

Inhalt

Geleitwort	5
Abkürzungsverzeichnis	15
Vorwort zur 2. Auflage	19
<i>Marion Rehm und Wolfgang Schwibbe</i>	
Einleitung	23
<i>Marion Rehm und Wolfgang Schwibbe</i>	
1 Haltung, Handwerk und Holistik – Geriatrie und die Grundfragen des Lebens	31
<i>Werner Vogel</i>	
1.1 Stationen der Geriatrie in Deutschland	39
<i>Marion Rehm und Wolfgang Schwibbe</i>	
2 Mensch und Krankheit im höheren Lebensalter	43
<i>Michael Musolf</i>	
2.1 Menschen im höheren Lebensalter	43
2.1.1 Altern und Alterung	43
2.1.2 Alternsbilder und Alternstheorien	44
2.1.3 Seneszenz	45
2.1.4 Primäres und sekundäres Altern	47
2.1.5 Gebrechlichkeit und Frailty-Syndrom	47
2.1.6 Prävention	49
2.1.7 Alltagskompetenz – Selbsthilfefähigkeit – Autonomie	51
2.2 Krankheit im Alter	52
2.2.1 Akute gesundheitliche Probleme im Alter	52
2.2.2 Chronische Krankheiten im Alter, Multimorbidität und geriatrische Syndrome	54
2.2.3 Assessment in der Geriatrie	59
2.2.4 Klassifikationssysteme	64
2.3 Polypharmakotherapie	75
2.3.1 Einleitung	75
2.3.2 Pharmakokinetik	75
2.3.3 Pharmakodynamik	76
2.3.4 Polymedikation	78

2.3.5	Unter-/Über-/Fehlmedikation bzw. -dosierung.....	78
2.3.6	Compliance und Adhärenz	78
2.3.7	Resümee	80
2.4	Das multiprofessionelle geriatrische Team.....	81
2.4.1	Ärztlicher Dienst	82
2.4.2	Pflegerischer Dienst.....	82
2.4.3	Physiotherapie	82
2.4.4	Ergotherapie.....	83
2.4.5	Logopädie	83
2.4.6	Neuropsychologie	83
2.4.7	Soziale Arbeit.....	83
2.4.8	Seelsorge.....	83
2.5	Herausforderung in Diagnostik und Therapie – Fallbeispiele	84
2.5.1	Drei Fallbeispiele	84
2.5.2	Fragenkatalog zur Herangehensweise des geriatrischen Teams... ..	86
2.5.3	Lösungen zu den Fallbeispielen.....	87
3	Gesundheitsförderung und Prävention im Alter – das Beispiel Albertinen Haus Hamburg.....	95
	<i>Ulrike Dapp</i>	
3.1	Einleitung	95
3.2	Definition von Gesundheitsförderung und Prävention	97
3.3	Ausgewählte Interventionen: ganzheitlich, interdisziplinär, im kommunalen Setting	99
3.3.1	Programm »Aktive Gesundheitsförderung im Alter« (► Tab. 3.1).....	99
3.3.2	Geriatrischer Qualitätszirkel für Hausarztpraxen (► Tab. 3.1).....	100
3.3.3	Mobilitätsambulanz/Geriatrische Institutsambulanz (► Tab. 3.1).....	101
3.3.4	Präventiver (geriatrischer) Hausbesuch (► Tab. 3.1)	101
3.4	Differenzierung der Funktionsfähigkeit im Alter.....	102
3.5	Fazit.....	104
3.6	Ausblick	105
4	Interdisziplinarität, therapeutisches Team und der Umgang mit den »Schnittstellen« sowie Erläuterungen zur »Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie« (ATP-G)	108
	<i>Andrea Kuphal</i>	
4.1	Geriatrie – generalistisches Fachgebiet der Medizin.....	108
4.2	Interdisziplinarität und multiprofessionelles Team	108
4.3	Spezifika geriatrischer Arbeit	109
4.4	Schnittstellen.....	111
4.5	Das Konzept der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie (ATP-G).....	112

