

# Praxiswissen Geriatrie

Ältere Menschen multiprofessionell begleiten

Bearbeitet von  
Herausgegeben von Marion Rehm, und Wolfgang Schwibbe

1. Auflage 2019. Buch. Rund 280 S. Softcover  
ISBN 978 3 17 033096 2

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Klinische und Innere Medizin > Geriatrie,  
Gerontologie](#)

Zu [Leseprobe](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

  
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung [beck-shop.de](http://beck-shop.de) ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

# Inhalt

<b>Geleitwort</b> .....	7
<i>Hans Peter Meier-Baumgartner</i>	
<b>Vorwort</b> .....	9
<i>Marion Rehm, Wolfgang Schwibbe</i>	
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	19
<b>Einleitung</b> .....	23
<i>Marion Rehm, Wolfgang Schwibbe</i>	
<b>1 Haltung, Handwerk und Holistik – Geriatrie und die Grundfragen des Lebens</b> .....	29
<i>Werner Vogel</i>	
1.1 Stationen der Geriatrie in Deutschland .....	37
<i>Marion Rehm, Wolfgang Schwibbe</i>	
<b>2 Mensch und Krankheit im höheren Lebensalter</b> .....	41
<i>Michael Musolf</i>	
2.1 Menschen im höheren Lebensalter .....	41
2.1.1 Altern und Alterung .....	41
2.1.2 Alternsbilder und Alternstheorien .....	42
2.1.3 Seneszenz .....	43
2.1.4 Primäres und sekundäres Altern .....	45
2.1.5 Gebrechlichkeit und Frailty-Syndrom .....	45
2.1.6 Prävention .....	47
2.1.7 Alltagskompetenz – Selbsthilfefähigkeit – Autonomie .....	48
2.2 Krankheit im Alter .....	49
2.2.1 Akute gesundheitliche Probleme im Alter .....	49
2.2.2 Chronische Krankheiten im Alter, Multimorbidität und geriatrische Syndrome .....	52
2.2.3 Assessment in der Geriatrie .....	57
2.2.4 Klassifikationssysteme .....	61
2.3 Polypharmakotherapie .....	71
2.3.1 Einleitung .....	71
2.3.2 Pharmakokinetik .....	71
2.3.3 Pharmakodynamik .....	72
2.3.4 Polymedikation .....	74
	13

2.3.5	Unter-/Über-/Fehlmedikation bzw. -dosierung .....	74
2.3.6	Compliance und Adhärenz .....	74
2.3.7	Resümee .....	76
2.4	Das multiprofessionelle geriatrische Team .....	77
2.4.1	Ärztlicher Dienst .....	78
2.4.2	Pflegerischer Dienst .....	78
2.4.3	Physiotherapie .....	78
2.4.4	Ergotherapie .....	79
2.4.5	Logopädie .....	79
2.4.6	Neuropsychologie .....	79
2.4.7	Soziale Arbeit .....	79
2.4.8	Seelsorge .....	79
2.5	Herausforderung in Diagnostik und Therapie .....	80
2.5.1	Drei Fallbeispiele .....	80
2.5.2	Fragenkatalog zur Herangehensweise des geriatrischen Teams...	83
2.5.3	Lösungen zu den Fallbeispielen .....	83
<b>3</b>	<b>Interdisziplinarität, therapeutisches Team und der Umgang mit den »Schnittstellen« sowie Erläuterungen zur »Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie« (ATP-G) .....</b>	<b>91</b>
	<i>Andrea Kuphal</i>	
3.1	Geriatrie – generalistisches Fachgebiet der Medizin .....	91
3.2	Interdisziplinarität und multiprofessionelles Team .....	92
3.3	Spezifika geriatrischer Arbeit .....	93
3.4	Schnittstellen .....	95
3.5	Das Konzept der Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie (ATP-G) .....	96
<b>4</b>	<b>Der geriatrische Patient .....</b>	<b>100</b>
4.1	Verschiedene Versorgungsformen und ihre Besonderheiten .....	100
	<i>Kristina Oheim, Anke Wittrich</i>	
4.1.1	Geriatrie im ambulanten Bereich .....	102
4.1.2	Geriatrie im stationären Bereich .....	103
4.1.3	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 40 SGB V)...	107
4.1.4	Fazit .....	108
4.2	Versorgungsformen im Sozialgesetzbuch XI: Wohnen bei vorliegender Pflegebedürftigkeit .....	109
	<i>Susette Schumann</i>	
4.2.1	Die Versorgungsformen und die Wohnvorstellungen der älteren Menschen .....	109
4.2.2	Pflege in der privaten Wohnung .....	111
4.2.3	Wohnen und Pflege in Institutionen .....	112
4.2.4	Grenzen der Wohn- und Versorgungsangebote .....	112
4.2.5	Entwicklung neuer Wohnangebote .....	113
4.2.6	Lernwege .....	114
4.2.7	Fazit .....	115

