

# Altersmedizin und Geriatrisches Assessment

Angesichts der älter werdenden Bevölkerung gewinnt das Geriatrische Assessment immer mehr an Bedeutung – auch um frühzeitig eine Behandlung durch den Facharzt einleiten zu können.



Dr. Henning Freund

Um den Ansprüchen einer guten medizinischen Versorgung einer immer älter werdenden Gesellschaft gerecht zu werden, wurde in drei Bundesländern der Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie eingeführt. Laut Definition der Fachgesellschaften führt die Geriatrie akutmedizinische, frührehabilitationsmedizinische und rehabilitationsmedizinische Behandlungen durch. Sie geht deshalb zumeist über die reine Organmedizin hinaus und erbringt zusätzliche Leistungen – vor allem im Bereich der multidisziplinären, ICF- und ICD-orientierten Diagnostik und funktionellen Therapie sowie im Bereich der Prävention und der Palliation.

## Die geriatrischen I's

Die Einschränkungen geriatrischer Patienten sind somatischer, kognitiver oder auch affektiver Art – bedingt durch altersphysiologische Veränderungen und gegebenenfalls schon manifeste oder zumindest latente Schädigung (beispielsweise durch Medikamentennebenwirkungen) von Körperstrukturen oder Funktionen. Die Patienten sind pflegefallgefährdet, häufig treten die geriatrischen „I's“ auf: Immobilität, Irritabilität, Instabilität und Inkontinenz sowie auch Isolation, Immundefekte und Impotenz. In letzter Zeit wird häufig ein weiteres geriatrisches „I“ für iatrogene Schädigung hinzugefügt. Nicht selten kommt es auch zum Delir. Die Patienten weisen darüber hinaus eine erhöhte Vulnerabilität infolge physiologischer Altersveränderungen auf. Hervorzuheben sind Organ übergreifende Wechselwirkungen sowie Defizite in mehreren Funktionsbereichen:

- a) auf Organebene,
- b) auf personaler oder
- c) auf sozialer Ebene

Dazu kommen eine verringerte Anpassungsfähigkeit sowie begrenzte Kompensationsfähigkeit. Sehr häufig bestehen neben der überwiegend internistischen Komorbidität auch affektive und kommunikative Störungen. Weiterhin ist für geriatrische Patienten eine atypische Symptompräsentation charakteristisch. Es bestehen in der Regel eine hohe Krankheitsintensität sowie eine reduzierte Spontan-Rekonvaleszenz bei erhöhtem Rehabilitationsbedarf.

Kognitiv eingeschränkte Patienten werden meist nicht wegen einer Demenz im Krankenhaus vorgestellt, sondern wegen internistischer Akuterkrankungen wie dekompensierter Herzinsuffizienz, hypertensiver Entgleisungen mit Endorganschädigung, Zuckerschok oder gastroenterologischer Leiden (z. B. Magenblutung). Bei Patienten, die infol-

ge von Stürzen Frakturen erlitten haben, zeigt sich häufig im postoperativen Verlauf im Rahmen der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung in der Geriatrischen Fachabteilung, dass bereits vor dem Sturzereignis eine demenzielle Erkrankung vorlag. Eine entsprechende Diagnostik und Therapie wird im Rahmen der Geriatrischen Frührehabilitation realisiert.

Aufgrund der altersabhängig zunehmenden Multimorbidität ist mit einer zunehmenden Schwere der Behandlungsfälle mit internistischen Behandlungsbedarf zu rechnen, was vor allem die internistisch/geriatrische Fachkompetenz erforderlich macht.

