

Altenpflege



Ingo Füsgen

Geriatric

Band 1
Grundlagen und Symptome

4., vollständig überarbeitete
und erweiterte Auflage

Kohlhammer *Altenpflege*

Der Autor:

Prof. Dr. med. Ingo Füsgen, Direktor der Geriatrischen Kliniken Wuppertal, der Kliniken St. Antonius und Lehrstuhlinhaber für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke.

Ingo Füsgen

Geriatric

Band 1: Grundlagen und Symptome

4., vollständig überarbeitete und erweiterte 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, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige gesetzlich geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage 2004

Alle Rechte vorbehalten

© 1988/2004 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 3-17-017140-2

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-026495-3

Vorwort

„Nicht die Krankheiten an sich sind wichtig, sondern deren Auswirkungen auf die funktionellen Behinderungen und Kapazitäten im Alltag“ (Manfred Hafner 1996).

Obwohl in vielen Fächern der Medizin eine große Anzahl von älteren, chronisch kranken Patienten behandelt und betreut wird, beruht ihre Behandlung meist auf Analogieschlüssen von jüngeren auf ältere Patienten. Eine gute Medizin und damit verbunden auch eine gute Pflege bzw. Betreuung für Ältere ist jedoch nur möglich, wenn die Eigenheiten des Alterns, die speziellen Untersuchungsmethoden und die krankheitsspezifischen Besonderheiten Betagter in das Denken und Handeln all derer einfließen, die ältere Patienten betreuen. Auch wenn die geriatrische Medizin – Medizin für ältere Menschen – eine eigenständige Disziplin ist, so handelt es sich immer um ein interdisziplinäres, gemeinschaftliches Arbeiten für und mit dem alten Patienten. Wichtig erscheint mir in diesem Zusammenhang, dass Ältere – und hier insbesondere chronisch kranke Menschen – die größte in sich geschlossene Gruppe darstellen, die medizinische, pflegerische und therapeutische Hilfe beansprucht, wobei diese Tendenz in Zukunft noch wachsen wird.

Das Anliegen dieses Buches ist deshalb nicht, ein Handbuch über Krankheitsbilder bei Älteren und die daraus zu ziehenden Konsequenzen für die Pflege zu erstellen, das vorliegende Buch soll vielmehr als übersichtliche und aktuelle Informationsquelle sowie fachspezifische Gedächtnisstütze für den pflegerischen Alltag dienen, aber gleichermaßen auch zum gezielten Nachschlagen sowie systematischen Lesen geeignet sein. Bewusst wurde zu Gunsten einer praxis- und pflegenahen Aktualität auf die Beschreibung sehr seltener Krankheitsbilder bzw. Krankheitssymptome verzichtet.

Ohne Zweifel haben die Pflegeberufe in den letzten Jahren eine vermehrte Eigenwahrnehmung und Autonomisierung erfahren, was grundsätzlich sehr zu begrüßen ist. Aber infolge der weiteren Spezialisierung im medizinischen Sektor droht eine zunehmende Entfremdung zwischen ärztlichem und pflegerischem Wissen und Tun. Eine gute Betreuung gerade der älteren Patienten kann hingegen nur gewährleistet sein, wenn man versucht die Krankheitsprobleme gemeinsam zu lösen.

Deshalb ist ein weiteres Ziel des vorliegenden Buches einen Brückenschlag zu schaffen zwischen betreuungsbedürftigen Älteren, Arzt und allen anderen an der Versorgung und Betreuung Älterer beteiligten Personen. Dabei richtet sich das Buch in erster Linie an die Altenpflegerberufe, da sie im Mittelpunkt in der funktionellen Betreuung geriatrischer Patienten stehen, aber auch an alle anderen mit geriatrischen Fragen und Aufgaben konfrontierten Berufe.

Gegenüber der 3. Auflage aus 1992, die damals noch gemeinsam mit Herrn J. D. Summa entstand, hat sich in der Geriatrie viel getan. Nicht nur, dass viele neue Geriatrieeinrichtungen im Klinikbereich, aber auch in der Langzeitpflege entstanden sind, auch die Vorstellungen im Umgang mit dem alten kranken Menschen haben sich verändert. So war es notwendig, das Buch völlig neu zu strukturieren und auch inhaltlich zu überarbeiten, um den heutigen Geriatrievorstellungen gerecht zu werden.

Bei der Ausrichtung der geriatrischen Medizin auf die Lebensqualität der Älteren stehen verständlicherweise nicht mehr allein Diagnosen im Vordergrund des Interesses, sondern das Erfassen und die Gewichtung der funktionalen Defizite und Ressourcen des alten Menschen, die in hohem Maße das tägliche Leben und damit seine Lebensqualität bestimmen.

Dementsprechend gliedert sich das Buch nach einem einleitenden allgemeinen Bereich in einen symptomorientierten und funktionellen Abschnitt (Band 1) und in die Darstellung einzelner, häufig auftretender Krankheiten im Alter (Band 2). Abschließend wird noch auf einige wichtige Fragen im Alter, wie z. B. die Notfallmedizin, eingegangen.

Diese zwei neu gestalteten Ausgaben, Band 1 und Band 2, sollen dazu beitragen, das Verständnis über Altern und insbesondere das Wissen über Alterskrankheiten bzw. Krankheiten beim alten Menschen zu vertiefen und die Betreuung der uns anvertrauten älteren Menschen, seien es die Patienten im Krankenhaus, die Bewohner im Pflegeheim oder die Klienten/Bewohner in der ambulanten Betreuung, zu verbessern.

