

Der alte Mensch im Akutkrankenhaus



die Konzentration, das Gehen wird unsicherer, es kommt zum Sturz mit Verletzung und Bettlägrigkeit. Bereits wenige Tage ohne Mobilisation führen beim alten Menschen zu einer messbaren Reduktion der Muskelmasse. Auch nach Ausheilen der auslösenden Ursache kann dann die Tür zurück in die bisherige Mobilität und Selbständigkeit, eventuell auch in die bisherige Wohnsituation verschlossen bleiben – eine der größten Ängste alter Menschen. Wie in einer solchen Situation im Krankenhaus verfahren wird, entscheidet oft über die weitere Zukunft des Betroffenen.

Das geriatrische Team – die multimodale Behandlung in der Akutgeriatrie

An erster Stelle steht natürlich immer die bestmögliche Behandlung einer akuten Organ-Erkrankung oder Verletzung. Diese nützt dem Ziel des Patienten jedoch nur dann wirklich weiter, wenn seine bisherigen Fähigkeiten, Einschränkungen und künftigen Ziele/Bedürfnisse von Anfang an erkannt und bei Bedarf gefördert werden. Zu diesen Funktionen gehören z.B. das Gedächtnis, die Konzentration, die Stimmung, das Gehen, Sprechen, Schlucken, die Feinmotorik und Kraft, die Sinnesorgane, die Ernährungssituation, die Blasen- und Darmfunktion und viele andere mehr. Hier kommt das geriatrische Team ins Spiel. Zu diesem gehören u.a. Pflegepersonen, Logopäden, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, die Überleitungspflege, Stationsärzte und leitenden Geriater. Unter Beachtung der Defizite und Ressourcen/Fähigkeiten der Patienten werden im Rahmen der Teamsitzungen die weiteren Therapien an die individuellen Erfordernisse angepasst und geplant. Das berufsgruppenübergreifende Prinzip der Geriatrie steht hierbei ganz im Zentrum.

Herausforderungen, Ziele und Wege

Es ist so banal wie wahr: Irgendwann im Alter wird man schwächer und zumeist auch kränker. Dennoch: Trotz mehrerer nebeneinander bestehender Erkrankungen verschiedenster Organsysteme sind viele alte Menschen oft erstaunlich kompetent, ein selbständiges Leben in ihrem Zuhause zu führen und sich selbst zu versorgen. Eine solche „grenzkompenzierte“ Situation kann lange Zeit sehr stabil sein – solange nichts dazwischen kommt: Bereits ein Ereignis, das jün-

gere Menschen nur kurzfristig beeinträchtigt, kann beim alten Menschen zur Entgleisung der gesamten Gesundheits- und damit auch Lebenssituation führen.

Ein paar heiße Sommertage, eine zu geringe Trinkmenge, ein leichter Infekt etc. beeinträchtigen einen jungen Menschen nur gering und vorübergehend. Im Alter jedoch beeinträchtigen diese und ähnliche Bedingungen oft tiefgreifend körperliche und geistige Funktionen. So leidet

Der schönste Plan bleibt jedoch ein Plan, wenn er die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Patienten nicht trifft. So müssen auch folgende Fragen mit den Patienten und Angehörigen möglichst frühzeitig geklärt werden: Wird der Patient vom Krankenhaus direkt nachhause können? Falls ja, welche Schritte sind erforderlich, um dies zu erreichen? Falls nein, welche Alternativen stehen, ggf. überbrückend, zur Verfügung – oder: Ist es durch medizinische, pflegerisch-aktivierende und therapeutische Maßnahmen möglich, dieses Ziel doch noch zu erreichen? Und vor allem: Was möchte und was kann der Patient? Immer steht das Erreichen eines höchstmöglichen Maßes an Autonomie im Zentrum aller Ziele.