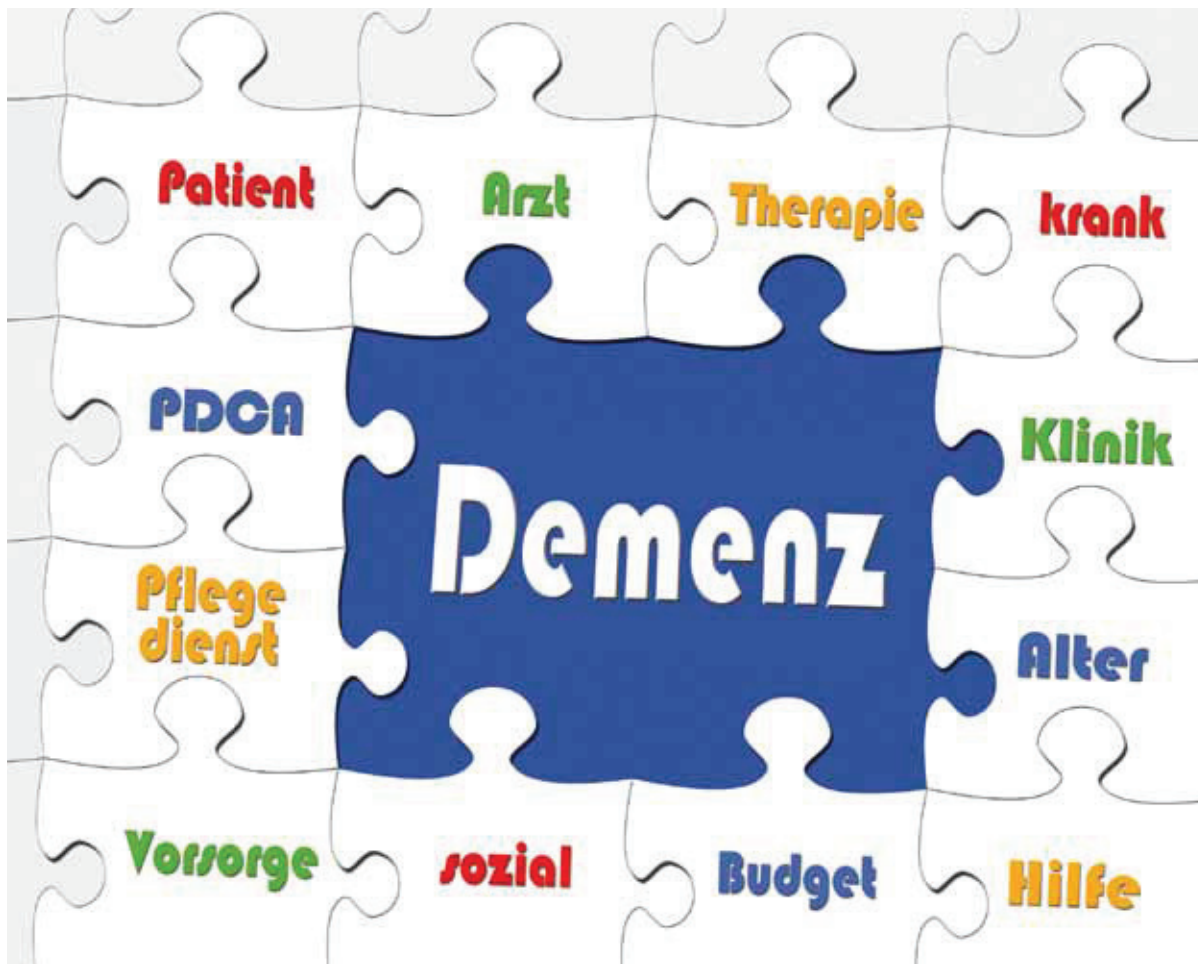
## Geriatrisches Versorgungsnetz

Geriatrischen Patienten droht oft ein Autonomieverlust, es besteht eine hochgradige Pflegefallgefährdung. Um dem gerecht werden zu können, ist ein abgestuftes geriatrisches Versorgungsnetz notwendig. An der Spitze ist die Geriatrische Fachabteilung als Kristallisationskern geriatrischer Kompetenz für die Akutversorgung geriatrischer Patienten optimal. Hier kann frühestmöglich ein therapeutisch-rehabilitatives Gesamtkonzept greifen.

