

Einleitung

Marion Rehm und Wolfgang Schwibbe

»Strikte Isolation ist gerade für Ältere Gift«¹

Als vor dreieinhalb Jahren die erste Auflage dieses Buches erschien, gingen wir wie selbstverständlich davon aus, dass bei der Betrachtung und Behandlung des Alters sowie der älteren und alten Menschen ein manchmal langsamer, aber doch sichtbarer Fortschritt »unausweichlich« ist. Die Begriffe *Teilhabe* und *weitestgehende Selbständigkeit* waren in allen Untersuchungen und Veröffentlichungen zentral und prägten auch politisches Handeln.

Im Jahr 2020 mit seinen Corona-Verordnungen, -Maßnahmen und deren Auswirkungen wurde jedoch deutlich, dass all die (guten, richtigen und nachweisbaren) Beschreibungen von Chancen, Gestaltungsmöglichkeiten und positiven Erlebnissen im Alter infrage gestellt werden. Die Pandemie hat die gesundheitspolitischen Akteure zu einschneidenden Maßnahmen veranlasst –und unter der Maßgabe »Schutz besonders vulnerabler Gruppen« dabei die Selbstbestimmung der alten Menschen, vor allem im Bereich der Alten- und Pflegeheime, aber auch im Krankenhaus, beschnitten.

Ein Buch über die professionelle Begleitung älterer Menschen sollte das Thema zumindest

streifen, andererseits wäre ein eigenes Kapitel doch sehr schnell »veraltet«.² Wir entschieden uns angesichts der Materialfülle für eine sehr komprimierte Übersicht über wichtige Quellen und Darstellungen (► Kap. 18).

Vom Einzelkurs bis zur zertifizierten Weiterbildung: Geriatrische Fort- und Weiterbildung für Pflege und Therapie

Die Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten ist anspruchsvoll. Die tägliche Arbeit mit gebrechlichen, hochbetagten und kognitiv eingeschränkten Menschen erfordert ein hohes Maß an qualifizierter, professioneller Therapie und Pflege. Geriatrisches, fachübergreifendes Wissen, Kenntnisse über bestimmte Techniken (z. B. Bobath, Basale Stimulation[®], Affolter, F.O.T.T.[®] etc.), eine sehr gute Beobachtungsgabe, besondere Kommunikations- und Teamfähigkeit und

1 Keller M (2020) »Strikte Isolation ist gerade für Ältere Gift«. Interview mit Johannes Pantel in Spiegel online, 02.04.2020 (<https://www.spiegel.de/gesundheit/coronavirus-strikte-isolation-ist-gerade-fuer-aeltere-gift-a-da331fcf-c5ea-40db-822c-9bbc8f85d67b>, Zugriff am 01.07.2022)

2 Das Schicksal, zum »falschen« Zeitpunkt zu erscheinen, erlitt z. B. das Buch von David Klemperer (2020) Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften. Als es am 23.03.2020 erschien, hatte es bei Redaktionsschluss und Drucklegung die Pandemie noch nicht berücksichtigen können. Klemperer hat aus der Not eine Tugend gemacht und am 31.08.2020 die Version 1.0 seines »Living eBooks« unter dem Titel »Corona verstehen – evidenzbasiert« verfasst. Das Buch ist (Stand: 10.10.2022) mittlerweile in der Version 69.0 erschienen, hat bereits 334 Seiten und wird regelmäßig aktualisiert. Der Download ist unentgeltlich: https://www.sozmad.de/Klemperer_Corona_69.0.pdf, Zugriff am 12.10.2022

schließlich Empathie für diese besondere Patientengruppe sind dabei unentbehrlich.

Die wesentlichen Merkmale der Geriatrie (und darin unterscheidet sich diese Fachdisziplin von vielen anderen) sind das multiprofessionelle Team und der interdisziplinäre Ansatz. Therapie und Pflege werden nicht isoliert betrachtet, sondern als 24-Stunden-Konzept verstanden, d. h. die Patienten werden in jeder Handlung aktivierend-therapeutisch behandelt (► Kap. 4).

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, sind die Anforderungen an die verschiedenen Berufsgruppen hoch. Geriatriische Grundkompetenzen werden in der Grund- und Erstausbildung vermittelt und in der praktischen Arbeit vertieft. Weiterführende Qualifizierungen durch Fort- und Weiterbildungen sind dabei unerlässlich und sollten, wenn der Ansatz konsequent verfolgt werden soll, berufsgruppenübergreifend, interdisziplinär und praxisnah erfolgen. Für die Umsetzung in der Praxis bedeutet dies, dass es bei einigen Fortbildungen nötig ist, mit Patienten zu arbeiten. Praktisches Arbeiten an und mit dem Patienten bedeutet – ganz praktisch – mit den Händen zu sehen, zu fühlen, wo Anspannung oder Entspannung entsteht und wo Unterstützung (oder eben auch nicht) notwendig ist.

