



Hien
Pilgrim · Neubart



Moderne Geriatrie und Akutmedizin

Geriatrisch-
internistische
Strategien
in Notaufnahme
und Klinik



Springer

Moderne Geriatrie und Akutmedizin

Peter Hien
Ralf Roger Pilgrim
Rainer Neubart

Moderne Geriatrie und Akutmedizin

Geriatrisch-internistische Strategien in Notaufnahme
und Klinik

Peter Hien

Medizinische Klinik
DRK-Krankenhaus Alten-
kirchen-Hachenburg
Leuzbacher Weg 21
57610 Altenkirchen
Germany

Ralf Roger Pilgrim

Klinik für Innere Medizin III
Geriatrie, Sana Klinikum
Lichtenberg
Fanningerstraße 32
10365 Berlin-Lichtenberg
Germany

Rainer Neubart

Klinik für Innere Medizin
(Geriatrie), Sana-Kranken-
haus Templin
Freiheit 51
16761 Stolpe-Süd
Germany

ISBN 978-3-642-25602-8

ISBN 978-3-642-25603-5 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-642-25603-5

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer Medizin

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Hinrich Küster, Heidelberg

Projektmanagement: Kerstin Barton, Heidelberg

Lektorat: Volker Drüke, Münster

Projektkoordination: Cécile Schütze-Gaukel, Heidelberg

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Fotonachweis Umschlag: © photos.com

Herstellung: le-tex publishing services GmbH, Leipzig

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer.com

Vorwort

Über 50 % der Patienten in der Akutmedizin oder in der Notaufnahme sind betagte, multimorbide Patienten. Moderne Geriatrie beginnt ab Tag 1 auf der Akutstation oder gleich in der Notaufnahme. Der geriatrisch versierte Arzt steht kurzfristig vor Ort zur Verfügung. Gemeinsam mit der spezialisierten Fachabteilung wird der optimale Ablauf geplant.

Bei frühzeitigem Einsatz des geriatrischen Teams, bestehend aus Arzt, Pflege, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie und Sozialdienst, lassen sich Komplikationsraten und Pflegebedürftigkeit dramatisch reduzieren sowie die Erlöse steigern, eine Win-win-Situation für Patienten, Arzt, Krankenhaus und Kostenträger.

Am besten ist dies gesichert für die Gerontotraumatologie. Ein bis dahin mobiler und selbstständiger alter Mensch kommt mit einer Schenkelhalsfraktur in die Notaufnahme. Er fürchtet um seine Selbstständigkeit, hat Angst in einer initial sehr belastenden Situation, versteht oft vieles nicht und hat Schmerzen. Viele Krankheiten spielen zusammen, wie Diabetes, COPD, Herzinsuffizienz, Arthrosen, beginnende Demenz usw. Nach einer Operation kommt es oft zu etlichen Komplikationen, wie Mangelernährung, Elektrolytverschiebung, entgleistem Blutzucker, Exsikkose, Eintrübung, Verwirrung, Aspirationen, Pneumonien u. a. Die Folge ist eine hohe Rate nachfolgender Versorgungs- und Pflegebedürftigkeit, die mit bis zu 65 % angegeben wird.

Das Beispiel lässt sich übertragen auf Oberarmfrakturen, Pneumonien, Herzinfarkte, exazerbierte COPD, Schlaganfälle und andere akute bedrohliche Erkrankungen, die im Alter so häufig sind.

Das „Outcome“ lässt sich um 100 % verbessern, die Pflegebedürftigkeit und die Komplikationsrate um 50 % senken, aber nur, wenn man von Anfang an interdisziplinäres geriatrisches Team einbindet.

Wir müssen in Zukunft den Mut haben, das zu tun. Nur die sofortige interdisziplinäre Betreuung der betagten multimorbiden Menschen sichert ein möglichst gutes Ergebnis.

Dieses Buch begreift sich als Arbeitsbuch, entwickelt aus der Praxis für die Praxis. Es wendet sich nicht nur an in geriatrischen Kliniken tätige Ärzte, sondern an alle an der Geriatrie interessierten und mit geriatrischen Patienten konfrontierten Kollegen.

Mögen Sie an der Bearbeitung der vielfältigen Probleme geriatrischer Patienten genauso viel Freude haben wie die Autoren.

Dr. Peter Hien

Im November 2012

Die Autoren



Peter Hien

arbeitete nach dem Studium 4 Jahre in der Anästhesie, Intensivmedizin, Traumatologie und Allgemeinchirurgie. Danach wurde er zum Internisten und dann in rascher Folge zum Pneumologen, Notarzt, Diabetologen, Allergologen und Schlafmediziner ausgebildet. Als Chefarzt einer sehr großen Abteilung der Inneren Medizin und Leiter einer interdisziplinären Notaufnahme wurde ihm die Bedeutung der Geriatrie in der Akutmedizin bewusst. Gemeinsam mit Rainer Neubart baute er eine Geriatrie auf und entwickelte interdisziplinäre geriatrische Konzepte. Heute ist der Autor verschiedener Bücher zum Diabetes, zur Echokardiographie, zur Praktischen Pneumologie und zur Sauerstofflangzeittherapie Chefarzt im DRK-Verbund Rheinland Pfalz und beauftragt, das Konzept „Moderne Geriatrie und Akutmedizin“ umzusetzen.