Krankenhausabteilungen, die geriatrische Patienten versorgen, müssen über eine personelle, räumliche und apparative Mindestausstattung verfügen, die sicher stellt, dass die bei der Behandlung älterer Patienten auftretenden komplexen Anforderungen sowohl in akutmedizinischer wie auch rehabilitativer Hinsicht erfüllt werden können. Darüber hinaus sind Versorgungsnetzwerke (mit Neurologe/Psychiatrie) erforderlich, die von der Tagesklinik bis hin zur Rehasportgruppe, der Selbsthilfegruppe Demenz und hausärztlicher Vernetzung reichen.

Um diesen Ansprüchen gerecht zu werden, hat jedes Bundesland ein eigenes Geriatriekonzept entwickelt. Bisher sind 226 Krankenhausabteilungen als Geriatrische Fachabteilungen ausgewiesen. Von 502.749 verfügbaren Krankenhausbetten sind nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2010) 12.128 als geriatrische Betten ausgewiesen (2,41 % aller verfügbaren Krankenhausbetten).

In einigen Bundesländern wird nur die Krankenhausbehandlung nach Paragraf 109, Paragraf 39 SGB V (Thüringen, Hessen) mit teilstationärer Weiterbehandlungsmöglichkeit durchgeführt. Sachsen-Anhalt beispielsweise hat neben diesen Angeboten zusätzlich eine Geriatrische Rehabilitationsklinik nach Paragraf 111 etabliert. Eine derartige Ausrichtung auf überwiegend geriatrische Rehabilitation erfolgte vor geraumer Zeit auch in Bayern und Sachsen. Diese beiden Bun-



desländer gehen nun zunehmend dazu über, Akutgeriatrien nach Paragraf 109 einzurichten, was in Bayern überwiegend durch Umwidmung vorhandener Bettenkapazitäten erfolgt.

### Akutgeriatrie

Eine Abteilung für Akutgeriatrie versorgt primär den akut erkrankten, konservativ zu behandelnden geriatrischen Patienten, bei dem eine Erkrankung entweder akut aufgetreten ist oder bei dem sich ein bereits bekanntes, gegebenenfalls chronisches Krankheitsbild akut verschlimmert hat. Eine Akutgeriatrie nimmt entweder Patienten direkt auf oder übernimmt sie aus anderen Fachabteilungen oder anderen Akutkrankenhäusern zur Weiterführung der vorherigen akutmedizinischen Versorgung (z. B. nach OP einer Hüftgelenknahen Fraktur), nach Akutereignis oder zur weiterführenden Diagnostik und Therapie nach ätiologisch noch unklaren, jedoch akut einsetzenden krankheitsverursachenden Umständen. Weiterhin erfolgt dort die geriatrische Frührehabilitation.

In der geriatrischen Frührehabilitation sind Aspekte der akutmedizinischen Versorgung und der rehabilitativen Behandlung gleichermaßen bedeutsam. Die Verläufe der stationären

Behandlung der in der Regel (hoch-)betagten vulnerablen geriatrischen Patienten sind in der Regel nicht phasenhaft, wie dies bei jüngeren Patienten anzutreffen ist, so dass man die geriatrische Rehabilitation von der Akutbehandlung nicht scharf abtrennen kann. Der Patient wird häufig bei passager stabilen Krankheitsverhältnissen im Verlauf wieder instabil. Es besteht eine hohe Krankheitsintensität bei Pflegefallgefährdung.

Der Patient steht dabei im Mittelpunkt aller Bemühungen des therapeutischen Teams, welches sich interdisziplinär zusammensetzt aus

- Pflegekräften (aktivierend therapeutische Pflege mit geriatrispezifischen Fortbildungszertifikaten),
- Ärzten (Leiter: in der Regel Internist und Geriater, da überwiegend internistische Akut- oder mehrere internistische Begleiterkrankungen zu behandeln sind), Palliativmediziner/Schmerztherapeut, wenn möglich zumindest konsiliarisch auch Psychiater, Neurologe, ggf. auch FA für Physikalische Therapie und Rehabilitation,
- Psychologen/Neuropsychologen,
- Sozialarbeitern/teamintegrierter Sozialdienst,
- Physiotherapeuten/Medizinischen Bademeistern,
- Ergotherapeuten und Seelsorgern sowie anderen.

