung	281
15.12	Fazit.....	282

16	Nähe und Vertrauen herstellen.....	284
16.1	Kommunikation, Beziehungsarbeit, Für- und Selbstsorge.....	284
	<i>Beate Stiller</i>	
16.1.1	Das kotverschmierte Thermometer	284
16.1.2	Eine Patientin verliert die Zuversicht	286
16.1.3	Zusammenfassung.....	289
16.2	Basale Stimulation® – eine Grundidee menschlicher Begegnung.....	290
	<i>Marianne Pertzborn und Michael Goßen</i>	
16.2.1	Häufige Verhaltensweisen demenziell veränderter Menschen und Interventionsmöglichkeiten durch Basale Stimulation®.....	293
16.2.2	Abschließende Betrachtungen	300
16.2.3	Forschung, Fort- und Weiterbildung	301
17	Zuwendung am Ende des Lebens: Palliative Care.....	303
	<i>Christel Ludewig</i>	
17.1	Geschichte und Entwicklung von Hospizarbeit und Palliative Care.....	303
17.2	Grundsätze von Hospizarbeit und Palliative Care.....	304
17.3	Palliative Geriatrie.....	305
17.3.1	Körperliche Bedürfnisse	307
17.3.2	Psychosoziale Bedürfnisse	308
17.3.3	Spirituelle Bedürfnisse	309
17.4	Qualifikationen in Palliative Care.....	310
17.5	Ausblick	311
18	COVID-19 – ein Virus, das weiter herausfordert.....	313
	<i>Wolfgang Schwibbe</i>	
19	Bildung und Qualifikation.....	321
	<i>Marion Rehm und Wolfgang Schwibbe</i>	
	Die Autorinnen, die Autoren	330
	Stichwortverzeichnis	339

Abkürzungsverzeichnis¹

ADL/ATL	Activities of daily living/Aktivitäten des täglichen Lebens	BWR	Bewertungsrelation
AGAST	Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment	CAM	Confusion Assessment Method
AHB	Anschlussrehabilitation	CCT	Craniale Computertomographie
ALS	Amyotrophe Lateralsklerose	CERAD	Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease
APW	Arbeitsgemeinschaft pro Wahrnehmung	CM	Case Mix
ATP-G	Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie	COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen	DAA	Deutsche Angestellten-Akademie
BAGSO	Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO)	DED	Deutsche Expertengruppe Demenzenbetreuung
BED	Bundesverband für Ergotherapeuten in Deutschland	Demergo	Weiterbildung »Fachergotherapie/In Demenz nach Gudrun Schaade«
BESD	Beurteilung von Schmerzen bei Demenz	DemTect	Demenz Detection
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	DFA	Diakonische Fort- und Weiterbildungsakademie
BIA	Bioelektrische Impedanz-Analyse	DGE	Deutsche Gesellschaft für Ernährung
BIKA [®]	Bobath-Initiative für Kranken- und Altenpflege	DGG	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung	DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	DGGPP	Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie
BMI	Body-Mass-Index	DGNKN	Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation
BMVBS	Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung	DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
BVG	Bundesverband Geriatrie	DGSS	Deutsche Schmerzgesellschaft (vormals Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes)
		DGSv	Deutsche Gesellschaft für Supervision und Coaching

¹ ohne Benennung der Gesellschaftsform, z. B. e. V.

DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (bis Mai 2020, seitdem unter dem Dach des BfArM)	ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft	ICP	Infantile Cerebralparese
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege	ICS	Internationale Continence Society
DPR	Deutscher Pflegerat	IFSG	Infektionsschutzgesetz
DRG	Diagnosis Related Groups	IMHS	Intramedulläre Hüftschraube
DVE	Deutscher Verband der Ergotherapeuten	InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
EADL	Erweiterte Alltagsaktivitäten	IPW	Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
EBM	Einheitlicher Bewertungs-Maßstab	ISAR	Identifikation of Seniors at Risk
EEG	Elektroenzephalografie	IVA	Integrative Validation nach Richard®
EGZB	Evangelisches Geriatriezentrum Berlin	KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe Wilhelmine-Lübke- Stiftung
EKG	Elektrokardiogramm	KHK	Koronare Herzkrankheit
FEES	Fiber-Endoscopic Evaluation of Swallowing	LBFW	Landesbasisfallwert
FIM	Functional Independence Measure	L-Dopa	Levodopa; L-3,4-Dihydroxyphenylalanin
FORTA	Fit For The Aged	LKB	Leichte Kognitive Beeinträchtigung
F.O.T.T.®	Facio-Orale Trakt-Therapie	LL.M	Master of Laws
FWB	Fachweiterbildung	LSVT®	Lee Silverman Voice Treatment
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss	LUCAS	Longitudinal Urban Cohort Ageing Study
G-DRG	German Diagnosis Related Groups	MBA	Master of Business Administration
GDS	Geriatrische Depressionsskala	MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
GFK	Geriatrische Frührehabilitative Komplexbehandlung	MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
GIA	Geriatrische Institutsambulanz	MMSE	Mini Mental State Examination
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen	MNA	Mini-Nutritional-Assessment
HPG	Hospiz- und Palliativgesetz	MoCA	Montreal Cognitive Assessment
HIBB	Hamburger Institut für berufliche Bildung	MRT	Magnetresonanztomographie
HLP	Hyperlipoproteinämie	MS	Multiple Sklerose
IAD	Inkontinenz-Assoziierte Dermatitis	MUST	Malnutrition Universal Screening Tool
IADL	Instrumental Activities of Daily Living	mVD	mittlere Verweildauer
IBITA	International Bobath Instructors Training Association	NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
ICD	International Classification of Diseases	NaSSA	Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant

NPZ	Neuropsychiatrisches Zentrum Hamburg-Altona	TFDD	Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung
NRS	Nutritional Risk Screening	TZA	Trizyklische Antidepressiva
NSAR	Nicht Steroidales Antirheumatikum	UAE	Unerwünschte Arzneimittelereignisse
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development	UE	Unerwünschte iatrogene Ereignisse
oGV	obere Grenz-Verweildauer	UEMS	Union Européenne des Médecins Spécialistes
OPS	Operationen- und Prozeduren-schlüssel	uGV	untere Grenz-Verweildauer
PAVK	Periphere Arterielle Verschlusskrankheit	VAK	validierende Kurzbegegnung
PEMU	Pflegerische Erfassung von Mangelernährung und deren Ursachen	VeBID	Verein der Bobath InstruktorInnen (IBITA) Deutschland und Österreich
PIM	Potentiell Inadäquate Medikation	WG	Wohngemeinschaft
PISA	Programme for International Student Assessment	WHEDA	Wirksame Häusliche Ergotherapie für Demenzerkrankte und Angehörige
PKV	Verband der Privaten Krankenversicherung	WHO	World Health Organization
PrävG	Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention	ZNA	Zentrale Notaufnahme
		ZNS	Zentrales Nervensystem
		Laborwerte	
QB	Querschnittsbereich	AP	Alkalische Phosphatase
RKI	Robert Koch-Institut	γ -Globulin	Gamma-Globulin
RR	Riva-Rocci (Blutdruck)	γ -GT	Gamma-Glutamyltransferase
RTW	Rettungswagen	CK	Creatin-Phosphokinase
SGB	Sozialgesetzbuch	CRP, hCRP	C-reaktives Protein
SI	Sensorische Integration	DHEA	Dehydroepiandrosteron
SIADH	Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion	FSH	Follikelstimulierendes Hormon
SNRI	Serotonin Noradrenalin Reuptake Inhibitor	ft3	Freies Trijodthyronin
SOK	Selektion, Optimierung und Kompensation	ft4	Freies Thyroxin
SOP	Standard Operating Procedure	Hb	Hämoglobin
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitor	IL-1, IL-6	Interleukine
STRATIFY	Scale for Identifying Fall Risk Factors	LDH	Laktat-Dehydrogenase
StrOPS	Strukturprüfung von Prozeduren des OPS-Kataloges	LH	Luteinisierendes Hormon
TENS	Transkutane Elektrische Nervenstimulation	LDL	Low Density Lipoprotein
		TNF α	Tumornekrosefaktor
		TPHA	Treponema-Pallidum-Hämagglutinations-Assay
		TSH	Thyreoida-stimulierendes Hormon

Vorwort zur 2. Auflage

Marion Rehm und Wolfgang Schwibbe

Seit der ersten Auflage haben sich die Fachgebiete Geriatrie und Gerontologie weiterentwickelt, aber die gravierendste Veränderung fand anderswo statt: Die Coronapandemie hat viele sicher geglaubte Errungenschaften selbständiger und eigenverantwortlicher Lebensweisen von Senioren stark beeinträchtigt (siehe hierzu unsere Einleitung). Die Krankenhäuser waren und sind seit März 2020 mit der Abwehr und/oder der Beherrschung des Virus befasst, häufig am Rande oder bereits über die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit; viele unter normalen Umständen stattfindende Veranstaltungen, Kongresse oder andere Treffen entfielen ganz, manche wurden virtuell durchgeführt. Auch die Bildungsanbieter waren und sind stark von der Pandemie betroffen, nicht alle haben die langen Kursausfälle oder stark eingeschränkten Kursdurchführungen überstanden.

Dennoch oder vielleicht gerade wegen der Pandemie wurde (auch) gelesen, und wir freuen uns, nun diese überarbeitete und erweiterte 2. Auflage unseres Buches herausgeben zu dürfen. Daten wurden aktualisiert, ggf. Korrekturen oder Ergänzungen vorgenommen und einige Kapitel sind neu hinzugekommen (siehe Einleitung).

Das Alter als eine sehr späte Phase zu definieren, die erst auf viele aktive *nach*berufliche Jahre folgt, ist historisch einmalig – erst eine sehr lange Friedensperiode in Deutschland, Europa und vielen außereuropäischen Ländern in Kombination mit einem außerordentlichen Zuwachs hygienischer Lebensverhältnisse und einer unvergleichlichen Erfolgsgeschichte der modernen Medizin konnte dazu führen, dass wir uns mit den Phänome-

nen der alternden Gesellschaft, deren Chancen und Risiken in einem solchen Ausmaß beschäftigen (können).

In allen vorherigen Geschichtsepochen war das Alter ein Privileg einiger Weniger (Wohlhabender), und spätestens mit Ende des aktiven Beschäftigungsverhältnisses war man alt – wenn nicht aufgrund von Kriegen, Epidemien, Arbeitsbedingungen, Armutsfaktoren, Hygienemängeln etc. das Leben schon in den 20er, 30er oder 40er Jahren endete oder zumindest stark beeinträchtigt war.

Infolge der Entwicklung der letzten Jahrzehnte mit steigender Lebenserwartung, besserer Gesundheit und aktiverer Zeitgestaltung auch in höherem Alter kam es so zu einem Zweig der Medizin, der bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts noch undenkbar war: Geprägt und erstmalig verwandt wurde der Begriff »Geriatrie« im Jahr 1909 durch den österreichischen Mediziner Ignatz Nascher in einem Aufsatz des New York Medical Journal. Vor 56 Jahren fand die Geriatrie in Deutschland ihren ersten Praxisort:

»Erste eigenständige Einrichtungen im Sinne von »Spezialkliniken für Altersleiden« existierten mit dem Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen Hofgeismar (1967), der Henriettenstiftung Hannover (1972) oder der 1980 gegründeten Geriatriischen Klinik Albertinen-Haus in Hamburg, die mit Fördermitteln des Bundes eingerichtet werden konnte.« (Bundesverband Geriatrie e. V. 2010, S. 16).

Bereits 1974 hatte in Hamburg das Ev. Amalie-Sieveking-Krankenhaus die »Geriatriische Klinik im Richard Remé-Haus« in Betrieb genommen.

Die »Bundesarbeitsgemeinschaft der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen e. V.«

gründete sich auf Initiative des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung 1993 mit zunächst 19 Mitgliedseinrichtungen. 2008 erfolgte die Umbenennung in »Bundesverband Geriatrie«, in dem knapp 400 Mitgliedseinrichtungen zu verzeichnen sind (Bundesverband Geriatrie e. V. o. J.).