Rainer Neubart

studierte an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und an der Freien Universität Berlin. Approbation 1981, Promotion 1985. 1992–2008 Chefarzt der Klinik für Innere Medizin (Geriatrie) und Ärztlicher Leiter im Ev. Krankenhaus Woltersdorf. 1996 wesentlich beteiligt an der Einführung der Schwerpunkt-Weiterbildung Geriatrie in Deutschland. 1995–1997 Weiterbildungsbeauftragter im Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie. 1993–2008 Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Geriatrie Berlin-Brandenburg. 1996–2008 Vorsitzender der Prüfungskommission Geriatrie der Landesärztekammer Brandenburg. Seit 1997 Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Rehabilitation. 1997–2008 Vorsitzender der Geriatischen Akademie Brandenburg, seitdem stellvertretender Vorsitzender. 2004–2006 Mitglied des Graduiertenkollegs „Multimorbidität im Alter und ausgewählte Pflegeprobleme“ der Charité-Universitätsmedizin Berlin. 2008–2012 Chefarzt der Klinik für Innere Medizin III (Geriatrie) im Sana-Klinikum Lichtenberg, Berlin. 2008–2010 Vorsitzender der Sektion 2 der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie. Seit 2012 Chefarzt der Klinik für Innere Medizin (Geriatrie) im Sana-Krankenhaus Templin. Vorlesungen an der FU Berlin, der Fachhochschule Lausitz in Cottbus und der Alice-Salomon-Hochschule, Berlin. Seit dem Wintersemester 2012/2013 Gastprofessur für Soziale Gerontologie und Gesundheitsmanagement an der Alice-Salomon-Hochschule, Berlin.



Ralf-Roger Pilgrim

ist Facharzt für Innere Medizin und Geriater. Nach seinem Zivildienst in einem niedersächsischen Heim für Schwererziehbare studierte er in Berlin Medizin. Nach Studienaufenthalten in Indien und Zimbabwe erhielt er seine Facharztausbildung auf den Abteilungen für Kardiologie und Gastroenterologie des Jüdischen Krankenhauses. Hier wurde er auch durch jüdische medizinische Traditionen geprägt. Nachdem er dort die geriatrische Abteilung mit aufgebaut hatte, erwarb er im Wichern-Krankenhaus des Evangelischen Johannesstiftes und im Dominikus-Krankenhaus die fakultative Weiterbildung Klinische Geriatrie. Er arbeitet als Oberarzt in der Abteilung für Geriatrie des Sana Klinikums Lichtenberg (Oskar-Ziethen-Krankenhaus). Schwerpunkte seiner Tätigkeit sind Ernährung, chronische Wunden, Schmerztherapie und Palliativmedizin. Besonders am Herzen liegen ihm die berufsgruppenübergreifende Kooperation und die Ausbildung junger Geriater. Pilgrim ist Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie und der Demenzfreundlichen Kommune Lichtenberg. Er ist verheiratet und hat drei Kinder.

Inhaltsverzeichnis

I	Herausforderungen des demografischen Wandels aus Sicht des Geriaters.	1
1	Gesundheitsmanagement in unserer alternden Gesellschaft	3
2	Geriatric, die spezialisierte Medizin für ältere Menschen.	7
3	Typische Problemkonstellationen geriatrischer Patienten	9
4	Die Dynamik verschiedener Erkrankungen geriatrischer Patienten.	15
5	Prinzipien und Methoden der modernen Geriatric	19
II	Dimensionen geriatrischen Handelns.	29
6	Akutmedizin in der Geriatric	31
7	Geriatric Rehabilitation	33
8	Präventivmedizin in der Geriatric	37
9	Palliativmedizin in der Geriatric	41
10	Geriatric Gesundheitsmanagement	49
III	Geriatric Versorgungsstrukturen	63
11	Geriatric in der klinischen Akutversorgung	65
12	Die Geriatric Tagesklinik	103
13	Geriatric im Bereich der ambulanten Medizin	107
14	Ökonomie geriatrischer Versorgungssysteme.	117
IV	Charakteristische Gesundheitsprobleme geriatrischer Patienten	119
15	Geriatric Syndrome.	121
16	Das Management spezieller Erkrankungen in der Geriatric.	185

V Geriatrisches Kodieren..... 297

17 **Häufigste geriatrische Kodes..... 299**

 Anhang..... 340

 Lesetipps..... 361

 Sachwortverzeichnis..... 367

Herausforderungen des demografischen Wandels aus Sicht des Geriaters

- Kapitel 1 Gesundheitsmanagement in unserer alternden
Gesellschaft – 3
- Kapitel 2 Geriatrie, die spezialisierte Medizin
für ältere Menschen – 7
- Kapitel 3 Typische Problemkonstellationen geriatrischer
Patienten – 9
- Kapitel 4 Die Dynamik verschiedener Erkrankungen
geriatrischer Patienten – 15
- Kapitel 5 Prinzipien und Methoden
der modernen Geriatrie – 19

Gesundheitsmanagement in unserer alternden Gesellschaft

- 1.1 Demografischer Wandel
 und Gesundheitsversorgung – 5
- 1.2 Altern als individueller Prozess – 6

Der demografische Wandel hat alle Bereiche unserer Gesellschaft erreicht und wird ganz besonders das Gesundheits- und Sozialgefüge nachhaltig beeinflussen. Während die Anzahl jüngerer Menschen abnimmt, ist in den nächsten Jahrzehnten mit einem dramatischen Anstieg des Anteils älterer Menschen zu rechnen. Die höchsten Zuwachsraten betreffen die ältesten Bevölkerungsgruppen. Für die medizinische Versorgung resultieren hieraus einschneidende Veränderungen. Die Struktur unseres Gesundheitssystems muss sich dieser Herausforderung stellen. Der Patient der Zukunft ist multimorbid, leidet unter chronischen Krankheiten und ist in seiner Autonomie bedroht. Gefragt ist also ein Gesundheitsmanagement, das dem Betroffenen trotz verschiedener Krankheiten und Behinderungen ein weitgehend selbstständiges Leben ermöglicht. Dieses Konzept verfolgt die moderne Geriatrie.

Bedeutsam ist auch die Erkenntnis, dass der Prozess des Alterns sehr individuell verläuft und wirkungsvoll beeinflusst werden kann. Also wird „gesundes Altern“ zum wichtigen Thema.

