

Rainer Neubart *Hrsg.*

Repetitorium Geriatric

Geriatric Grundversorgung –
Zusatz-Weiterbildung Geriatric –
Schwerpunktbezeichnung Geriatric

 Springer

Repetitorium Geriatrie

Rainer Neubart
(Hrsg.)

Repetitorium Geriatric

Geriatrische Grundversorgung - Zusatz-Weiterbildung
Geriatric - Schwerpunktbezeichnung Geriatric

Mit 33 Abbildungen

Herausgeber

Prof. Dr. med. Rainer Neubart
Altersmedizinisches Zentrum
Kreiskrankenhaus Wolgast
Chausseestr. 46
17438 Wolgast
Germany

ISBN 978-3-662-48209-4
DOI 10.1007/978-3-662-48210-0

ISBN 978-3-662-48210-0 (eBook)

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

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

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

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen.

Umschlaggestaltung deblik Berlin
Satz: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

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

Vorwort

Unsere Lebenserwartung steigt in einer rasanten Geschwindigkeit, ca. drei Monate pro Jahr. Diese erfreuliche Entwicklung hat ihre Wurzeln in einer verbesserten Gesundheitsaufklärung der Bevölkerung und einer optimierten medizinischen Versorgung.

Gleichzeitig ändert sich auch das Morbiditätsprofil. Die Inzidenz typischer Alterskrankheiten wie Schlaganfall und Schenkelhalsfraktur wird sich massiv erhöhen und gleichzeitig wird das Phänomen der Multimorbidität einen immer höheren Stellenwert der Medizin beanspruchen.

Obwohl der Begriff der Geriatrie (Altersmedizin) schon Anfang des letzten Jahrhunderts von Ignatius Nascher geprägt wurde, hat dieser Zweig der Medizin noch kaum den Stellenwert, der ihm theoretisch zukommt. Dies bezieht sich sowohl auf die Ausbildung in den Gesundheitsberufen, besonders in der Medizin, als auch auf die medizinische Forschung. Nur eine Minderzahl der medizinischen Fakultäten in Deutschland verfügt über einen Lehrstuhl in Geriatrie.

Erfreulicherweise ist aber das Interesse an der Geriatrie in den letzten Jahren stark gestiegen, die immer noch viel zu kleine Anzahl an Geriatern wächst stetig.

Dieses Buch will eine Übersicht geben über das breite Spektrum der Altersmedizin, das Kenntnisse aus ganz verschiedenen medizinischen Bereichen erfordert. Insbesondere sind das Innere Medizin, Neurologie, Gerontopsychiatrie, Traumatologie und Urologie. Daneben leisten auch nahezu alle anderen Fakultäten einen Beitrag zur ganzheitlichen Gesundheitsversorgung multimorbider Patienten.

Doch unabhängig vom Weg der medizinischen Ausbildung ist eben diese ganzheitliche Sicht auf den Patienten unter Einbeziehung aller Krankheiten und Begleitprobleme in der Geriatrie unverzichtbar. Weiterhin ist es erforderlich, für jeden einzelnen Patienten ein geriatrisches Gesundheitsmanagement zu entwickeln, das sich auch in den folgenden Monaten und Jahren bewährt und Idealfall bis zum Lebensende reicht. Neben einer verbesserten medizinischen Versorgung der Betroffenen resultiert aus dieser Vorgehensweise mittelfristig auch eine Verringerung der Gesundheitskosten.

Ganzheitliche Gesundheitsversorgung erfordert ebenfalls eine verbesserte Kooperation der verschiedenen Fachdisziplinen in der Medizin und einen multiprofessionellen Ansatz.

Die Zukunft der Medizin ist ohne diese geriatrischen Behandlungsprinzipien kaum vorstellbar.

Rainer Neubart

Wolgast, im August 2015

Über den Herausgeber

Prof. Dr. med. Rainer Neubart



Ausbildung

1975–1982

Ärztliche Weiterbildung

Promotion

Facharztanerkennung

Schwerpunktanerkennung

Zusatzbezeichnungen

Berufliche Stationen

1992–2008

2008–2012

2012–2014

Seit 2014

Sonstige Ämter

1995–1997

Seit 1997

1993–2008

1996–2008

1997–2008

Seit 2008

2008–2010

Studium der Medizin an der Freien Universität Berlin

Klinikum Steglitz der FU Berlin

Königswarter-Krankenhaus Berlin

Krankenhaus Spandau, Berlin

Max-Bürger-Krankenhaus, Berlin

1984

Innere Medizin (1989)

Geriatrie (1996)

Rehabilitationswesen (1998), Palliativmedizin (2009)

Chefarzt der Klinik für Innere Medizin (Geriatrie) und
Ärztlicher Leiter im Ev. Krankenhaus Woltersdorf

Chefarzt der Klinik für Innere Medizin III (Geriatrie) im
Sana-Klinikum Lichtenberg, Berlin

Chefarzt der Klinik für Innere Medizin (Geriatrie) im Sana-
Krankenhaus Templin

Chefarzt des altersmedizinischen Zentrums Vorpom-
merns im Kreiskrankenhaus Wolgast

Weiterbildungsbeauftragter im Präsidium der Deutschen
Gesellschaft für Geriatrie

Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft Mobile Re-
habilitation

Sprecher der Arbeitsgemeinschaft Geriatrie Berlin-Bran-
denburg

Vorsitzender der Prüfungskommission Geriatrie der
Landesärztekammer Brandenburg

Vorsitzender der Geriatischen Akademie Brandenburg

Stellv. Vorsitzender der Geriatischen Akademie Bran-
denburg

Vorsitzender der Sektion 2 der Deutschen Gesellschaft
für Gerontologie und Geriatrie

Lehraufträge

2002–2003

Gastvorlesungen »Geriatric« an der FU Berlin

2004–2006

Mitglied des Graduiertenkollegs »Multimorbidität im Alter und ausgewählte Pflegeprobleme« der Charité-Universitätsmedizin Berlin (Vorlesungen und Betreuung von Dissertationen)

2007

Lehrauftrag für den Bereich Geriatrie im Studiengang Gerontologie der Fachhochschule Lausitz in Cottbus

Seit 2011

Lehrauftrag an der Alice-Salomon-Hochschule, Berlin

Seit WS 2012/13

Gastprofessur für Soziale Gerontologie und Gesundheitsmanagement an der Alice-Salomon-Hochschule, Berlin