5	Der geriatrische Patient	115
5.1	Verschiedene Versorgungsformen und ihre Besonderheiten..... <i>Kristina Obeim und Anke Wittrich</i>	115
5.1.1	Geriatrie im ambulanten Bereich	115
5.1.2	Geriatrie im stationären Bereich	118
5.1.3	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 SGB V).....	123
5.1.4	Fazit	124
5.2	Versorgungsformen im Sozialgesetzbuch XI: Wohnen bei vorliegender Pflegebedürftigkeit	125
	<i>Susette Schumann</i>	
5.2.1	Die Versorgungsformen und die Wohnvorstellungen der älteren Menschen.....	125
5.2.2	Pflege in der privaten Wohnung.....	126
5.2.3	Wohnen und Pflege in Institutionen.....	128
5.2.4	Grenzen der Wohn- und Versorgungsangebote	128
5.2.5	Neue Wohnangebote und geplante Qualitätsanforderungen	129
5.2.6	Entwicklung neuer technischer Unterstützungssysteme für ältere Menschen	132
5.2.7	Lernwege	133
5.2.8	Fazit	133
6	Unterstützungsnetzwerk im Quartier – das Modellprojekt »NetzWerk GesundAktiv«	135
	<i>Ulrich Thiem</i>	
6.1	Geriatrische Versorgung im stationären und ambulanten Bereich.....	135
6.2	Altern im Quartier	136
6.3	Das Modellprojekt »NetzWerk GesundAktiv«	137
6.4	Erfahrungen von Teilnehmenden	143
6.5	Fazit und Ausblick	144
7	Mobilität im Alter	145
	<i>Katja Mai</i>	
7.1	Mobilitätseinschränkungen und -störungen im Alter	145
7.1.1	Multimorbidität	146
7.1.2	Frailty	146
7.1.3	Mangelernährung.....	147
7.1.4	Sarkopenie.....	148
7.1.5	Osteoporose	148
7.1.6	Arthrose	149
7.1.7	Schmerzen.....	150
7.1.8	Immobilität – Bewegungsmangel	150
7.1.9	Fazit	152
7.2	Sturzgeschehen im Alter	152
7.2.1	Sturzrate	153
7.2.2	Sturzursachen	153
7.2.3	Sturzfolgen	157

	7.2.4	Interventionsansätze.....	158
	7.2.5	Fazit.....	161
8		Haltung und Bewegung: Immobilität, Instabilität und Unsicherheit im höheren Lebensalter.....	163
		<i>Marianne Brune und Michaela Friedhoff</i>	
	8.1	Das Bobath-Konzept als Grundlage.....	163
	8.1.1	Motorische Kontrolle, motorisches Lernen.....	164
	8.2	Normale Bewegung.....	165
	8.2.1	Verlust von Mobilität im Alter.....	167
	8.2.2	Bewegungsübergang vom Sitzen zum Stehen – ein Fallbeispiel.....	167
	8.3	Fallbeispiel Herr S.....	167
	8.4	ZNS und »learned non-use«.....	170
	8.4.1	Befundaufnahme: »Normale Bewegung« als Referenz.....	170
	8.5	Therapeutische Interventionen.....	172
	8.5.1	Was hat das Zähneputzen im Sitzen mit dem Aufstehen zu tun?.....	172
	8.5.2	Negative Auswirkungen von Kompensation.....	172
	8.6	Pflegerische Interventionen.....	175
	8.6.1	Mobilisation – und ihre Vermeidung im Pflegealltag.....	175
	8.6.2	Aspekte aktivierender Mobilisation.....	176
	8.7	Die Bedeutung des Bobath-Konzepts in der klinischen Geriatrie.....	177
	8.8	Fazit.....	177
9		»Wenn Hören und Sehen vergeht« – zwei wichtige Sinnesorgane und ihr allmählicher Funktionsverlust.....	180
		<i>Marie-Luise Strobach</i>	
	9.1	Einleitung.....	180
	9.2	Das Hören und der altersbedingte Hörverlust.....	180
	9.2.1	Symptome der Altersschwerhörigkeit.....	182
	9.2.2	Folgen von Schwerhörigkeit.....	182
	9.2.3	Diagnostik.....	182
	9.3	Behandlung.....	184
	9.4	Die Sinnesfunktion des Sehens.....	187
	9.4.1	Das Auge und altersphysiologische Veränderungen der Sehfunktion.....	188
	9.4.2	Die häufigsten Augenerkrankungen.....	188
	9.4.3	Behandlungsmöglichkeiten.....	191
	9.4.4	Auswirkungen von Seheinschränkungen.....	192
	9.5	Fazit.....	193

