

■ Nach der Akut-Behandlung in die Geriatriische Klinik?

Wenn ein Gesundheits-Problem andere nach sich zieht

Manche Patienten werden nach der Behandlung ihrer Akuterkrankung in die Geriatriische Klinik des Sankt Katharinen-Krankenhauses verlegt, nicht allen ist klar, in welchen Fällen das geschieht und warum. Tatsächlich gibt es dafür bestimmte Kriterien, das Alter ist dabei wesentlich. In der Inneren Medizin, der Neurologie, Chirurgie und anderen Abteilungen des Sankt Katharinen-Krankenhauses erhalten die Patienten eine indikationsbezogene Akutbehandlung, z.B. bei einem Herzinfarkt, einem Schlaganfall oder einem Oberschenkelhalsbruch. Danach sind sie „aus der Gefahrenzone“ raus und auf einem guten Weg. Ältere Patienten indes sind nach dieser Akutbehandlung längst nicht wieder so hergestellt, dass sie nach Hause gehen könnten, insbesondere wenn sie zusätzliche Erkrankungen haben. Ein Problem zieht überdies oft das andere nach sich:

nach schweren Erkrankungen und Lebensereignissen sind es auch die Folge- und Begleiterscheinungen, die fachübergreifend weiterbehandelt werden müssen. Entgleisung von Blutzucker oder Blutdruck, vorübergehende postoperative Verwirrheitszustände, Schmerzen, eingeschränkte Mobilität – damit kann ein Patient nicht nach Hause entlassen werden. „Da sind wir Geriater gefordert, die Behandlung aus einer Hand fortzuführen, gerade wenn es sich um mehrere Beschwerden und Defizite aus verschiedenen medizinischen Fachgebiete-



ten handelt. Alte Menschen haben nun mal diverse Krankheiten gleichzeitig“ erklärt **Chefarzt Dr. Leonhard Fricke** den „Normalfall“ in einer Geriatrie. In diesem Zusammenhang spricht er auch von der Bereitschaft, jederzeit geriatrische Konsile in anderen Fachabteilungen im Haus durchzuführen, auch wenn Patienten nicht in die Geriatrie weiterverlegt werden, diese interne Vernetzung dient vor allem dem Patienten. Dr. Fricke erhält aber nicht nur Zuweisungen aus dem eigenen Haus, sondern auch aus vielen anderen Kliniken Frankfurts und Umgebung – die Notwendigkeit einer „fallabschließenden Behandlung“ gibt es überall.

Chancen nutzen, Therapie-Möglichkeiten ausschöpfen

„Eine schnelle Verlegung in die Geriatrie ist ganz im Sinne des Patienten. Er bekommt hier neben der ärztlichen Weiterbetreuung eine wesentlich intensivere zielgerichtete Therapie“ betont Dr. Fricke. Es geht immer auch darum, längerfristige Bettlägerigkeit oder dauerhafte Einschränkungen abzuwenden. In einer Geriatrie



arbeiten ob der intensiven Therapie-konzepte wesentlich mehr Therapeuten. Sie wirken als multiprofessionelles Team zusammen und ziehen an einem Strang. Schon sehr frühzeitig beginnen sie mit aufeinander abgestimmten Maßnahmen wie Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, ebenso neuropsychologischen Behandlungen, Diätberatung und Seelsorge. Der Sozialdienst plant frühzeitig die Weiterversorgung nach der Entlassung, z.B. durch ambulante Dienste. Als Übergang steht auch die Akutgeriatrische Tagesklinik zur Verfügung. Ausgesprochenes Ziel ist immer, den eingeschränkten Patienten in eine selbstbestimmte Lebensweise zurückzuführen, wenn möglich.

Beispiel: Operationsfolgen und Multimorbidität

Inge K. (79) wurde aufgrund verschleißbedingter, degenerativer Veränderungen an der Wirbelsäule operiert. Sie war danach zunächst nicht in der Lage, aufzustehen, sich zu waschen und anzukleiden. Hinzu kam ein chronisches Schmerzsyndrom. Aufgrund jahrelang hochdosierter Schmerzmittelgabe hatte sie als Nebenerkrankung eine Niereninsuffizienz entwickelt, zudem bestand eine Herzinsuffizienz. Kurz nach ihrer Aufnahme bekam sie Fieber und Wassereinlagerungen in der Lunge, was eine beginnende Pneumonie verursachte. Zunächst stand die internistisch-kardiologische Weiterbehandlung im Vordergrund, zahlreiche Untersuchungen und eine vielfältig medizinische Behandlung waren not-

wendig, darunter Infusionstherapie mit entwässernden Medikamenten, Antibiotika, Sauerstoffgabe, Atemtherapie, eine an die Niereninsuffizienz angepasste Schmerztherapie und eine Optimierung der Herzmedikation, die das bereits schwache Herz stärkt. In der geriatrischen Therapie wurde die Patientin frühzeitig mobilisiert, um eine dauerhafte Bettlägerigkeit zu vermeiden. Nach dem individuell erstellten geriatrischen Behandlungskonzept wurden insbesondere ihre Kraft und Ausdauer gestärkt, so dass sie wieder gehen und zuletzt sogar Treppensteigen konnte. Nach einer Übergangszeit in der Tagesklinik, in der sie ihre Alltagskompetenzen weiter trainieren konnte, lebt sie heute wieder selbstbestimmt zuhause – ein „Pflegefall“ konnte abgewendet werden.