In unserer Gesellschaft wird Alter oft mit Krankheit assoziiert, die Zusammenhänge sind jedoch komplizierter. Alles Leben ist einem Alterungsprozess unterworfen, der determinierten Regeln folgt, aber gleichzeitig individuell abläuft. Alter bedeutet nicht zwangsläufig Krankheit, jedoch ist die Wahrscheinlichkeit, zu erkranken, im Alter größer als in der Jugend. Es gibt auch im hohen Alter gesunde Menschen. Doch viel häufiger zeigt sich der Effekt, dass Menschen im Alter gleich unter mehreren Krankheiten leiden, die ihre Lebensqualität und Autonomie einschränken („Multimorbidität“). Die verschiedenen Einschränkungen der Gesundheit werden zu einem bestimmenden Faktor des täglichen Lebens. Dies bezieht sich sowohl auf die sich mit dem Alter verändernde körperliche und geistige Leistungsfähigkeit als auch auf vermehrt auftretende Krankheiten. Dazu kommen verschiedene Begleiterscheinungen der Gesundheitseinschränkungen wie Störungen der Mobilität, der geistigen Leistungen oder der Fähigkeit zur Selbstversorgung.

Von den 5–15 relevanten Krankheiten, an denen geriatrische Patienten in der Regel gleichzeitig leiden, sind nur wenige heilbar. Kurative Erfolge sind beispielsweise bei Unterarmfrakturen oder einer Pneumonie häufig erreichbar. Hier kann also die alte Forderung der „*Restitutio ad integrum*“ noch umgesetzt werden.

In den meisten Fällen kommt es jedoch zu Defektheilungen, beispielsweise beim Schlaganfall oder beim Bruch des Oberschenkelknochens. Selbst wenn der Patient den Schlaganfall überlebt und der Oberschenkel wieder zusammenheilt, muss sich der Erkrankte mit den Folgen lebenslang arrangieren.

In der Geriatrie sind auch Krankheitsverläufe häufig, die mit einer stetigen Verschlechterung endlich zum Tode führen. Beispiele hierfür sind Alzheimer-Demenz und bösartige Tumoren. Der erwartete letale Krankheitsausgang bei diesen Patienten darf aber keineswegs zu einem therapeutischen Nihilismus verleiten, weil man „ja sowieso nichts machen kann“. Ganz im Gegenteil können bei den betroffenen Patienten Konzepte entwickelt werden, die die Lebensqualität in den letzten Lebensjahren und -monaten entscheidend verbessern.

Jeder geriatrische Patient ist also sein eigener Spezialfall, und die Entscheidungen für das erforderliche Gesundheitsmanagement können nur individuell getroffen werden. Dieses basiert auf dem erwarteten Krankheitsverlauf, den Begleitumständen und dem Wertesystem des Patienten. Erforderlich sind die Berücksichtigung seiner individuellen Wünsche und auch die konsequente Nutzung aller Ressourcen, die sowohl in der möglichen Verbesserung der Selbstständigkeit des Betroffenen als auch in den Umgebungsfaktoren liegen. Dies kann gleichzeitig als wichtiger Beitrag zu einer Verbesserung der wirtschaftlichen Situation unse-

res Gesundheits- und Sozialsystems gesehen werden, da ein gesünderer und selbstständigerer Patient weniger Gesundheitsleistungen und Pflege benötigt.

Dieses Buch möchte denen, die mit der komplexen Aufgabe der Versorgung multimorbider Patienten betraut sind, wichtige Hinweise für das praktische Vorgehen geben. Dort, wo diese Menschen akute medizinische Hilfe benötigen – im häuslichen Umfeld, in der Notfallambulanz in der Arztpraxis oder im Pflegeheim –, werden die entscheidenden Weichenstellungen für die weitere Gesundheitsversorgung vollzogen. Die hierfür erforderlichen Algorithmen werden hier beschrieben.

1.1 Demografischer Wandel und Gesundheitsversorgung

Die Alterung unserer Gesellschaft schreitet dramatisch voran. Diese Entwicklung verläuft aber nicht gleichmäßig, sondern die ältesten Bevölkerungsgruppen wachsen am schnellsten. Auch in den anderen hoch industrialisierten Ländern der Welt zeigen sich ähnliche Zahlen, besonders ausgeprägt in Japan (■ Tab. 1.1).

■ Tab. 1.1 Der demografische Quotient in den Jahren 2010 und 2030

	2010	2030
Japan	33	48
Deutschland	30	45
Westeuropa	28	43
Industrienationen	23	38
USA	20	35
Entwicklungsländer	9	15

Der demografische Quotient errechnet sich aus dem Verhältnis der Anzahl der über 65-Jährigen zu 100 jüngeren Menschen (15–65 Lebensjahre).

In der Gesundheitsversorgung einer älter werdenden Gesellschaft sind verschiedene Effekte zu berücksichtigen:

Krankheit im Alter

- Wegen des erhöhten Erkrankungsrisikos der älteren Generation ist ein Anstieg der Anzahl kranker Menschen zu erwarten.
- Diese Menschen leiden in der Regel an einer ganzen Reihe von Krankheiten, man spricht hier von „Multimorbidität“.
- Das Spektrum der Erkrankungen älterer Menschen unterscheidet sich wesentlich von dem der jüngeren Generation.
- Die Mehrzahl dieser Krankheiten kann nicht geheilt, sondern nur gebessert werden. Diese „chronischen Krankheiten“ begleiten den Patienten also bis zu ihrem Lebensende. Dies stellt die Medizin vor ganz neue Herausforderungen.

Diese Zusammenhänge waren die Grundlage zur Entwicklung der Geriatrie.

