

Sachdokumentation:

Signatur: DS 1596

Permalink: www.sachdokumentation.ch/bestand/ds/1596



Nutzungsbestimmungen

Dieses elektronische Dokument wird vom Schweizerischen Sozialarchiv zur Verfügung gestellt. Es kann in der angebotenen Form für den Eigengebrauch reproduziert und genutzt werden (private Verwendung, inkl. Lehre und Forschung). Für das Einhalten der urheberrechtlichen Bestimmungen ist der/die Nutzer/in verantwortlich. Jede Verwendung muss mit einem Quellennachweis versehen sein.

Zitierweise für graue Literatur

Elektronische Broschüren und Flugschriften (DS) aus den Dossiers der Sachdokumentation des Sozialarchivs werden gemäss den üblichen Zitierrichtlinien für wissenschaftliche Literatur wenn möglich einzeln zitiert. Es ist jedoch sinnvoll, die verwendeten thematischen Dossiers ebenfalls zu zitieren. Anzugeben sind demnach die Signatur des einzelnen Dokuments sowie das zugehörige Dossier.

Hochbetagte Menschen mit Mehrfacherkrankungen

Typische Fallbeispiele aus der geriatrischen Praxis

Eine Massnahme zur Verbesserung der koordinierten Versorgung

Irène Dietschi, im Auftrag
des Bundesamts für Gesundheit



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG



Koordinierte Versorgung

Wissen teilen. Gemeinsam planen.
Patienten stärken.

Hochbetagte Menschen mit Mehrfacherkrankungen

Typische Fallbeispiele aus der geriatrischen Praxis

Irène Dietschi
im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit

Inhalt

<i>Einführung</i>	4
<i>Die hochbetagte Patientin / der hochbetagte Patient</i>	5
<i>Interprofessionelle Zusammenarbeit</i>	5
<i>Beteiligte Berufsgruppen</i>	6
<i>Patientenbeispiele</i>	7
<i>1 Der Desorientierte: Herr W., 85</i>	8
<i>2 Der Einsame: Herr B., 78</i>	12
<i>3 Der Traumatisierte: Herr O., 84</i>	18
<i>4 Die Migrantin: Frau F., 84</i>	24
<i>Behandlungsziele in sieben Schritten</i>	28
<i>Schlagwortverzeichnis</i>	29

Einführung

Hochbetagte Menschen mit Mehrfacherkrankungen sind vielerorts die grösste Patientengruppe in Spitalabteilungen, Pflegeheimen, Hausarztpraxen oder bei Spitex und anderen Diensten der häuslichen Pflege. Die Betreuung und Behandlung dieser Patientinnen und Patienten können sehr komplex sein: Krankheitsspezifische Symptome werden überlagert von altersbedingten Funktionseinschränkungen, Gebrechlichkeit, psychiatrischen und kognitiven Problematiken oder medikamentöser Fehl- bzw. Überversorgung. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird die Anzahl der hochbetagten, multimorbiden Patientinnen und Patienten voraussichtlich auch in Zukunft steigen.

Die vorliegende Broschüre, die auch als digitales interaktives Produkt erscheint, fokussiert auf diese Patientengruppe: Anhand von typischen Fallbeispielen vermittelt sie auf anschauliche Art geriatrisches Grundwissen und zeigt zudem, wie die Zusammenarbeit berufsgruppen- und sektorenübergreifend erfolgt.

Dieses Produkt ist für Fachpersonen in Spitälern, Alters- und Pflegeheimen und in der ambulanten Versorgung gedacht und soll helfen, geriatrisches Wissen praxisnah und zuverlässig zur Verfügung zu stellen. Auch für Schulungszwecke kann es eingesetzt werden. Diese Massnahme des Bundesamts für Gesundheit BAG soll dazu beitragen, die koordinierte Versorgung für (hoch-)betagte, multimorbide Menschen zu verbessern.¹

Das Bundesamt für Gesundheit dankt den Autorinnen der Fallbeispiele Barbara Bucher, Hélène Jaccard Ruedin, Henny Messerli, Jacqueline Minder sowie der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie SGAP, der Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG sowie der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie SGG für ihre wertvolle Fachexpertise und Unterstützung.

¹ Bundesamt für Gesundheit (BAG): www.bag.admin.ch/koordinierte-versorgung



Hochbetagte Menschen mit Mehrfacherkrankungen

Typische Fallbeispiele aus der geriatrischen Praxis

Die hochbetagte Patientin / der hochbetagte Patient

Wenn von hochbetagten Patientinnen und Patienten die Rede ist, denken viele an Personen, die 80 Jahre oder älter sind. Die durchschnittliche geriatrische Patientin bzw. der Patient ist über 70 Jahre alt, eine fixe Altersgrenze gibt es aber nicht. Denn wie gesund eine Person letztlich ist, hängt nicht nur vom Alter allein ab. Viel entscheidender sind die Vitalität eines Menschen sowie die Konsequenzen der Risikofaktoren und Krankheiten, die sich über das ganze Leben ausgewirkt haben. Diesbezüglich gibt es grosse Unterschiede unter den Menschen dieser Altersgruppe; sie müssen deshalb immer individuell behandelt und betreut werden. Gleichzeitig ist ein ganzheitlicher Ansatz nötig, weil viele Patientinnen und Patienten an mehreren, meist chronischen Krankheiten leiden.