Doch wie kann eine solche Qualifizierung konkret aussehen? Was benötigen die Berufsgruppen, um der Klientel gerecht zu werden? Bis 2003 gab es in Hamburg lediglich für den Pflegebereich die zweijährige Weiterbildung zur/zum Fachkrankenschwester/Fachkrankenpfleger »klinische Geriatrie und Rehabilitation« mit einem Umfang von 2.200 Unterrichtseinheiten (Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales 1999). Alle anderen Berufsgruppen hatten zu dieser Zeit nur die Möglichkeit, einzelne Konzepte zu erlernen (wie z. B. das Bobath-Konzept).

Der Bundesverband Geriatrie (BVG) hat 2005 strukturiert begonnen, Fort- und Weiterbildungen für die Berufsgruppen der Geriatrie zu konzipieren. Mittlerweile gibt es fünf

Bausteine, die alle unter dem Titel ZERCUR GERIATRIE® geführt werden:

- *ZERCUR GERIATRIE® Basislehrgang*³ (72 Unterrichtseinheiten) vermittelt berufsgruppenübergreifend geriatriisches Grundlagenwissen. Seit 2006 sind bundesweit ca. 11.900 Teilnehmerinnen und Teilnehmer (alle Angaben laut Bundesverband Geriatrie, Stand 30.11.2021) geschult worden.
- *ZERCUR GERIATRIE® Fachweiterbildung Pflege*⁴ (modular aufgebaut, bundesweit angeboten seit 2010): Ca. 1.500 Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind geschult worden, 480 mit dem Abschluss »Zercur Pflegefachkraft Geriatrie« (520 Unterrichtseinheiten), 1.017 mit einer Bescheinigung des Bundesverbandes über die Weiterbildung nach OPS 8-550 und 8-98a (184 Unterrichtseinheiten) (Ebd.).
- *ZERCUR GERIATRIE® Fachweiterbildung Therapeuten*⁵ (400 Unterrichtseinheiten, modular aufgebaut, angeboten seit 2017): Ca. 80 Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind geschult worden (Ebd.).
- *ZERCUR GERIATRIE® Pflegehelfer*⁶ (40 Unterrichtseinheiten, angeboten seit 2018): Ca. 90 Teilnehmerinnen und Teilnehmer sind geschult worden (Ebd.).

3 Bundesverband Geriatrie e. V. (Hrsg.) (o.J.) ZERCUR GERIATRIE® – Basislehrgang (<https://www.bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/zercur/basislehrgang.html>, Zugriff auf alle ZERCUR-Seiten: 01.07.2022)

4 Bundesverband Geriatrie e. V. (Hrsg.) (o.J.) ZERCUR GERIATRIE® – Fachweiterbildung Pflege (<https://www.bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/zercur/fachweiterbildung-pflege.html>)

5 Bundesverband Geriatrie e. V. (Hrsg.) (o.J.) ZERCUR GERIATRIE® – Fachweiterbildung Therapeuten (<https://www.bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/zercur/fachweiterbildung-therapeuten.html>)

6 Bundesverband Geriatrie e. V. (Hrsg.) (o.J.) ZERCUR GERIATRIE® – Pflegehelfer (<https://www.bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/zercur/geriatrie-pflegehelfer.html>)

- **ZERCUR GERIATRIE® Entlassmanagement⁷** ist im Jahr 2022 gestartet.

Mit der OPS 8-550 (BfArM 2020) gibt es seit 2014 die Verpflichtung, dass Krankenhäuser Pflegekräfte mit einer geriatrischen Basisqualifikation vorweisen müssen, damit die Kliniken die Komplexpauschale abrechnen können.

» Hierfür muss mindestens eine Pflegefachkraft des multiprofessionellen Teams eine strukturierte curriculare geriatrispezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen« (BfArM 2020, OPS 8-550).

