

Röhrig-Herzog  
Waterkotte  
Kunnel



# WENN DAS ALTERN UNS HERAUSFORDERT

**ALTERSSYMPTOME VERSTEHEN**

**UND IHNEN BEGEGNEN**

**Kohlhammer** Ratgeber

**Kohlhammer**

## Rat + Hilfe

Fundiertes Wissen für Betroffene, Eltern und Angehörige –  
Medizinische und psychologische Ratgeber bei Kohlhammer

Eine Übersicht aller lieferbaren und im Buchhandel angekündigten Ratgeber aus unserem Programm finden Sie unter:



<https://shop.kohlhammer.de/rat+hilfe>

### Die Autorinnen

**Gabriele Röhrig-Herzog**, Prof. Dr. med., MPH, ist Geriaterin und Psychotherapeutin an der Hochschule für Gesundheit, Pädagogik und Soziales EUFH in Köln und leitet dort die geriatrische Hochschulsprechstunde.

**Ramona Waterkotte** ist u. a. examinierte Altenpflegerin. Sie hat Erziehungswissenschaft und Soziologie B.A. sowie Schulmanagement M.A. studiert. Sie arbeitet an der Fort- und Weiterbildung der Universitätsmedizin Mainz sowie als freiberufliche Referentin und Projektleiterin zur Thematik Recruiting und Generationsmanagement.

**Asha Kunnel**, Dr. med., ist Neurologin, Nervenärztin und Geriaterin und als geschäftsführende Oberärztin im Cellitinnen Krankenhaus Köln in der neurologischen und fachübergreifenden Frührehabilitation tätig.

Gabriele Röhrig-Herzog  
Ramona Waterkotte  
Asha Kunnel

# **Wenn das Altern uns herausfordert**

Alterssymptome verstehen  
und ihnen begegnen

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.

1. Auflage 2024

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-043217-8

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-043218-5

epub: ISBN 978-3-17-043219-2

# Inhalt

<b>Vorwort</b> .....	<b>7</b>
<b>Einleitung</b> .....	<b>9</b>
Was ist »Altersmedizin«? .....	9
Was macht ein Geriater (Altersmediziner)? .....	10
Was sind »geriatrische Syndrome«? .....	12
Wie erfolgt eine geriatrische Behandlung im Krankenhaus? .....	14
Gibt es auch eine geriatrische Behandlung in Arztpraxen?	16
Was im Alter besser wird .....	17
<b>1 Kommunizieren können</b> .....	<b>19</b>
1.1 Demenz .....	19
1.2 Delir .....	28
<b>2 Sich bewegen können</b> .....	<b>34</b>
2.1 Schwindel und Gangunsicherheit .....	34
2.2 Sturzereignisse .....	37
2.3 Wunden .....	44
2.4 Bettlägerigkeit .....	50
<b>3 Aufrechterhaltung von vitalen Funktionen des Lebens</b> .....	<b>60</b>
3.1 Polypharmazie .....	60
3.2 Sarkopenie .....	64
3.3 Mundtrockenheit .....	69
3.4 Umgang mit Schmerz .....	71

3.5	Der vergessene Schmerz .....	74
3.6	Depression im Alter .....	78
<b>4</b>	<b>Sich pflegen können .....</b>	<b>85</b>
4.1	Aufkommende Pflegebedürftigkeit .....	85
4.2	Trockene Haut .....	91
4.3	Nagelpilz .....	94
<b>5</b>	<b>Essen und Trinken .....</b>	<b>95</b>
5.1	Veränderte Mobilität und Gewichtszunahme .....	95
5.2	Veränderte Präferenz beim Essen und Trinken .....	98
<b>6</b>	<b>Ausscheiden können .....</b>	<b>102</b>
6.1	Obstipation .....	102
6.2	Inkontinenz .....	105
<b>7</b>	<b>Ruhen und Schlafen können .....</b>	<b>110</b>
7.1	Schlafstörungen im Alter .....	110
<b>8</b>	<b>Sich beschäftigen können .....</b>	<b>116</b>
<b>9</b>	<b>Soziale Bereiche des Lebens sichern können .....</b>	<b>120</b>
<b>10</b>	<b>Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können .....</b>	<b>126</b>
10.1	Ein Riss durch die Familie .....	126
10.2	Suizidalität im Alter .....	130
<b>Literatur .....</b>		<b>133</b>
<b>Sachwortverzeichnis .....</b>		<b>137</b>