So entwickelte sich auch das geriatrische Wissen und die Ausdifferenzierung geradezu explosionsartig. Standen zunächst Krankheitsbilder wie Schlaganfall oder Diabetes und die zugehörige Behandlung im Vordergrund, so traten später zunehmend gerontopsychiatrische Krankheiten (die drei großen Ds – Demenz, Depression, Delir) und Tumorerkrankungen in den Fokus. In neuerer Zeit kamen Fragen der palliativen »Behandlung« und Aspekte einer umfassenden Prävention hinzu.

Diese Entwicklungen spiegelten sich in der Literatur und – mit meist kleiner Verzögerung – auch in den Programmen der Fort- und Weiterbildung wider, so auch in den Jahresprogrammen der Albertinen Akademie. Seit mehr als 28 Jahren – im Oktober 1994 wurde die Akademie gegründet – wenden wir uns an Therapeuten, Pflegepersonal, Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen – mithin an alle Mitglieder des geriatrischen Teams.

Zunächst eng am klinischen Alltag und dessen Krankheitsbildern orientiert, später auch Aspekte der ambulanten und stationären Altenhilfe und deren Fragen thematisierend, hat die Albertinen Akademie in der Fort- und Weiterbildung zu geriatrischen und gerontologischen Themen ein breites Spektrum an Themen entwickelt. Die umfassendsten Erfahrungen wie auch die meisten Angebote existieren zweifellos bei den Berufsgruppen Therapie und Pflege, auf diese Zielgruppen wird sich das Buch daher konzentrieren.

Das Buch ist ein Gemeinschaftswerk, und daher gilt es, Dank zu sagen für die vielen Unterstützer. Unsere Autorinnen und Autoren sind natürlich die ersten Adressaten unseres Dankes. Ohne ihre große Bereitschaft, ein eigenes Kapitel zu schreiben, wäre dieses Buch nicht zustande gekommen. Wir bedanken uns

besonders für die überaus freundliche Kommunikation, die hohe Termintreue und das große Vertrauen in unsere Redaktionsarbeit. Prof. Dr. Hans Peter Meier-Baumgartner, langjähriger Ärztlicher Direktor im Albertinen Haus in Hamburg und Grandseigneur der bundesdeutschen Geriatrie, danken wir für seine freundlichen Worte zum Geleit.

Friedhilde Bartels danken wir dafür, dass sie uns mit dem Grundgedanken für ein solches Buch mit dem Kohlhammer Verlag zusammengebracht hat und in der Anfangsphase eine große Unterstützerin bei der Konzeptionierung war.

Dem Bundesverband Geriatrie danken wir für die Unterstützung bei der Aktualisierung von Daten.

Dem Kohlhammer Verlag, vor allem unserer Lektorin Anne-Marie Bergter, sei gedankt für die gute Betreuung, das ausgezeichnete Lektorat und die zahlreichen Anregungen.

Prof. Dr. Matthias Zündel haben wir zu verdanken, dass dieses Buch sehr viel anschaulicher wurde als zunächst angedacht: Er wies uns sofort darauf hin, dass die ursprüngliche Planung mit sehr wenigen grafischen Elementen dem Bucherfolg sicher nicht zuträglich sein würde.

Miriam Yousif-Kabota danken wir für die Original-Fotos, die erheblich zur Veranschaulichung beitragen. Aufgrund des gleichberechtigten Anspruchs an fachliche Präzision, fotografische Ästhetik und lebensnahe Motivwahl war dies eine wirklich anspruchsvolle Aufgabe.

Stefanie Heldt (Therapieleitung im Ev. Amalie-Sieveling-Krankenhaus) und Silke Kinder (Absolventin der ZERCUR GERIATRIE®-Fachweiterbildung Pflege) gilt unser besonderer Dank. Beide haben die Erstaufflage vorab zur kritischen Durchsicht erhalten und sehr wertvolle und konstruktive Hinweise zur Verbesserung des Buches gegeben.

Last not least danken wir unseren Familien, die erneut zeitweise länger auf uns verzichten mussten, weil wir tief eintauchten in Kapitel, Anmerkungen oder eigene Texte, und die uns

dennoch immer unterstützt haben, z. T. auch mit ihrer Fachexpertise.

Uns ist bewusst, dass die Diskussion um eine geschlechtergerechte Sprache keineswegs beendet ist und vieles dafürspricht, dass geschlechtsneutrale Begriffe oder je geschlechtsspezifische verwandt werden. Auch das generische Maskulinum ist schließlich ein Ausdruck für die lange Vorherrschaft von Männern. Im Buch haben wir uns dennoch entschieden, in der Regel diese Form zu verwenden, denn damit sind nach bisher vorwiegendem Konsens in Sprachwissenschaft und Gesellschaft beide Geschlechter gemeint, und so wird es unserer Erfahrung nach auch von den meisten Leserinnen und Lesern in Krankenhaus, Geriatrie und Altenhilfe verstanden. »Geriatrische Patienten« sind also sowohl Frauen als auch Männer, und wenn im Geriatrischen Team »Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten« genannt werden, bezieht sich dies auf beide Geschlechter. Der besseren Lesbarkeit dient es ohnehin.

Bei der Konzeptionierung und Redaktion dieses Buches haben wir umfangreich recherchiert und viele Quellennachweise geprüft. Neben gedruckten Standardwerken und Fachliteratur gibt es mittlerweile auch digital sehr viele seriöse Quellen und Literatur. Vieles davon steht auch als (unentgeltlicher) Download zur Verfügung! Wir nennen an dieser Stelle nur wenige Stellen, denen wir besonders viel zu verdanken haben.