ZERCUR GERIATRIE® ist ein sehr modernes Konzept, denn modulare Weiterbildungen bzw. Bildungsangebote haben viele Vorteile: Die Teilnehmer können selbst entscheiden, wann und wo sie Module buchen. Zudem haben sie die Möglichkeit, die Module deutschlandweit bei lizenzierten Anbietern zu besuchen. Das einheitliche Curriculum ermöglicht eine bundesweite Anerkennung. Eine stufenweise Qualifizierung ist ebenso möglich: Teilnehmer können zunächst einzelne Kurse besuchen und sich auch noch später entschließen, die gesamte Weiterbildung zu absolvieren. Auch können bereits in der Vergangenheit erfolgreich absolvierte Kurse vom Bundesverband Geriatrie anerkannt werden (wenn sie in einem bestimmten Zeitraum absolviert wurden), z. B. Wundmanagement, Weiterbildung zum Praxisanleiter etc. Somit geht keine Kursstunde verloren. Für die Unternehmen ist sicherlich der größte Vorteil, dass mehrere Mitarbeitende zwar gleichzeitig an der Weiterbildung teilnehmen können, aber durch den Besuch unterschiedlicher

Module nicht alle zur selben Zeit im Betrieb fehlen.

Mit den vielfältigen Qualifizierungsangeboten ist die Geriatrie vielen Fachbereichen der Medizin einige Schritte voraus. Gemeinsame Fort- und Weiterbildungsangebote für alle Berufsgruppen fördern das Verständnis füreinander und für den Patienten und verbessern letztlich auch die Qualität in der Versorgung.

Doch was sind nun *die* thematischen Schwerpunkte für geriatrische Fort- und Weiterbildung? »Die großen Bs! Menschliches Leben ist Bedürfnisbefriedigung, Bewegung, Beziehung, Bewusstsein – und noch einiges mehr!« Diese noch grobe Erwägung stand am Anfang unserer Überlegungen bei der Erarbeitung dieses Buches. Wir haben uns dann entschieden, die Themen entlang der großen Bereiche »Haltung und Bewegung«, »Die besondere Vielfalt des oralen Trakts«, »Beziehungsarbeit und Kommunikation« und »Kognition und Bewusstsein« aufzuteilen. Und auch die zunächst unpräzise Aussage »und noch einiges mehr« zog Themen nach sich. Doch bevor auf die großen »Bs« im Einzelnen eingegangen wird, werden in den ersten Kapiteln des Buches die *Grundlagen* geriatrischen Wissens beschrieben.

Die Kapitel des Buches

Prof. Dr. Werner Vogel beschreibt im ersten Kapitel die Besonderheit der Geriatrie und veranschaulicht die Faszination dieses Faches, indem er zehn grundlegende Aspekte menschlichen Lebens beleuchtet. Die Lektüre wird so für die Leserinnen und Leser zu einer Einführung in Sinnhaftigkeit, Berufswahl und Persönlichkeitsentwicklung am Beispiel des Umgangs mit älteren Menschen. Man könnte auch sagen: zu einer Einführung in Humanitas (► Kap. 1). Im Anschluss geben die Herausgeber einen chronologischen Überblick über wichtige Stationen der Geriatrie in Deutschland (► Kap. 1.1).

7 Bundesverband Geriatrie e.V. (Hrsg.) (o.J.) Entlassmanagement in der Geriatrie (Entwicklung eines Weiterbildungscurriculums (<https://www.bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/zercur/entlassmanagement-in-der-geriatrie.html>))

Dr. Michael Musolf stellt in seinem nochmals erweiterten Kapitel das geriatrische Basiswissen umfassend dar. Grundfragen des Alterungsprozesses werden beleuchtet, die wichtigsten gesundheitlichen Probleme im Alter erörtert und chronische Krankheiten, geriatrische Syndrome und Multimorbidität werden dargestellt. Wer nach der Lektüre sein Wissen überprüfen möchte, findet dafür alles vor: Fallbeispiele, einen dazugehörigen Fragen- und auch einen Lösungskatalog, Klassifikationssysteme, Assessments, Polypharmathherapie sowie das multiprofessionelle geriatrische Team werden ebenfalls vorgestellt (► Kap. 2).

Der Gesundheitsförderung und der Prävention in einer stetig älter werdenden Gesellschaft kommt eine immer stärkere Bedeutung zu, das Thema bekommt ein eigenes Kapitel. Dr. Ulrike Dapp befasst sich seit mehr als zwei Jahrzehnten mit den mannigfaltigen Aspekten dieser Thematik. Sie hat zu diesem Thema promoviert (Dapp 2008)⁸ sowie umfangreich publiziert und gibt einen dezidierten Einblick in den aktuellen Stand am Beispiel des Albertinen Hauses in Hamburg. (► Kap. 3).

Andrea Kuphal widmet sich dem Thema Interdisziplinarität und skizziert pragmatisch und äußerst praxisnah die Besonderheiten des therapeutischen Teams. Aktivierend-therapeutische Pflege in der Geriatrie als besonderer Ansatz wird ausführlich dargestellt, die Erläuterung der Bedarfsgruppen rundet den Beitrag ab (► Kap. 4).