1.2 Altern als individueller Prozess

Jeder Mensch altert individuell, wobei neben seinem Erbgut, dem Geschlecht und äußeren Einflüssen auch die Lebensführung einen erheblichen Beitrag leistet. Deshalb unterscheidet man das kalendarische von dem biologischen Alter, kann also innerhalb gewisser Grenzen den Alterungsprozess beschleunigen oder verlangsamen. „Gesundes Altern“ kann insbesondere von folgenden Faktoren positiv beeinflusst werden, die später noch genauer erläutert werden:

- die Vermeidung von schädigenden Substanzen,
- die Vermeidung von Unter- und Übergewicht,
- eine gesunde Ernährung,
- eine lebenslange Übung der geistigen und körperlichen Fitness sowie im Führen von sozialen Beziehungen.

Die Lebenserwartung ist in den letzten Jahren dramatisch gestiegen und steigt weiter – zurzeit mehr als einen Monat pro Jahr. Zugleich sind die Senioren von heute signifikant länger fit, was sich erheblich auf ihre Lebensführung auswirkt.

Geriatrie, die spezialisierte Medizin für ältere Menschen

2.1 Was ist ein geriatrischer Patient? – 8

2.1 Was ist ein geriatrischer Patient?

Geriatrische Patienten definieren sich nicht primär über das Lebensalter („kalendarisches Alter“), sondern über eine charakteristische multifaktorielle Problemkonstellation bei einem gealterten Organismus („biologisches Alter“). Für die gemeinsame Grundlage geriatrischen Handelns in Deutschland haben die beiden wissenschaftlichen Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie) sowie der Bundesverband Geriatrie e.V. (BV Geriatrie) die folgende Definition erarbeitet:

Geriatrische Patienten

- Geriatrietypische Multimorbidität
- und höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter)

Die geriatrietypische Multimorbidität ist hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen;

oder durch

Alter 80+: aufgrund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z. B. wegen

- des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen,
- der Gefahr der Chronifizierung sowie
- des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus.

Die EUGMS¹-Definition der Geriatrie und des geriatrischen Patienten unterstützt die deutsche Definition:

Geriatrie

Geriatrie ist die Medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst.

Dazu gehört die Behandlung alter Patienten bei akuten Erkrankungen, chronischen Erkrankungen, präventiver Zielsetzung, (früh-)rehabilitativen Fragestellungen und speziellen, auch palliativen Fragestellungen am Lebensende.

Diese Gruppe älterer Patienten weist eine hohe Vulnerabilität („Frailty“) auf und leidet an multiplen aktiven Krankheiten. Sie 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 Unabhängigkeit von fremder Hilfe.

Die geriatrische Medizin ist zwar nicht spezifisch altersdefiniert, sie konzentriert sich jedoch auf typische bei älteren Patienten gefundene Erkrankungen. Die meisten Patienten sind über 65 Jahre alt. Patienten, die am meisten von der geriatrischen Spezialdisziplin profitieren, sind in der Regel 80-jährig und älter.

¹ EUGMS = European Union Geriatric Medicine Society

Typische Problemkonstellationen geriatrischer Patienten

- 3.1 Multimorbidität (Mehrfacherkrankung) – 10
- 3.2 Chronizität (langwieriger Krankheitsverlauf) – 10
- 3.3 Die Bedeutung der Krankheitsfolgen – 11
- 3.4 Störungen der Mobilität – 11
- 3.5 Störungen der Alltagskompetenz
(Aktivitäten des täglichen Lebens) – 12
- 3.6 Störungen der Kommunikation – 12
- 3.7 Probleme der Krankheitsverarbeitung (Coping) – 13
- 3.8 Die Verflechtung der medizinischen
mit den sozialen Problemen – 13

Geriatrische Patienten definieren sich nicht, wie die Patienten anderer Abteilungen in der Klinik, durch Krankheiten eines bestimmten Organsystems (beispielsweise Neurologie, Kardiologie, Orthopädie), sondern durch Multimorbidität und eine komplexe Problemkonstellation.

Dies betrifft insbesondere folgende Punkte:

Typische Problemlagen in der Geriatrie

- Multimorbidität (Mehrfacherkrankung)
- Chronizität (langwieriger Krankheitsverlauf)
- Die Bedeutung der Krankheitsfolgen
 - Störungen der Mobilität
 - Störungen der Alltagskompetenz (Aktivitäten des täglichen Lebens)
 - Störungen der Kommunikation
- Probleme der Krankheitsverarbeitung (Coping)
- Die Verflechtung der medizinischen mit den sozialen Problemen

3.1 Multimorbidität (Mehrfacherkrankung)

Das wichtigste Charakteristikum ist die Multimorbidität. Sie liegt dann vor, wenn mindestens drei relevante Erkrankungen gleichzeitig bestehen. Häufig leiden geriatrische Patienten aber an mehr als 10 oder 15 Krankheiten.

Die moderne Geriatrie hat den Anspruch, in dieser sehr unübersichtlichen Situation die Gesundheitsprobe des Patienten individuell zu gewichten („Hierarchisierung“), Ziele für die Intervention zu definieren und letztlich ein umfassendes und nachhaltiges Gesundheitsmanagement zu erarbeiten. Ziel ist prinzipiell die größtmögliche Autonomie und Lebensqualität des Patienten.

Dazu sind Kenntnisse und Erfahrungen in der Behandlung von geriatrisch relevanten Krankheiten und Syndromen sowie in geriatrischen Problemlösungsstrategien erforderlich.

3.2 Chronizität (langwieriger Krankheitsverlauf)

Etwa 80 % der Krankheiten geriatrischer Patienten sind chronisch. Das bedeutet, dass die Krankheiten selbst oder ihre Folgen den Erkrankten lange Zeit begleiten werden, in der Regel bis zum Lebensende. Daraus folgt, dass alle Maßnahmen des Gesundheitsmanagements mit Blick auf die Langzeitversorgung erfolgen müssen, unter Berücksichtigung der individuellen Wünsche des betroffenen Patienten. Die früher in der Medizin angestrebte „Restitutio ad integrum“ wird also in der Geriatrie ersetzt durch die „Restitutio ad optimum“, die Wiederherstellung der Gesundheit, so gut es in der vorliegenden Situation erreichbar ist. Dies stellt nicht etwa die Kapitulation vor der Fülle der Probleme dar, sondern ist eine von Realismus geleitete patientenzentrierte Strategie.