Druckwerke

Bundesverband Geriatrie e.V. (Hrsg.) (2010) Weißbuch Geriatrie. Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf – Status Quo und Weiterentwicklung. Eine Analyse durch die GEBERA Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH. Stuttgart: Kohlhammer

Pantel J, Bollheimer C, Kruse A et al. (Hrsg.) (2021) Praxishandbuch Altersmedizin. Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie. 2., erweiterte und überarbeitete Aufl. Stuttgart: Kohlhammer
Willkomm M (Hrsg.) (2016) Praktische Geriatrie. Klinik – Diagnostik – Interdisziplinäre Therapie. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl. Stuttgart, New York: Thieme

Downloads¹

- Bundesverband Geriatrie e.V. (Hrsg.) (o.J.) »Wir über uns«, »Geschichte« (<https://www.bv-geriatrie.de/verband/wir-ueber-uns.html>, <https://www.bv-geriatrie.de/verband/geschichte.html>, Zugriff am 01.07.2022)
- Klemperer D, Mitarbeit: Kuhn J, Robra BP (2022) Corona verstehen – evidenzbasiert. SARS-CoV-2-Pandemie und Coronavirus-19-Erkrankung. Living eBook, Version 69.0, Stand 10.10.2022. Ergänzung zum Lehrbuch Sozialmedizin, Public Health, Gesundheitswissenschaften, 4. Aufl. 2020 (https://www.sozmad.de/Klemperer_Corona_69.0.pdf, Zugriff am 12.10.2022)
- Kompetenz-Centrum Geriatrie (KC Geriatrie) (Hrsg.): zahlreiche Quellen zu Assessment, Leitlinien, Gesundheitsberichterstattung, Versorgungsstrukturen etc. Sehr viele unentgeltliche Downloads: <https://www.kcgeriatrie.de/>, Zugriff am 08.07.2022
- OECD (2021) Bildung auf einen Blick 2021. OECD-Indikatoren. Herausgegeben vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, Deutschland für die deutsche Übersetzung und von wbv Media für diese deutsche Ausgabe, Bielefeld (https://www.bmbf.de/SharedDocs/Downloads/de/2021/210916-oecd-bericht-bildung-auf-einen-blick.pdf;jsessionid=0580E1BD0C8AB5F2DDF01BE11194A18.live092?__blob=publicationFile&v=5, Zugriff am 08.07.2022)
- Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI. Unentgeltlicher Download: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtd/gesundheit_in_deutschland_2015.pdf?__blob=publicationFile, Zugriff am 08.07.2022

¹ Die Internetquellen wurden erneut geprüft am 08.07.2022, Klemperer am 12.10.2022.

Einleitung

Marion Rehm und Wolfgang Schwibbe

»Strikte Isolation ist gerade für Ältere Gift«¹

Als vor dreieinhalb Jahren die erste Auflage dieses Buches erschien, gingen wir wie selbstverständlich davon aus, dass bei der Betrachtung und Behandlung des Alters sowie der älteren und alten Menschen ein manchmal langsamer, aber doch sichtbarer Fortschritt »unausweichlich« ist. Die Begriffe *Teilhabe* und *weitestgehende Selbständigkeit* waren in allen Untersuchungen und Veröffentlichungen zentral und prägten auch politisches Handeln.

Im Jahr 2020 mit seinen Corona-Verordnungen, -Maßnahmen und deren Auswirkungen wurde jedoch deutlich, dass all die (guten, richtigen und nachweisbaren) Beschreibungen von Chancen, Gestaltungsmöglichkeiten und positiven Erlebnissen im Alter infrage gestellt werden. Die Pandemie hat die gesundheitspolitischen Akteure zu einschneidenden Maßnahmen veranlasst –und unter der Maßgabe »Schutz besonders vulnerabler Gruppen« dabei die Selbstbestimmung der alten Menschen, vor allem im Bereich der Alten- und Pflegeheime, aber auch im Krankenhaus, beschnitten.

Ein Buch über die professionelle Begleitung älterer Menschen sollte das Thema zumindest

streifen, andererseits wäre ein eigenes Kapitel doch sehr schnell »veraltet«.² Wir entschieden uns angesichts der Materialfülle für eine sehr komprimierte Übersicht über wichtige Quellen und Darstellungen (► Kap. 18).

Vom Einzelkurs bis zur zertifizierten Weiterbildung: Geriatrische Fort- und Weiterbildung für Pflege und Therapie

Die Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten ist anspruchsvoll. Die tägliche Arbeit mit gebrechlichen, hochbetagten und kognitiv eingeschränkten Menschen erfordert ein hohes Maß an qualifizierter, professioneller Therapie und Pflege. Geriatrisches, fachübergreifendes Wissen, Kenntnisse über bestimmte Techniken (z. B. Bobath, Basale Stimulation[®], Affolter, F.O.T.T.[®] etc.), eine sehr gute Beobachtungsgabe, besondere Kommunikations- und Teamfähigkeit und

1 Keller M (2020) »Strikte Isolation ist gerade für Ältere Gift«. Interview mit Johannes Pantel in Spiegel online, 02.04.2020 (<https://www.spiegel.de/gesundheit/coronavirus-strikte-isolation-ist-gerade-fuer-aeltere-gift-a-da331fcf-c5ea-40db-822c-9bbc8f85d67b>, Zugriff am 01.07.2022)

2 Das Schicksal, zum »falschen« Zeitpunkt zu erscheinen, erlitt z. B. das Buch von David Klemperer (2020) Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften. Als es am 23.03.2020 erschien, hatte es bei Redaktionsschluss und Drucklegung die Pandemie noch nicht berücksichtigen können. Klemperer hat aus der Not eine Tugend gemacht und am 31.08.2020 die Version 1.0 seines »Living eBooks« unter dem Titel »Corona verstehen – evidenzbasiert« verfasst. Das Buch ist (Stand: 10.10.2022) mittlerweile in der Version 69.0 erschienen, hat bereits 334 Seiten und wird regelmäßig aktualisiert. Der Download ist unentgeltlich: https://www.sozmad.de/Klemperer_Corona_69.0.pdf, Zugriff am 12.10.2022

schließlich Empathie für diese besondere Patientengruppe sind dabei unentbehrlich.