10	Der orale Trakt: Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen als zentrale Einschränkung seiner besonderen Funktionsvielfalt	194
10.1	Ernährung – mehr als die Gabe von Nahrung und Flüssigkeit..... <i>Dagmar Nielsen</i>	194
10.1.1	Bedürfnisse berücksichtigen, Bedarfe sichern – die Rolle der Pflegekräfte.....	196
10.1.2	Unterstützung durch Vernetzung von Angehörigen und Professionellen.....	198
10.1.3	Mundgesundheit – endlich ein eigener Expertenstandard.....	199
10.1.4	Fazit.....	201
10.2	Dysphagie und therapeutisches Trachealkanülenmanagement	202
	<i>Norbert Niers</i>	
10.2.1	Einleitung: Essen und Trinken – selbstverständlich und doch einzigartig	202
10.2.2	Dysphagien: vielfältige Ursachen für die Beeinträchtigung des Schluckvorgangs.....	202
10.2.3	Grundlagen zum Schluckablauf.....	203
10.2.4	Schlucken im Alter: Presbyphagie	207
10.2.5	Diagnostik von Schluckstörungen	208
10.2.6	Bildgebende Diagnostik	208
10.2.7	Therapie von Schluckstörungen.....	209
10.2.8	Dysphagien und therapeutisches Trachealkanülenmanagement	210
10.3	Kognitiv bedingte Störungen von Kommunikation und Nahrungsaufnahme bei geriatrischen Patienten.....	213
	<i>Maria-Dorothea Heidler</i>	
10.3.1	Einleitung	213
10.3.2	Kognitiv bedingte Dysphasien und Dysphagien	213
10.3.3	Management von kognitiv bedingten Dysphasien und Dysphagien.....	216
10.3.4	Zusammenfassung.....	218
11	Mit Scham belegt: Kontinenzverlust und Inkontinenz.....	220
	<i>Uwe Papenkordt</i>	
11.1	Was bedeutet Kontinenz	220
11.2	Die Miktion.....	221
11.3	Inkontinenzformen.....	222
11.3.1	Funktionelle Inkontinenz	222
11.3.2	Inkontinenz aufgrund veränderter Speicher- und Entleerungsfunktion der Harnblase.....	222
11.4	Inkontinenz in ihrer Vielfalt – eine Herausforderung für die Pflegenden	224
11.4.1	Einschätzung der Harninkontinenz.....	224
11.4.2	Kontinenzförderung – Möglichkeiten und Grenzen	225
11.4.3	Hilfsmittelversorgung	226
11.5	Ausblick	228

12	Medikamente im Alter: Polypharmazie und die Rolle der Pflege.....	229
	<i>Frank Hanke</i>	
12.1	Anstelle einer Einführung	229
12.2	Multimorbidität, Iatrogenese und Unerwünschte Arzneimittelereignisse.....	229
12.3	Polypharmazie – was ist das?.....	230
12.3.1	Ursachen der Polypharmazie	231
12.3.2	Multiatrogenität und Konsequenzen der Polypharmazie	231
12.3.3	Polypharmazie, Sucht und Missbrauch von Arzneimitteln.....	233
12.4	Ursachen der Arzneimittelprobleme bei geriatrischen Patienten	234
12.5	Anstelle eines Ausblicks: Die Etablierung einer neuen Risikokultur oder ... »Wie aus Mist ertragreicher Dünger wird«.....	234
13	Schmerz.....	237
	<i>Joachim Guntau</i>	
13.1	Definition und Prinzipien	237
13.2	Akut/Chronisch.....	238
13.3	Schmerzformen.....	238
13.4	Schmerzerfassung.....	238
13.5	Schmerztherapie	239
13.6	Medikamentöse Therapie.....	239
13.7	Nichtpharmakologische Therapieoptionen.....	240
13.8	Invasive Therapie.....	241
14	Kognition und Bewusstsein	242
14.1	Intellektueller Abbau und Wesensveränderungen als Folge schleichender oder plötzlicher hirngorganischer Ereignisse.....	242
	<i>Peter Tonn</i>	
14.1.1	Einführung.....	242
14.1.2	Überblick über kognitive Leistungen im Altersverlauf	243
14.1.3	Bedeutung der korrekten Einschätzung von kognitiven Defiziten.....	245
14.1.4	Ursachen von kognitiver Beeinträchtigung	246
14.1.5	Einfache Diagnostik der kognitiven Leistungen	248
14.1.6	Therapeutische Angebote.....	249
14.2	Integrative Validation nach Richard®	251
	<i>Monika Richard</i>	
14.2.1	Einleitung	251
14.2.2	Die Wurzeln der Integrativen Validation nach Richard® (IVA)...	251
14.2.3	Die IVA arbeitet mit Ressourcen.....	251
14.2.4	IVA als Handlungsansatz für eine wertschätzende und identitätsstärkende Begegnung.....	251
14.2.5	Die Methode.....	252
14.2.6	Praktische Anwendung.....	252
14.3	Ergotherapie bei Demenzerkrankungen.....	254
	<i>Anne-Kathrin Blank, Gudrun Schaade und Dorothee Danke</i>	