Eine wichtige Rolle im therapeutischen Team nimmt der teamintegrierte Sozialdienst ein. Er fungiert als „rechte Hand“ des leitenden Arztes bezüglich der rechtlichen Belange des geriatrischen Patienten, behält diese stets im Auge (besonders das rechtliche Schutzbedürfnis der nicht selten kognitiv eingeschränkten geriatrischen Patienten) und hält mit dem zuständigen Betreuungsgericht ständig Kontakt.

### Geriatrische Tagesklinik

Im Rahmen eines abgestuften geriatrischen Versorgungsnetzes ist die teilstationäre Weiterbehandlungsmöglichkeit in der geriatrischen Tagesklinik, welche in der Regel an geriatrische Fachabteilungen angebunden sein sollte, ein wichtiger Baustein. Die Hauptschwerpunkte der tagesklinischen Versorgung liegen in der Fortführung beziehungsweise Weiterentwicklung der Pharmakotherapie und der sonstigen medizinischen Interventionen in der Durchführung rehabilitativer Maßnahmen. Dies sind überwiegend therapeutische Behandlungen zur Wiedererlangung beziehungsweise Aufrechterhaltung der Autonomie und Alltagskompetenz eines geriatrischen Patienten in seiner individuellen häuslichen Lebenssituation.

Ziel der Behandlung geriatrischer Patienten ist die größtmögliche persönliche Autonomie der Betroffenen und die Fähigkeit zur selbstständigen Lebensführung. Dazu werden die Patienten in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) sowie in instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) gezielt gefördert. Dem sensomotorische Training in den Bereichen Fortbewegung, Körperpflege, Urin-

und Stuhlkontrolle, Transfer, Toilettengang sowie der Kommunikation und Orientierung kommt hierbei eine zentrale Bedeutung zu. Alle Teammitglieder müssen im Rahmen eines Gesamtkonzeptes in diese Therapiestrategie eingebunden sein.

### Das Geriatrische Assessment

Gerade bei alten und hochbetagten Menschen ist es eine der Hauptaufgaben des Arztes, das Potenzial für Verbesserungen zu erschließen. Das Geriatrische Assessment (GA) dient der Objektivierung von Fähigkeitsstörungen wie eingeschränkter Selbsthilfefähigkeit, Mobilitätseinschränkung, Sturzgefährdung oder kognitiver Defizite. Es wird aber auch nach Hinweisen für eine eventuell bestehende Depression gefahndet. Das GA zielt aber nicht nur auf das Erkennen vorhandener Defizite, sondern auch darauf, vorhandenen Ressourcen zu entdecken. Es umfasst:

- Geriatrisches Screening nach Lachs durch den Arzt,
- Barthel-Index (Alltagsaktivitäten) durch Pflegekräfte (aktivierend therapeutische Pflege in der Geriatrie),
- Geldzähltest (Selbsthilfefähigkeit) durch Ergotherapeuten,
- Handkraftmessung (Hinweis auf Verletzungsgefahr infolge Stürzen) durch Ergotherapeuten,
- Mini-Mental-State (Kognition) durch Ergotherapeuten oder Psychologen,
- Uhrentest (Kognition) durch Ergotherapeuten oder Psychologen,
- Timed „Up And Go“-Test (Mobilität) durch Physiotherapeuten,

- Tinetti-Test (Sturzgefahr) durch Physiotherapeuten
- Depressionsskala (Depression) durch Ergotherapeuten oder Psychologen,
- Sozialstatus nach Nikolaus in mindestens fünf Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege- und Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen) durch den teamintegrierten Sozialdienst.

Da die Früherkennung so bedeutsam ist, sollte das abrechnungsrelevante Geriatrische Assessment in hausärztlichen Praxen stärker Anwendung finden, eventuell auch in physio- oder ergotherapeutischen Praxen. Dies könnte vor allem in ländlichen Regionen eine nützliche Option sein. Auch die Überweisung zum Facharzt für Neurologie oder Psychiatrie wäre dann bereits frühzeitiger möglich, was auch für eine effizientere Behandlung geriatrischer Patienten notwendig wäre.