Wuppertal, im August 2003

Prof. Dr. Ingo Füsgen

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Vorwort | 5 |
| 1 Altern und Alter | 11 |
| 1.1 Biologisches Altern und physiologische Altersveränderungen | 13 |
| 1.2 Psychologische Probleme des Alterns | 15 |
| 1.3 Soziologische Probleme im Alter | 17 |
| 1.4 Konsequenzen des demografischen Wandels | 18 |
| 2 Geriatrische Grundlagen | 22 |
| 2.1 Definition Geriatrie | 22 |
| 2.2 Definition des geriatrischen Patienten | 23 |
| 2.3 Ziele und Aufgaben der Geriatrie | 23 |
| 2.4 Geriatrisches Management | 24 |
| 2.5 Das Geriatrische Team | 25 |
| 2.6 Besonderheiten der Therapie..... | 28 |
| 2.6.1 Ärztliche Therapie | 28 |
| 2.6.2 Pflegerische Betreuung | 28 |
| 2.6.3 Physiotherapie | 29 |
| 2.6.3.1 Kombination von Verordnungen..... | 30 |
| 2.6.3.2 Balneo- und Hydrotherapie..... | 30 |
| 2.6.3.3 Bewegungstherapie..... | 32 |
| 2.6.3.4 Anwendung einfacher physikalischer Maßnahmen durch Pflegende..... | 33 |
| 2.6.4 Logopädie | 34 |
| 2.6.5 Beschäftigungs- bzw. Ergotherapie | 35 |
| 2.6.6 Psychotherapie..... | 36 |
| 2.6.7 Soziale Betreuung | 37 |
| 2.6.8 Hilfsmittelversorgung und Wohnraumanpassung | 38 |
| 2.6.9 Die Angehörigen..... | 41 |
| 2.7 Teambesprechung..... | 42 |
| 2.8 Therapieplanung und Behandlungsziel | 42 |
| 2.9 Patienten-Compliance | 44 |
| 2.10 Geroprophylaxe..... | 46 |
| 2.10.1 Primäre Prophylaxe | 46 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 2.10.2 | Sekundäre Prophylaxe | 47 |
| 2.10.3 | Tertiäre Prophylaxe..... | 47 |
| 2.11 | Geriatrische Rehabilitation..... | 48 |
| 2.11.1 | Präventive Rehabilitation | 49 |
| 2.11.2 | Allgemeine Rehabilitation..... | 49 |
| 2.11.3 | Kurative Rehabilitation | 50 |
| 2.11.4 | Erhaltende Rehabilitation | 50 |
| 2.11.5 | Einflussfaktoren auf die Rehabilitation Älterer .. | 51 |
| 2.11.6 | Motivation zur Rehabilitation..... | 52 |
| 3 | Alter und Krankheit..... | 53 |
| 3.1 | Multimorbidität | 54 |
| 3.2 | Chronische Krankheiten | 56 |
| 3.3 | Besonderheiten der Krankenbeobachtung beim älteren Menschen..... | 57 |
| 3.4 | Veränderte, oft unspezifische Symptomatik bei Krankheit | 58 |
| 3.5 | Pflegerische Einschätzung | 63 |
| 3.5.1 | Befragungstechniken und Umgebung..... | 63 |
| 3.5.2 | Anamnese | 64 |
| 3.5.3 | Einen körperlichen Überblick gewinnen..... | 66 |
| 3.5.4 | Psychosoziale Einschätzung | 75 |
| 3.6 | Die funktionelle Beurteilung geriatrischer Patienten..... | 77 |
| 3.6.1 | Geriatrisches Assessment und Therapie | 79 |
| 3.6.2 | Einschätzungen der Aktivitäten des täglichen Lebens | 81 |
| 3.6.2.1 | Barthel-Index..... | 81 |
| 3.6.2.2 | ADL-Skala nach Katz | 84 |
| 3.6.2.3 | Esslinger Transferskala..... | 86 |
| 3.6.2.4 | IATL-Status nach Lawton und Brody | 86 |
| 3.6.2.5 | Erkennen von Dekubitus-Risikopatienten | 89 |
| 3.6.3 | Einschätzung der Bewegung..... | 92 |
| 3.6.3.1 | Up-and-Go-Test | 92 |
| 3.6.3.2 | Gangsicherheit | 93 |
| 3.6.4 | Einschätzung der kognitiven Leistungen..... | 95 |
| 3.6.4.1 | Uhrentest..... | 95 |
| 3.6.4.2 | Mini-Mental-Status | 96 |
| 3.6.4.3 | NOSGER | 96 |
| 3.6.4.4 | Messung der Schmerzintensität | 96 |
| 3.7 | Die fünf Geriatrischen „I’s“ | 100 |
| 4 | Häufige Probleme älterer Menschen | 101 |
| 4.1 | Arzneimittel | 101 |
| 4.1.1 | Unerwünschte arzneimittelbedingte Ereignisse... | 105 |
| 4.1.2 | Arzneimittelinteraktionen | 106 |
| 4.1.3 | Compliance in der Medikation | 108 |
| 4.2 | Chronische Wunden | 108 |
| 4.2.1 | Dekubitus..... | 110 |

| | | |
|---|--|-----|
| 4.2.2 | Periphere arterielle Verschlusskrankheit und Ulcus arteriosum | 115 |
| 4.2.3 | Venöses Ulcus cruris | 121 |
| 4.2.4 | Diabetischer Fuß | 124 |
| 4.3 | Akute Verwirrtheit (Delir) | 129 |
| 4.4 | Dysurie | 135 |
| 4.5 | Exsikkose (Dehydratation) | 137 |
| 4.6 | Fieber | 141 |
| 4.7 | Harnverhalt | 145 |
| 4.8 | Iatrogene Störungen | 147 |
| 4.9 | Immobilität | 149 |
| 4.10 | Inkontinenzhilfsmittel | 163 |
| 4.11 | Mangelernährung | 171 |
| 4.12 | Erkrankungen des Mundes und der Mundhöhle | 191 |
| 4.13 | Obstipation und Koprostase | 193 |
| 4.14 | Pruritus senilis (altersbedingter Juckreiz) | 201 |
| 4.15 | Schlafstörungen, Schlaflosigkeit | 204 |
| 4.16 | Schluckstörungen | 210 |
| 4.17 | Schmerz | 214 |
| 4.18 | (Alters-)Schwerhörigkeit | 219 |
| 4.19 | Schwindel und Synkope | 224 |
| 4.20 | Stürze | 229 |
| 4.21 | Stuhlinkontinenz | 236 |
| 4.13 | Vergesslichkeit und leichte kognitive Beeinträchtigung .. | 237 |
| Anhang | | 241 |
| Erfassungsbogen (Ernährungszustand) | | 241 |
| Geriatrische Depressionsskala | | 244 |
| Globale Verschlechterungsskala | | 245 |
| Messung der Handgriffstärke | | 247 |
| Mini-Mental State Examination | | 248 |
| Motilitätstest nach Tinetti | | 250 |
| NOSGER | | 252 |
| Soziale Situation | | 254 |
| Syndrom-Kurztest | | 258 |
| Literatur | | 259 |
| Stichwortverzeichnis | | 261 |

Zur leichteren Orientierung im Text:



Definition



Merke



Hinweise/Empfehlungen



Achtung/Vorsicht



Spezielle Pflegehinweise



Beispiel



Therapie

1 Altern und Alter

Mit der Definition des Begriffes Altern „Jede irreversible Veränderung der lebenden Substanz als Funktion der Zeit“ verband Max Bürger (1960) – Klinikarzt in Leipzig – die Vorstellung, dass unter Altern ein Prozess zu verstehen ist, der den gesamten Lebenslauf eines Individuums von der Entstehung bis zum Tode umfasst. Beginnend bei der Befruchtung wären damit alle irreversiblen Differenzierungs- und Wachstumsprozesse vor der Geburt sowie im Kindes- und Jugendalter mit eingeschlossen. Wenn auch diese These vielfach akzeptiert wurde, waren und sind einige Gerontologen anderer Auffassung. Verzar (1971) – Gerontologieforscher aus Basel – beispielsweise verstand unter Altern nur die zweite Lebenshälfte, die im Gegensatz zur ersten nicht allein durch den Aufbau, sondern auch durch abbauende bzw. umbauende Veränderungen gekennzeichnet ist.