Eine typische Einweisungsdiagnose in die Geriatrie könnte auch so lauten: heimatnahe Mobilisationstherapie nach Oberschenkelhalsbruch, akutmedizinische Betreuung aufgrund internistischer, neurologischer oder anderer Erkrankungen, in der Regel über 65 Jahre alt. Tatsächlich liegt das Durchschnittsalter in der Geriatrie bei 79 Jahren.

Beispiel: Desorientiert nach Herzinfarkt

Vor seinem Herzinfarkt war Karl S. (90) noch recht gesund, er lebte zuhause, konnte sämtliche Alltagshandlungen selbstständig ausführen, war auch geistig noch rege und ein sanftmütiger Mensch. 10 Tage nach seinem erlittenen Herzinfarkt mit Behandlung im Katheterlabor wurde er zur Weiterbehandlung in die Geriatrie verlegt. Hier lag er darnieder, war desorientiert, verwirrt und zweitweise so extrem aggressiv, dass selbst Pflegekräfte an ihre Grenzen stießen. Als Nebenerkrankung hatte er Diabetes mellitus – eine Zuckerentgleisung hatte seinen Verwirrheitszustand begünstigt. Zudem wurde hier eine Schilddrüsenunterfunktion diagnostiziert, die bisher nicht bekannt war. In der Geriatrischen Therapie wurde er unter Berücksichtigung seiner eingeschränkten Herzleistung mobilisiert, so dass er jetzt selbstständig sein Bett verlassen und sich mit einer Gehhilfe wieder fortbewegen kann. Seine Aggressivität konnte mit einem vorübergehend

verabreichten Neuroleptikum gedämpft werden, die Erholung von dem Stress im Akutstadium zeigte Wirkung. Unter einer begleitenden neuropsychologischen Behandlung, die Umstellung von Medikamenten und einer verbesserten Flüssigkeitsbilanzierung konnte er seine Orientierung wieder erlangen, seine Konzentrations- und Merkfähigkeit verbessern. Am Ende war tatsächlich eine Entlassung nach Hause möglich, was bei Aufnahme unmöglich erschien. Andernfalls wäre er eventuell in der Psychiatrie gelandet. Stattdessen lebt er jetzt wieder daheim – unterstützt von einem ambulanten Pflegedienst.

Beispiel: Lähmungserscheinungen und Sprechstörung

Hilde G. (76) hatte rechtsseitige Lähmungserscheinungen. Mit Verdacht auf Schlaganfall wurde sie in der Stroke Unit aufgenommen und akutbehandelt, was die Folgen des Schlaganfalles deutlich minderte und sogar die Lähmungserscheinungen fast eliminieren konnte. Trotzdem hatte sie massive Gangstörungen, die rechte Hüfte, das rechte Bein versagten ihren Dienst – auch wegen ihrer Hüftarthrose. Zudem hatte sie eine „verwaschene Sprache“. Als Nebenerkrankung hatte sie ein ausgeprägtes Schmerzsyndrom, verursacht durch Arthrose an Hüfte, Knie und Wirbelsäule. Ihre Herzmedikation war „gut eingestellt“, hier war kein Handlungsbedarf. In der Geriatrie wurde sie intensiv physiotherapeutisch und ergotherapeutisch nach Bobath behandelt, ihre Sprechstörung therapierte man mit täglicher Logopädie. In der Zieldefinition wurde zunächst die „gelähmte Seite“ forciert aktiviert und trainiert sowie das Gehen neu geübt. Bei der Entlassung konnte sie selbstständig aufstehen und sich mit Hilfe eines Gehwagens sicher fortbewegen. Ihre Sprechstörung hat sich vollständig zurückgebildet, die Schmerztherapie konnte so optimiert werden, dass sie keine Schmerzen ertragen muss. Hilde G. hat es geschafft! Mithilfe eines ambulanten Pflegedienstes und einer Haushaltshilfe, die der Sozialdienst initiiert hatte, kann sie weiterhin zuhause leben.

„Das sind die schönen Momente in der Geriatrie“ kommentiert Dr. Leonhard Fricke

diese Beispiele und erzählt von einem Patienten, der im Hufeland-Haus wohnt und den er gelegentlich sieht. „Er kam in einem absoluten Verwirrheitszustand hierher.

Wir konnten seine zahlreichen Medikamente auf 3 reduzieren. Heute diskutiert er mit mir über die Finanzkrise.“ Wenn das keine Antwort auf die Frage ist, warum ein

Patient in der Akutgeriatrie weiterbehandelt werden muss!

Weitere Informationen: Sekretariat Dr. Leonhard Fricke Tel. 069-4704-400