<b>5</b>	<b>Haltung und Bewegung: Immobilität, Instabilität und Unsicherheit im höheren Lebensalter</b> .....	<b>116</b>
	<i>Marianne Brune, Michaela Friedhoff</i>	
5.1	Das Bobath-Konzept als Grundlage .....	116
5.1.1	Motorische Kontrolle, motorisches Lernen .....	117
5.2	Normale Bewegung .....	118
5.2.1	Verlust von Mobilität im Alter .....	119
5.2.2	Bewegungsübergang vom Sitzen zum Stehen – ein Fallbeispiel .....	121
5.3	Fallbeispiel Herr S. ....	121
5.4	ZNS und »learned non-use« .....	124
5.4.1	Befundaufnahme: »Normale Bewegung« als Referenz .....	124
5.5	Therapeutische Interventionen .....	125
5.5.1	Was hat das Zähneputzen im Sitzen mit dem Aufstehen zu tun? .....	126
5.5.2	Negative Auswirkungen von Kompensation .....	126
5.6	Pflegerische Interventionen .....	129
5.6.1	Mobilisation – und ihre Vermeidung im Pflegealltag .....	129
5.6.2	Aspekte aktivierender Mobilisation .....	130
5.7	Die Bedeutung des Bobath-Konzepts in der klinischen Geriatrie .....	131
5.8	Fazit .....	131
<b>6</b>	<b>Der orale Trakt: Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen als zentrale Einschränkung seiner besonderen Funktionsvielfalt</b> .....	<b>134</b>
6.1	Ernährung – mehr als die Gabe von Nahrung und Flüssigkeit .....	134
	<i>Dagmar Nielsen</i>	
6.1.1	Bedürfnisse berücksichtigen, Bedarfe sichern – die Rolle der Pflegekräfte .....	135
6.1.2	Unterstützung durch Vernetzung von Angehörigen und Professionellen .....	136
6.1.3	Fazit .....	136
6.2	Dysphagie und therapeutisches Trachealkanülenmanagement .....	137
	<i>Norbert Niers</i>	
6.2.1	Einleitung: Essen und Trinken – selbstverständlich und doch einzigartig .....	137
6.2.2	Dysphagien: vielfältige Ursachen für die Beeinträchtigung des Schluckvorgangs .....	138
6.2.3	Grundlagen zum Schluckablauf .....	139
6.2.4	Schlucken im Alter: Presbyphagie .....	142
6.2.5	Diagnostik von Schluckstörungen .....	143
6.2.6	Bildgebende Diagnostik .....	144
6.2.7	Therapie von Schluckstörungen .....	144
6.2.8	Dysphagien und therapeutisches Trachealkanülenmanagement .....	146
6.3	Kognitiv bedingte Störungen von Kommunikation und Nahrungsaufnahme bei geriatrischen Patienten .....	149
	<i>Maria-Dorothea Heidler</i>	