Theorien des Alterns

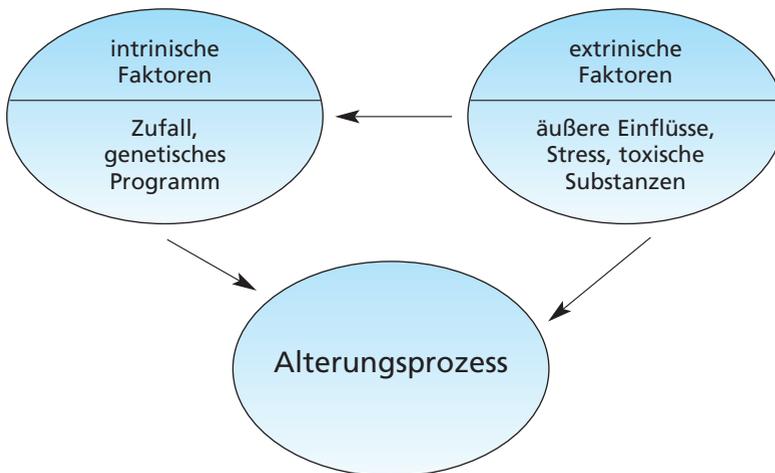


Abb. 1: Beziehungen zwischen extrinsischen, intrinsischen Faktoren und dem Alterungsprozess

Es existiert eine Vielzahl von Hypothesen und Modellen über die Veränderungen im alternden Organismus. Zusammenfassend lassen sich die Theorien über das Altern in zwei Hypothesen formulieren:

- Die Abnahme bzw. Veränderung von Zellfunktionen ist genetisch determiniert. Dieser Hypothese zufolge ist das Altern programmiert.
- Funktionsverluste der alternden Zellen haben ihre Ursache in zufälligen Fehlern bei gleichzeitig reduzierter Kapazität der zellulären Reparaturmechanismen.

Eine allgemein anerkannte und allgemein gültige Theorie des Alterns existiert bisher nicht. Mögliche Ursachen für den Alterungsprozess sind nach heutigem Kenntnisstand sowohl intrinsische Faktoren (programmiertes Altern, zufällige Fehler) als auch extrinsische Faktoren (toxische Substanzen, ionisierende Strahlung, Ernährung, physische Belastung) (☞ Abb. 1, S. 11).

Wie diese älteren Menschen sich verhalten, wie sie das Alter erleben und meistern, hängt dabei von einer Vielzahl von Einflussfaktoren ab. Man kann nach Prof. Dr. Lehr „Altern“ als „mehrfach determiniertes Schicksal“ bezeichnen, wobei jedoch festzustellen ist, dass dieses „Schicksal“ nicht als etwas gesehen werden darf, dem die Einzelnen mehr oder weniger passiv ausgeliefert sind.



Definition:

Altern ist:

- einmal **biologisches Schicksal**: Körperliche Gegebenheiten, die spezifische Gesundheits- bzw. Krankheitsbiografie und – davon mitbestimmt – die gegenwärtige gesundheitliche Situation wie auch die diesbezüglichen Zukunftserwartungen sind hier von Einfluss.
- sodann **soziales Schicksal**: Das Altersbild der Gesellschaft, die Rollenerwartungen der sozialen Umgebung determinieren zweifelsohne den Alternsprozess des Individuums – meistens im Sinne einer Einengung des Verhaltensradius, da ein negatives, am Defizitmodell orientiertes Altersbild zu Einschränkungen führt.
- aber auch ein **finanziell-ökonomisches Schicksal**: Das konnte besonders anhand der Situation älterer Frauen nachgewiesen werden. Die finanzielle Situation zeigt hier Auswirkungen auf die Möglichkeit vielseitiger anregender Freizeitgestaltung und damit der Gewährung notwendiger Anregung, wie auch auf die Möglichkeit angemessener Pflege der äußeren Erscheinung und damit der Begünstigung eines positiven Selbsterlebnisses.
- auch **epochales Schicksal**: Während man sich in Zeiten wirtschaftlichen Wachstums gern der besonderen Fähigkeiten sowohl der älteren Menschen wie auch der Frauen erinnert und auch Ältere an den Arbeitsplatz ruft und sie in den wirtschaftlichen Gesamtprozess zu integrieren versucht, neigt man in wirtschaftlich schwierigen Zeiten dazu, ältere Menschen (und Frauen im Allgemeinen) auf das Abstellgleis zu schieben bzw. nach einem Aussetzen nicht wieder einzustellen und die knapp gewordenen Arbeitsplätze der Jugend (und den Familienvätern) zu sichern.
- auch **ökologisches Schicksal**: Es gilt heute als erwiesen, dass Umweltgegebenheiten im Mikro- und Makrobereich (d. h. heißt von der Einrichtung des Zimmers, der Wohnsituation bis zur Verkehrslage und landschaftlichen Gegebenheiten hin) das Verhalten entscheidend mitbestimmen, wobei der Einfluss dieser Umweltfaktoren sich mit abnehmender Kompetenz des Individuums zunehmend verstärkt.

Beim Altern gibt es ohne Zweifel Geschlechtsunterschiede. Schon die Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen zeigt bei der Geburt eine Differenz von ungefähr sechs Jahren. Entsprechende Werte finden sich übrigens bei fast allen Industriebevölkerungen mit hoch entwickeltem Gesundheitswesen. In vorindustriellen Gesellschaften dagegen, in denen die Frau durchweg einen höheren Anteil körperlicher Belastungen trägt, nähern sich die Werte beider Geschlechter einander an. Je nach sozialer Stellung und Arbeitsbelastung der Frau kann in diesen Ländern die Lebenserwartung für Männer sogar etwas höher als für Frauen liegen. Aber nicht nur die Lebenserwartung der Frauen ist höher, sondern es zeigen sich teilweise auch unterschiedliche Krankheitshäufungen der typisch altersabhängigen Erkrankungen (z. B. Demenz, Schlaganfall), wobei mit zunehmendem Alter (ca. 70–75 Jahre) eine Angleichung erfolgt. Zu berücksichtigen ist, dass es sich bei Nennung von solchen Zahlen um Durchschnittswerte und Häufigkeitsverteilungen handelt, die keine Aussagen über einzelne Individuen ermöglichen. Für alle, die es ganz genau wissen wollen, besteht in Zukunft vielleicht die „Gefahr“, dass durch Entschlüsselung des persönlichen genetischen Codes die individuelle Lebenserwartung in Zusammenhang mit den oben genannten weiteren Einflussfaktoren aufgedeckt werden kann.

Geschlechtsspezifische Unterschiede

1.1 Biologisches Altern und physiologische Altersveränderungen

Für den Altersbegriff gibt es verschiedene Synonyme. Einerseits bezeichnet Alter den letzten Lebensabschnitt eines Individuums, zum anderen ist das Alter gleichbedeutend mit dem Lebensalter (chronologisches Alter) und hat daher uneingeschränkte Gültigkeit für alle Alterskategorien, von den ersten Lebenstagen bis hin zum Tode. Im Gegensatz zum **chronologischen Alter** (dem relativen Zeitabschnitt ab der Geburt) ist eine genaue Charakterisierung des **biologischen Alters** kompliziert. Die Erfassung des biologischen Alters hat zum Ziel, das Ausmaß der biologischen Veränderungen oder den biologischen Zustand eines Individuums zu einem bestimmten Lebenszeitpunkt möglichst genau zu beschreiben. Der Grundgedanke dabei ist, dass mit zunehmendem Alter die Vitalität des biologischen Systems abnimmt und es folglich zu Funktionseinbußen des gesamten Organismus kommt.