Die wesentlichen Merkmale der Geriatrie (und darin unterscheidet sich diese Fachdisziplin von vielen anderen) sind das multiprofessionelle Team und der interdisziplinäre Ansatz. Therapie und Pflege werden nicht isoliert betrachtet, sondern als 24-Stunden-Konzept verstanden, d. h. die Patienten werden in jeder Handlung aktivierend-therapeutisch behandelt (► Kap. 4).

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, sind die Anforderungen an die verschiedenen Berufsgruppen hoch. Geriatriische Grundkompetenzen werden in der Grund- und Erstausbildung vermittelt und in der praktischen Arbeit vertieft. Weiterführende Qualifizierungen durch Fort- und Weiterbildungen sind dabei unerlässlich und sollten, wenn der Ansatz konsequent verfolgt werden soll, berufsgruppenübergreifend, interdisziplinär und praxisnah erfolgen. Für die Umsetzung in der Praxis bedeutet dies, dass es bei einigen Fortbildungen nötig ist, mit Patienten zu arbeiten. Praktisches Arbeiten an und mit dem Patienten bedeutet – ganz praktisch – mit den Händen zu sehen, zu fühlen, wo Anspannung oder Entspannung entsteht und wo Unterstützung (oder eben auch nicht) notwendig ist.

Doch wie kann eine solche Qualifizierung konkret aussehen? Was benötigen die Berufsgruppen, um der Klientel gerecht zu werden? Bis 2003 gab es in Hamburg lediglich für den Pflegebereich die zweijährige Weiterbildung zur/zum Fachkrankenschwester/Fachkrankenpfleger »klinische Geriatrie und Rehabilitation« mit einem Umfang von 2.200 Unterrichtseinheiten (Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales 1999). Alle anderen Berufsgruppen hatten zu dieser Zeit nur die Möglichkeit, einzelne Konzepte zu erlernen (wie z. B. das Bobath-Konzept).

Der Bundesverband Geriatrie (BVG) hat 2005 strukturiert begonnen, Fort- und Weiterbildungen für die Berufsgruppen der Geriatrie zu konzipieren. Mittlerweile gibt es fünf

Bausteine, die alle unter dem Titel ZERCUR GERIATRIE® geführt werden:

- ZERCUR GERIATRIE® *Basislehrgang*³ (72 Unterrichtseinheiten) vermittelt berufsgruppenübergreifend geriatriisches Grundlagenwissen. Seit 2006 sind bundesweit ca. 11.900 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (alle Angaben laut Bundesverband Geriatrie, Stand 30.11.2021) geschult worden.
- ZERCUR GERIATRIE® *Fachweiterbildung Pflege*⁴ (modular aufgebaut, bundesweit angeboten seit 2010): Ca. 1.500 Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind geschult worden, 480 mit dem Abschluss »Zercur Pflegefachkraft Geriatrie« (520 Unterrichtseinheiten), 1.017 mit einer Bescheinigung des Bundesverbandes über die Weiterbildung nach OPS 8-550 und 8-98a (184 Unterrichtseinheiten) (Ebd.).
- ZERCUR GERIATRIE® *Fachweiterbildung Therapeuten*⁵ (400 Unterrichtseinheiten, modular aufgebaut, angeboten seit 2017): Ca. 80 Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind geschult worden (Ebd.).
- ZERCUR GERIATRIE® *Pflegehelfer*⁶ (40 Unterrichtseinheiten, angeboten seit 2018): Ca. 90 Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind geschult worden (Ebd.).

3 Bundesverband Geriatrie e. V. (Hrsg.) (o. J.) ZERCUR GERIATRIE® – Basislehrgang (<https://www.bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/zercur/basislehrgang.html>, Zugriff auf alle ZERCUR-Seiten: 01.07.2022)

4 Bundesverband Geriatrie e. V. (Hrsg.) (o. J.) ZERCUR GERIATRIE® – Fachweiterbildung Pflege (<https://www.bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/zercur/fachweiterbildung-pflege.html>)

5 Bundesverband Geriatrie e. V. (Hrsg.) (o. J.) ZERCUR GERIATRIE® – Fachweiterbildung Therapeuten (<https://www.bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/zercur/fachweiterbildung-therapeuten.html>)

6 Bundesverband Geriatrie e. V. (Hrsg.) (o. J.) ZERCUR GERIATRIE® – Pflegehelfer (<https://www.bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/zercur/zercur-geriatrie-pflegehelfer.html>)

- ZERCUR GERIATRIE® Entlassmanagement⁷ ist im Jahr 2022 gestartet.

Mit der OPS 8-550 (BfArM 2020) gibt es seit 2014 die Verpflichtung, dass Krankenhäuser Pflegekräfte mit einer geriatrischen Basisqualifikation vorweisen müssen, damit die Kliniken die Komplexpauschale abrechnen können.

» Hierfür muss mindestens eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams eine strukturierte curriculare geriatricspezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen« (BfArM 2020, OPS 8-550).

ZERCUR GERIATRIE® ist ein sehr modernes Konzept, denn modulare Weiterbildungen bzw. Bildungsangebote haben viele Vorteile: Die Teilnehmer können selbst entscheiden, wann und wo sie Module buchen. Zudem haben sie die Möglichkeit, die Module deutschlandweit bei lizenzierten Anbietern zu besuchen. Das einheitliche Curriculum ermöglicht eine bundesweite Anerkennung. Eine stufenweise Qualifizierung ist ebenso möglich: Teilnehmer können zunächst einzelne Kurse besuchen und sich auch noch später entschließen, die gesamte Weiterbildung zu absolvieren. Auch können bereits in der Vergangenheit erfolgreich absolvierte Kurse vom Bundesverband Geriatrie anerkannt werden (wenn sie in einem bestimmten Zeitraum absolviert wurden), z. B. Wundmanagement, Weiterbildung zum Praxisanleiter etc. Somit geht keine Kursstunde verloren. Für die Unternehmen ist sicherlich der größte Vorteil, dass mehrere Mitarbeitende zwar gleichzeitig an der Weiterbildung teilnehmen können, aber durch den Besuch unterschiedlicher

Module nicht alle zur selben Zeit im Betrieb fehlen.