Anke Wittrich und Kristina Oheim geben einen ausführlichen Überblick über die Versorgungsstrukturen und Versorgungsformen für geriatrische Patienten. Sie fokussieren auf die verschiedenen *klinischen* Versorgungsformen und deren Besonderheiten (► Kap. 5.1).

Susette Schumann stellt im zweiten Teil von Kapitel 5 die Pflegegrade vor, betrachtet die Wohnmöglichkeiten bei vorliegender Pflegebedürftigkeit, zeigt die Möglichkeiten der poststationären Versorgung auf und wirft damit einen Blick über den »Tellerrand« (► Kap. 5.2).

Prävention oder Gesundheitsförderung ohne Netzwerk – das geht nicht. Denn stets sind viele Personen, Professionen und Institutionen beteiligt, wenn sie gelingen soll. Ein gelungenes großes Projekt ist das »Netzwerk GesundAktiv« (NWGA) in Hamburg, dessen koordinierende Stelle im Albertinen Haus angesiedelt ist. Prof. Ulrich Thiem, Chefarzt der Geriatrie und Gerontologie, schildert Stand, bisherige Erfolge und Perspektiven des Netzwerkes (► Kap. 6).

Nachdem in den ersten sechs Kapiteln Grundlagen, Grundfragen und Strukturmomente der Geriatrie beschrieben wurden, beginnt ab Kapitel 7 der zweite Teil und die Befassung mit den sogenannten großen »Bs«. Hier werden die Auffälligkeiten und Funktionsstörungen beschrieben, meist folgen dann ein (oder mehrere) in die Praxis umsetzbare(s) Therapie- und Pflegekonzept(e). Dabei soll an dieser Stelle ausdrücklich betont werden, dass es sich bei den vorgestellten Therapie- und Pflegekonzepten um eine *Auswahl* handelt, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Vielmehr stellt sie einen Querschnitt von Konzepten dar, die – nach Auffassung der Herausgeber – in der Praxis aktuell eingesetzt und als Fortbildungen besonders nachgefragt werden.

Gangunsicherheit und Stürze gehen oft mit dem Verlust der Selbständigkeit einher. Der Sturz ist ein zentrales, das weitere Leben bestimmendes Trauma. Katja Mai ist u. a. diesem Thema in Ihrem Buch (Richter et al. 2016)⁹ nachgegangen, und sie ist seit vielen

8 Dapp U (2008) Gesundheitsförderung und Prävention selbständig lebender älterer Menschen. Eine medizinisch-geographische Untersuchung. Stuttgart: Kohlhammer

9 Richter K, Greiff C, Weidemann-Wendt N (2016) Der ältere Mensch in der Physiotherapie. Heidelberg: Springer

Jahren auch im Bereich Sturzprävention tätig. Sie schildert die Voraussetzungen, das Ereignis und die Sturzfolgen und benennt zahlreiche Faktoren der Prävention, Kuration und Rehabilitation (► Kap. 7).

Ein zentrales Thema bei der Behandlung geriatrischer Patienten ist die Wiedererlangung der Mobilität, Marianne Brune und Michaela Friedhoff widmen sich dem Thema Haltung und Bewegung im Kapitel 8. Das Bobath-Konzept als *das* interdisziplinäre, therapeutische 24-Stunden-Behandlungskonzept der Geriatrie, dient als Grundlage des Kapitels und wird zu Beginn beschrieben. In diesem Zusammenhang wird auch die Bedeutung der motorischen Kontrolle und des motorischen Lernens erläutert. Danach werden die Merkmale von normaler Bewegung und die Auswirkungen bei Verlust von Mobilität dargestellt. Anhand eines realen Fallbeispiels beschreiben die Autorinnen das Clinical Reasoning bzw. den Pflegeprozess. (► Kap. 8).

Vermisst wurde in der ersten Auflage ein gesondertes Kapitel zu den altersassoziierten Themen Hören und Sehen. Vielleicht trug zu unserer Blickverengung bei, dass Hör- und Seheinschränkungen im Alterwerden so »normal« sind und in unserer Gesellschaft in der Regel auch gut korrigierbar. Dr. Marie-Louise Strobach, Fachärztin für Allgemeinmedizin, Zusatzbezeichnung Geriatrie, zeigt, welche Dimensionen diese Beeinträchtigungen haben und dass auch schwerwiegende Krankheiten dieser Sinnesorgane berücksichtigt werden müssen (► Kap. 9).