Chronologisches und biologisches Alter

Merke: Menschen gleichen Alters können aber körperlich und geistig in sehr unterschiedlicher Verfassung sein. Wir altern offensichtlich in unterschiedlicher Geschwindigkeit. Kein Zweifel besteht, dass mit dem Alter gesundheitliche und funktionelle Einbußen häufig zu verzeichnen sind.



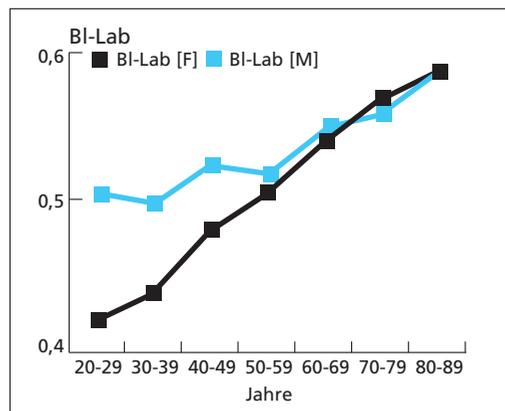
Die Unterscheidung, welche davon auf Erkrankungen und welche auf „natürliche“ Alterungsprozesse zurückzuführen sind, ist manchmal ohne praktische Bedeutung, hat aber in anderen Fällen durchaus praktische Konsequenzen. Natürliche Alterungsprozesse treffen jeden und sind unvermeidlich, Krankheiten und Krankheitsfolgen haben ein bestimmtes Bedingungsgefüge, das in vielen Fällen medizinisch therapeutisch beeinflusst werden kann.

Altern als physiologischer Rückbildungsvorgang

Sicher scheint zu sein, dass Altern keine Krankheit, sondern ein **physiologischer Rückbildungsvorgang**, u. a. „eine als Funktion der Zeit entstehende irreversible Veränderung der lebenden Substanz“ darstellt. Dabei scheint jedes Organ nach seinen eigenen Gesetzen zu altern. Die einzelnen Funktionsabnahmen der Organe können im Einzelfall ein sehr unterschiedliches Ausmaß besitzen und lassen keine Hinweise auf ein generelles genetisch fixiertes Alternsprogramm erkennen. Dabei scheint die Streuung der Funktionsabnahmen der verschiedenen Organe umso größer, je älter eine zu vergleichende Population ist. Somit sind Zahlenangaben und Normwerte im höheren Alter kritisch zu bewerten. In Tab. 1 sind zur Orientierung einige Zahlen bzw. Leistungsabnahmen bestimmter Organe dargestellt. Dabei bestehen Geschlechtsunterschiede, die aber anscheinend mit zunehmendem Alter abnehmen (Abb. 2). Die hier genannten, anscheinend unvermeidbaren Rückbildungen beim gesunden älteren Menschen schränken die Bewältigung der normalen alltäglichen Anforderungen im Allgemeinen bis ins hohe Alter nicht wesentlich ein.

Obwohl diese Rückbildungen die Lebenslage der Menschen im Alter nicht wesentlich einschränken, können diese physiologischen Altersveränderungen u. U. Rückwirkungen auf präventive, diagnostische, therapeutische, rehabilitative und pflegerische Bemühungen haben und sollten bewusst in den Umgang mit den älteren Patienten einbezogen werden. Einzelne altersphysiologische Veränderungen werden in den jeweiligen Kapiteln dargestellt.

Abb. 2: Biologischer Laborindex (BI-Lab) bei Männern (M) und Frauen (F), berechnet aus den Parametern alkalische Phosphatase, Eisen, Gesamteiweiß, Glukose, Harnsäure, Harnstoff, HDL-Cholesterol, Kreatinin und Transferrin. Man erkennt den bis zum 50. Lebensjahr stark unterschiedlichen Verlauf bei Männern und Frauen. (Quelle: Geriatriische Forschung, Zeitschrift für Allgemeinmedizin und Altersforschung, Heft 3/98)



| Organfunktion/Parameter | Leistung (in Prozent) |
|---|-----------------------|
| Gehirngewicht | 56 % |
| Gedächtnisleistung | herabgesetzt |
| Reaktionsgeschwindigkeit | verlangsamt |
| zerebrale Zirkulation | 80 % |
| Regulationsgeschwindigkeit des Blut-pH | 17 % |
| maximaler Pulsschlag | 75 % |
| Herzschlagvolumen in Ruhe | 70 % |
| Anzahl der Nierenglomeruli | 65 % |
| glomeruläre Filtration | 69 % |
| Nieren-Plasmafluss | 50 % |
| Anzahl der Nervenfasern | 63 % |
| Nervenleitungsgeschwindigkeit | 90 % |
| Anzahl der Geschmacksknospen | 35 % |
| maximale O ₂ -Aufnahme im Blut | 40 % |
| maximale Ventilationsrate | 53 % |
| maximaler Expirationsstoß | 43 % |
| Mineralgehalt der Knochen | |
| • Frauen | 70 % |
| • Männer | 85 % |
| Vitalkapazität | 56 % |
| Nebennierenfunktion | Abnahme |
| Gonadenfunktion | Abnahme |
| Handmuskelkraft | 55 % |
| Muskelmasse | 70 % |
| maximale Dauerleistung | 70 % |
| maximale kurzfristige Spitzenleistung | 40 % |
| Grundstoffwechsel | 84 % |
| Gesamtkörperwasser | 82 % |
| Körpergewicht (Mann) | 88 % |

Tab. 1: Organfunktionen im 75. – 80. Lebensjahr (30. Jahr = 100 %) (nach Arbeitshilfe zur Rehabilitation 1990, Sloane 1992)

1.2 Psychologische Probleme des Alterns

Es gibt sehr viele psychologische Probleme des Alterns, so die Veränderungen der Leistungsfähigkeit und der Intelligenz, des so genannten Problemlöseverhaltens, Veränderungen des Merkens, des Kurzzeit- und Langzeitgedächtnisses, Veränderungen im Wahrnehmungsbereich, (z. B. im Verkehrsverhalten von Autofahrern) und in besonderem Maße innerhalb der so genannten Psychomotorik, Auge-Hand-Koordinationen etc. Weitere Problemkreise sind Persönlichkeitsveränderungen, die „Isolierung“ im Alter, die Reaktionen der Umgebung auf den älteren Menschen, die Gestaltung des Ruhestandes, die optimale Gestaltung von Wohnungen für den älteren Menschen, Probleme des Übergangs in ein Altenheim sowie die Reaktionen des Einzelnen darauf etc. Ein näheres Eingehen auf einen der erwähnten Problempunkte ist leider im Rahmen dieses Buches

Verschiedenartigkeit der Probleme

nicht möglich; so muss dazu auf die einschlägige Fachliteratur verwiesen werden. Ein zentrales Problem, das so genannte **Defizit-Modell des Alters**, das Modell über den generellen Abbau der Intelligenz im Alter, wird jedoch im Folgenden kurz skizziert.