14.3.1	Demergo – spezifische Weiterbildung für den Umgang mit Demenzerkrankten	256
14.3.2	Die Studienlage zum Thema »Ergotherapie und Demenz«	257
14.4	Gespürte Interaktion als Schlüssel zur Welt – Das Affolter-Modell® <i>Birgit Adam-Küllsen</i>	258
14.4.1	Zwei Arten des Führens	259
14.4.2	Nonverbale Informationen und Sprache.....	260
14.4.3	Entstehung, Verbreitung und Lernwege	261
14.4.4	Fazit	261
14.5	Musik und Musiktherapie im Umgang mit Demenzerkrankten	262
	<i>Andreas Blase</i>	
14.5.1	Intrusionen	262
14.5.2	Musiktherapie – konzentrationsfördernd, stimmungsaufhellend, antidepressiv wirkend, heilend	263
14.5.3	Musiktherapie im institutionellen Kontext – eine Zusammenfassung.....	264
14.6	Demenz im Krankenhaus.....	265
	<i>Jochen Gust</i>	
14.7	Delir im Krankenhaus.....	269
	<i>Jochen Gust</i>	
14.7.1	Delir-Risiko.....	269
14.7.2	Abgrenzung und Screening.....	269
14.7.3	Delir-Management für Patienten mit Demenz im Krankenhaus	271
15	Die Last des Lebens meistern: Umgang mit Depression und Suizidalität...	274
	<i>Reinhard Lindner</i>	
15.1	Definition	274
15.2	Epidemiologie	274
15.3	Ätiologie.....	275
15.4	Klinisches Bild.....	275
15.5	Diagnostik.....	276
15.6	Differenzialdiagnose.....	276
15.7	Suizidalität im Alter	277
15.8	Allgemeine Handlungsoptionen bei Depression und Suizidalität	278
15.9	Interaktionen bei Depression und Suizidalität.....	279
	15.9.1 Konflikthaftes Miteinander.....	279
	15.9.2 Das Problem kann nicht verhandelt werden.....	279
	15.9.3 Kontaktvermeidung	280
15.10	Die langfristige Behandlung von Depression und Suizidalität.....	280
	15.10.1 Medikamentöse Therapie.....	280
	15.10.2 Psychotherapie	280
	15.10.3 Besonderheiten der Behandlung der Suizidalität	281
15.11	Entstehung, Entwicklung und Verbreitung	281
15.12	Fazit.....	282

16	Nähe und Vertrauen herstellen.....	284
16.1	Kommunikation, Beziehungsarbeit, Für- und Selbstsorge.....	284
	<i>Beate Stiller</i>	
16.1.1	Das kotverschmierte Thermometer	284
16.1.2	Eine Patientin verliert die Zuversicht	286
16.1.3	Zusammenfassung.....	289
16.2	Basale Stimulation® – eine Grundidee menschlicher Begegnung.....	290
	<i>Marianne Pertzborn und Michael Goßen</i>	
16.2.1	Häufige Verhaltensweisen demenziell veränderter Menschen und Interventionsmöglichkeiten durch Basale Stimulation®.....	293
16.2.2	Abschließende Betrachtungen	300
16.2.3	Forschung, Fort- und Weiterbildung	301
17	Zuwendung am Ende des Lebens: Palliative Care.....	303
	<i>Christel Ludewig</i>	
17.1	Geschichte und Entwicklung von Hospizarbeit und Palliative Care.....	303
17.2	Grundsätze von Hospizarbeit und Palliative Care.....	304
17.3	Palliative Geriatrie.....	305
17.3.1	Körperliche Bedürfnisse	307
17.3.2	Psychosoziale Bedürfnisse	308
17.3.3	Spirituelle Bedürfnisse	309
17.4	Qualifikationen in Palliative Care.....	310
17.5	Ausblick	311
18	COVID-19 – ein Virus, das weiter herausfordert.....	313
	<i>Wolfgang Schwibbe</i>	
19	Bildung und Qualifikation.....	321
	<i>Marion Rehm und Wolfgang Schwibbe</i>	
	Die Autorinnen, die Autoren	330
	Stichwortverzeichnis	339