Dem »oralen Trakt« mit seinen komplexen Funktionen und den Auswirkungen von Dysfunktionen und Erkrankungen widmet sich das Kapitel 10. Dagmar Nielsen beschreibt die Ernährung als »mehr als die Gabe von Nahrung und Flüssigkeit« und gibt einen Einblick in die Ernährungsvorgänge. Sie thematisiert die wichtigsten Arten einer Mangelernährung sowie deren Ursachen und berücksichtigt in diesem stark erweiterten Kapitel u. a. auch die aktuellen Expertenstandards, neuere Studien und Leitlinien (► Kap. 10.1).

Dysphagie und Trachealkanülenmanagement – in seinem reich bebilderten Kapitel beschreibt Norbert Niers ausführlich den Schluckablauf, schildert die Ursachen einer Dysphagie und benennt deren komplexe und schwerwiegende Folgen. Die Diagnostik und Therapie von Dysphagien wird ebenso ausführlich beschrieben wie das therapeutische Trachealkanülenmanagement (► Kap. 10.2). Kognitiv bedingte Dysphagien und Dysphasien – diese Begrifflichkeit hat Dr. Maria-Dorothea Heidler in die Diskussion eingeführt, um kognitiv bedingte Sprachverarbeitungsstörungen bzw. kognitiv bedingte Störungen der Nahrungsaufnahme zu kennzeichnen. Sie beschreibt die Auswirkungen verschiedener Funktionsstörungen und gibt einen Überblick, welche Strategien im Umgang damit erfolgversprechend sind (► Kap. 10.3).

Mit Scham belegt: Kontinenzverlust und Inkontinenz – unter diesem Titel nähert sich Uwe Papenkordt dem Tabuthema »Inkontinenz« in Kapitel 11. Pragmatisch und praxisnah beschreibt er die Ursachen sowie die verschiedenen Inkontinenzformen und macht Vorschläge zur Kontinenzförderung und Hilfsmittelversorgung. Abschließend fordert er einen sensiblen Umgang mit dem Thema und gleichzeitig eine höhere Aufklärungsrate (► Kap. 11).

Mit Medikamenten im Alter und Polypharmazie in der Pflege befasst sich Dr. Frank-Christian Hanke im Kapitel 12. Erkrankungen durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen gehören zu den häufigsten und kostspieligsten Krankheitskomplexen in den Industrieländern. Hanke beschreibt Ursachen und Wirkung und benennt Möglichkeiten der Abhilfe. Die von ihm begründete Weiterbildung »Zertifizierte Medikationsfachkraft« ist eine Möglichkeit dazu (► Kap. 12).

Dem komplexen Thema »Schmerzen« – Einteilung, Ursachen, Schmerzerfassung sowie medikamentöse und nicht medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten – widmet sich Dr. Joachim Guntau. Er macht vor allem deutlich, dass Schmerz immer subjektiv und

individuell ist: Schmerz ist das, was der Patient empfindet (► Kap. 13).

Kognition und kognitive Veränderungen, dementielle Erkrankungen und Bewusstsein sind die Themen von Dr. Peter Tonn in Kapitel 14. Er gibt einen Überblick über kognitive Leistungen im Altersverlauf und beschreibt die Ursachen kognitiver Veränderungen. Auf dieser Basis werden in den weiteren Unterkapiteln unterschiedliche Behandlungsansätze für Menschen mit kognitiven Einschränkungen vorgestellt (► Kap. 14.1).

Die Integrative Validation nach Richard® (IVA) ist eine Methode für die Begleitung von Menschen mit Demenz, insbesondere im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung. Sie beruht auf der Annahme, dass das Verhalten der Betroffenen als grundsätzlich zielgerichtet, bedeutungsvoll und sinnhaft anzunehmen ist, der erkrankte Mensch dies aber nicht mehr situationsangemessen umsetzen kann (► Kap. 14.2).

Ergotherapie bei Menschen mit Demenz galt früher als (fast) unmöglich. Gudrun Schaade und ihre Kolleginnen Ann-Kathrin Blank und Dorothee Danke stellen den dennoch möglichen und erfolgversprechenden Ansatz der Ergotherapie im Bereich Demenz vor: Entscheidend ist der Blick auf die Körperwahrnehmung, denn »der Mensch besteht eben nicht nur aus der Kognition«. Mit der Weiterbildung »Demergo« haben die drei Autorinnen ein eigenes Modell entwickelt (► Kap. 14.3).

