

Alter Mensch im Krankenhaus

Krank ist nicht gleich krank. Ältere Menschen haben häufig mehrere Beschwerden gleichzeitig. Kliniken sollten darauf eingestellt sein.

Obwohl stationär Behandlungspflichtige Erkrankungen grundsätzlich in jedem Lebensalter auftreten, sind ältere Menschen naturgemäß häufiger von schweren Erkrankungen betroffen. Daher ist in Krankenhäusern meist ein höherer Anteil betagter Patienten anzutreffen. Aufgrund ihrer besonderen Bedürfnisse sollte auch ein entsprechend ausgerichtetes Leistungsangebot in den Kliniken vorhanden sein.

Diagnose oft erschwert

Geriatrische Patienten sind nicht nur in ihrem Lebensalter fortgeschritten. Die behandelnden Ärzte haben es mit einem gealterten Organismus zu tun, der neu hinzukommende Erkrankungen oft nicht mehr ausreichend kompensieren kann. Hinzu kommt, dass im Alter oft zahlreiche, gehäuft auftretende Erkrankungen vorliegen, die sich gegenseitig negativ beeinflussen können. Das sind beispielsweise Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, der Atmungs- und Verdauungsorgane oder des Nieren- und Elektrolythaushaltes. Jüngere Patienten, für die diese Problemkonstellationen nicht im Vordergrund stehen, werden in Kliniken überwiegend organ- oder problemorientiert behandelt. Meist liegen akut aufgetretene körperliche oder psychische Symptome vor, die durch typische Beschwerden wie zum Beispiel Schmerzen in der Brust oder im Bauch, Luftnot oder Fieber auffallen. Bei älteren



Foto: bilderstock/stock.adobe.com

Geriatrische Patienten sind betagte Menschen, die oft durch mehrere Erkrankungen gleichzeitig beeinträchtigt sind. Klinikaufenthalte häufen sich dadurch.

ren Patienten äußern sich Erkrankungen jedoch häufiger durch unspezifische Beschwerden. Das erschwert die Diagnosestellung. Überwiegend sind umfangreichere Maßnahmen erforderlich, um die Beschwerden abzuklären. Patienten mit neurologischen oder psychiatrischen Erkrankungen wie Schlaganfall, Verwirrtheit, Depression oder Morbus Parkinson sind oft in ihrem Gangbild gestört und fallen schneller hin. Stürzen alte Menschen mit Osteoporose oder instabiler Knochensubstanz, führt das schnell zu Knochenbrüchen. Werden diese chirurgisch behandelt, ist das oftmals mit einer längeren Bettlägerigkeit verbunden. Die Patienten sind länger immobil, was weitergehende Risiken wie Druckgeschwüre, Thrombosen oder gar eine Lungenembolie nach sich ziehen kann. Jede Form von organ- oder problemzentrierter Medizin kann im Einzelfall sinnvoll sein. Ältere Menschen befinden sich jedoch oft in einem verletzlichen und sehr labilen Gleichgewicht. Dadurch können akut hinzutretende Erkrankungen den letzten Tropfen darstellen, der ein randvolles Fass an Leiden oder Problemen zum Überlaufen bringt. Die moderne Altersmedizin – Geriatrie genannt – versteht sich als eine ganzheitlich aufgestellte

Querschnittsdisziplin, die alle Aspekte eines betagten Patienten erfasst. In einem multiprofessionellen Team aus Ärzten und spezialisierten Pflegekräften, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten, Psychologen, Ernährungsberatern, Sozialarbeitern und Seelsorgern kümmern sich viele Berufsgruppen um die geriatrischen Patienten. Fachspezifische Kompetenzen werden gebündelt und in regelmäßigen Teamsitzungen ausgetauscht. So lässt sich das therapeutische Vorgehen anpassen und ein bestmögliches Behandlungsergebnis für den einzelnen Patienten erreichen.

Hilfe zur Selbsthilfe

Dieser ganzheitliche Ansatz dient dazu, jedem einzelnen Menschen eine individuell abgestimmte „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu vermitteln. Mehrfacherkrankungen und langwierige Krankheitsverläufe beeinflussen dabei grundlegend relevante Faktoren der geriatrischen Medizin. Sie wirken sich auf die einzelne Erkrankung und deren Folgen sowie auf den Menschen in seinem sozialen Umfeld aus. Von fremder Hilfe unabhängig zu sein, ist für die weit überwiegende Anzahl von Patienten gleichbedeutend mit einer höheren individuellen Lebensqualität. Doch kaum ei-

Besser vernetzt

Um den besonderen Bedürfnissen älteren Patienten gerecht zu werden, bedarf es vernetzter Versorgungsstrukturen, insbesondere an Schnittstellen zwischen ambulanter und klinischer Medizin, indem:

- typische geriatrische Patienten direkt vom Hausarzt in eine geriatrische Klinik eingewiesen werden;
- in der Notfallaufnahme geriatrische Problemkonstellationen erkannt werden und darauf eingegangen wird und
- bei der Entlassung aus der Klinik für ein entsprechend individuelles Entlassungsmanagement gesorgt wird.