3.3 Die Bedeutung der Krankheitsfolgen

Bei vielen Erkrankungen geriatrischer Patienten werden die Folgen schmerzhafter als Einschränkung der Lebensqualität empfunden als die Grundkrankheit selbst. Diese Logik wurde von der WHO des ICIDH („International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“) als „Kaskadenmodell“ beschrieben. Die Krankheit bewirkt eine Schädigung (Impairment), diese eine Fähigkeitsstörung (Disability) und diese wiederum eine Teilhabestörung (Handicap). Am Beispiel eines Schlaganfalls ist diese Systematik näher erläutert (■ Tab. 3.1).

■ Tab. 3.1 Das Kaskadenmodell des ICIDH

Disease (Krankheit)	Schlaganfall
Impairment (Schädigung)	Lähmung
Disability (Fähigkeitsstörung)	Unfähigkeit zu laufen
Handicap (Störung der Teilhabe)	Keine Möglichkeit, den Nachbarn zu besuchen

Zum ICIDH sowie zum Nachfolgekonzept, dem ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), folgt in ► Abschn. 3.3 eine nähere Beschreibung.

Fähigkeitsstörungen kommen in vielen Dimensionen vor, besonders relevant für geriatrische Patienten sind

- Störungen der Mobilität,
- Störungen der Aktivitäten des täglichen Lebens,
- Störungen der Kommunikation,
- Probleme der Krankheitsverarbeitung (Coping).

Diese Fähigkeitsstörungen sind auch der Grund für das geriatrische Prinzip, dass es bei diesen Patienten keine Therapie ohne eine rehabilitative Komponente geben kann. Die beschriebenen vier Bereiche werden nun näher erläutert.

3.4 Störungen der Mobilität

Mobilität ist Leben. Aber kaum eine Krankheit in der Altersmedizin führt nicht auch zu einer Bewegungsstörung. Dies wird umso deutlicher, wenn man die Komponenten des Phänomens „Bewegung“ näher betrachtet. Sehr viele Organsysteme sind an Willkürbewegungen beteiligt. Die wichtigsten sind in ■ Tab. 3.2 aufgeführt.

Als Folge dieser Logik zeigen nahezu alle geriatrischen Patienten Bewegungsstörungen. Wie das oben genannte Beispiel belegt, führt diese Problematik auch zu Störungen der Alltagsaktivitäten (Beispiel Toilettengang) und der sozialen Teilhabe. All diese Störungen sind in den allermeisten Fällen therapiepflichtig. Aus diesem Grund stellt die Physiotherapie die größte Therapeutengruppe in der Geriatrie.

■ Tab. 3.2 Die wichtigsten an der Mobilität beteiligten Organsysteme

Organsystem	Funktion bei der körperlichen Bewegung
Großhirn	Bewegungsanbahnung
Kleinhirn	Bewegungskoordination
Rückenmark, periphere Nerven	Reizleitung
Muskulatur	Dynamisches Bewegungssystem, Kraftentfaltung
Skelett	Statisches Bewegungssystem, Muskelansatz
Rezeptoren der Oberflächensensibilität	Teil der rezeptiven Bewegungssteuerung (Tastsinn)
Rezeptoren der Tiefensensibilität	Teil der rezeptiven Bewegungssteuerung (Propriozeption)
Blut	Versorgung der o. g. Systeme mit O ₂ und Nährstoffen
Herz-Kreislauf-System	Transport des Blutes
Respirationssystem	Versorgung des Blutes mit O ₂

3.5 Störungen der Alltagskompetenz (Aktivitäten des täglichen Lebens)

Die Beeinträchtigung der Kompetenz für Alltagsaktivitäten (oft ADL-Störungen genannt, nach ADL = „activities of daily living“) ist der wichtigste Grund für den Autonomieverlust. Die Unabhängigkeit von fremder Hilfe ist für nahezu alle Patienten gleichbedeutend mit Lebensqualität. Die einschneidenden Folgen für die Betroffenen sind der persönliche Teil der Problematik. Der zunehmende Bedarf an Pflegeleistungen stellt die ganze Gesellschaft vor dramatische inhaltliche und ökonomische Herausforderungen. Deshalb sind rehabilitative Anstrengungen nicht nur für die Wiedererlangung der Selbstständigkeit der Erkrankten notwendig, sondern haben erhebliche Auswirkungen auf unser Gesundheits- und Sozialsystem. So wird die geriatrische Rehabilitation zu einer Kardinalfrage unserer sozialen Gemeinschaft.

Die wichtigste Berufsgruppe zur Therapie von ADL-Störungen ist die Ergotherapie.

3.6 Störungen der Kommunikation

Eine Reihe von Krankheiten, die vornehmlich bei älteren Patienten auftreten, ist mit teils erheblichen Kommunikationsstörungen verbunden. Dazu gehören so verbreitete Diagnosen wie Schlaganfall mit den Folgen Aphasie und Dysarthrie, Parkinsonkrankheit, Demenz und tumoröse Erkrankungen im Bereich des Kopfes und des oberen Respirationstraktes. Kommunikation ist ein menschliches Grundbedürfnis, dient nicht nur dem Informationsaustausch, sondern der Übermittlung von Gedanken, Gefühlen und Wünschen. Kommunikation wird so zu einer Voraussetzung sozialer Beziehungen.

Besonders belastend für sprachgestörte Patienten ist ihre spezielle Situation. Gerade angesichts von Krankheit und Verlust ist ein Austausch mit der sozialen Umgebung wichtig.