Das Affolter-Modell® kommt in der Therapie von Patienten/Bewohnern mit erworbenen cerebralen Schäden (z. B. Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma u. Ä.) und mit dementiellen Symptomen zur Anwendung. Birgit Adam-Küllsen beschreibt deren Schwierigkeiten in der Organisation der Wahrnehmung und die Chancen der Behandlung, sich wieder (besser) auf alltagsrelevante Handlungen zu konzentrieren (► Kap. 14.4).

Mit den Möglichkeiten der Musiktherapie beschäftigt sich Andreas Blase und zeigt in seinem Kapitel auf, dass Musik eine gute

Möglichkeit ist, auch mit schwer kognitiv eingeschränkten Menschen in Kontakt zu kommen und verschüttete, häufig traumatische Erfahrungen wieder »zugänglich« zu machen (► Kap. 14.5).

Ca. 23 % beträgt der Anteil dementer Patienten in den Krankenhäusern (Isfort et al. 2014). Jochen Gust erläutert in seinem Beitrag, welche Herausforderungen es für diese Menschen darstellt, mit einer plötzlichen Krankenhauseinweisung zurechtzukommen. Er macht deutlich, wie wichtig die Umgebungsgestaltung ist und was die unterschiedlichen Berufsgruppen tun können, um ein drohendes Delir zu erkennen und diesem vorzubeugen (► Kap. 14.6).

Depressionen und Suizidalität im Alter sind Thema des Beitrags von Prof. Dr. Reinhard Lindner im Kapitel 15. Nach der Beschreibung von Symptomen, Häufigkeiten und der Krankheitsverteilung benennt er konkrete Handlungsoptionen. Er beschreibt besonders häufige idealtypische Situationen (Konflikt, nichtverhandelbares Problem, Kontaktvermeidung) und zeigt, wie diese erkannt werden und wie ihnen begegnet werden kann (► Kap. 15).

Gute Kommunikation und Beziehungsarbeit ist die Basis für jede therapeutische und pflegerische Tätigkeit. Prof. Dr. Beate Stiller beschreibt anhand von zwei alltäglichen Fallbeispielen, welche Gründe zu einer Kommunikationsstörung führen können und wie die Pflegekräfte und Therapeuten durch richtige Fragestellungen dennoch in Kontakt mit Patienten kommen und bleiben können. Wie kann motivierende Gesprächsführung gelingen und zur Klärung von Kommunikationsstörungen beitragen? (► Kap. 16.1).

Basale Stimulation® ist das Thema von Marianne Pertzborn und Michael Goßen. Eine Verminderung der Bewegungsfähigkeit infolge einer Erkrankung führt häufig zu einem Verlust der Körperwahrnehmung – der Mensch verliert die Vorstellung von sich selbst. Die Autoren zeigen in Text und Bild, wie mithilfe der Basalen Stimulation® wahr-

nehmungsgestörte Patienten unterstützt und gefördert werden können (► Kap. 16.2).

Dem Thema »Palliativ Care« widmet sich Christel Ludewig. Sie beschreibt die Entwicklung und die Grundsätze der Palliativversorgung, benennt die verschiedenen Bedürfniskategorien, thematisiert die Relevanz der verschiedenen Begleitgruppen und nimmt abschließend die besonderen Herausforderungen der palliativen Versorgung von geriatrischen Patienten in den Fokus (► Kap. 17).

Abschließend formulieren die Herausgeber einige Kernaussagen und Thesen zum Thema Bildung und Qualifikation. Wir fokussieren auf den nachweisbaren Zusammenhang von Bildung und Personalentwicklung/-bindung, der in vielen Institutionen des Gesundheitswesens zwar häufig beschworen, aber selten gelebt wird (► Kap. 19).

Alle Kapitel wurden durchgesehen und, wo sinnvoll, überarbeitet und um aktualisierte Daten oder neuere Literaturhinweise ergänzt. Den Herausgebern ist bewusst, dass dennoch nicht alle geriatrischen Themenbereiche erwähnt und manche Bereiche vielleicht auch zu kurz oder in »falscher« Gewichtung abgehandelt wurden. Ein wenig ist es wie am Ende eines Fortbildungs-Seminars: Es waren immer zu viele Informationen, die Zeit war zu kurz und es müsste eigentlich

sofort ein Aufbauseminar geben. Wir sind für konstruktive Kritik sehr empfänglich und wünschen den Leserinnen und Lesern eine informative und anregende Lektüre. Wir freuen uns auf Ihre Resonanz.¹⁰