6.3.1	Einleitung .....	149
6.3.2	Kognitiv bedingte Dysphasien und Dysphagien .....	149
6.3.3	Management von kognitiv bedingten Dysphasien und Dysphagien .....	152
6.3.4	Zusammenfassung .....	154
<b>7</b>	<b>Mit Scham belegt: Kontinenzverlust und Inkontinenz .....</b>	<b>156</b>
	<i>Uwe Papenkordt</i>	
7.1	Was bedeutet Kontinenz .....	156
7.2	Die Miktion .....	157
7.3	Inkontinenzformen .....	158
7.3.1	Funktionelle Inkontinenz .....	158
7.3.2	Inkontinenz aufgrund veränderter Speicher- und Entleerungsfunktion der Harnblase .....	158
7.4	Inkontinenz in ihrer Vielfalt – eine Herausforderung für die Pflegerinnen .....	160
7.4.1	Einschätzung der Harninkontinenz .....	160
7.4.2	Kontinenzförderung – Möglichkeiten und Grenzen .....	161
7.4.3	Hilfsmittelversorgung .....	162
7.5	Ausblick .....	164
<b>8</b>	<b>Medikamente im Alter: Polypharmazie und die Rolle der Pflege .....</b>	<b>165</b>
	<i>Frank Hanke</i>	
8.1	Anstelle einer Einführung .....	165
8.2	Multimorbidität, Iatrogenese und Unerwünschte Arzneimittelereignisse .....	165
8.3	Polypharmazie – Was ist das? .....	167
8.3.1	Ursachen der Polypharmazie .....	167
8.3.2	Multiiatrogenität und Konsequenzen der Polypharmazie .....	168
8.3.3	Polypharmazie, Sucht und Missbrauch von Arzneimitteln ...	169
8.4	Ursachen der Arzneimittelprobleme bei geriatrischen Patienten .....	170
8.5	Anstelle eines Ausblicks: Die Etablierung einer neuen Risikokultur oder ... »Wie aus Mist ertragreicher Dünger wird« .....	171
<b>9</b>	<b>Schmerz .....</b>	<b>173</b>
	<i>Joachim Guntau</i>	
9.1	Definition und Prinzipien .....	173
9.2	Akut/Chronisch .....	174
9.3	Schmerzformen .....	174
9.4	Schmerzerfassung .....	174
9.5	Schmerztherapie .....	175
9.6	Medikamentöse Therapie .....	175
9.7	Nichtpharmakologische Therapieoptionen .....	176
9.8	Invasive Therapie .....	177

<b>10</b>	<b>Kognition und Bewusstsein</b> .....	<b>178</b>
10.1	Intellektueller Abbau und Wesensveränderungen als Folge schleichender oder plötzlicher hirnorganischer Ereignisse .....	178
	<i>Peter Tonn</i>	
10.1.1	Einführung .....	178
10.1.2	Überblick über kognitive Leistungen im Altersverlauf .....	179
10.1.3	Bedeutung der korrekten Einschätzung von kognitiven Defiziten .....	181
10.1.4	Ursachen von kognitiver Beeinträchtigung .....	182
10.1.5	Einfache Diagnostik der kognitiven Leistungen .....	184
10.1.6	Therapeutische Angebote .....	185
10.2	Integrative Validation nach Richard® .....	187
	<i>Monika Richard</i>	
10.2.1	Einleitung .....	187
10.2.2	Die Wurzeln der Integrativen Validation nach Richard® (IVA) .....	187
10.2.3	Die IVA arbeitet mit Ressourcen .....	187
10.2.4	IVA als Handlungsansatz für eine wertschätzende und identitätsstärkende Begegnung .....	187
10.2.5	Die Methode .....	188
10.2.6	Praktische Anwendung .....	189
10.3	Ergotherapie bei Demenzerkrankungen .....	190
	<i>Anne-Kathrin Blank, Gudrun Schaade, Dorothee Danke</i>	
10.3.1	Demergo – spezifische Weiterbildung für den Umgang mit Demenzerkrankten .....	192
10.3.2	Die Studienlage zum Thema »Ergotherapie und Demenz« ...	193
10.4	Gespürte Interaktion als Schlüssel zur Welt – Das Affolter-Modell® ...	194
	<i>Birgit Adam-Küllsen</i>	
10.4.1	Zwei Arten des Führens .....	195
10.4.2	Nonverbale Informationen und Sprache .....	197
10.4.3	Entstehung, Verbreitung und Lernwege .....	197
10.4.4	Fazit .....	198
10.5	Musik und Musiktherapie im Umgang mit Demenzerkrankten .....	199
	<i>Andras Blase</i>	
10.5.1	Intrusionen .....	199
10.5.2	Musiktherapie – konzentrationsfördernd, stimmungsaufhellend, antidepressiv wirkend, heilend .....	200
10.5.3	Musiktherapie im institutionellen Kontext – eine Zusammenfassung .....	201
10.6	Demenz im Krankenhaus .....	202
	<i>Jochen Gust</i>	
<b>11</b>	<b>Die Last des Lebens meistern: Umgang mit Depression und Suizidalität</b> ....	<b>206</b>
	<i>Reinhard Lindner</i>	
11.1	Definition .....	206
11.2	Epidemiologie .....	206
11.3	Ätiologie .....	207