Seit WS 2014/15

Lehre und Forschung im Fach Geriatrie in der Universitätsmedizin Greifswald

Inhaltsverzeichnis

1	Geriatric als wichtiger Baustein der modernen Medizin	1
	<i>Rainer Neubart</i>	
2	Physiologisches Altern und Krankheit	3
	<i>Rainer Neubart</i>	
2.1	Altern als individueller Prozess	4
2.2	Lebenserwartung	5
2.3	Psychologisches Altern	6
2.4	Soziales Altern	7
3	Der geriatrische Patient	9
	<i>Rainer Neubart</i>	
3.1	Was ist ein geriatrischer Patient?	10
3.2	Typische Problemkonstellationen geriatrischer Patienten	10
3.3	Dynamik verschiedener Erkrankungen	13
4	Rechtliche Grundlagen	15
	<i>Rainer Neubart</i>	
4.1	Gesetzliche Krankenversicherung: SGB V (primäre Gesundheitsversorgung)	16
4.2	SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen	17
4.3	Pflegeversicherung	19
4.4	Betreuungsrecht	20
5	Multiprofessionalität in der modernen Geriatrie	23
	<i>Rainer Neubart, Stefanie Neubart und Anna Verena Bosbach</i>	
5.1	Das therapeutische Team	25
5.2	Grundlagen der Teamarbeit	26
5.3	Der Ärztliche Dienst	27
5.4	Pflegedienst	29
5.5	Physiotherapie	33
5.6	Ergotherapie	37
5.7	Sprachtherapie	39
5.8	Psychologie	45
5.9	Sozialarbeit	49
5.10	Seelsorge	50
5.11	Angehörige als Partner im Gesundheitsmanagement	50
5.12	Kooperation mit anderen Fachbereichen	53
6	Akutmedizin	55
	<i>Rainer Neubart</i>	
6.1	Vollstationär oder teilstationär?	56
6.2	Medizinische Maßnahmen in Grenzsituationen	56

7	Geriatrische Rehabilitation	59
	<i>Rainer Neubart</i>	
7.1	ICF und SGB IX	60
7.2	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen	60
7.3	Besonderheiten der geriatrischen Rehabilitation	61
7.4	Ambulante und mobile Rehabilitation	62
7.5	Differenzialtherapeutische Aspekte	62
7.6	Indikationen der rehabilitativen geriatrischen Verfahren	62
7.7	Mobile Rehabilitation als innovatives Verfahren	66
8	Präventivmedizin	69
	<i>Rainer Neubart</i>	
8.1	Definition	70
8.2	Prävention von Krankheiten durch gesundes Altern	70
8.3	Spezielle Prävention im Alter	71
8.4	Medizinische Prävention	71
8.5	Bedeutung von Impfschutz im Alter	72
8.6	Dekubitusprävention	74
9	Palliativmedizin	79
	<i>Rainer Neubart</i>	
9.1	Definition	80
9.2	Besondere Aspekte	80
9.3	Assessment	80
9.4	Symptomkontrolle	81
9.5	Art und Umfang der medizinischen Maßnahmen	83
9.6	Das palliative Therapiekonzept	84
10	Der geriatrische Behandlungsprozess	85
	<i>Rainer Neubart</i>	
10.1	Grundlagen	86
10.2	Geriatrisches Assessment	91
10.3	Patientenüberleitung und poststationäres Gesundheitsmanagement	96
11	Geriatrische Versorgungsstrukturen	99
	<i>Rainer Neubart</i>	
11.1	Bausteine eines geriatrischen Versorgungsnetzes	100
12	Klinische Geriatrie	101
	<i>Rainer Neubart</i>	
12.1	Geriatrische Klinik und geriatrische Rehabilitationsklinik	102
12.2	Der geriatrische Patient in der Rettungsstelle der Klinik	102
12.3	Vollstationäre klinische Versorgung	103
12.4	Ganzheitliches aktivierend-rehabilitatives Konzept	106
13	Geriatrische Tagesklinik	109
	<i>Rainer Neubart</i>	
13.1	Einführung	110

13.2	Gesetzliche Grundlagen	110
13.3	Voraussetzungen	111
13.4	Therapiemöglichkeiten	111
13.5	Spezielle Aufgaben bestimmter Teammitglieder in der geriatrischen Tagesklinik	111
13.6	Typische Problemkonstellationen	113
14	Geriatrie in der ambulanten Medizin	115
	<i>Rainer Neubart und Reinhold Schrambke</i>	
14.1	Das Team der ambulanten Weiterversorgung	116
14.2	Der Hausarzt als Leiter des therapeutischen Teams	118
14.3	Fahreignung älterer kranker Menschen	120
15	Wohnen im Alter	125
	<i>Christiane Lehmacher-Dubberke, Rainer Neubart und Susanne Tyll</i>	
15.1	Wohnen und pflegen	126
15.2	Stationäre Pflegeeinrichtung	128
15.3	Ambulante und teilstationäre Pflege	133
15.4	Wohnberatung und Wohnraumanpassung	135
16	Ökonomie geriatrischer Versorgungssysteme	147
	<i>Rainer Neubart</i>	
17	Geriatrische Syndrome	149
	<i>Rainer Neubart, Helmut Frohnhofen, Wolfrid Schröder, Stefanie Neubart und Jeanina Schlitzer</i>	
17.1	Gangstörung und Stürze, Sturzsyndrom	151
17.2	Immobilität und Frailty-Syndrom	153
17.3	Schmerz und Schmerztherapie	155
17.4	Mangel- und Fehlernährung	160
17.5	Dysphagie	173
17.6	Dekubitus und chronische Wunden	181
17.7	Harninkontinenz	186
17.8	Stuhlinkontinenz	192
17.9	Chronische Obstipation	196
17.10	Schlaf und Schlafstörungen	201
17.11	Kommunikation und Kommunikationsstörungen	205
	Literatur	207
18	Typische Erkrankungen des Alters	209
	<i>Rainer Neubart, Günter Linß, Romana Lenzen-Großimlinghaus, Harald Wulsche, Kerstin Finger, Jörg Schulz, Naida Abdulkerimova, Ralf Jelkmann</i>	
18.1	Schlaganfall	213
18.2	Herzinsuffizienz	219
18.3	Koronare Herzkrankheit	228
18.4	Arterielle Hypertonie	239
18.5	Vorhofflimmern	249
18.6	Osteoporose	257