Kommunikationsstörungen werden vor allem von Sprachtherapeuten behandelt.

3.7 Probleme der Krankheitsverarbeitung (Coping)

Für nahezu alle Patienten in der Geriatrie bedeutet ihre Erkrankung einen existenziellen Einschnitt. Ihre Gedanken- und Gefühlswelt kreist um ihre Krankheit, oft verbunden mit erheblichen Zukunftsängsten. Die Konfrontation mit ihrer eigenen Endlichkeit löst neben Ängsten nicht selten auch Konflikte aus, die ohne professionelle Hilfe zu weiteren Komplikationen führen können. In dieser Situation ist es die Aufgabe des gesamten therapeutischen Teams, ganz besonders aber der Ärzte und Psychologen, durch Beistand, Kommunikation oder auch therapeutische Angebote die Problematik zu bearbeiten und das Leid zu mildern. Im Idealfall führt dieser Prozess die Patienten zu einer realistischen und zu einer im Rahmen ihrer Möglichkeiten optimistischen Einstellung gegenüber ihrer Lebenssituation.

3.8 Die Verflechtung der medizinischen mit den sozialen Problemen

Dieses Prinzip („bio-psycho-soziales Modell von Krankheit“) ist in der Geriatrie unbestritten und Grundlage des Handelns. Die Zusammenhänge sind insbesondere im ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO 2001, deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) breit ausformuliert und führten in Deutschland zum Gesetzeswerk des SGB IX.

Die Einbeziehung der Umgebungsbedingungen („Kontextfaktoren“) in alle Überlegungen des Gesundheitsmanagements ist damit Gesetzesauftrag und die Aufgabe aller Berufsgruppen des therapeutischen Teams, ganz besonders aber des Sozialdienstes, der Pflege und der Ärzte.

Die Dynamik verschiedener Erkrankungen geriatrischer Patienten

- 4.1 Krankheiten mit guten Aussichten auf Heilung – 16
- 4.2 Krankheiten, die gebessert, aber nicht geheilt werden können – 16
- 4.3 Krankheiten mit chronisch-progredientem Verlauf – 17

Die typische Multimorbidität geriatrischer Patienten, die sich in nahezu endlosen Listen in Arztbriefen und Krankenakten manifestiert, verleitet ab der fünften Diagnose zu einer resignativen Haltung. Dies ist emotional verständlich. Es lässt aber außer Acht, dass diese Erkrankungen ganz unterschiedlichen Dynamiken folgen und damit Ansatzpunkte für spezifische Interventionen bieten.

4.1 Krankheiten mit guten Aussichten auf Heilung

Selbst bei hochbetagten Patienten ist bei einer Reihe von Krankheiten die Chance auf eine kurative Behandlung gut. So können bestimmte Frakturen wie eine Unterarmfraktur durchaus wieder zusammenheilen, wenn die erforderlichen Maßnahmen getroffen werden. Allerdings kann dieser Prozess wegen der regelmäßig vorhandenen Begleitprobleme (beispielsweise Osteoporose oder ein verlangsamter Stoffwechsel) länger dauern als in jüngeren Jahren. Berücksichtigt werden muss auch der (vorübergehende) Autonomieverlust für die meisten der Alltagsaktivitäten, was einen zusätzlichen Hilfebedarf generiert. Auf diese Konstellation (temporäre Pflegebedürftigkeit) ist unser Sozialsystem schlecht vorbereitet und bedarf der Nachbesserung.

Auch schwere Infektionskrankheiten wie eine Pneumonie können heute oft ausheilen. Was früher für ältere Menschen nahezu einem Todesurteil gleichkam, lässt im Zeitalter moderner Antibiotika recht hohe Überlebenschancen erwarten. Die diversen Begleiterkrankungen sind allerdings als komplizierende Faktoren zu beachten.

Auch die gefürchteten im Alter häufiger auftretenden Verwirrheitszustände (Delir) können bei Anwendung der entsprechenden Strategien meist überwunden werden (► Kap. 15).

4.2 Krankheiten, die gebessert, aber nicht geheilt werden können

Bei vielen Erkrankungen im Alter zeigt sich jedoch eine andere Dynamik. Eine Besserung kann erreicht werden, aber nichts wird wieder so, wie es einmal war.

Als ein Beispiel dieser Logik steht der Schlaganfall. Die akute Erkrankung wird oft überlebt, aber die Residuen wird der Patient sein ganzes weiteres Leben mit sich tragen. Diese „Defektheilung“ ist ein typisches Problem des geriatrischen Gesundheitsmanagements und erfordert schon in einer frühen Phase das gesamte Spektrum der geriatrischen Interventionen. Dazu gehören

- Akutmedizin,
- Rehabilitation (vom ersten Tag der Krankheit!),
- Prävention (der nächste Schlaganfall muss, wenn möglich, verhindert werden).

Auch bei der bei geriatrischen Patienten ebenfalls sehr verbreiteten Schenkelhalsfraktur handelt es sich in der Regel um Defektheilungen. Neben einer oft resultierenden Beinverkürzung führt die begleitende „Sturzkrankheit“ zu Angstzuständen und einer emotionalen Mobilitätsstörung.

In all diesen Fällen muss eine chronische Erkrankung konstatiert werden.

4.3 Krankheiten mit chronisch-progredientem Verlauf

Diese ebenfalls chronischen Krankheiten sind durch einen chronisch-progredienten Verlauf gekennzeichnet und führen in der Regel nach einer gewissen Zeit zum Tode. Die Dynamik kann eine mit gleicher Geschwindigkeit verlaufende Verschlechterung zeigen, aber auch schubweise oder undulierend verlaufen.