In diesem Sinne kann zum Beispiel ein geriatrischer Patient mit Schenkelhalsfraktur durch eine unmittelbar postoperativ angeschlossene geriatrische Frührehabilitation im Akutkrankenhaus Hilfestellungen erfahren, um seine individuell unabhängige Lebensführung zu bewahren.

ne Erkrankung in der Altersmedizin führt nicht auch zu einer eingeschränkten Mobilität und Alltagskompetenz. Betroffene Patienten können ihren Alltag dann oft nicht mehr allein bewältigen. Sie sind auf fremde Hilfe angewiesen. Eine Reihe von Erkrankungen, wie ein Schlaganfall oder eine Demenz, ist mit erheblichen Störungen der Kommunikation verbunden. Gedanken, Gefühle und Wünsche können dann nur eingeschränkt oder gar nicht mehr vermittelt werden. Lässt sich diese Störung beheben oder ausgleichen bessert sich die soziale Teilhabe und Lebensqualität des Patienten. Oft ist multiprofessionelle Hilfe erforderlich, wenn es problematisch wird, die Krankheit zu akzeptieren und zu verarbeiten. Letztlich löst die Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit neben Ängsten auch Konflikte aus, die es zu bewältigen gilt.

WAS IST ...?

Geriatrische Patienten sind gemäß gängiger Definitionen altersmedizinischer Gesellschaften und Verbände in Deutschland überwiegend 70 Jahre oder älter. Außerdem sind sie mehrfach erkrankt – multimorbid – mit dadurch häufiger auftretenden Komplikationen oder Folgeerkrankungen. Es besteht ein insgesamt erhöhtes Risiko für diese Patienten, ihre Selbstständigkeit, Mobilität und Selbstversorgungscompetenz zu verlieren.



Autor:
Dr. med.
Norbert Bradtke
Facharzt für
Innere Medizin
und Geriatrie
in Marsberg

Alter Mensch im Krankenhaus

Krank ist nicht gleich krank. Ältere Menschen haben häufig mehrere Beschwerden gleichzeitig. Kliniken sollten darauf eingestellt sein.

Obwohl stationär Behandlungspflichtige Erkrankungen grundsätzlich in jedem Lebensalter auftreten, sind ältere Menschen naturgemäß häufiger von schweren Erkrankungen betroffen. Daher ist in Krankenhäusern meist ein höherer Anteil betagter Patienten anzutreffen. Aufgrund ihrer besonderen Bedürfnisse sollte auch ein entsprechend ausgerichtetes Leistungsangebot in den Kliniken vorhanden sein.

Diagnose oft erschwert

Geriatrische Patienten sind nicht nur in ihrem Lebensalter fortgeschritten. Die behandelnden Ärzte haben es mit einem gealterten Organismus zu tun, der neu hinzukommende Erkrankungen oft nicht mehr ausreichend kompensieren kann. Hinzu kommt, dass im Alter oft zahlreiche, gehäuft auftretende Erkrankungen vorliegen, die sich gegenseitig negativ beeinflussen können. Das sind beispielsweise Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, der Atmungs- und Verdauungsorgane oder des Nieren- und Elektrolythaushaltes. Jüngere Patienten, für die diese Problemkonstellationen nicht im Vordergrund stehen, werden in Kliniken überwiegend organ- oder problemorientiert behandelt. Meist liegen akut aufgetretene körperliche oder psychische Symptome vor, die durch typische Beschwerden wie zum Beispiel Schmerzen in der Brust oder im Bauch, Luftnot oder Fieber auffallen. Bei älteren



Foto: bilderstock/stock.adobe.com

Geriatrische Patienten sind betagte Menschen, die oft durch mehrere Erkrankungen gleichzeitig beeinträchtigt sind. Klinikaufenthalte häufen sich dadurch.