# Vorwort

Warum dieses Buch? »Noch ein Buch über Altersmedizin? Da gibt's doch schon so viele!« Das mag stimmen, aber diese Bücher sind für medizinisches Fachpersonal geschrieben. Für die wichtigsten Personen der Altersmedizin, unsere Patienten und deren Angehörige, gibt es hingegen bisher kein Buch über Altersmedizin. Und genau für sie haben wir dieses Buch geschrieben.

Wir alle arbeiten jeden Tag mit Menschen zusammen, die aufgrund ihres hohen Alters über viel mehr Lebenserfahrung verfügen als wir. Sie waren bei Ereignissen dabei, die wir nur aus Geschichtsbüchern kennen, und haben zum Teil Erfahrungen gemacht, die wir glücklicherweise nicht machen mussten. Sie sind lebenserfahren, haben viel erlebt und viel ertragen und sie wissen viel. Doch wenn es um die eigene Gesundheit im Alter geht, kommen diese lebenserfahrenen Menschen oft an unbekannte Grenzen, die sie mitunter resignieren lassen: »Im Alter hat man nur Leid und Schmerzen und ist nur noch krank!« Aber das stimmt nicht! Altern ist keine Krankheit, sondern eine Herausforderung. Und Herausforderungen haben diese Menschen in ihren langen Leben schon viele gemeistert. Man kann das eigene Älterwerden sehr wohl aktiv mit beeinflussen. Mit diesem Buch wollen wir all denjenigen interessierten Seniorinnen und Senioren sowie ihren Angehörigen zeigen, wozu Altersmedizin (= Geriatrie) gut ist, welche Angebote es gibt und wie sie helfen kann, neben gesundheitlichen Einschränkungen auch gesundheitliche Ressourcen zu entdecken, die jeder für sich nutzen kann. Wir wollen mit diesem Buch den Wissensdurstigen möglichst viel Zusammenhänge über die Gesundheit im Alter verständlich erläutern, wir wollen den Suchenden Informationen mitgeben, wo sie Hilfe bei der Pflege finden können, und wir wollen denjenigen, die sich niedergeschlagen fühlen, Mut machen, auch über Unterstützungs- und



Hilfsangebote nachzudenken, die sie bisher nicht kannten oder denen sie eher skeptisch gegenüberstanden.

Zugunsten einer lesefreundlichen Darstellung wird in diesem Werk bei personenbezogenen Bezeichnungen in der Regel die männliche Form verwendet. Diese schließt, wo nicht anders angegeben, alle Geschlechtsformen ein (weiblich, männlich, divers).

Gabriele Röhrig-Herzog, Ramona Waterkotte und Asha Kunnell

# Einleitung

## Was ist »Altersmedizin«?

Wenn ein Säugling Bauchweh hat, ein 5-jähriges Mädchen stark erkältet ist oder ein 14-jähriger Junge plötzlich Fieber bekommt, dann wird den Eltern ganz selbstverständlich geraten, mit ihren Kindern zum Kinderarzt zu gehen. Kinderärzte kennen sich mit den besonderen Abläufen und Organfunktionen im Körper eines Kindes genau aus. Diese unterscheiden sich nämlich sehr oft von den Abläufen und Funktionen im Körper eines erwachsenen Menschen. Das hat man schon vor über 150 Jahren erkannt und um 1850 in Würzburg die erste Universitäts-Kinderklinik eröffnet.