Ein gut eingespieltes multiprofessionelles Team ist die Voraussetzung, um solche Fragen aufzuwerfen, Lösungen zu erarbeiten und diese auch gemeinsam in die Tat umzusetzen. Einen Dreh- und Angelpunkt stellt in der Geriatrie die Pflege dar: Die Pflegenden sind ständig im direkten Kontakt mit den Patienten. Sie können hierdurch Veränderungen und Probleme sowie Ressourcen fortlaufend erkennen und dem Team vermitteln. So kann dann gemeinsam entschieden werden, ob andere therapeutisch tätige Teammitglieder sich gezielt bestimmten Zielen widmen. Neben Visiten und täglichem Austausch dient die wöchentliche Teamsitzung der geregelten Kommunikation. An dieser nehmen die Vertreter aller Berufsgruppen teil. Wesentliche Ziele sind, den jeweils aktuellen Stand zu erfassen und die weiteren Behandlungsziele sowie den möglichen Weg dorthin gemeinsam zu planen.

Die interdisziplinäre medizinische Behandlung

Die Behandlung älterer und alter und mehrfacherkrankter Menschen geht in der Komplexität weit über die Behandlung einer Einzel-Erkrankung hinaus. Sie macht daher häufig die Expertise mehrerer medizinischer Fachrichtungen erforderlich. Eines der wesentlichen Ziele unserer IDA-Stationen ist daher, ein enges interdisziplinäres, also fachübergreifendes ärztliches Arbeiten zu pflegen, um ein möglichst gutes Gesamtergebnis für die Patienten zu erzielen. Der interdisziplinäre Ansatz spiegelt sich einerseits darin wider, dass Patienten verschiedener Fachabteilungen auf die geriatrischen Stationen zwar räumlich verlegt werden, aber von diesen Abteilungen weiterhin akutmedizinisch weiterbetreut werden. So wird z.B. ein Patient mit einer Fraktur auf den IDA-Stationen täglich fachchirurgisch/orthopädisch weiterbetreut. Bei Bedarf erfolgt jedoch auch die internistische, neurologische und psychiatrische Mitbehandlung auf der gleichen Station. Neben täglichen Kontakten findet jede Woche eine interdisziplinäre Visite statt. An dieser nehmen Ärzte der beteiligten medizinischen Fachrichtungen sowie Pflegekräfte und Therapeuten teil. Voraussetzung und Ergebnis dieser Visiten ist der immer wieder äußerst wertvolle Blick über den Tellerrand des eigenen Fachgebietes und des eigenen Berufs zum Nutzen der Patienten.



Dr. Bernd Köster

Spezielle Probleme der Geriatrie: Multimorbidität und Multimedikation

Jeder Mensch altert auf seine eigene Weise. Die Last an Erkrankungen und Einschränkungen variiert von Patient zu Patient sehr stark. Neben der Herausforderung durch komplexe Krankheitskonstellationen resultiert hieraus auch oft die Notwendigkeit, mehrere Medikamente einzunehmen. Ab einer Anzahl von fünf verschiedenen Medikamenten spricht man von „Multimedikation“. Besondere Beachtung verdient hierbei, dass manche allgemein häufig verordnete Medikamente für den Einsatz bei alten Menschen ungeeignet sind (siehe auch Artikel von Herr Schuderer „Geriatrische Pharmazie“ ab Seite 27 im *RKK Quartett* Ausgabe 57/Okttober 2018). Wenngleich Multimedikation oft nicht zu vermeiden ist, liegt eine der wesentlichen Aufgaben der Geriatrie darin, Wechsel- und Nebenwirkungen zu erkennen. Hier gilt immer die Regel „so viel wie nötig, so wenig wie möglich“.

Wann ist eine akutgeriatrische Behandlung sinnvoll?

Die meisten unserer Patienten werden im Rahmen einer frührehabilitativen Komplexbehandlung (GFK - siehe Artikel von Herrn Thieme) behandelt. Hierfür ist eine Behandlungsdauer von mindestens 14 Tagen vorgegeben. Deshalb werden vor allem ältere und alte Patienten aufgenommen, die eine größere Operation oder eine komplexere Krankheit mit voraussichtlich längerem Aufenthalt haben. Ein wesentlicher Bestandteil der GFK sind die therapeutischen Maßnahmen (Physio-, Ergo- und Psychotherapie, Logopädie). Voraussetzung für eine sinnvolle und erfolgreiche Frührehabilitation sind daher der Bedarf solcher Therapien sowie die Fähigkeit und der Willen, dabei mitzuarbeiten.