18.7	Frakturen und Alterstraumatologie	269
18.8	Amputation und Prothesenversorgung	280
18.9	Demenz	285
18.10	Delir	294
18.11	Depression	301
18.12	Gerontostomatologie	304
18.13	Diabetes mellitus	309
18.14	Erkrankungen des rheumatologischen Formenkreises	316
18.15	Hygiene und Umgang mit Problemkeimen	321
	Literatur	324
19	Spezielle Versorgungskonzepte geriatrischer Patienten	325
	<i>Rainer Neubart und Peter Stawenow</i>	
19.1	Pharmakotherapie im Alter	326
19.2	Hilfsmittelversorgung	330
19.3	Pflegestützpunkte	335
19.4	Altenselbsthilfe	336
20	Ausblick	339
	<i>Rainer Neubart</i>	
	Serviceteil	
	Stichwortverzeichnis	342

Autorenverzeichnis

Dr. med. Naida Abdulkerimova

Institut Noventalis auf dem Campus Berlin-Buch
Robert-Rössle-Straße 10, Haus 79
13125 Berlin

Anna Verena Bosbach

Sana-Krankenhaus Templin
Robert-Koch-Straße 24
17268 Templin

Dr. med. dent. Kerstin Finger

Dargersdorfer Straße 11
17268 Templin

PD Dr. med. Helmut Frohnhofen

Klinik für Geriatrie und des Zentrums für Alters-
medizin
Kliniken Essen-Mitte
Henricistraße 92
45136 Essen

Dr. med. Ralf Jelkmann

Klinik für Geriatrie
Klinikum Dortmund
Beurhausstraße 40
44137 Dortmund

Christiane Lehmacher-Dubberke

Rosenthaler Str. 31
10178 Berlin

PD Dr. med. Romana Lenzen-Großimling- haus

Klinik für Geriatrie
Klinikum Ernst von Bergmann
Charlottenstraße 72
14467 Potsdam

Prof. Dr. med. Günter Linß

Klinik Oranienburg
Robert-Koch-Straße 2
16515 Oranienburg

Prof. Dr. med. Rainer Neubart

Altersmedizinisches Zentrum
Kreiskrankenhaus Wolgast
Chausseestr. 46
17438 Wolgast

Stefanie Neubart

Freiheit 51
16761 Hennigsdorf

Jeanina Schlitzer

Kliniken Essen-Mitte
Henricistraße 92
45136 Essen

Dr. med. Reinhold Schrambke

Akademie für ärztliche Fortbildung der LÄK
Brandenburg
Schlufter Str. 9
16244 Schorfheide/OT Groß Schönebeck

Dr. med. Wolfrid Schröer

Klinik für Geriatrie
Klinikum Duisburg
Zu den Rehwiesen 9
47055 Duisburg

Prof. Dr. med. Jörg Schulz

Institut Noventalis auf dem Campus Berlin-Buch
Robert-Rössle-Straße 10, Haus 79
13125 Berlin

Peter Stawenow

Kompetenzzentrum »Offene Altenarbeit« im
Sozialwerk Berlin
Humboldtstr. 12
14193 Berlin

Susanne Tyll

Linner Straße 7
47829 Krefeld

Dipl. med. Harald Wulsche

Klinik für Geriatrie
Krankenhaus Luckau
Berliner Str. 24
15926 Luckau

Geriatric als wichtiger Baustein der modernen Medizin

Rainer Neubart

Nach Jahrzehnten einer immer größer werdenden Spezialisierung muss unser medizinisches System eine kaum zu lösende Problematik in der Patientenversorgung feststellen. Die Patienten leiden in der Mehrzahl unter vielen Krankheiten gleichzeitig und eine koordinierende Instanz ist nicht erkennbar. Immer häufiger wird offenbar, dass das Management einzelner Krankheiten in seiner Wirksamkeit stark eingeschränkt ist, wenn Interferenzen zu den übrigen Erkrankungen und einer Polypharmakotherapie zu wenig Beachtung finden.

Die Rolle dieser koordinierenden Instanz, deren Bedeutung angesichts der weiteren Alterung unserer Bevölkerung immer weiter zunimmt, wird die Geriatrie einnehmen. Insbesondere in einer determinierten Kooperation mit anderen Bereichen der Medizin liegt der Schlüssel für die erfolgreiche Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems. Ein positives Beispiel stellt die Alterstraumatologie dar, die eine gemeinsame Versorgung der älteren verletzten Patienten von der Klinikeinlieferung bis zur Überleitung der Patienten in die ambulante Weiterversorgung in enger Abstimmung zwischen Traumatologen und Geriatern ermöglicht. Die Kombination traumatologischer, internistischer, rehabilitationsmedizinischer und sozialmedizinischer Kompetenzen erlaubt eine ganzheitliche Therapie. Es resultiert eine verkürzte Verweildauer in der Klinik, ein optimiertes funktionelles Ergebnis sowie eine hohe Patientenzufriedenheit.

Da in allen medizinischen Kliniken zunehmend ältere Patienten behandelt werden, wären Kenntnisse in Altersmedizin eigentlich eine notwendige Ergänzung der medizinischen Ausbildung.

Alle Berufsgruppen des geriatrischen Teams von den Ärzten über das Pfl egeteam und die Therapeuten bis zu den Sozialarbeitern haben aber nur in Ausnahmefällen eine fundierte Ausbildung in Altersmedizin. Im Medizinstudium gibt es nur in wenigen Fakultäten das Lehrfach Geriatrie, was angesichts der zukünftigen Klientel heutiger Medizinstudenten kaum als adäquat eingeschätzt werden kann.

Prinzipiell gehört es zu jeder Patientenversorgung in der Klinik, das gesamte Spektrum der Erkrankungen der Patienten in der Gesundheitsversorgung zu berücksichtigen. In der Realität sind wir hier von aber immer noch weit entfernt.

Also muss die Forderung erhoben werden, dass alle Ärzte, die mit der Versorgung älterer multimorbiler und von chronischen Krankheiten gezeichneter Patienten betraut sind, mindestens über eine geriatrische Grundqualifikation verfügen sollten.

Dieses Buch möchte einen Beitrag dazu leisten, das umfassende Gesundheitsmanagement der Geriatrie in allen Facetten darzustellen und insbesondere die Inhalte, die für Prüfungen im Fach Geriatrie erforderlich sind, zusammenzustellen.