Zu diesen Erkrankungen gehören beispielsweise

- bestimmte Tumor-Erkrankungen,
- die Alzheimer-Demenz,
- die Parkinsonkrankheit,
- die terminale Herzinsuffizienz,
- die schwere chronisch-obstruktive Lungenkrankheit.

Das bedeutet nicht zwangsläufig, dass die Patienten an dieser Krankheit sterben. Denn oft verläuft eine andere Krankheit schneller letal, was alle Leitlinien und Behandlungsrichtlinien relativiert.

Hieraus ergeben sich Handlungsansätze, die sich grundlegend von vielen Strategien organzentrierter Medizin unterscheiden.

Prinzipien und Methoden der modernen Geriatrie

- 5.1 Das therapeutische Team – 20
- 5.2 Patient und Angehörige in ihrem
psychosozialen Kontext – 26

5.1 Das therapeutische Team

Angesichts der komplexen Problematik geriatrischer Patienten sind die Aufgaben ohne ein multiprofessionelles therapeutisches Team nicht zu bewältigen. Dabei benötigt jede einzelne Berufsgruppe außer einer umfassenden Berufsausbildung eine zusätzliche geriatrische Qualifikation.

Teamarbeit erfordert außerdem definierte Prozesse der Kommunikation und Kooperation, ohne die ein zielgerichtetes Handeln nicht erfolgen kann. Diese Vereinbarungen stellen einen wesentlichen Teil der Prozessqualität dar und beinhalten insbesondere auch eine exakt festgelegte Kommunikationsstruktur sowie Art und Umfang der Dokumentation.

Zum Team gehören:

5.1.1 Ärzte

Aufgabe der Ärzte ist die medizinische Versorgung der Patienten sowie die Leitung des multiprofessionellen Teams.

Der Geriater benötigt profunde Kompetenzen in den Bereichen Akutmedizin, Rehabilitation, Prävention und Palliativmedizin. Er verfügt weiterhin über eine breite medizinische Ausbildung, insbesondere aus den Bereichen Innere Medizin – einschließlich der Inneren Intensivmedizin –, Neurologie, Gerontopsychiatrie, Gerontotraumatologie, Allgemeinmedizin, Rehabilitationsmedizin und Palliativmedizin. Überdies hat er Kenntnisse bezüglich spezieller Fragestellungen aus weiteren Bereichen, insbesondere aus der Dermatologie (Versorgung chronischer Wunden) und der Urologie (Inkontinenz). Zudem sind Qualifikationen im Umgang mit den geriatrischen Syndromen und in der Leitung des therapeutischen Teams erforderlich. Dazu gehört auch eine genaue Kenntnis der Inhalte und Therapieverfahren aller Berufsgruppen des therapeutischen Teams.

Die Leitung einer geriatrischen Abteilung erfordert zwingend eine besondere geriatrische Qualifikation. Als Nachweis dieser Qualifikation fungiert die Schwerpunktweiterbildung „Geriatrie“ für den Bereich der Inneren Medizin bzw. die Zusatzweiterbildung „Geriatrie“.

Für die im ambulanten Bereich arbeitenden Ärzte gibt es geriatrische Fortbildungen, die vom Zeitaufwand her auch von schon niedergelassenen Kollegen absolviert werden können. Zum Teil werden diese als Zugangsvoraussetzung zur Prüfung für die führbare Zusatzweiterbildung „Geriatrie“ anerkannt, beispielsweise in Berlin. Dafür ist aber zusätzlich eine 6-monatige Hospitation in einer geriatrischen Klinik erforderlich.

5.1.2 Pflege

Die Mitarbeiter der Pflege übernehmen in der Geriatrie über die traditionellen pflegerischen Aufgaben hinaus wichtige Funktionen zur Rehabilitation des Patienten. Diese „aktivierende und rehabilitative Pflege“ ist zeitaufwendig und erfordert Spezialkenntnisse sowie eine besonders ausgeprägte Fähigkeit zur Teamarbeit. Da die Pflege bei weitem die meisten Patientenkontakte hat, ist ihre Bedeutung im therapeutischen Team kaum hoch genug einzuschätzen.

Die Forderung der modernen Geriatrie, jedem Patienten ein Leben mit der größtmöglichen Selbstständigkeit und individuellen Lebensqualität trotz Krankheit und Behinderung zu

ermöglichen, setzt auch für die Pflege Maßstäbe. Während die therapeutischen Bereiche (Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie) eine Verbesserung der Kompetenz in bestimmten Funktionen erarbeiten, fällt der Pflege die Aufgabe zu, diese Teilkompetenzen in einen großen Zusammenhang zu bringen und in das tägliche Leben der Patienten zu integrieren. Die Pflege erhält also in diesem System einen „eigenständigen rehabilitativen Auftrag“, der in der Geriatrie den Begriff des „Pflegetherapeuten“ geprägt hat.

Mitglieder des Pflegeteams in der Geriatrie benötigen eine ganze Reihe von Kenntnissen und Qualifikationen, die in ihrer Berufsausbildung zum Teil nicht überall in Deutschland vermittelt werden. Dazu gehören

- fundierte Kenntnisse der geriatrischen Pflege, insbesondere aktivierende und therapeutisch-rehabilitative Pflege Techniken (z. B. nach dem Bobath-Konzept),
- gute Kenntnisse in der Organisation eines personenzentrierten Pflegesystems (Bereichs- und Bezugspflege) sowie
- Kompetenzen innerhalb des Pflegeteams und teamübergreifend in den Bereichen Kooperation, Koordination und Kommunikation.

Fundierte Kenntnisse sind insbesondere zu bestimmten Erkrankungen und geriatrischen Syndromen notwendig.