Dass auch der Organismus von Senioren seine sehr eigenen Abläufe hat und sich Organfunktionen im Alter oft sogar sehr wesentlich von den Organfunktionen jüngerer Erwachsener unterscheiden, wurde erst viel später zu Beginn des 20. Jahrhunderts erkannt. Dem Arzt Ignatz Nascher (1863–1944) fiel 1908 bei einem Besuch des Wiener Versorgungsheimes Lainz auf, dass die hier versorgten älteren Patienten eine im Vergleich zu anderen Altersgenossen deutlich niedrigere Sterberate hatten. Das beeindruckte ihn sehr, denn die mittlere Lebenserwartung lag in Österreich um die Jahrhundertwende bei 40–43 Jahre. Was machte man anders im Versorgungsheim Lainz? Im Gespräch mit einem der behandelnden Ärzte erfuhr er: »Wir verfahren mit den Patienten hier so, wie ein Kinderarzt (Pädiater) mit den Kindern.« Diese Erkenntnis veranlasste Dr. Nascher, in Anlehnung an den Begriff »Pädiatrie« den Begriff »Geriatric« zu prägen, als Bezeichnung für die Altersmedizin. Er legte damit den Grundstein für diese medizinische Fachrichtung.

In London machte die Ärztin Marjorie Warren ähnliche Beobachtungen bei den stationär versorgten Patienten und stellte fest, dass das Überleben deutlich besser wurde, wenn jeder der betagten Patienten seinen individuellen gesundheitlichen Bedürfnissen entsprechend behandelt wurde und nicht alle nach dem gleichen, einheitlichen Schema. Während ihrer leitenden Tätigkeit im Middlesex County Hospital ab 1935 erarbeitete sie erstmals konkrete klinische Konzepte zur Behandlung stationär versorgter chronisch Kranker, woraus sich in den folgenden Jahren die geriatrischen, individuell angepassten Therapiekonzepte entwickelten (Warren 1951).

Heute wissen wir, dass jeder ältere Mensch auch in gesundheitlicher Hinsicht ein Individuum ist und eine individuelle Diagnostik und Therapie benötigt. Das liegt daran, dass sich die Funktionen unserer Organe und unseres Körpers im Laufe des Lebens ganz unterschiedlich verändern. Dabei spielt zum einen sicher die Art und Weise eine Rolle, wie sehr wir auf unseren Körper im Laufe des Lebens achten: ob wir ihn regelmäßig überanstrengen durch Stress und schwere körperliche Arbeit; ob wir auf ihn hören, wenn er Ruhe braucht oder aber diese »Rufe« ignorieren; ob wir ihm zumuten, mit Schadstoffen fertigzuwerden wie Nikotin, Alkohol oder Drogen; ob wir ihn regelmäßig bewegen und damit unseren Muskeln die Möglichkeit geben, stark zu bleiben und den Körper zu halten. Natürlich spielen auch Erkrankungen, Unfälle oder vererbte oder angeborene Funktionsstörungen eine Rolle. Und zu guter Letzt ist natürlich auch unsere persönliche Einstellung zum Altwerden von großer Bedeutung.

## Was macht ein Geriater (Altersmediziner)?

Ein Geriater ist ein Arzt, der eine zusätzliche, spezielle Ausbildung in Altersmedizin erworben hat und daher spezialisiert darauf ist, ältere Menschen, sogenannte geriatrische Patienten, gezielt zu behandeln. Ein Geriater kennt sich mit den Veränderungen der Organfunktionen im Alter aus und kann daher besser einschätzen, z. B. welche Medikamente sich für

einen älteren Menschen eignen und welche dagegen überwiegend schaden würden. Auch ist ein Geriater in der Lage, durch spezielle, gezielte Untersuchungen und Testverfahren (Assessments) festzustellen, wo ein geriatrischer Patient seine Schwierigkeiten und Probleme hat und wo er hingegen vollkommen fit ist. Wenn ein Patient z. B. immer wieder stürzt, ist es sicher wenig hilfreich, mit ihm das Sprechen zu üben, denn das kann er ja. Hier ist es viel sinnvoller, gemeinsam mit dem Patienten herauszufinden, warum er immer wieder stürzt, ob er an Schwindel oder unter Schmerzen leidet, ob er vielleicht eine Schwäche in den Beinen verspürt oder ob er möglicherweise schlechter sieht als sonst. Wenn man auf so differenzierte Weise mit Hilfe der Assessments erfährt, wo die Ursache für das Stürzen liegt, kann man sie auch ganz gezielt behandeln und dem Patienten wieder helfen, sich sicherer zu bewegen.