11.4	Klinisches Bild .....	207
11.5	Diagnostik .....	208
11.6	Differenzialdiagnose .....	208
11.7	Suizidalität im Alter .....	209
11.8	Allgemeine Handlungsoptionen bei Depression und Suizidalität .....	210
11.9	Interaktionen bei Depression und Suizidalität .....	211
	11.9.1 Konflikthaftes Miteinander .....	211
	11.9.2 Das Problem kann nicht verhandelt werden .....	211
	11.9.3 Kontaktvermeidung .....	212
11.10	Die langfristige Behandlung von Depression und Suizidalität .....	212
	11.10.1 Medikamentöse Therapie .....	212
	11.10.2 Psychotherapie .....	212
	11.10.3 Besonderheiten der Behandlung der Suizidalität .....	213
11.11	Entstehung, Entwicklung und Verbreitung .....	213
11.12	Fazit .....	214
<b>12</b>	<b>Nähe und Vertrauen herstellen .....</b>	<b>216</b>
12.1	Kommunikation, Beziehungsarbeit, Für- und Selbstsorge .....	216
	<i>Beate Stiller</i>	
	12.1.1 Das kotverschmierte Thermometer .....	216
	12.1.2 Eine Patientin verliert die Zuversicht .....	218
	12.1.3 Zusammenfassung .....	221
12.2	Basale Stimulation® – eine Grundidee menschlicher Begegnung .....	222
	<i>Marianne Pertzborn, Michael Goßen</i>	
	12.2.1 Häufige Verhaltensweisen demenziell veränderter Menschen und Interventionsmöglichkeiten durch Basale Stimulation® ...	225
	12.2.2 Abschließende Betrachtungen .....	233
	12.2.3 Forschung, Fort- und Weiterbildung .....	233
<b>13</b>	<b>Zuwendung am Ende des Lebens: Palliative Care .....</b>	<b>235</b>
	<i>Christel Ludewig</i>	
13.1	Geschichte und Entwicklung von Hospizarbeit und Palliative Care...	235
13.2	Grundsätze von Hospizarbeit und Palliative Care .....	236
13.3	Palliative Geriatrie .....	237
	13.3.1 Körperliche Bedürfnisse .....	239
	13.3.2 Psychosoziale Bedürfnisse .....	240
	13.3.3 Spirituelle Bedürfnisse .....	241
13.4	Qualifikationen in Palliative Care .....	242
13.5	Ausblick .....	243
<b>14</b>	<b>Bildung und Qualifikation .....</b>	<b>245</b>
	<i>Marion Rehm, Wolfgang Schwibbe</i>	
	<b>Autorenverzeichnis .....</b>	<b>254</b>
	<b>Stichwortverzeichnis .....</b>	<b>263</b>