Mit den vielfältigen Qualifizierungsangeboten ist die Geriatrie vielen Fachbereichen der Medizin einige Schritte voraus. Gemeinsame Fort- und Weiterbildungsangebote für alle Berufsgruppen fördern das Verständnis füreinander und für den Patienten und verbessern letztlich auch die Qualität in der Versorgung.

Doch was sind nun *die* thematischen Schwerpunkte für geriatrische Fort- und Weiterbildung? »Die großen Bs! Menschliches Leben ist Bedürfnisbefriedigung, Bewegung, Beziehung, Bewusstsein – und noch einiges mehr!« Diese noch grobe Erwägung stand am Anfang unserer Überlegungen bei der Erarbeitung dieses Buches. Wir haben uns dann entschieden, die Themen entlang der großen Bereiche »Haltung und Bewegung«, »Die besondere Vielfalt des oralen Trakts«, »Beziehungsarbeit und Kommunikation« und »Kognition und Bewusstsein« aufzuteilen. Und auch die zunächst unpräzise Aussage »und noch einiges mehr« zog Themen nach sich. Doch bevor auf die großen »Bs« im Einzelnen eingegangen wird, werden in den ersten Kapiteln des Buches die *Grundlagen* geriatrischen Wissens beschrieben.

Die Kapitel des Buches

Prof. Dr. Werner Vogel beschreibt im ersten Kapitel die Besonderheit der Geriatrie und veranschaulicht die Faszination dieses Faches, indem er zehn grundlegende Aspekte menschlichen Lebens beleuchtet. Die Lektüre wird so für die Leserinnen und Leser zu einer Einführung in Sinnhaftigkeit, Berufswahl und Persönlichkeitsentwicklung am Beispiel des Umgangs mit älteren Menschen. Man könnte auch sagen: zu einer Einführung in Humanitas (► Kap. 1). Im Anschluss geben die Herausgeber einen chronologischen Überblick über wichtige Stationen der Geriatrie in Deutschland (► Kap. 1.1).

7 Bundesverband Geriatrie e.V. (Hrsg.) (o.J.) Entlassmanagement in der Geriatrie (Entwicklung eines Weiterbildungscurriculums (<https://www.bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/zercur/entlassmanagement-in-der-geriatrie.html>))

Dr. Michael Musolf stellt in seinem nochmals erweiterten Kapitel das geriatrische Basiswissen umfassend dar. Grundfragen des Alterungsprozesses werden beleuchtet, die wichtigsten gesundheitlichen Probleme im Alter erörtert und chronische Krankheiten, geriatrische Syndrome und Multimorbidität werden dargestellt. Wer nach der Lektüre sein Wissen überprüfen möchte, findet dafür alles vor: Fallbeispiele, einen dazugehörigen Fragen- und auch einen Lösungskatalog, Klassifikationssysteme, Assessments, Polypharmathherapie sowie das multiprofessionelle geriatrische Team werden ebenfalls vorgestellt (► Kap. 2).

Der Gesundheitsförderung und der Prävention in einer stetig älter werdenden Gesellschaft kommt eine immer stärkere Bedeutung zu, das Thema bekommt ein eigenes Kapitel. Dr. Ulrike Dapp befasst sich seit mehr als zwei Jahrzehnten mit den mannigfaltigen Aspekten dieser Thematik. Sie hat zu diesem Thema promoviert (Dapp 2008)⁸ sowie umfangreich publiziert und gibt einen dezidierten Einblick in den aktuellen Stand am Beispiel des Albertinen Hauses in Hamburg. (► Kap. 3).

Andrea Kuphal widmet sich dem Thema Interdisziplinarität und skizziert pragmatisch und äußerst praxisnah die Besonderheiten des therapeutischen Teams. Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie als besonderer Ansatz wird ausführlich dargestellt, die Erläuterung der Bedarfsgruppen rundet den Beitrag ab (► Kap. 4).

Anke Wittrich und Kristina Oheim geben einen ausführlichen Überblick über die Versorgungsstrukturen und Versorgungsformen für geriatrische Patienten. Sie fokussieren auf die verschiedenen *klinischen* Versorgungsformen und deren Besonderheiten (► Kap. 5.1).

Susette Schumann stellt im zweiten Teil von Kapitel 5 die Pflegegrade vor, betrachtet die Wohnmöglichkeiten bei vorliegender Pflegebedürftigkeit, zeigt die Möglichkeiten der poststationären Versorgung auf und wirft damit einen Blick über den »Tellerrand« (► Kap. 5.2).

Prävention oder Gesundheitsförderung ohne Netzwerk – das geht nicht. Denn stets sind viele Personen, Professionen und Institutionen beteiligt, wenn sie gelingen soll. Ein gelungenes großes Projekt ist das »Netzwerk GesundAktiv« (NWGA) in Hamburg, dessen koordinierende Stelle im Albertinen Haus angesiedelt ist. Prof. Ulrich Thiem, Chefarzt der Geriatrie und Gerontologie, schildert Stand, bisherige Erfolge und Perspektiven des Netzwerkes (► Kap. 6).

Nachdem in den ersten sechs Kapiteln Grundlagen, Grundfragen und Strukturmomente der Geriatrie beschrieben wurden, beginnt ab Kapitel 7 der zweite Teil und die Befassung mit den sogenannten großen »Bs«. Hier werden die Auffälligkeiten und Funktionsstörungen beschrieben, meist folgen dann ein (oder mehrere) in die Praxis umsetzbare(s) Therapie- und Pflegekonzept(e). Dabei soll an dieser Stelle ausdrücklich betont werden, dass es sich bei den vorgestellten Therapie- und Pflegekonzepten um eine *Auswahl* handelt, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Vielmehr stellt sie einen Querschnitt von Konzepten dar, die – nach Auffassung der Herausgeber – in der Praxis aktuell eingesetzt und als Fortbildungen besonders nachgefragt werden.