### **Was sind Geriatrische Assessments?**

Geriatrische Assessments sind bestimmte Untersuchungsmethoden, die zwei wichtige Aufgaben in der Geriatrie haben:

#### **1. *Diagnosestellung***

Mit Hilfe von geriatrischen Assessments kann ein Geriater feststellen, wo ein Patient Probleme hat und wo nicht. Das hilft zu vermeiden, dass ein Patient für etwas behandelt wird, wo ihm gar nichts fehlt. Auf der anderen Seite kann durch die Assessments viel genauer herausgefunden werden, wann und wo der Patient Probleme hat und wo sie herkommen. Dadurch kann man sie auch sehr gezielt behandeln.

#### **2. *Therapiekontrolle***

Assessments haben noch eine weitere wichtige Aufgabe: Man kann mit ihrer Hilfe prüfen, ob sich ein bestimmtes körperliches Problem unter der eingesetzten Therapie schon gebessert hat, z. B., ob ein Patient mit Unsicherheit beim Laufen schon wieder sicherer geworden ist und vielleicht sogar ohne einen Stock eine Strecke gehen kann. Dafür vergleicht man das Ergebnis des Assessments vor der Therapie mit dem Ergebnis des Assessments nach der Therapie und

kann daraufhin auch ziemlich genau sagen, wo der Patient noch Übung braucht oder auch welches Hilfsmittel er weiterhin braucht.

Geriatrische Assessments kommen routinemäßig im Rahmen von geriatrischen Behandlungen im Krankenhaus zum Einsatz, inzwischen aber auch zunehmend in Arztpraxen.

## Was sind »geriatrische Syndrome«?

Unter einem geriatrischen Syndrom versteht man einen Befund, der im Unterschied zu jüngeren Patienten bei geriatrischen Patienten typischerweise durch mehrere, meist kombinierte Ursachen begründet wird und zu einer ganzen Kette von Folgestörungen führen kann. Betrachtet man zum Beispiel das geriatrische Syndrom »Sturz«, so ist zunächst einmal klar, dass man in jedem Alter stürzen kann, z. B. Kinder stürzen auf dem Spielplatz, Erwachsene beim Skilaufen oder von der Gartenleiter.

Meistens sind solche Stürze durch Stolpern oder Gleichgewichtsverlust bedingt und die Betroffenen können sich an den Sturz genau erinnern. Da ihre jüngeren Körper noch sehr viel belastbarer sind, heilen die Sturzfolgen wie Knochenbrüche, Verstauchungen oder Blutergüsse bei Erwachsenen gewöhnlich nach einer Behandlung auch schnell und folgenlos ab.

Bei geriatrischen Patienten sind Stürze dagegen oft durch mehrere gleichzeitig wirkende Faktoren bedingt wie bspw. Sehstörungen, Muskelschwäche, Taubheitsgefühle an den Füßen oder Beinen (Polyneuropathie) und Schwindelgefühle. Häufig kann auch eine Störung des Pulschlages oder des Blutdruckes zu einem Sturz führen. Dann kann es auch vorkommen, dass sich die Personen gar nicht mehr an den Sturz erinnern, also eine Erinnerungslücke haben (Synkope). Das ist eine sehr wichtige Information für die behandelnden Ärzte und Therapeuten. Man unterscheidet daher bei geriatrischen Patienten auch zwischen einem intrinsisch (= durch eine Fehlfunktion von Herz, Kreislauf oder anderen Organen)