Literatur

- Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.) (1999) Fortbildungs- und Prüfungsordnung zur Fachkrankenschwester/zum Fachkrankenschwester, zur Fachaltenpflegerin/zum Fachaltenpfleger in klinischer Geriatrie und Rehabilitation vom 16.11.1999 (Amtl. Anz. S. 403)
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (Hrsg.) (2020) OPS Version 2021. Kapitel 8 nicht operative therapeutische Maßnahmen (8-01...8-99), Frührehabilitative und physikalische Therapie (8-55...8-60) (<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2021/block-8-55...8-60.htm>, Zugriff am 01.07.2022)
- Bundesverband Geriatrie e. V. (Hrsg.) (o. J.) Über ZERCUR® (<https://www.bv-geriatrie.de/verbandsarbeit/zercur/zercur.html>, Zugriff am 01.07.2022)
- Isfort M, Klostermann J, Gehlen D, Siegling B (2014) Pflege-Thermometer 2014. Eine bundesweite Befragung von leitenden Pflegekräften zur Pflege und Patientenversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. (dip), S. 6. Online verfügbar unter <http://www.dip.de>

10 Lob, Resonanz und auch Kritik können gerne über die Website <https://www.kohlhammer.de/kontakt> eingereicht werden. Der Verlag wird alle eingehenden Nachrichten an die Herausgeber weiterleiten.

1 Haltung, Handwerk und Holistik – Geriatrie und die Grundfragen des Lebens

Werner Vogel

Geriatrie ist ein komplexes Fach. Das wird jeder bestätigen, der in diesem Buch blättert, besonders diejenigen, die sich selbst der anspruchsvollen Tätigkeit in der Altersmedizin widmen. Trotzdem ist die Arbeitszufriedenheit in geriatrischen Einrichtungen eher hoch und die Fluktuation vergleichsweise gering. Viele bleiben dem Fach ein ganzes Berufsleben lang verbunden.

Woran mag das liegen? Zunächst hat das Alter(n) etwas Geheimnisvolles. Jedes Kind kann alte Menschen von jüngeren unterscheiden. Frage ich die Kasseler Studierenden der Sozialarbeit, warum sie freiwillig Vorlesungen und Seminare über Gesundheit und Krankheit im Alter besuchen, so höre ich seit Jahren ähnliche Antworten wie: »Ich habe bei der Pflege meiner Oma bis zu ihrem Ende mitgeholfen, das war irgendwie spannend, denn sie war eine tolle Frau – und jetzt möchte ich mehr über Alter und Krankheit erfahren.«

Es muss irgendetwas Faszinierendes an diesem Fach liegen. Ist es die Konfrontation mit der eigenen Vergänglichkeit? Oder der lebendige Zugang zur Zeitgeschichte? Die Auseinandersetzung zwischen Bewahren und Erneuern, das Vorbild an Lebensenergie, Bewältigung, Gelassenheit, Humor?

In diesem Kapitel geht es um das Verbindende, das die verschiedensten Berufe in der Arbeit mit kranken alten Menschen zusammenführt und zusammenhält: die Einheit in der Vielfalt, das, womit sich alle Teammitglieder identifizieren können. Diese Identifikation meinte Prof. Meier-Baumgartner, Mitbegründer und erster Vorsitzender des Bundesverbands Geriatrie, langjähriger Chefarzt des Albertinen Hauses, wenn er Geriatrie mit dem

Begriff »Geisteshaltung« in Verbindung brachte (Meier-Baumgartner et al. 1998).

Genau aus diesem Geist entstand mit visionärer Kraft der Pioniere die Klinische Geriatrie vor gut einem halben Jahrhundert, gerade rechtzeitig, um den Anforderungen des demographischen Wandels, der wachsenden Spezialisierung der Medizin und der Würde des alten und kranken Menschen gerecht zu werden (Leutiger 1967). Denn die Fortschritte der modernen Medizin kommen auch und gerade den alten Menschen zugute, wenn sie vernünftig genutzt werden (Gawande 2015). Voraussetzung dafür ist eine »handwerklich« gute klinische Medizin, welche die ärztliche Erfahrung im erklärten Interesse des Patienten mit Sinn und Verstand anwendet (vgl. Lown 2004). Dass einzelne Fachdisziplinen nicht Anspruch auf geriatrische Patienten erheben, sondern ihre Dienste fachübergreifend zur Verfügung stellen sollen, muss angesichts des heute leider üblichen Wettstreits um Patientenzahlen betont werden (Nau et al. 2016).

Welche Aufgaben kennzeichnen die Arbeit der Geriatrie?