- | | |
|--------------------|--|
| Defizit-Modell | Die psychologischen Forschungsergebnisse früherer Jahre schienen lange Zeit ein so genanntes „Defizit-Modell des Alters“ zu unterstützen, das in seiner entschiedensten Form sogar als „Adolenzenz-Maximus“-Hypothese in Erscheinung tritt, wonach schon zu Beginn des dritten Lebensjahrzehnts ein Nachlassen bestimmter Fähigkeiten zu verzeichnen ist. Die Forschung der letzten Jahrzehnte allerdings hat die Gültigkeit dieses „Defizit-Modells des Alters“ stark eingeschränkt. Verantwortlich dafür waren veränderte Untersuchungsmethoden, ausgebaute statistische Techniken und der Einbezug zunehmend komplexer Persönlichkeitseigenschaften in die Untersuchungen. So zeigte sich, dass ältere Menschen grundsätzlich die gleichen geistigen Leistungen vollbringen können wie jüngere, nur auf einem geringeren Geschwindigkeitsniveau. Der Zeitfaktor spielt dabei folglich eine entscheidende Rolle. Von Bedeutung erscheint auch die „Ausgangsbegabung“ für die Intelligenzleistung im Alter. In diesem Zusammenhang spielt der Bildungsgrad einen ganz entscheidenden Einfluss. Bei Vergleichsuntersuchungen an jüngeren und älteren Personen hat man in früheren Untersuchungen ignoriert, dass bei den jüngeren Vergleichsgruppen der Anteil an Personen mit besserer Schulausbildung erheblich höher war. |
| Berufstätigkeit | Eine Reihe von psychologischen Untersuchungsergebnissen weist auch darauf hin, dass die Art der Berufstätigkeit entscheidend intellektuelle Altersveränderungen zu beeinflussen vermag. So konnte man feststellen, dass jene Berufsgruppen, von denen am wenigsten bestimmte intellektuelle Funktionen verlangt wurden, innerhalb dieser Bereiche am ehesten Abbauerscheinungen erkennen ließen, dass hingegen dort sogar eine Steigerung der intellektuellen Leistungsfähigkeit zu verzeichnen war, wo die Berufstätigkeit eine bestimmte „Übung“ solcher Funktionen begünstigte. |
| Gesundheitszustand | Von großer Wichtigkeit scheint auch der Gesundheitszustand für die psychische Funktionsfähigkeit zu sein. So war bei Untersuchungen die Intelligenzleistung gesunder älterer Männer derjenigen der Kranken deutlich überlegen und erreichte im Durchschnitt die von jüngeren. |
| Umgebung | Der Einfluss einer anregenden Umgebung hat ebenfalls eine Bedeutung für die geistige Leistungsfähigkeit des alten Menschen. Eine Reihe von Untersuchungen ergab, dass ältere Personen im Intelligenztest bessere Leistungen erzielten, wenn sie in einer anregenden, zur eigenen Aktivität ermunternden Umgebung leben. Besonders deutlich wurden derartige Unterschiede bei einem Vergleich von Personen, die neu in ein Altenheim eingewiesen wurden, mit solchen, die schon länger im Heim lebten. Der Abbau der intellektuellen Fähigkeiten ist also hier als Folge einer reizarmen Umgebung und einer gewissen sozialen Isolation anzusehen. |

Merke: Abschließend ist festzustellen, dass die These von einem generellen Abbau der Intelligenz mit höherem Lebensalter heute nicht mehr aufrechterhalten werden kann.



Über Konstanz und Veränderungen psychischer Funktionen im Lebenslauf entscheiden vielmehr viele biologische, pathologische, soziale und biografische Prozesse und Einflussgrößen. Aus diesem Grund muss jeder alte Mensch individuell analysiert werden, und es dürfen unter keinen Umständen das chronologische Alter mit Funktionen zueinander in Beziehung gebracht werden.

1.3 Soziologische Probleme im Alter

Die Untersuchung der Einstellungen und Vorurteile, die in unserer Gesellschaft der älteren Generation gegenüber herrschen, zeigt, dass die gesellschaftliche Position dieser Generation vor allem mit den Schlagworten einer Funktions- und Rollenlosigkeit und dem Stereotyp einer allgemeinen Reduzierung von Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie von sozialen Beziehungen gekennzeichnet wird.

Vorurteile und Realität

Die reale Situation großer Anteile der älteren Generation ist damit jedoch nicht richtig erfasst, sondern verzerrt dargestellt. Es findet weder eine allgemeine Reduktion der Fähigkeiten und Fertigkeiten automatisch mit zunehmendem Alter statt noch ist eine ähnlich verlaufende Abnahme der Sozialkontakte zu beobachten. Ebenso finden sich viele ältere Menschen, deren Leben nicht durch Funktions- und Rollenlosigkeit angemessen beschrieben werden kann. Andererseits bestehen Gruppen älterer und alter Menschen, die wie oben dargestellt beschrieben werden können.

Die Vorurteile gegenüber der Leistungsfähigkeit und den sozialen Kompetenzen älterer und alter Menschen zeichnen aber nicht nur ein falsches Bild der Realität, sondern können auch gleichzeitig das Verhalten dieser Menschen im Sinne einer Verstärkung negativ beeinflussen. Äußerungen, wie „In unserem Alter ist es eben so“, kennzeichnen die oft tragische, Norm angebende Wirkung diesbezüglicher Einstellungen und Vorurteile gegenüber dem Alter nur allzu deutlich. Man kann also feststellen, dass die in der Öffentlichkeit anzutreffenden Einstellungen und Vorurteile nicht nur die Situation der älteren Generation in unserer Gesellschaft unangemessen und verzerrt wiedergeben, sondern auch noch gleichsinnig auf das Verhalten älterer und alter Menschen einwirken und diese auf solche Weise zu einem gewissen Vorurteilen entsprechendem Verhalten motivieren können, obwohl andere Verhaltenspotenziale möglich wären.

Wechselwirkungen

Die Analyse der demografischen und sozio-ökonomischen Situation der älteren Generation wird in einer Reihe von Fachbüchern detailliert vorgenommen und soll hier nicht noch einmal wiederholt werden. Die Folgerung aus dem demografischen und sozio-ökonomischen Daten

mit dem massiven Anstieg Betagter und Hochbetagter und ihren gesundheitlichen Problemen für die Geriatrie liegen auf der Hand.

Ökonomische Situation

Die schlechtere ökonomische Situation, die Reduktion auf die Ehepartner nach dem Weggang der erwachsenen Kinder aus dem Haus, die große Zahl der allein stehenden alten Frauen mit einer meistens schlechteren Ausstattung der Wohnung sowie die verschwindend geringe Zahl von älteren Mitbürgern, die bisher in Heimen leben, haben ebenso direkte Folgen für die Geriatrie wie die Tatsache, dass im Alter eher mit dem Auftreten chronischer Krankheiten zu rechnen ist. Selbst so genannte „kleinere Krankheiten“ können unter diesen Umständen nicht mehr zu Hause behandelt und auskuriert werden. Der alte Menschen muss ins Krankenhaus, in die Übergangspflege oder in eine Einrichtung, die ihn in solch einer Situation versorgt. Die bei einem Großteil der Älteren bestehenden geringeren ökonomischen Möglichkeiten bringen, verglichen mit der Gesamtbevölkerung, einen geringeren finanziellen Spielraum im täglichen Leben mit sich, so z. B. in der Freizeitgestaltung, in der Ernährung oder in der Wahl der Kleidung. Es handelt sich hierbei um Faktoren, die in der Geroprophylaxe eine entscheidende Rolle spielen. Die Witwenschaft und die Reduktion auf die Ehepartner verringern oder modifizieren die familiären Kontakte, wie eine angegriffene Gesundheit auch oft gesellschaftliche Einschränkungen setzt (z. B. Inkontinenz). Selbst bei Vorhandensein naher Verwandter ist aufgrund der beschränkten familiären Kontakte eine Betreuung in Krankheitsfällen durch Angehörige oft nicht mehr gegeben.