Gangunsicherheit und Stürze gehen oft mit dem Verlust der Selbständigkeit einher. Der Sturz ist ein zentrales, das weitere Leben bestimmendes Trauma. Katja Mai ist u. a. diesem Thema in Ihrem Buch (Richter et al. 2016)⁹ nachgegangen, und sie ist seit vielen

8 Dapp U (2008) Gesundheitsförderung und Prävention selbständig lebender älterer Menschen. Eine medizinisch-geographische Untersuchung. Stuttgart: Kohlhammer

9 Richter K, Greiff C, Weidemann-Wendt N (2016) Der ältere Mensch in der Physiotherapie. Heidelberg: Springer

Jahren auch im Bereich Sturzprävention tätig. Sie schildert die Voraussetzungen, das Ereignis und die Sturzfolgen und benennt zahlreiche Faktoren der Prävention, Kuration und Rehabilitation (► Kap. 7).

Ein zentrales Thema bei der Behandlung geriatrischer Patienten ist die Wiedererlangung der Mobilität, Marianne Brune und Michaela Friedhoff widmen sich dem Thema Haltung und Bewegung im Kapitel 8. Das Bobath-Konzept als *das* interdisziplinäre, therapeutische 24-Stunden-Behandlungskonzept der Geriatrie, dient als Grundlage des Kapitels und wird zu Beginn beschrieben. In diesem Zusammenhang wird auch die Bedeutung der motorischen Kontrolle und des motorischen Lernens erläutert. Danach werden die Merkmale von normaler Bewegung und die Auswirkungen bei Verlust von Mobilität dargestellt. Anhand eines realen Fallbeispiels beschreiben die Autorinnen das Clinical Reasoning bzw. den Pflegeprozess. (► Kap. 8).

Vermisst wurde in der ersten Auflage ein gesondertes Kapitel zu den altersassoziierten Themen Hören und Sehen. Vielleicht trug zu unserer Blickverengung bei, dass Hör- und Seheinschränkungen im Alterwerden so »normal« sind und in unserer Gesellschaft in der Regel auch gut korrigierbar. Dr. Marie-Louise Strobach, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Zusatzbezeichnung Geriatrie, zeigt, welche Dimensionen diese Beeinträchtigungen haben und dass auch schwerwiegende Krankheiten dieser Sinnesorgane berücksichtigt werden müssen (► Kap. 9).

Dem »oralen Trakt« mit seinen komplexen Funktionen und den Auswirkungen von Dysfunktionen und Erkrankungen widmet sich das Kapitel 10. Dagmar Nielsen beschreibt die Ernährung als »mehr als die Gabe von Nahrung und Flüssigkeit« und gibt einen Einblick in die Ernährungsvorgänge. Sie thematisiert die wichtigsten Arten einer Mangelernährung sowie deren Ursachen und berücksichtigt in diesem stark erweiterten Kapitel u. a. auch die aktuellen Expertenstandards, neuere Studien und Leitlinien (► Kap. 10.1).

Dysphagie und Trachealkanülenmanagement – in seinem reich bebilderten Kapitel beschreibt Norbert Niers ausführlich den Schluckablauf, schildert die Ursachen einer Dysphagie und benennt deren komplexe und schwerwiegende Folgen. Die Diagnostik und Therapie von Dysphagien wird ebenso ausführlich beschrieben wie das therapeutische Trachealkanülenmanagement (► Kap. 10.2). Kognitiv bedingte Dysphagien und Dysphasien – diese Begrifflichkeit hat Dr. Maria-Dorothea Heidler in die Diskussion eingeführt, um kognitiv bedingte Sprachverarbeitungsstörungen bzw. kognitiv bedingte Störungen der Nahrungsaufnahme zu kennzeichnen. Sie beschreibt die Auswirkungen verschiedener Funktionsstörungen und gibt einen Überblick, welche Strategien im Umgang damit erfolgversprechend sind (► Kap. 10.3).

Mit Scham belegt: Kontinenzverlust und Inkontinenz – unter diesem Titel nähert sich Uwe Papenkordt dem Tabuthema »Inkontinenz« in Kapitel 11. Pragmatisch und praxisnah beschreibt er die Ursachen sowie die verschiedenen Inkontinenzformen und macht Vorschläge zur Kontinenzförderung und Hilfsmittelversorgung. Abschließend fordert er einen sensiblen Umgang mit dem Thema und gleichzeitig eine höhere Aufklärungsrate (► Kap. 11).

Mit Medikamenten im Alter und Polypharmazie in der Pflege befasst sich Dr. Frank-Christian Hanke im Kapitel 12. Erkrankungen durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen gehören zu den häufigsten und kostspieligsten Krankheitskomplexen in den Industrieländern. Hanke beschreibt Ursachen und Wirkung und benennt Möglichkeiten der Abhilfe. Die von ihm begründete Weiterbildung »Zertifizierte Medikationsfachkraft« ist eine Möglichkeit dazu (► Kap. 12).

Dem komplexen Thema »Schmerzen« – Einteilung, Ursachen, Schmerzerfassung sowie medikamentöse und nicht medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten – widmet sich Dr. Joachim Guntau. Er macht vor allem deutlich, dass Schmerz immer subjektiv und

individuell ist: Schmerz ist das, was der Patient empfindet (► Kap. 13).

Kognition und kognitive Veränderungen, dementielle Erkrankungen und Bewusstsein sind die Themen von Dr. Peter Tonn in Kapitel 14. Er gibt einen Überblick über kognitive Leistungen im Altersverlauf und beschreibt die Ursachen kognitiver Veränderungen. Auf dieser Basis werden in den weiteren Unterkapiteln unterschiedliche Behandlungsansätze für Menschen mit kognitiven Einschränkungen vorgestellt (► Kap. 14.1).

Die Integrative Validation nach Richard® (IVA) ist eine Methode für die Begleitung von Menschen mit Demenz, insbesondere im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung. Sie beruht auf der Annahme, dass das Verhalten der Betroffenen als grundsätzlich zielgerichtet, bedeutungsvoll und sinnhaft anzunehmen ist, der erkrankte Mensch dies aber nicht mehr situationsangemessen umsetzen kann (► Kap. 14.2).