Der verwirrte Mensch im Krankenhaus

Jeder Mensch kann auf bestimmte Belastungen mit Verwirrtheit und Bewusstseinsstörungen reagieren. Bisher unbekanntes Verhaltensmuster können auftreten, z.B. starke Unruhe, Reizbarkeit, Aggressivität, Hin-/Weglaufftendenz, Störung des Tag-Nacht-Rhythmus oder Antriebsstörungen. Auslöser solcher „Delire“ können z.B. sein: Medikamente, Narkosen, Drogen, Infekte, Störungen des Mineral- und Wasserhaushaltes und viele andere mehr. Bei älteren Menschen tritt dieser Effekt jedoch oft

schon bei geringeren Anlässen auf, ist deutlich ausgeprägter und hält länger an. Oft genügt schon ein Ortswechsel in eine unvertraute Umgebung. Da oft gefährliche Ursachen zugrunde liegen, ist eine medizinische Abklärung erforderlich. Zugrunde liegende Ursachen müssen natürlich ggf. medizinisch behandelt werden. Im Mittelpunkt der Behandlung stehen nicht-medikamentöse Maßnahmen, z.B. das Schaffen einer ruhigen Umgebung, möglichst hohe Konstanz der betreuenden Personen, Verzicht auf vermeidbare medizinische und pflegerische Maßnahmen, Aktivierung am Tage etc. Auf unseren IDA-Stationen findet die Betreuung

solcher Patienten rund um die Uhr durch speziell geschulte, ausnahmslos hochmotivierte und empathische Alltagsbegleiter/-innen statt. Sie sitzen tagsüber oft gemeinsam im neu geschaffenen Aufenthaltsraum. Immer wieder faszinierend ist, wie hier Patienten, die man tags zuvor noch antriebslos, verängstigt oder aggressiv im Bett liegen sah, jetzt aktiv und humorvoll miteinander Kontakt aufnehmen sieht. Die gerontopsychiatrische Diagnose verschwindet hier oft schlagartig, Delirzustände verblassen, ohne dass viele sedierende Medikamente zum Einsatz kommen müssen. Hierdurch können Stürze, Aggressivität und andere Belastun-



Foto: © Südwestrundfunk

Das geriatrische Ärzteteam:

Leitender Arzt
Dr. med. Bernd Köster
Neurologie / Psychiatrie /
Geriatrie

Oberärzte im Team:
Dr. med. Philipp Ziefer
Oberarzt
Neurologie / Geriatrie

Dr. med. Christoph Lätsch
Oberarzt
Geriatrie / Innere Medizin

gen deutlich vermindert werden, was in erster Linie den Patienten dient, aber auch dem einbezogenen Personal. Die Vermeidung von Komplikationen führt häufig auch zu einer Verkürzung der Liegezeit im Krankenhaus mit allen Konsequenzen für Lebensqualität und Ökonomie. Es handelt sich um ein hochwirksames, vorwiegend pflegerisches Konzept, das in Zukunft noch deutlich ausgebaut werden sollte.

Fazit

Es ist erfreulich zu beobachten, wie über die Zeit zunehmend die Kooperation zwischen den verschiedenen Berufsgruppen und Fachrichtungen wächst, insbesondere da, wo bislang auch Abgrenzung zu spüren war. Für die hierzu unverzichtbare Offenheit und Bereitschaft aller beteiligten Personen und die Bereitschaft zur gemeinsamen Weiterentwicklung bin ich sehr dankbar. Denn hiervon hängt ganz wesentlich ab, welche Ergebnisse wir für unsere älteren Patienten erzielen können. **RKK**

DR. MED. BERND KÖSTER
LEITENDER ARZT
NEUROLOGIE / PSYCHIATRIE /
GERIATRIE
RKK KLINIKUM



Foto: RKK Klinikum

Impressum

Herausgeber
RKK Klinikum

Regionalverbund kirchlicher
Krankenhäuser (RkK) gGmbH

Sautierstraße 1 | 79104 Freiburg

Telefon 0761 2711 2000

Telefax 0761 2711 2002

E-Mail info@rkk-klinikum.de

Internet www.rkk-klinikum.de

© Oktober 2018 RKK Klinikum

V.i.S.d.P. und V.i.S.d.M.P.:

Bernd Fey

Sonderdruck aus dem
RKK Mitarbeitermagazin Quartett
Ausgabe 57 / Oktober 2018



Ihr Vertrauen wert