Physiologisches Altern und Krankheit

Rainer Neubart

- 2.1 Altern als individueller Prozess – 4**
 - 2.1.1 Wann beginnt Alterung? – 4
 - 2.1.2 Alternstheorien – 4
 - 2.1.3 Einfluss der Umwelt auf die Alterung – 5
- 2.2 Lebenserwartung – 5**
- 2.3 Psychologisches Altern – 6**
- 2.4 Soziales Altern – 7**

Wer mit geriatrischen Patienten arbeitet stellt sich täglich die Frage: Was ist »normales« Altern, was ist Krankheit? Die Antwort hierauf fällt sicherlich nicht leicht. Es gibt sicherlich einen Zusammenhang in dem Sinne: »Alter bedeutet nicht zwangsläufig Krankheit, aber die Wahrscheinlichkeit, krank zu werden, wird mit den Jahren größer.«

Altern ist ein komplexer physiologischer Prozess, dem wir alle unterworfen sind. Um seine Auswirkungen auf den Organismus abschätzen zu können, ist die Kenntnis einiger wissenschaftlicher Grundlagen erforderlich.

2.1 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 (► Kap. 8):

- 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 um ca. drei Monate pro Jahr. Zugleich sind die Senioren von heute signifikant länger fit, was sich erheblich auf ihre Lebensführung auswirkt.

2.1.1 Wann beginnt Alterung?

Auch diese Frage kann nur unscharf beantwortet werden. Genau genommen beginnt der Alterungsprozess schon in der Embryonalzeit. Gerontologen führen gern das Beispiel von weiblichen Embryos an, die von ihren 400.000 angelegten Eizellen bei der Geburt nur noch 200.000 besitzen.

Die meisten physiologischen Funktionen des Körpers haben ein Maximum zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr, danach ist ein kontinuierliches Nachlassen der Kapazität unserer Organe feststellbar. In der Physiologie wurden hier zu umfangreiche Testreihen durchgeführt, so dass uns heute mehrere 100 verschiedene Parameter zur Verfügung stehen. Insgesamt kann ausgesagt werden, dass insbesondere die Funktion der Lunge (zum Beispiel Vitalkapazität) und der Niere (beispielsweise glomeruläre Filtrationsrate) in der Regel den stärksten Funktionsverlust aufweisen. Sollten bei einem Individuum keine krankhaften Veränderungen dazukommen, beträgt das theoretisch erreichbare Alter ca. 130 Jahre. Danach sind selbst die physiologischen Veränderungen so stark, dass keine Vereinbarkeit mit dem Leben mehr besteht. Daraus folgt, dass wir theoretisch ca. 130 Jahre alt werden könnten. Die Tatsache dass wir mit hoher Wahrscheinlichkeit früher sterben, beruht also auf dem Auftreten von Krankheiten, die unser Leben verkürzen.

Der älteste Mensch, dessen erreichtes Lebensalter durch eine verlässliche Dokumentation nachgewiesen werden konnte ist eine Französin (Jeanne Calment, 1875–1997), die 122 Jahre alt geworden ist.

2.1.2 Alternstheorien

Schon an der großen Anzahl ganz verschiedene Alternstheorien kann man erkennen, dass die Zusammenhänge kompliziert sind. Prinzipiell lassen sich folgende Prinzipien unterscheiden:

- **Innere Ursachen der Alterung** (»primäres Altern«)
 - **Theorie der »Inneren Uhr«** (im Gehirn): Diese Theorie postuliert, dass gewissermaßen eine Zeitählung im Gehirn stattfindet.
 - **Telomertheorie:** Die Telomertheorie hat zur Grundlage die von Leonard Hayflick gefundene »Hayflick-Potenz« der menschlichen Zelle, die nur eine gewisse Zahl von Zellteilungen erreichen kann. Grund hierfür sind die Telomere, die als »Endkappen« der Chromosomen bei jeder Teilung ein winziges Stück kleiner werden. Daraus folgt das in einer endlichen Zeit keine Zellteilung mehr erfolgen können.

- **Äußere Ursachen der Alterung** (»sekundäres Altern«)
 - **Abnutzungstheorie:** Diese Theorie, die auf den Publikation von Raymond Pearl beruhen, führen die Alterung auf Abnutzung- und Verschleißprozesse aller Organe des menschlichen Körpers zurück. Es wird postuliert, dass die Lebensweise positive oder negative Auswirkungen auf das biologische Alter haben. Auch die körpereigenen Reparatursysteme lässt im Alter nach, was sich auch in äußeren Zeichen der Alterung (beispielsweise Falten oder nachlassender Haarwuchs) manifestiert.
 - **Theorie der freien Radikale (auch Schädigungstheorie):** diese Theorie des Gerontologen Denham Harman postuliert, dass freie Radikale, die immer wieder im Stoffwechsel vorkommen, vom Körper abgebaut werden müssen. Hierdurch entsteht »oxidativer Stress«, und dadurch eine Zellschädigung.

2.1.3 Einfluss der Umwelt auf die Alterung

Auch Umweltfaktoren können einen erheblichen Einfluss auf die vorzeitige Alterung nehmen. Schädigungen kommen hierbei durch ganz verschiedene Mechanismen vor:

- Verletzungen
- Mikroorganismen (z. B. Bakterien, Viren, Pilze)
- Gifte
- Strahlung
- Krankheit
- Mangelsituationen (z. B. Unterernährung)
- Negativer Stress

2.2 Lebenserwartung

Die Lebenserwartung ist von vielen verschiedenen Faktoren abhängig. In Deutschland beträgt sie zur Zeit bei Frauen 83 Jahre und bei Männern 78 Jahre. Seit ca. 50 Jahren ist eine kontinuierliche Erhöhung der Lebenserwartung festzustellen, ungefähr drei

Monate pro Jahr. Die Gründe hierfür sind nicht völlig klar, scheinen aber in einer verbesserten medizinischen Versorgung und einer konsequenten Beachtung der persönlichen Risikofaktoren (beispielsweise verbesserte Ernährungsgewohnheiten und eine Verringerung der Raucherquote) zu liegen.

Für die deutlich längere Lebenserwartung der Frauen werden verschiedene Mechanismen diskutiert, die sowohl in den Lebensgewohnheiten (insgesamt »gesünderer« Umgang mit dem eigenen Körper) als auch in den physiologischen Geschlechtsunterschieden zu suchen sind.