Ergotherapie bei Menschen mit Demenz galt früher als (fast) unmöglich. Gudrun Schaade und ihre Kolleginnen Ann-Kathrin Blank und Dorothee Danke stellen den dennoch möglichen und erfolgversprechenden Ansatz der Ergotherapie im Bereich Demenz vor: Entscheidend ist der Blick auf die Körperwahrnehmung, denn »der Mensch besteht eben nicht nur aus der Kognition«. Mit der Weiterbildung »Demergo« haben die drei Autorinnen ein eigenes Modell entwickelt (► Kap. 14.3).

Das Affolter-Modell® kommt in der Therapie von Patienten/Bewohnern mit erworbenen cerebralen Schäden (z. B. Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma u. Ä.) und mit dementiellen Symptomen zur Anwendung. Birgit Adam-Küllsen beschreibt deren Schwierigkeiten in der Organisation der Wahrnehmung und die Chancen der Behandlung, sich wieder (besser) auf alltagsrelevante Handlungen zu konzentrieren (► Kap. 14.4).

Mit den Möglichkeiten der Musiktherapie beschäftigt sich Andreas Blase und zeigt in seinem Kapitel auf, dass Musik eine gute

Möglichkeit ist, auch mit schwer kognitiv eingeschränkten Menschen in Kontakt zu kommen und verschüttete, häufig traumatische Erfahrungen wieder »zugänglich« zu machen (► Kap. 14.5).

Ca. 23 % beträgt der Anteil dementer Patienten in den Krankenhäusern (Isfort et al. 2014). Jochen Gust erläutert in seinem Beitrag, welche Herausforderungen es für diese Menschen darstellt, mit einer plötzlichen Krankenhauseinweisung zurechtzukommen. Er macht deutlich, wie wichtig die Umgebungsgestaltung ist und was die unterschiedlichen Berufsgruppen tun können, um ein drohendes Delir zu erkennen und diesem vorzubeugen (► Kap. 14.6).

Depressionen und Suizidalität im Alter sind Thema des Beitrags von Prof. Dr. Reinhard Lindner im Kapitel 15. Nach der Beschreibung von Symptomen, Häufigkeiten und der Krankheitsverteilung benennt er konkrete Handlungsoptionen. Er beschreibt besonders häufige idealtypische Situationen (Konflikt, nichtverhandelbares Problem, Kontaktvermeidung) und zeigt, wie diese erkannt werden und wie ihnen begegnet werden kann (► Kap. 15).

Gute Kommunikation und Beziehungsarbeit ist die Basis für jede therapeutische und pflegerische Tätigkeit. Prof. Dr. Beate Stiller beschreibt anhand von zwei alltäglichen Fallbeispielen, welche Gründe zu einer Kommunikationsstörung führen können und wie die Pflegekräfte und Therapeuten durch richtige Fragestellungen dennoch in Kontakt mit Patienten kommen und bleiben können. Wie kann motivierende Gesprächsführung gelingen und zur Klärung von Kommunikationsstörungen beitragen? (► Kap. 16.1).

Basale Stimulation® ist das Thema von Marianne Pertzborn und Michael Goßen. Eine Verminderung der Bewegungsfähigkeit infolge einer Erkrankung führt häufig zu einem Verlust der Körperwahrnehmung – der Mensch verliert die Vorstellung von sich selbst. Die Autoren zeigen in Text und Bild, wie mithilfe der Basalen Stimulation® wahr-

nehmungsgestörte Patienten unterstützt und gefördert werden können (► Kap. 16.2).

Dem Thema »Palliativ Care« widmet sich Christel Ludewig. Sie beschreibt die Entwicklung und die Grundsätze der Palliativversorgung, benennt die verschiedenen Bedürfniskategorien, thematisiert die Relevanz der verschiedenen Begleitgruppen und nimmt abschließend die besonderen Herausforderungen der palliativen Versorgung von geriatrischen Patienten in den Fokus (► Kap. 17).

Abschließend formulieren die Herausgeber einige Kernaussagen und Thesen zum Thema Bildung und Qualifikation. Wir fokussieren auf den nachweisbaren Zusammenhang von Bildung und Personalentwicklung/-bindung, der in vielen Institutionen des Gesundheitswesens zwar häufig beschworen, aber selten gelebt wird (► Kap. 19).

Alle Kapitel wurden durchgesehen und, wo sinnvoll, überarbeitet und um aktualisierte Daten oder neuere Literaturhinweise ergänzt. Den Herausgebern ist bewusst, dass dennoch nicht alle geriatrischen Themenbereiche erwähnt und manche Bereiche vielleicht auch zu kurz oder in »falscher« Gewichtung abgehandelt wurden. Ein wenig ist es wie am Ende eines Fortbildungs-Seminars: Es waren immer zu viele Informationen, die Zeit war zu kurz und es müsste eigentlich

sofort ein Aufbauseminar geben. Wir sind für konstruktive Kritik sehr empfänglich und wünschen den Leserinnen und Lesern eine informative und anregende Lektüre. Wir freuen uns auf Ihre Resonanz.¹⁰

Literatur

- Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (1999) Fortbildungs- und Prüfungsordnung zur Fachkrankenschwester/zum Fachkrankenschwester, zur Fachaltenpflegerin/zum Fachaltenpfleger in klinischer Geriatrie und Rehabilitation vom 16.11.1999 (Amtl. Anz. S. 403)
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (Hrsg.) (2020) OPS Version 2021. Kapitel 8 nicht operative therapeutische Maßnahmen (8-01...8-99), Frührehabilitative und physikalische Therapie (8-55...8-60) (<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2021/block-8-55...8-60.htm>, Zugriff am 01.07.2022)
- Bundesverband Geriatrie e. V. (Hrsg.) (o. J.) Über ZERCUR® (<https://www.bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/zercur/zercur.html>, Zugriff am 01.07.2022)
- Isfort M, Klostermann J, Gehlen D, Siegling B (2014) Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip), S. 6. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>

10 Lob, Resonanz und auch Kritik können gerne über die Website <https://www.kohlhammer.de/kontakt> eingereicht werden. Der Verlag wird alle eingehenden Nachrichten an die Herausgeber weiterleiten.