ren Patienten äußern sich Erkrankungen jedoch häufiger durch unspezifische Beschwerden. Das erschwert die Diagnosestellung. Überwiegend sind umfangreichere Maßnahmen erforderlich, um die Beschwerden abzuklären. Patienten mit neurologischen oder psychiatrischen Erkrankungen wie Schlaganfall, Verwirrtheit, Depression oder Morbus Parkinson sind oft in ihrem Gangbild gestört und fallen schneller hin. Stürzen alte Menschen mit Osteoporose oder instabiler Knochensubstanz, führt das schnell zu Knochenbrüchen. Werden diese chirurgisch behandelt, ist das oftmals mit einer längeren Bettlägerigkeit verbunden. Die Patienten sind länger immobil, was weitergehende Risiken wie Druckgeschwüre, Thrombosen oder gar eine Lungenembolie nach sich ziehen kann. Jede Form von organ- oder problemzentrierter Medizin kann im Einzelfall sinnvoll sein. Ältere Menschen befinden sich jedoch oft in einem verletzlichen und sehr labilen Gleichgewicht. Dadurch können akut hinzutretende Erkrankungen den letzten Tropfen darstellen, der ein randvolles Fass an Leiden oder Problemen zum Überlaufen bringt. Die moderne Altersmedizin – Geriatrie genannt – versteht sich als eine ganzheitlich aufgestellte

Querschnittsdisziplin, die alle Aspekte eines betagten Patienten erfasst. In einem multiprofessionellen Team aus Ärzten und spezialisierten Pflegekräften, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sprachtherapeuten, Psychologen, Ernährungsberatern, Sozialarbeitern und Seelsorgern kümmern sich viele Berufsgruppen um die geriatrischen Patienten. Fachspezifische Kompetenzen werden gebündelt und in regelmäßigen Teamsitzungen ausgetauscht. So lässt sich das therapeutische Vorgehen anpassen und ein bestmögliches Behandlungsergebnis für den einzelnen Patienten erreichen.

Hilfe zur Selbsthilfe

Dieser ganzheitliche Ansatz dient dazu, jedem einzelnen Menschen eine individuell abgestimmte „Hilfe zur Selbsthilfe“ zu vermitteln. Mehrfacherkrankungen und langwierige Krankheitsverläufe beeinflussen dabei grundlegend relevante Faktoren der geriatrischen Medizin. Sie wirken sich auf die einzelne Erkrankung und deren Folgen sowie auf den Menschen in seinem sozialen Umfeld aus. Von fremder Hilfe unabhängig zu sein, ist für die weit überwiegende Anzahl von Patienten gleichbedeutend mit einer höheren individuellen Lebensqualität. Doch kaum ei-

Besser vernetzt

Um den besonderen Bedürfnissen älteren Patienten gerecht zu werden, bedarf es vernetzter Versorgungsstrukturen, insbesondere an Schnittstellen zwischen ambulanter und klinischer Medizin, indem:

- typische geriatrische Patienten direkt vom Hausarzt in eine geriatrische Klinik eingewiesen werden;
- in der Notfallaufnahme geriatrische Problemkonstellationen erkannt werden und darauf eingegangen wird und
- bei der Entlassung aus der Klinik für ein entsprechend individuelles Entlassungsmanagement gesorgt wird.

In diesem Sinne kann zum Beispiel ein geriatrischer Patient mit Schenkelhalsfraktur durch eine unmittelbar postoperativ angeschlossene geriatrische Frührehabilitation im Akutkrankenhaus Hilfestellungen erfahren, um seine individuell unabhängige Lebensführung zu bewahren.

ne Erkrankung in der Altersmedizin führt nicht auch zu einer eingeschränkten Mobilität und Alltagskompetenz. Betroffene Patienten können ihren Alltag dann oft nicht mehr allein bewältigen. Sie sind auf fremde Hilfe angewiesen. Eine Reihe von Erkrankungen, wie ein Schlaganfall oder eine Demenz, ist mit erheblichen Störungen der Kommunikation verbunden. Gedanken, Gefühle und Wünsche können dann nur eingeschränkt oder gar nicht mehr vermittelt werden. Lässt sich diese Störung beheben oder ausgleichen bessert sich die soziale Teilhabe und Lebensqualität des Patienten. Oft ist multiprofessionelle Hilfe erforderlich, wenn es problematisch wird, die Krankheit zu akzeptieren und zu verarbeiten. Letztlich löst die Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit neben Ängsten auch Konflikte aus, die es zu bewältigen gilt.

WAS IST ...?

Geriatrische Patienten sind gemäß gängiger Definitionen altersmedizinischer Gesellschaften und Verbände in Deutschland überwiegend 70 Jahre oder älter. Außerdem sind sie mehrfach erkrankt – multimorbid – mit dadurch häufiger auftretenden Komplikationen oder Folgeerkrankungen. Es besteht ein insgesamt erhöhtes Risiko für diese Patienten, ihre Selbstständigkeit, Mobilität und Selbstversorgungscompetenz zu verlieren.



Autor:
Dr. med.
Norbert Bradtke
Facharzt für
Innere Medizin
und Geriatrie
in Marsberg