Rein statistisch gibt es eine Reihe von interessanten Zusammenhängen zwischen verschiedenen Faktoren und der Langlebigkeit.

Determinanten der Langlebigkeit

- Genetische Veranlagung
- Weibliches Geschlecht
- Leptosome Körperkonstitution
- Familienstand: verheiratet
- Lebenszufriedenheit
- Finanziell Sorgen freies auskommen
- Geistige Tätigkeit
- Lebensbereich: Kleinstadt oder Dorf (nicht etwa die Großstadt!)
- Ausgeglichene Lebensweise
- Ausgewogene Ernährung
- Nichtraucher
- Geringer Alkoholgenuß

Altern ist offenbar ein komplexer Prozess, der auf verschiedenen inneren und äußeren Mechanismen beruht. Auch eine Reihe von Krankheiten ist mit einer vorzeitigen Alterung korreliert (► Übersicht).

Krankheitsprozesse, die vorzeitiges Altern bewirken

- Arteriosklerose
 - Herzinfarkt
 - Schlaganfall
 - Arterielle Verschlusskrankheit
- Bösartige Neubildungen (Krebs)
- Degenerative Erkrankungen bestimmter Organsysteme, z. B.
 - Gehirn (M. Alzheimer, M. Parkinson)

- Gelenke (Arthrosen, Rheuma)
- Herz (Kardiomyopathie)
- Lungen (Lungenfibrose, Lungenemphysem)

Im menschlichen Körper gibt es eine ganze Reihe von Abwehrmechanismen, die Zellschädigungen, insbesondere auf der Grundlage von oxidativen Prozessen, reparieren können (► Übersicht).

Abwehrsysteme gegen oxidative Schäden

– Antioxidanzien

- Superoxid-Dismutase → neutralisiert Sauerstoffradikale
- Glutathion-Peroxidasen → bauen Wasserstoffperoxid ab
- Vitamin E, β -Karotin → binden freie Radikale in der Zelle
- Vitamin C, Harnsäure → binden freie Radikale im Zytoplasma

– Proteinreparatur

- Proteinasen → spalten oxidierte Moleküle
- Peptidasen → Abbau von Proteinen zu Aminosäuren
- Exonukleasen → entfernen geschädigte DNA-Abschnitte
- Glykosylasen → füllen die Lücken wieder auf
- Ligase → schließt die DNA-Kette

– Lipidreparatur

- Phospholipasen → bauen geschädigte Anteile der Membranen ab
- Acetyltransferasen → ersetzen abgespaltene Fettsäuren in Lipiden

Über die genaue Funktion dieser Abwehrsysteme und den Grund dafür dass diese offensichtlich in einer Reihe von Fällen ihre Funktion nicht übernehmen können, ist noch viel zu wenig bekannt. In der Erforschung dieses Gebietes liegen offenbar große Potenziale, um eine Bekämpfung bestimmter Krankheiten und damit auch eine Erhöhung der Lebenserwartung zu erreichen.

Wichtig ist in jedem Fall die Erkenntnis, dass das kalendarische Alter von Menschen wenig Aussagen über die Lebenserwartung und die Prognose von Krankheiten zulässt. Entscheidend ist in jedem Fall das »biologische Alter«, das allerdings für jeden Patienten individuell eingeschätzt werden muss und verständlicherweise auch nur einen ungenauen Wert liefert.

- **Nach gängiger wissenschaftlicher Meinung kann durch besonders gesunde oder ungesunde Lebensweise das biologische Alter gegenüber dem kalendarischen 20 Jahre sowohl positiv als auch negativ abweichen.**

2.3 Psychologisches Altern

Der Alterungsprozess kann nicht allein auf biologische Prozesse zurückgeführt werden. Insbesondere das Phänomen des psychologischen Alterns hat einen erheblichen Einfluss auf Einstellungen, Selbstwahrnehmung, Kompetenzen, Ressourcen und Defizite.

Eine besondere Bedeutung haben die kognitiven Funktionen im Alter. Entgegen der allgemeinen Auffassung gibt es keine sicheren Hinweise dafür, dass die Intelligenz im Alter abnimmt. Allerdings sind deutliche Veränderungen festzustellen, differenziert nach fluider und kristalliner Intelligenz.

Fluide Intelligenz (»Speed«) Unter fluider Intelligenz versteht man die Verarbeitungsgeschwindigkeit des Gehirns. Sie hat ihr Maximum noch unter einem Alter von 20 Jahren und nimmt dann kontinuierlich ab. Die Stärke von jungen Menschen besteht also in einer schnellen Wahrnehmung von Informationen und der Fähigkeit zu einer kurzfristigen Reaktion.

Kristalline Intelligenz (»Power«) Die Stärke von älteren Menschen ist dagegen die kristalline Intelligenz. Sie ist ein Maß für die Menge des Wissens und der Problemlösungsstrategien, die in einem langen Leben gesammelt wurden. Die kristalline Intelligenz ist der einzige physiologische Parameter, der bis ins allerhöchste Alter ansteigen kann, wenn er kontinuierlich geübt wird und keine

krankhaften Veränderungen auftreten. In diesem Kontext sind auch Begriffe wie Bildung und Weisheit zu verstehen.

2.4 Soziales Altern

Soziales Altern beschreibt die Veränderung der sozialen Position mit dem Lebensalter. Eine besondere Bedeutung in diesem Zusammenhang nimmt die Beendigung des Erwerbslebens ein, die bei vielen Menschen einen erheblichen, manchmal traumatisierenden Einschnitt darstellt. Es gibt für das soziale Altern verschiedene Theorien wie die »Disengagementtheorie« (der selbstbestimmte Rückzug aus sozialen Kontakten).

Disengagementtheorie Die Disengagementtheorie vertritt die These, dass ältere Menschen bei einem Rückzug in ihr Privatleben zufriedener altern. Die hiermit verbundene Harmonie wird dann verletzt, wenn das soziale Umfeld der Betroffenen vermehrte Kontakte einfordern, diese aber in der gewünschten Intensität keine Zustimmung finden.

Aktivitätstheorie Die entgegengesetzte Position vertritt die Aktivitätstheorie. Danach wollen viele ältere Menschen ein sozial aktives Leben führen und fordern eine Teilhabe an den gesellschaftlichen Prozessen ein. Nach dieser These sind ältere Menschen nur dann glücklich und zufrieden, wenn sie aktiv sein können und noch gebraucht werden.