Bei der Besprechung solcher Befunde ist allerdings zu berücksichtigen, dass diese zwar für die Gesamtgruppe der über 65 Jahre alten Personen zutreffen, innerhalb dieser aber Untergruppierungen bestehen, die bedeutend positiver zu beschreiben sind.

Wo der Gesundheitszustand relativ zufrieden stellend ist und die ökonomischen Verhältnisse eine angemessene Lebensführung ermöglichen, finden sich die zuvor angedeuteten Restriktionen bedeutend seltener oder überhaupt nicht. Eine wirksame sozial-medizinische Betreuung setzt also immer eine Differenzierung der Betrachtung in Bezug auf die unterschiedlich strukturierten Gruppen innerhalb der älteren Bevölkerung voraus. Jeder gezielten Hilfe muss also eine Abklärung der sozialen Verhältnisse des Patienten vorausgehen.

1.4 Konsequenzen des demografischen Wandels

Entwicklung

Die Einwohnerzahl in Deutschland wird von heute rund 80 Mio. bis zum Jahr 2010 noch leicht, auf 82,5 Mio., zunehmen. Bis 2020 dürfte sie dann auf das Ausgangsniveau zurückfallen und bis 2050 auf rund 73 Mio. sinken. Diese Zahl liegt auf dem Niveau von Anfang der 60er-Jahre. Während diese Niveauänderung nicht dramatisch erscheint, stellt die **Veränderung der Altersstruktur** unserer Gesellschaft hingegen

eine deutliche Herausforderung an unser Gesundheitssystem dar (☞ Abb. 3).

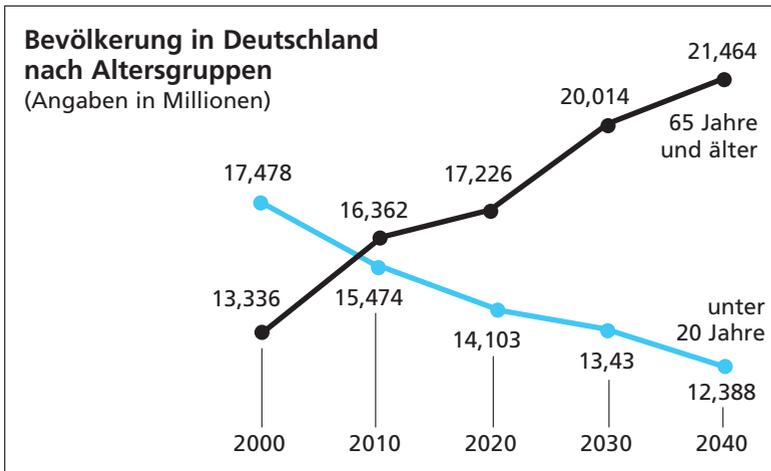


Abb. 3: Entwicklung der Bevölkerungszahl nach Altersgruppen

1960 waren 22 % unter 15 Jahre alt, 67 % 15–65 Jahre, und lediglich rund 12 % waren 65 Jahre und älter. Nach den Vorausschätzungen werden im Jahr 2050 10 % unter 15 Jahre, 54 % 15–65 Jahre und 35 % 65 Jahre und älter sein. Bei einem fast gleichen Bevölkerungsniveau wie 1960 ist die Altersstruktur merklich anders und bedingt damit auch andere Bedürfnisse für das Gesundheits- und Sozialwesen.

Die Zahl der 65-Jährigen und Älteren wird sich insgesamt von gegenwärtig rund 13 Mio. auf rund 26 Mio. im Jahr 2050 verdoppeln. Angesichts der unterstellten Sterblichkeitsentwicklung ist die Zunahme bei den sehr alten Personen höher als bei den „jungen Alten“. Hier steigt nach den vorliegenden Vorausberechnungen die Zahl der 65– bis unter 75-Jährigen „nur“ um rund ein Drittel, die der 90-Jährigen und älteren jedoch um rund 450 %.

Diese Schätzung geht von einer konstanten Lebenserwartung für den Zeitraum von 2000–2040 aus. Dabei steigt bis 2040 die Zahl der 60-Jährigen und älteren auf 24,6 Mio. und die Zahl der 80-Jährigen und älteren auf 5,4 Mio. Geht man allerdings von einer weiter steigenden Lebenserwartung bis 2050 um vier bzw. sechs Jahre aus, wie es die 9. Koordinierte Bevölkerungsvorausschätzung des Statistischen Bundesamtes vom Jahr 2000 durchführte, dann kommt man auf 31,3 Mio. 60-Jährige und ältere sowie 9,1 Mio. 80-Jährige und ältere. Heute 60-jährige Männer und Frauen haben eine etwa vier Jahre höhere Lebenserwartung als 1970. Die Prognose für 2050:

Die im Jahr 2050 60-jährigen Männer werden im Schnitt 81,6 Jahre, die Frauen 86,7 Jahre – das ist ein weiterer Zuwachs an 2,7 und 3,5 Jahren Lebenserwartung. Dies bedeutet gleichzeitig einen massiven Anstieg altersabhängiger Krankheitsbilder und einen massiven Anstieg der altersabhängigen Pflegebedürftigkeit (☞ Tab. 2).

Pflegebedürftigkeit

Falls es nicht durch eine verstärkte Prävention und Rehabilitation gelingt, die Pflegehäufigkeiten zu verringern, steigt die Zahl der Pflegebedürftigen mit Leistungsanspruch schon bis zum Jahr 2020 über ein Drittel. Für sie würden über 40 % oder absolut zwischen 226.000–253.000 mehr Pflegeheimplätze benötigt, sofern sich an dem derzeitigen Verhältnis zwischen ambulant und stationär gepflegten Personen nichts ändert und andere Angebotsformen wie etwa die teilstationäre (Tages-) Pflege nicht stärker ausgebaut und in Anspruch genommen werden. Pro Jahr müssten in Deutschland folglich mehr als 1.000 zusätzliche Plätze in stationären Pflegeeinrichtungen geschaffen werden.



Merke: Die gegenwärtigen Bedingungen vorausgesetzt, würde sich nach einer Hochrechnung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (KDA) bis zum Jahr 2050 die Zahl der Leistungsempfänger und die Zahl der zusätzlich benötigten Heimplätze gegenüber dem Jahr 2000 (mehr als) verdoppeln.