- Die umfassende Anamnese (medizinische, soziale und Familienanamnese),
- die klinische, labormedizinische und apparative Untersuchung,
- die unverzügliche Diagnosestellung und Therapie aller relevanten Erkrankungen,
- das umfassende Assessment alters- und krankheitsbedingter Funktionsstörungen,
- die Erkennung und Behandlung depressiver und demenzieller Entwicklungen,

- die Vorbeugung und Behandlung von Ernährungsstörungen (Sarkopenie, Frailty),
- die Formulierung von Behandlungszielen nach realistischer Prognose,
- die funktionelle Therapie im Team, abgestimmt und simultan,
- die Aktivierend-therapeutische Pflege,
- die Klärung des Bedarfs und das zielsichere Training an notwendigen Hilfsmitteln,
- die Verlaufsdocumentation (Assessment als therapiebegleitender Prozess),
- die (soziale, pflegerische, therapeutische) Beratung von Patienten und Angehörigen,
- die Entlassungsplanung und Sicherung der Weiterbehandlung.

Je nach Bedarf kommen hinzu:

- Die notfall- und intensivmedizinische Versorgung (zentrale Notaufnahme, Reanimation),
- die fachübergreifende Versorgung geriatrischer Patienten (Alterstraumatologie u. a.),
- die palliative Versorgung und Sterbebegleitung (Palliativstation, Hospiz),
- die Infektionsschutzmaßnahmen (Screening, persönliche Hygiene, Isolierung u. a.),
- die seelsorgerische Begleitung,
- die Erkennung und Behandlung psychosomatischer Störungen,
- die spezielle Betreuung demenziell Erkrankter (Station für kognitiv Beeinträchtigte),
- die ethische Fallbesprechung.

In geriatrischen Einrichtungen findet man diese Aufgabenverteilung wieder, und zwar weltweit und von Anfang an, seit es Geriatrie gibt. Überall stehen Multiprofessionalität und die enge Zusammenarbeit im Vordergrund. Dass sich dies trotz hoher Kosten durchsetzen konnte, spricht für die zwingende Notwendigkeit einer arbeitsteiligen Vorgehensweise. Die Bündelung aller Kräfte des Teams bringt Vorteile, die mit der traditionellen Dyade (Arzt/Pflegekraft) nicht erreichbar sind.

Neben dieser Einheitlichkeit der Aufgabenteilung stellt sich die Frage, was Geriatrie

ist, wie sie definiert und strukturiert ist, was sie bewirken kann und welche Evidenz es dafür gibt, d.h. ob sie überhaupt »Sinn macht«. Immer wieder wurde der Geriatrie vorgehalten, dass ihre Methoden nicht durch die heute geforderte studienbelegte Evidenz gesichert seien, bestenfalls könne man auf Expertenmeinungen zurückgreifen, welche die zweifellos erkennbare – auch nachhaltige – Wirksamkeit erklären (Rubenstein et al. 1984; Vogel & Braun 2000).

Die Antwort auf die Frage, warum und wie Geriatrie wirkt, berührt elementare Vorgänge des Lebens, die in der Geriatrie eine noch größere Rolle spielen als in anderen medizinischen Bereichen. Dazu gehören Bewegung, Bindung, Emotion, Gedächtnis, Grenzen, Kommunikation, Kreativität, Lernen, Planung, Reflexion. Diese Phänomene waren auch den Gerontologen und Geriatern der ersten Stunde wichtig. Sie erneut in den Blick zu nehmen, scheint mir lohnend, weil wir im Licht neuer Erkenntnisse insbesondere der Neurowissenschaften ein ganz anderes Verständnis darüber gewinnen, was mit unseren alt gewordenen Patienten geschieht, wenn sie krank werden, wieder genesen, Hoffnung gewinnen und ihre Eigenständigkeit in Würde wahren wollen.

Durch die Beschäftigung mit diesen Fragen kommen auch wir, die wir uns um die Alten kümmern, zu einem neuen Verständnis unserer Arbeit. Sei es direkt am Patienten, im Team, in Fallkonferenzen und Strategiegesprächen, bei der Akademiearbeit oder beim Erarbeiten von innovativen Texten, wie sie dieses Buch bietet. Die außerordentliche Vielschichtigkeit seiner Themen ist kein Zufall, sondern gewollt. Es ist sogar notwendig, sich fachübergreifend mit ihnen zu beschäftigen, um gute Teamarbeit zu ermöglichen (Vogel 2017). Lebenslanges Lernen ist heute notwendiger denn je. Lebenslang voneinander – und füreinander – im Team lernen zu dürfen, ist ein Privileg, das nicht vielen vergönnt ist. In der Geriatrie ist es eine Chance und oft der Grund für den »guten Geist«, für Zufriedenheit und Identifikation mit dem Beruf.