Kompetenztheorie Bei dieser Theorie wird die Kompetenz als die Fähigkeit zur Annahme von bestimmten Möglichkeiten und Hilfsangeboten definiert. Lebensqualität wird durch das Nutzen der angebotenen Ressourcen sichergestellt. Dazu gehört beispielsweise die aktive Mitarbeit in der Ergotherapie oder das aktive Üben mit Hilfsmitteln wie einem Rollstuhl. Für die Altersmedizin und die geriatrische Rehabilitation spielt die Kompetenztheorie eine besonders wichtige Rolle, weil sie den Patienten Selbstständigkeit und Autonomie vermittelt.

Defizitmodell des Alterns Gesellschaftlich weit verbreitet ist leider das Defizitmodell des Alterns.

Bei repräsentativen Umfragen wird Alter häufig mit Schmerzen, Demenz, Gebrechlichkeit und negativer Lebensqualität assoziiert. Nach dieser These verschlechtert sich der körperliche, geistige und seelische Zustand älterer Menschen kontinuierlich und unumkehrbar. Der Sinn von Rehabilitation und therapeutischen Interventionen wird bezweifelt.

Kontinuitätstheorie Bei dieser Theorie wird eine Kontinuität des in den früheren Jahren gepflegten Lebensstils postuliert. Während häuslich geprägte Menschen eher den Rückzug in ihre Privatsphäre als Erleichterung empfinden, sind aktive Ältere weiter an einer aktiven Lebensführung und vielen sozialen Kontakten interessiert.

Der geriatrische Patient

Rainer Neubart

- 3.1 Was ist ein geriatrischer Patient? – 10**
- 3.2 Typische Problemkonstellationen geriatrischer Patienten – 10**
 - 3.2.1 Multimorbidität (Mehrfacherkrankung) – 11
 - 3.2.2 Chronizität (langwieriger Krankheitsverlauf) – 11
 - 3.2.3 Bedeutung der Krankheitsfolgen – 11
 - 3.2.4 Verflechtung medizinischer und sozialer Problemen – 13
- 3.3 Dynamik verschiedener Erkrankungen – 13**
 - 3.3.1 Krankheiten, die präventive Maßnahmen erfordern – 13
 - 3.3.2 Krankheiten mit guten Aussichten auf Heilung – 13
 - 3.3.3 Krankheiten, die gebessert, aber nicht geheilt werden können – 14
 - 3.3.4 Krankheiten mit chronisch-progredientem Verlauf – 14

3.1 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 sind definiert durch:

- 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+ auf Grund 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 europäische Definition der Geriatrie und des Geriatrischen Patienten unterstützt die deutsche Definition (Malta 2008):

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.

Aus historischen und strukturellen Gründen kann die Organisation der geriatrischen Medizin zwischen europäischen Mitgliedstaaten variieren.

3.2 Typische Problemkonstellationen geriatrischer Patienten

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:

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

■ **Tab. 3.1** Das Kaskadenmodell des ICDH (International Classification of Functioning, Disability and Health)

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

3.2.1 Multimorbidität (Mehrfacherkrankung)

Das wichtigste Charakteristikum ist die Multimorbidität. Sie liegt dann vor, wenn mindestens 3 relevante Erkrankungen gleichzeitig bestehen. Oft 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 letztendlich ein umfassendes und nachhaltiges Gesundheitsmanagement zu erarbeiten. Ziel ist prinzipiell die größtmögliche Autonomie und Lebensqualität des Patienten. Hierzu sind Kenntnisse und Erfahrungen in der Behandlung von geriatrisch relevanten Krankheiten und Syndromen sowie in geriatrischen Problemlösungsstrategien erforderlich.

3.2.2 Chronizität (langwieriger Krankheitsverlauf)

Circa 80% der Krankheiten geriatrischer Patienten sind chronisch (s. u.). Das bedeutet, die Krankheiten selbst oder ihre Folgen werden den Erkrankten lange Zeit begleiten, 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 eine von Realismus geleitete patientenzentrierte Strategie.

3.2.3 Bedeutung der Krankheitsfolgen

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

Die ICDH sowie das Nachfolgekzept, die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) werden in ► Kap. 7 beschrieben.

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 4 Bereiche sollen näher erläutert werden.

■ Tab. 3.2 Voraussetzungen für Bewegung

Organsystem	Willkürbewegungen
Großhirn	Bewegungsanbahnung
Kleinhirnhirn	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

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.

Störungen der Alltagskompetenz

Die Beeinträchtigung der Kompetenz für Alltagsaktivitäten (oft ADL-Störungen genannt, nach ADL = »activities of daily living«, Aktivitäten des täglichen Lebens) ist der wichtigste Grund für 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. Des-

halb 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 der Ergotherapeut.

Störungen der Kommunikation

Eine Reihe von Krankheiten, die vornehmlich bei älteren Patienten auftreten, ist mit teils erhebliche Kommunikationsstörungen verbunden. Dazu gehören so verbreitete Diagnosen wie Schlaganfall mit den Folgen Aphasie und Dysarthrie, Parkinson-Krankheit, Demenz und tumoröse Erkrankungen im Bereich des Kopfes und des oberen Respirationstraktes. Kommunikation ist ein menschliches Grundbedürfnis, dient nicht nur dem Informationsaustausch, sondern auch 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 wäre ein Austausch mit der sozialen Umgebung ein wesentlicher Beitrag zur Lebensqualität. Kommunikationsstörungen werden vor allem von Sprachtherapeuten behandelt.

Probleme der Krankheitsverarbeitung (Coping)

Für nahezu alle Patienten in der Geriatrie bedeutet ihre Erkrankung einen existentiellen 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 im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu einer optimistischen Einstellung bezüglich ihrer Lebenssituation.

3.2.4 Verflechtung medizinischer und sozialer 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 (► Kap. 4 und 7).

- **Die Einbeziehung der Umgebungsbedingungen (»Kontextfaktoren«) in alle Überlegungen des Gesundheitsmanagements ist damit Gesetzauftrag und die Aufgabe aller Berufsgruppen des therapeutischen Teams, ganz besonders aber des Sozialdienstes, der Pflege und der Ärzte.**

3.3 Dynamik verschiedener Erkrankungen

Die Multimorbidität bei geriatrischen Patienten führt oft zu einer unübersichtlichen Gesundheitssituation. Bei einer Kategorisierung der vorliegen-

den Krankheiten hilft die Erkenntnis, dass diese Erkrankungen ganz unterschiedlichen Dynamiken folgen und damit Ansatzpunkte für spezifische Interventionen bieten.