Erkrankungen und geriatrische Syndrome, die das Pflegeteam kennen muss

- Demenz
- Depressive Störungen
- Schlaganfall
- Frakturen im Alter und Gerontotraumatologie
- Arterielle Verschlusskrankheit und Amputation
- Diabetes mellitus
- Inkontinenz (Stuhl- und/oder Harninkontinenz)
- Immobilität, Frailty („Gebrechlichkeit“)
- Dekubitus
- Exsikkose, Ess-, Trink- und Schluckstörungen
- Obstipation
- Schlafstörungen
- Schmerz und Schmerztherapie

Das System der aktivierenden therapeutischen Pflege wird an anderer Stelle näher erläutert. Im Folgenden sind notwendige Kenntnisse und Fertigkeiten der Pfleger aufgeführt.

Notwendige Kenntnisse und Fertigkeiten der Pfleger

- Kommunikation mit sprachgestörten Patienten
- Wund-Management
- Pflege von Venenkathetern und Portsystemen
- Ernährungsmanagement
- Stomatologie
- Inkontinenz, Management von Blasenkathetern (inkl. Legen von transurethralen Kathetern, Katheterpflege, Katheterwechsel)

- Anus-paraeter-Management
- Tracheostoma-Management
- nichtinvasive Beatmung
- Hilfsmittelversorgung
- Patienten-Edukation
- Kommunikation, Anleitung und Empowerment von Angehörigen
- Multiprofessionelle Patientenüberleitung

5

5.1.3 Physiotherapie

Der Physiotherapie nimmt sich der Bewegungsstörungen an, die auch für alte Menschen eine wesentliche Einschränkung der Lebensqualität darstellen. Da die Mobilität bei nahezu allen geriatrischen Patienten Defizite aufweist, stellt die Physiotherapie die zahlenmäßig größte Therapeutengruppe. Entgegen einer weit verbreiteten Meinung können selbst hochbetagte Menschen nach schweren Erkrankungen unter kompetenter Anleitung speziell ausgebildeter Therapeuten wieder sitzen, stehen und gehen lernen, in vielen Fällen unter der Anwendung von Hilfsmitteln.

Physiotherapeuten in der Geriatrie müssen ein weites Spektrum an Krankheiten behandeln. Dies erfordert eine entsprechend breite Ausbildung.

Krankheitsbilder mit besonderer Bedeutung für die Physiotherapie

- Erworbene zerebrale Erkrankungen, vor allem Schlaganfall
- Erkrankungen der Gerontotraumatologie, u. a.
 - hüftnahe Femurfrakturen
 - Beckenringfrakturen
 - distale Frakturen des Beines
 - Wirbelkörperfrakturen
 - proximale Humerusfrakturen
 - Humerusfrakturen
 - distale Radiusfrakturen
 - periprothetische Frakturen (zunehmend)
- Dorsopathien
- Arthrosen in allen Körperregionen
- Herzinsuffizienz
- Koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt
- Pneumonie
- Chronische Lungenerkrankungen, besonders die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung
- Parkinsonkrankheit
- Inkontinenz
- Arterielle Verschlusskrankheit
- Zustand nach Amputationen, insbesondere im Bereich der unteren Extremität

Auch Patienten mit gerontopsychiatrischen Erkrankungen wie Demenz, Delir und Depressionen können oft von der Physiotherapie (PT) sehr profitieren.

Physiotherapeuten in der Geriatrie benötigen eine sehr breite Ausbildung und Spezialkenntnisse im Umgang mit geriatrischen Patienten. Dazu gehören Kenntnisse und Fertigkeiten

- im Bereich der neurophysiologischen Behandlungsverfahren (die größte Bedeutung hat hier das Bobath-Konzept),
- im Umgang mit Erkrankungen der Gerontotraumatologie,
- in der Therapie von Patienten mit Endoprothesen,
- in der Therapie von Patienten mit Krankheitsbilder aus der Inneren Medizin (insbesondere Pneumonie, Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, Herzinfarkt, chronische Lungenerkrankungen, besonders die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, arterielle Verschlusskrankheit),
- in der Manuellen Therapie,
- in der physiotherapeutischen Schmerztherapie,
- Lymphdrainage.

Wichtig sind außerdem die „physikalische Therapie“, die verschiedenen Formen der Massage, medizinische Bäder sowie Elektrotherapie. In diesem Bereich werden auch Masseure und Medizinische Bademeister eingesetzt.

5.1.4 Ergotherapie

Die allermeisten geriatrischen Patienten zeigen Störungen auf dem Gebiet der Alltagskompetenz, insbesondere in den Bereichen

- An- und Auskleiden,
- Körperpflege,
- Toilettenbenutzung,
- Zubereitung von Mahlzeiten,
- Essen und Trinken,
- komplexe lebenspraktische Aktivitäten wie
 - Einkaufen und
 - Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln,
- Nutzung von Hilfsmitteln.

Die Wiedererlangung von Fähigkeiten auf dem Gebiet der Alltagskompetenz ist die Aufgabe der Ergotherapie. Selbstständigkeit und Unabhängigkeit von fremder Hilfe werden von geriatrischen Patienten in besonderem Maße mit Lebensqualität assoziiert.

In der Ergotherapie erfolgt nach der umfassenden Befundaufnahme ein ausführliches sensomotorisches Training, zudem lernen Patienten sich trotz Bewegungseinschränkungen und Behinderungen im täglichen Leben zurechtzufinden. Trainiert werden sowohl die basalen Funktionen (Kraft, Sensibilität, Feinmotorik, Geschicklichkeit) als auch Koordination, Aufmerksamkeit, Konzentrationsfähigkeit und kognitive Leistungen.

Im ADL-Training (ADL = „activities of daily living“, Aktivitäten des täglichen Lebens) werden für die Selbstständigkeit des Patienten entscheidende Fähigkeiten wie Waschen, An- und Auskleiden, Körperpflege sowie die Zubereitung und Aufnahme der Nahrung geübt. Darüber hinaus werden je nach Notwendigkeit auch komplexere Aktivitäten wie Einkaufen und Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln in das Trainingsprogramm integriert.