

Inhalt

Geleitwort	7
<i>Hans Peter Meier-Baumgartner</i>	
Vorwort	9
<i>Marion Rehm, Wolfgang Schwibbe</i>	
Abkürzungsverzeichnis	19
Einleitung	23
<i>Marion Rehm, Wolfgang Schwibbe</i>	
1 Haltung, Handwerk und Holistik – Geriatrie und die Grundfragen des Lebens	29
<i>Werner Vogel</i>	
1.1 Stationen der Geriatrie in Deutschland	37
<i>Marion Rehm, Wolfgang Schwibbe</i>	
2 Mensch und Krankheit im höheren Lebensalter	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
3	Interdisziplinarität, therapeutisches Team und der Umgang mit den »Schnittstellen« sowie Erläuterungen zur »Aktivierend-therapeutischen Pflege in der Geriatrie« (ATP-G)	91
	<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
4	Der geriatrische Patient	100
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

5	Haltung und Bewegung: Immobilität, Instabilität und Unsicherheit im höheren Lebensalter	116
	<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
6	Der orale Trakt: Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen als zentrale Einschränkung seiner besonderen Funktionsvielfalt	134
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
7	Mit Scham belegt: Kontinenzverlust und Inkontinenz	156
	<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 Pflegenden	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
8	Medikamente im Alter: Polypharmazie und die Rolle der Pflege	165
	<i>Frank Hanke</i>	
8.1	Anstelle einer Einführung	165
8.2	Multimorbidität, Iatrogenesis und Unerwünschte Arzneimittelereignisse	165
8.3	Polypharmazie – Was ist das?	167
8.3.1	Ursachen der Polypharmazie	167
8.3.2	Multiatrogenität 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
9	Schmerz	173
	<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

10	Kognition und Bewusstsein	178
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>	
11	Die Last des Lebens meistern: Umgang mit Depression und Suizidalität	206
	<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
12	Nähe und Vertrauen herstellen	216
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
13	Zuwendung am Ende des Lebens: Palliative Care	235
	<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
14	Bildung und Qualifikation	245
	<i>Marion Rehm, Wolfgang Schwibbe</i>	
Autorenverzeichnis	254
Stichwortverzeichnis	263