3.3.1 Krankheiten, die präventive Maßnahmen erfordern

Einige Krankheiten zeigen eine besondere Bedeutung für die Patienten, weil sie ein erhebliches Gefahrenpotenzial bergen. Dann sind in der Regel präventive Maßnahmen erforderlich.

Krankheiten mit Präventionsbedarf

- Chronischer Vitaminmangel (beispielsweise Vitamin D, Vitamin B₁₂)
- Vorhofflimmern
- Osteoporose
- Fettstoffwechselstörung
- Bluthochdruck

3.3.2 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 Alltagsaktivitäten, was zusätzlichen Hilfebedarf generiert. Auf diesen temporären Hilfebedarf ist unser Sozialsystem schlecht vorbereitet.

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.

Krankheiten mit guten Heilungschancen

- Pneumonie
- Harnwegsinfekt
- Unterarmfraktur
- Delir
- Basaliome

3.3.3 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.

Krankheiten mit Defektheilung

- Schlaganfall
- Schenkelhalsfraktur
- Kurativ operierte Kolontumoren
- Zehenamputationen bei diabetischem Fuß

3.3.4 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.

Krankheiten mit chronisch-progredientem Verlauf

- Bestimmte Tumorerkrankungen
- Alzheimer-Demenz
- Terminale Herzinsuffizienz
- Schwere chronisch-obstruktive Lungenerkrankung
- Parkinson-Krankheit

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.

Rechtliche Grundlagen

Rainer Neubart

- 4.1 Gesetzliche Krankenversicherung:
SGB V (primäre Gesundheitsversorgung) – 16**
 - 4.1.1 Teilstationäre Behandlung – 16
 - 4.1.2 Frührehabilitation, Heil- und Hilfsmittel – 16
 - 4.1.3 Geriatrische Rehabilitation – 17
- 4.2 SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter
Menschen – 17**
- 4.3 Pflegeversicherung – 19**
 - 4.3.1 Pflegebedürftigkeit – 19
 - 4.3.2 Erhöhtes Pflegegeld – 20
- 4.4 Betreuungsrecht – 20**

Für ein umfassendes geriatrisches Gesundheitsmanagement sind eine ganze Reihe von gesetzlichen Grundlagen relevant. Neben der medizinischen Versorgung sind auch verschiedene Bereiche aus der Sozialgesetzgebung zu beachten.

4.1 Gesetzliche Krankenversicherung: SGB V (primäre Gesundheitsversorgung)

Die geriatrischen Prinzipien eines ganzheitlichen und nachhaltigen Gesundheitsmanagements sind schon in den einschlägigen Paragraphen des Sozialgesetzbuches V niedergelegt. Besondere Relevanz hat hier der § 39, der ausdrücklich auch die Begriffe »teilstationäre Versorgung« (Tagesklinik), Frührehabilitation und Entlassmanagement einschließt:

» § 39 SGB V

(1) Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a) sowie ambulant (§ 115b) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung. Das Entlassmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten darf nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen. § 11 Absatz 4 Satz 4 gilt.

Stand: 17.12.2014

4.1.1 Teilstationäre Behandlung

» »Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach

Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.«

Hier wird das auch in der Geriatrie vertretene Prinzip »teilstationär vor vollstationär« ausdrücklich gesetzlich festgelegt. Ein eigentlich erforderliches System, das neben Kliniken auch Tageskliniken flächendeckend einschließt, gibt es nur in wenigen medizinischen Bereichen, besonders aber in der Geriatrie (► Kap. 13).

4.1.2 Frührehabilitation, Heil- und Hilfsmittel

» »Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.«

Frührehabilitation

Auch das geriatrische Postulat der ganzheitlichen Therapie schon zu Beginn der klinischen Behandlung wird hier ausdrücklich festgeschrieben. Frührehabilitation bedeutet, dass alle medizinischen Maßnahmen während des gesamten Krankenhausaufenthaltes im Rahmen einer Komplexbehandlung auch rehabilitative interpretiert werden sollen. Auch dieses Prinzip wird außerhalb der Geriatrie nur in wenigen Kliniken konsequent umgesetzt.«

Heilmittel

Unter »Heilmitteln« ist in diesem Kontext eine therapeutische Versorgung insbesondere in den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie und Psychologie zu verstehen. Das geriatrische

multiprofessionelle Team ist also geradezu als Beispiel einer ganzheitlichen Versorgung im Sinne dieses Paragraphen zu verstehen.

Hilfsmittel

Die Versorgung mit Hilfsmitteln stellt einen integralen Bestandteil der auch rehabilitativen Versorgung betroffener Patienten dar. Entsprechende Kompetenzen sind also in allen klinischen Bereichen zu fordern. Hilfsmittel müssen prinzipiell ärztlich verordnet werden. Eine reguläre Ausbildung im relativ komplizierten Bereich der Hilfsmittelverordnung ist aber nur in wenigen medizinischen Bereichen organisiert. Nähere Ausführungen hierzu, auch zu den entsprechenden Paragraphen, gibt es im Kapitel Hilfsmittelversorgung.

4.1.3 Geriatrische Rehabilitation

Von der geriatrischen Komplex Behandlung einschließlich einer Frührehabilitation muss die medizinische Rehabilitation bei geriatrischen Patienten nach § 40 SGB V abgegrenzt werden.

» § 40 SGB V: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111c besteht. Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des Elften Buches zu erbringen.

(2) Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 20 Abs. 2a des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht...

Stand: 17.12.2014

Das Nebeneinander der Frührehabilitation nach § 39 SGB V und der medizinischen Rehabilitation nach § 40 SGB V stellt ein ungelöstes Problem der

geriatrischen Versorgung in Deutschland dar. Es gibt also die geriatrischen Komplexbehandlung in Kliniken, die in den Bettenbedarfsplan aufgenommen wurde, ebenso wie in geriatrischen Rehabilitationskliniken. Die Regeln hierfür und die Strukturen sind in jedem Bundesland unterschiedlich, da die Gesundheitsversorgung durch die Bundesländer organisiert wird.