Tab. 2: Entwicklung der Leistungsempfänger der sozialen und privaten Pflegeversicherung (KDA-Modellrechnung 2001)

| Jahr | Anzahl in 1.000 |
|------|-----------------|
| 2000 | 1.876 = 100 % |
| 2010 | 2.181 = 116 % |
| 2020 | 2.595 = 138 % |
| 2030 | 2.929 = 156 % |
| 2040 | 3.317 = 177 % |
| 2050 | 3.865 = 206 % |

Konsequenzen

Die Vielzahl von Aspekten, die den Alterszustand im Verlauf der Alternsprozesse beeinflussen, machen aber auch die dringende Notwendigkeit nach einer ganzheitlichen Medizin auf die Bedürfnisse des alten Kranken deutlich, die neben den rein medizinischen Fakten auch die sozialen und psychologischen Aspekte berücksichtigt. Die Altersstrukturveränderung und die dadurch bedingte Verschiebung in den diagnostischen Bedürfnissen, Therapie, Rehabilitation und Pflege erfordern auch einen erheblichen Strukturwandel in der Versorgungslandschaft. Angesichts der Zunahme – insbesondere der Zahl chronisch kranker Patienten – sind hier neue Formen und auch eine Weiterentwicklung der bestehenden geriatrischen Versorgung gefordert.

Weltweite Problematik

Dieser demografische Wandel mit seinen Auswirkungen auf das Gesundheitswesen und damit direkt auch auf die Pflege ist nicht nur ein Problem der Bundesrepublik, sondern ein **weltweites Problem der Industriestaaten**. So wird sich die Zahl der über 60-Jährigen von heute 606 Mio. bis 2050 auf rund 2 Mrd. verdreifachen. Fast 400 Mio. Menschen werden dann über 80 Jahre alt sein. 3,2 Mio. Menschen werden ihr 100. Lebensjahr vollenden (dabei wird Japan das Land mit den meisten über 100-Jährigen sein). Europa wird dabei vom demografischen Wandel am

stärksten betroffen, daran wird auch eine massive Zuwanderung nichts ändern.

Die Beschäftigung mit der Geriatrie, mit der Medizin des Alters impliziert eine Auseinandersetzung mit seiner eigenen zukünftigen Umwelt, aber auch mit der Zukunft des Gesundheitswesens und unseres Staates.

2 Geriatrische Grundlagen

2.1 Definition Geriatrie



Laut **Definition** des Pschyrembel ist **Geriatric** die Lehre von den **Krankheiten des alten Menschen** bzw. die **Altersheilkunde** und betrifft vor allem die Innere Medizin, aber auch die Psychiatrie (= Gerontopsychiatrie). Die **Gerontologie** hingegen ist die **Altersforschung**, jene Wissenschaft, die sich mit den somatischen, psychischen und sozialen Vorgängen des Alterns beschäftigt.

Das vielfältige Bild, das sich beim älteren Patienten bietet, benötigt einen ganzheitlichen Diagnostik- und Therapieansatz. Dabei kann/soll das Ziel der Geriatrie häufig nicht mehr in der Heilung einer Krankheit liegen, sondern in der Verbesserung bzw. Erhaltung der Lebenssituation bzw. Lebensqualität. In diesem Sinne bedeutet geriatrische Medizin beim älteren multimorbiden Patienten, die Spanne des aktiven Lebens zu verlängern und die Zeit der Abhängigkeit vor dem Tode zu verkürzen.

Bedeutung der Interdisziplinarität

Die Diagnose tritt hinter der Funktion und Lebensqualität zurück. Dies bedeutet Defizite, Möglichkeiten und Ressourcen eines akut oder chronisch kranken Menschen in einem multiprofessionellen Ansatz zu erfassen, in relevante und zu vernachlässigende Befunde zu unterteilen und entsprechende Konsequenzen daraus zu ziehen. Da sich verschiedene Berufsgruppen dieser Fragestellungen im multiprofessionellen Dialog annehmen, betrifft die Geriatrie alle im Dienste des alten Menschen tätige Gesundheitsberufe. Eine Fach- oder eine Berufsgruppe allein ist nicht in der Lage, den multimorbiden geriatrischen Patienten eine optimale Betreuung anzubieten. Nur die abgestimmte interdisziplinäre Therapie ermöglicht das Erreichen der gesteckten Ziele im Hinblick auf die Lebensqualität.

2.2 Definition des geriatrischen Patienten

Definition: Aus einem älteren Menschen wird ein **geriatrischer Patient**, wenn durch mehrere **Krankheiten** und **Altersveränderungen** und den daraus resultierenden Behinderungen die **Fähigkeit zur selbstständigen Alltagsbewältigung** eingeschränkt ist. Verschiedene körperliche und geistige Veränderungen, seien sie nun krankheits- oder altersbedingt, treten in enge Wechselwirkungen und führen gemeinsam zu körperlichen, psychischen und sozialen Funktionseinschränkungen.



Der geriatrische Patient ist durch folgende **Merkmale** charakterisiert:

- ein geriatrischer Patient ist ein biologisch älterer Patient,
- veränderte, oft unspezifische Symptomatik bei Krankheit,
- schwer wiegende Folgen akuter Krankheiten mit verlängerten Krankheitsverläufen und verzögerter Genesung,
- erhöhte Empfindlichkeit gegenüber Krankheiten, Interventionen allgemein und physischem, emotionalem und sozioökonomischem Stress,
- multiple und komplexe Krankheiten (Multimorbidität),
- Chronizität vieler Krankheiten,
- veränderte Reaktion auf Medikamente (Pharmakokinetik und -dynamik),
- durch altersbedingte Funktionseinschränkungen akute Gefährdung bei Erkrankungen,
- funktionelle Einschränkungen, die die Autonomie beeinträchtigen,
- besonderer rehabilitativer, somatopsychischer und psychosozialer Handlungsbedarf,
- häufig begrenzt reversible Behinderungen, so dass auch Modifikation ein Behandlungsziel sein kann.

Merkmale des geriatrischen Patienten

Merke: Ein geriatrischer Patient ist ein biologisch älterer Patient, der durch altersbedingte Funktionseinschränkungen bei Erkrankungen akut gefährdet ist, zur Multimorbidität neigt und bei dem besonderer Handlungsbedarf in rehabilitativer, somato-psychischer und psychosozialer Hinsicht besteht. Darüber hinaus werden die einzelnen Erkrankungen in ihrer Bedeutung von psychosozialen Faktoren bestimmt bzw. modifiziert.



2.3 Ziele und Aufgaben der Geriatrie

Geriatrie ist das medizinische Fachgebiet in Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation für die Krankheiten und Behinderungen

der älteren Patienten, die multidimensional in ihrer Gesundheit und Selbstpflege eingeschränkt und damit deutlich in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt sind.

Hauptziele der Geriatrie

Die Geriatrie kann die Lebensqualität vor allem in drei Bereichen, **den drei geriatrischen Hauptzielen** fördern:

Ziel 1: Prävention, Diagnostik und Behandlung akuter Krankheiten zur Verhinderung von Gesundheitsstörungen, welche die Lebensqualität beeinträchtigen können.

Ziel 2: Minimierung körperlicher, geistiger und seelischer Behinderungen sowie chronischer Krankheiten, wenn unheilbare Gesundheitsstörungen die Selbstständigkeit im Alltag beeinträchtigen.