*Dr. Henning Freund  
Geriatrische Abteilung und Tagesklinik  
Helios Klinik Lutherstadt Eisleben*



**Die Fähigkeit, mit Geld umzugehen, ist eine Voraussetzung für ein selbstständiges Leben im Alter und wird beim Geriatrischen Assessment überprüft.**

**FACHBÜCHER**



➤ *Claus-Werner Wallesch, Hans Förstl*  
**Demenzen**  
 Thieme (2012), 416 Seiten, 89,99 Euro  
 ISBN 978-3-13-136912-3  
 Die überarbeitete Ausgabe dieses in der Referenzreihe Neurologie erschienen Buches enthält ausführliche Beschreibungen aller Krankheiten mit Demenz, insbesondere der Nicht-Alzheimer-Demenzen. Diagnostische Methoden werden unter dem Gesichtspunkt der frühen Differenzialdiagnostik und der Behandlungsmöglichkeiten praxisnah dargestellt. Neu sind die Kapitel zu nichtkognitiven Symptomen bei Demenz sowie zu den Leitlinien.



➤ *Doblhammer, Schulz, Steinberg, Ziegler*  
**Demografie der Demenz**  
 Hans Huber (2012), 159 Seiten, 24,95 Euro,  
 ISBN 978-3-456-85050-4  
 In diesem Handbuch sind Fakten, Definitionen und Daten zur Demenz aus demografischer Perspektive verknüpft mit Erkenntnissen anderer Wissenschaftsdisziplinen zusammengetragen. Prognosen zur Zahl der Demenzpatienten und der Kosten der Demenz zeigen zudem mögliche Zukunftsszenarien auf.



➤ *Henning Freund*  
**Geriatrisches Assessment und Testverfahren**  
 Kohlhammer (2010), 199 Seiten, 38 Euro,  
 ISBN 978-3-17-020880-3  
 Der praxisbezogene Leitfaden befähigt alle Mitglieder des therapeutischen Teams zum Einstieg in das demografisch zunehmend bedeutsame Fachgebiet der Geriatrie – Altersmedizin.

**RATGEBER**



➤ *Horst Marburger*  
**Demenzkrankte pflegen: Neue Leistungen 2013**  
 Walhalla und Praetoria (2012), 112 Seiten,  
 17,95 Euro, ISBN 978-3-8029-3465-0  
 Mit Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes erhalten Demenzkranke ab 2013 höhere Leistungen von der Pflegeversicherung. Dieser Leitfaden stellt das neue Gesetz in zwölf Kapiteln übersichtlich vor und bietet Handlungsempfehlungen für die praktische Arbeit.



➤ *Peter Michael Hoffmann*  
**Angehörige als rechtliche Betreuer oder Bevollmächtigte**  
 Bundesanzeiger (2013), 260 seiten,  
 34,80 Euro, ISBN 978-3-8462-0097-1  
 Dieser aktuelle Leitfaden unterstützt ehrenamtliche Betreuer oder Bevollmächtigte von Demenzerkrankten bei der Bewältigung ihrer Aufgabe. Bezogen auf die jeweiligen Familiensituationen, die Problemlagen und den spezifischen Unterstützungsbedarf der zu betreuenden Personen gibt der praxiserfahrene Autor wertvolles Handlungswissen an die Hand. Ein Glossar erläutert die wichtigsten Rechtsbegriffe

**INTERNET**



[www.kompetenznetz-demenzen.de](http://www.kompetenznetz-demenzen.de)

Der Forschungsverbund bietet Informationen für Fachpersonal und Betroffene. Ärzte finden hier aktuelle Studien, an denen Patienten teilnehmen können.



[www.wegweiser-demenz.de](http://www.wegweiser-demenz.de)

Das Portal des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend bietet eine Vielzahl von wertvollen Tipps und Links für Betroffene und Angehörige.



[www.deutsche-alzheimer.de](http://www.deutsche-alzheimer.de)

Als Dachverband von Selbsthilfegruppen hat die Deutsche Alzheimer Gesellschaft viele Informationen für Demenzerkrankte und ihre Angehörigen zusammengestellt.