Prinzipiell wird in beiden stationären Versorgungsformen die geriatrische Medizin ähnlich interpretiert, in der Rehabilitationsklinik muss jedoch vor Aufnahme des Patienten ein entsprechender Antrag bei der Krankenkasse gestellt werden. Die geriatrischen Rehabilitationskliniken berichten hier immer wieder über Verzögerungen und Reibungsverlusten.

In den Bundesländern, in denen die klinische Geriatrie überwiegend in Kliniken der Grund- und Regelversorgung organisiert ist, wird eine »in der Regel Fall-abschließende« Behandlung postuliert. Eine nach einem Aufenthalt in diesen Krankenhäusern weiter erforderliche Rehabilitation ist prinzipiell möglich. Sie sollte allerdings die Ausnahme darstellen und muss in jedem Einzelfall besonders begründet werden.

Daneben findet auch in der geriatrischen Tagesklinik nach § 39 SGB V eine Komplexbehandlung einschließlich Rehabilitation statt.

Eine geriatrische Rehabilitation nach § 40 SGB V ist dagegen auch in anderen Strukturen möglich wie zum Beispiel der mobilen Rehabilitation (► Kap. 7.7) und der ambulanten Rehabilitation.

Die Grundlagen der Rehabilitation sind im SGB IX zusammengefasst.

4.2 SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

Das SGB IX stellt die Umsetzung des ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) der Weltgesundheitsorganisation in deutsches Recht dar. Das SGB IX stellt sicher, dass das Recht auf Rehabilitation und Teilhabe jederzeit in Anspruch genommen und notfalls eingeklagt werden kann! Es regelt grundsätzlich das Recht auf Rehabilitation und wird dann in anderen Büchern des

Sozialgesetzbuches (beispielsweise § 39 und § 40 SGB V) konkretisiert.

» **§ 1 SGB IX Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft**

Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen...

» **§ 2 SGB IX Behinderung**

(1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist...

» **§ 4 SGB IX Leistungen zur Teilhabe**

(1) Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,

...

4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Stand: 7.1.2015

Jahrzehntelang war in Deutschland die Rehabilitation eine Leistung, die ausschließlich von der Rentenversicherung und den Berufsgenossenschaften angeboten wurde. Dabei stand die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ganz im Vordergrund.

Ein individuelles Recht auf Rehabilitation im Sinne einer Wiederherstellung der persönlichen Fähigkeiten war nicht vorgesehen. Insofern war Rehabilitation für ältere Menschen kein Thema. Ebenso waren nicht berufstätige Frauen und Kinder von dieser Leistung ausgenommen.

Erst mit dem Rehabilitationsangleichungsgesetz von 1974 wurde Rehabilitation als individuelles Recht für den einzelnen Betroffenen anerkannt. Damit wurden auch die Krankenkassen zu Rehabilitationsträgern und mussten sich entsprechende Kompetenzen aneignen. Allerdings zeigte sich recht schnell, dass die übliche Vorgehensweise für Rehabilitationsmaßnahmen, nämlich im speziellen Rehabilitationskliniken, für ältere Menschen weniger geeignet waren. Eine Therapie oft in großer Entfernung von der häuslichen Umgebung und losgelöst von den Angehörigen warf neue Probleme auf. Eine wohnortnahe Rehabilitation erwies sich bei geriatrischen Patienten als wirksamer, weil sie sich viel stärker an ihren individuellen Bedürfnissen ausrichtete.

In diesem Sinne ist der § 9 SGB IX zu verstehen, der den Betroffenen ein Wunsch- und Wahlrecht bei der Entscheidung über die Rehabilitationsform zugesteht. Je nach der komplexen Gesamtsituation können so auch moderne Verfahren gewählt werden, wie die Tagesklinik oder die Mobile Rehabilitation.

Wie im Kapitel geriatrische Rehabilitation ausgeführt spielt die Auswahl des optimalen Rehabilitationsverfahrens gerade bei älteren Patienten eine große Rolle. Das »Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten« ist in vielen Fällen auch entscheidend für eine positive Therapiemotivation.

» **§ 9 SGB IX Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten**

(1) Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen; im Übrigen gilt § 33 des Ersten Buches. ...

Stand: 7.1.2015

4.3 Pflegeversicherung

Schwere Erkrankungen führen nicht selten zu einer Einschränkung der Autonomie, die in eine Pflegebedürftigkeit mündet. Die Organisation fremder Hilfe ist in den meisten Fällen mit einem hohen logistischen und finanziellen Aufwand verbunden. Noch vor 20 Jahren kam es dann oft dazu, dass pflegebedürftige Menschen nach einiger Zeit ihre gesamten finanziellen Reserven aufgebraucht hatten und dann auf soziale Transferleistungen angewiesen waren.

Die Pflegeversicherung, die 1994 in das Sozialgesetzbuch aufgenommen wurde (SGB IX), ist in der Lage, ein Teil dieser Kosten übernehmen. Es handelt sich allerdings immer um eine »Teilkaskoleistung«. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient seine Ersparnisse aufbrauchen muss, ist aber seitdem deutlich geringer geworden.

4.3.1 Pflegebedürftigkeit

Leistung der Pflegeversicherung müssen vom Betroffenen beantragt werden, falls erforderlich von einem Betreuer oder einer anderen Person, die der Antragsteller bevollmächtigt hat. Es erfolgt dann eine Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen. Die Begutachtung findet in der Regel in der Wohnumgebung des Betroffenen statt. In besonders gelagerten Fällen kann auch die Einstufung nach Aktenlage erfolgen oder eine Begutachtung in einer anderen Umgebung (beispielsweise einer Klinik) stattfinden.

» § 14 SGB XI Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

(2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,

2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,

3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

Stand: 17.12.2014

Nach § 15 SGB XI wurden **drei Stufen der Pflegebedürftigkeit** definiert:

- Pflegebedürftige der **Pflegestufe I** (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- Pflegebedürftige der **Pflegestufe II** (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- Pflegebedürftige der **Pflegestufe III** (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Für die Gewährung von Leistungen nach § 43a reicht die Feststellung, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind.

Mit dem Pflegestärkungsgesetz II wird ab 1.1.2016 ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Die Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird die Pflegeversicherung künftig an einem umfassenderen Verständnis von Pflegebedürftigkeit ausrichten. Das Verständnis ist charakterisiert