Ziel 3: Minimierung des subjektiven Leidens, insbesondere von Schmerz, Atemnot, Übelkeit, Juckreiz, Inkontinenz, Depression, Angst, Panik, Einsamkeit, Langeweile. Das gilt auch, wenn Ziel 1 und 2 nicht erreicht werden können.

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, muss geriatrische Diagnostik neben der nosologischen Zuordnung der Krankheiten den Funktionszustand im Alter quantifizieren und prognostisch bewerten. Wechselwirkungen zwischen den Bereichen Körper, Psyche, personelles und materielles Umfeld sowie die persönliche Ziel- und Wertsetzung der Patienten finden besondere Berücksichtigung. Ausdruck des geriatrischen Denkens und Handelns ist deshalb das **Geriatrische Assessment** – die Erfassung des Patienten in seinen verschiedenen Dimensionen (☞ Kap. 3.6.1, S. 79). Entsprechend diesem mehrdimensionalen diagnostischen Ansatz werden medizinische, pflegerische, therapeutische und soziale Interventionen interdisziplinär geplant und durchgeführt. Das Handeln im geriatrischen Team ist die Folge.

Geriatrisches Assessment

2.4 Geriatrisches Management

Die optimale Betreuung des Patienten und seiner Angehörigen in den zur Verfügung stehenden geriatrischen Institutionen setzt die Kenntnis des örtlich bestehenden geriatrischen Versorgungsnetzes voraus.

Bei Kenntnis und richtiger Einschätzung der örtlich oft sehr unterschiedlichen geriatrischen Versorgungsnetze müssen im Weiteren folgende Punkte berücksichtigt werden, wenn das geriatrische Management für den betroffenen älteren Patienten erfolgreich sein soll und die Platzierung des Älteren in dem für ihn besten Bereich erfolgen soll:

Weitere Faktoren

- Vorstellungen und Wertigkeiten vonseiten des Älteren,
- funktionelle, geistige und soziale Bedürfnisse und Fähigkeiten des Patienten,
- Behandelbarkeit und Letalitätsprognose der bestehenden Erkrankungen,
- Rehabilitationspotenzial,

- funktionelle Behinderung des Patienten und die Trägfähigkeit seines sozialen Netzes.

| Einrichtung | Medizinische Versorgung |
|--|---|
| Geriatrische Klinik am Akutkrankenhaus | Geriatrische Diagnostik, Akutbehandlung, aktivierende Pflege |
| Geriatrische Tagesklinik am Akutkrankenhaus | Geriatrische Diagnostik, medizinisch-geriatrische Behandlung, Rehabilitation, Prävention |
| Geriatrische Rehabilitationsklinik | Medizinisch-geriatrisch-rehabilitative Therapie |
| Geriatrische Rehabilitations-Tagesklinik | Geriatrische Rehabilitation, halbstationär |
| Pflegeheim (Geriatrische Langzeitstation, Übergangspflege, Kurzzeitpflege) | Aktivierende und reaktivierende Pflege, medizinische Versorgung, Erhaltungstherapie |
| Teilstationäre Pflegeeinrichtung (Tag-/Nachtpflege) | Aktivierende und reaktivierende Pflege, Prävention im teilstationären Bereich |
| Ambulante Geriatrische Rehabilitation | Medizinisch-geriatrische Therapie im ambulanten Bereich, Erhaltungstherapie, Rehabilitation, Geroprophylaxe |
| Sozialstation | Häusliche Krankenpflege, Hauspflege, Sozialberatung |
| Betreutes Wohnen | Erhaltungstherapie, Rehabilitation bei Bedarf, psychosoziale Betreuung |
| Beratungsstellen | Gesundheitsberatung, Ernährungsberatung |

Übersicht 1: Geriatrische Institutionen und Versorgungsmöglichkeiten

2.5 Das Geriatrie Team

Definition: Man spricht von einem Team, wenn eine Gruppe von fachlich unterschiedlich spezialisierten Menschen an einem Ziel arbeiten, in der Zusammenarbeit fortlaufend auf Koordination und Kommunikation angewiesen sind und der Arbeitserfolg von keinem für sich allein erreicht werden kann.



In der geriatrischen Betreuung und Versorgung ist Teamarbeit für den Erfolg notwendig. Dabei muss das Team **multiprofessionell** sein, und es muss ein **gemeinsames Konzept** und **Ziel** haben, an dem jeder entsprechend seiner Berufsbildung und seinen persönlichen Kenntnissen arbeitet. Die Leitung des Teams, die je nach Einrichtung und Ort der Tätigkeit

wechseln kann, koordiniert und überprüft Informationen, Ziele, Planungen und Handlungen.

Koordination und
Organisation

Koordination und **Organisation** fallen meist den Pflegekräften und dem Arzt als Aufgaben zu. Die Pflegekräfte haben die Aufgabe, neben ihrer pflegerisch-therapeutischen Arbeit **Therapiebedarf** und **Therapieerfolg** im Alltag des Patienten zu **überprüfen**. Der Arzt hat die Aufgabe, die medizinische Behandlung und Diagnostik durchzuführen und die Therapieformen einschließlich der Behandlungspflege zu verordnen und zu überwachen.

Einheitlichkeit

Die Einheitlichkeit des Geriatrischen Teams in Konzept, Sprache, Kenntnisstand, Ziel und Methode ist keine Selbstverständlichkeit. Hier muss eine enge, kontinuierliche Abstimmung erfolgen. In stationären Einrichtungen wird diese im Rahmen von Teamgesprächen oder die Teamsitzungen erfolgen. Wichtig ist, dass die Teamarbeit grundsätzlich immer auf den Patienten zentriert ist und nicht vergessen wird, dass der Patient auch ein Teil des Teams ist.



Beispielhaft für eine Teamarbeit sei das Bobath-Konzept bei der Behandlung von Apoplexie-Patienten genannt. Alle Teammitglieder müssen entsprechend informiert sein, um die Stärken dieses Konzeptes nutzen zu können. Das Konzept besteht in einem 24-stündigen Ansatz des „handlings“, also der Durchführung aller Arten von Körperstellungen, vom Liegen über das Sitzen bis zum Gehen, einschließlich den entsprechenden Transfers. Nur wenn alle Teammitglieder nach denselben Regeln handeln, kann das Konzept erfolgreich umgesetzt werden. Dies gilt natürlich auch für andere Krankheitsbilder.

Übersicht 2: Zusammen-
setzung des Geriatrischen
Teams

- Patient
- Arzt
- Pflegeberufe
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Logopädie
- Sozialarbeit
- Psychologie
- Orthopädietechnik
- Seelsorge
- weitere Therapieangebote
- Angehörige

Teamarbeit

Die Teamarbeit bildet das **Kernstück** der umfassenden Betreuung alter Patienten mit ihren körperlich, geistig-seelischen und sozialen Problemen. Dabei wird die Zusammensetzung des Teams nicht immer den Bedürfnissen gerecht werden. In rehabilitativer Pflege ausgebildete Kranken- oder Altenpfleger können und müssen deshalb viele Therapieanteile