Trotz der Unterschiede sind bei hochbetagten Patientinnen und Patienten typische Krankheitsbilder zu beobachten – man spricht von geriatrischen Syndromen. Diese Syndrome entstehen auf dem Boden unterschiedlicher fortschreitender Grunderkrankungen sowie der Interaktionen zwischen mehreren Erkrankungen. Sie sind häufig, können zusammen auftreten, beeinflussen sich gegenseitig und sind mit der Zunahme der Pflegebedürftigkeit verbunden. Häufige Syndrome sind Gebrechlichkeit, Seh- und Hörminderung, Unterernährung, Sturzereignisse mit Frakturen, Schwindel, Inkontinenz und Einsamkeit. Ferner gelten Depression und Ängste sowie demenzielle Erkrankungen, die mit zunehmendem Alter häufiger werden, ebenfalls als geriatrische Syndrome. Schliesslich gehört zu dieser Liste auch das Delir – ein vorübergehender Verwirrungszustand, der oft bei schweren körperlichen Erkrankungen ausgelöst wird.

Geriatrische Patientinnen und Patienten sind oft sehr fragil: Ihnen fehlen körperliche und psychische Reserven. Ein banales Ereignis kann auf komplexe Art die Gesamtgesundheit einer Person beeinträchtigen, und oft brauchen Betroffene sehr lange, um eine Erkrankung oder einen Unfall zu überwinden. Im schlimmsten Fall löst das

Ereignis eine Kettenreaktion weiterer Komplikationen aus, die eine gesundheitliche Abwärtsspirale und zunehmende Pflegebedürftigkeit nachziehen. Interprofessionelle Interventionen in- und ausserhalb des Spitals haben das Ziel, solche Entwicklungen aufzufangen oder zumindest zu dämpfen.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten gelingt am angemessensten über interprofessionelle Zusammenarbeit. Diese orientiert sich an einem ganzheitlichen Ansatz, der nebst medizinischen Interventionen beispielsweise auch soziale Unterstützung bietet und die Lebensqualität der Patientin, des Patienten zu verbessern versucht. Wobei, wie der ehemalige Chefarzt der Universitären Klinik für Akutgeriatrie des Zürcher Stadtpitals Waid, Daniel Grob, unterstreicht: «Der Patient entscheidet was er unter Lebensqualität versteht.»²

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat 2014 die Charta «Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen» veröffentlicht.³ Darin hält die SAMW unter «Prinzipien» fest:

«Im Zentrum der Gesundheitsversorgung stehen die Patientin bzw. der Patient. Dies bedeutet, dass die edukativen, beratenden, präventiven, diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen, rehabilitativen und palliativen Leistungen aller benötigten Berufsleute aufeinander abzustimmen sind. Die Verantwortung wird entsprechend den fachlichen Kompetenzen wahrgenommen. Die gegenseitige Information ist jederzeit gewährleistet, die Arbeit basiert auf gegenseitigem Respekt und gemeinsam definierten, anerkannten Standards.

Die Ziele einer solchen Gesundheitsversorgung sind der gleichberechtigte Zugang der Bevölkerung zu Gesundheitsleistungen, dies in guter Qualität, mit hoher Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie Effizienz. Sie ist

² Daniel Grob: Aktuelle Herausforderungen in der Spitalbehandlung hochaltriger Menschen – eine Praxis-Sicht. In: *Therapeutische Umschau* 2017, 74(2), 61–66.

³ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. Charta – Zusammenarbeit der Fachleute im Gesundheitswesen 2014.

damit Teil einer ‚nachhaltigen Medizin‘, die sich an den Kriterien der Evidenz, der Ethik und der Ökonomie orientiert.»

Damit interprofessionelle Zusammenarbeit gelingt, sind gemäss der Charta der SAMW im Alltag fünf Kernelemente zu berücksichtigen:⁴

1. Die Bedürfnisse der Patientinnen, Patienten und ihrer Angehörigen stehen im Zentrum. Sie sollen als Partner eingebunden werden.
2. Geklärte Rollen und Verantwortlichkeiten. Im konkreten Arbeitsalltag muss geklärt sein, wer welche Kompetenzen wahrnimmt und zum Beispiel für den Lead einer komplexen Patientensituation verantwortlich ist.
3. Gute Koordination. Interprofessionelle Teams müssen frühzeitig festlegen, wer zwischen den beteiligten Fachpersonen und Freiwilligen koordiniert.
4. Gegenseitiger Informationsaustausch. Informationen unter den Beteiligten müssen kontinuierlich fliessen, sowohl vor Ort (z.B. im Spital) wie auch bei den Übergängen (z.B. Ein- oder Austritt ins Spital).
5. Vorausschauende Planung. Interprofessionelle Teams müssen die Behandlung und Betreuung frühzeitig und vorausschauend planen. Ein strukturiertes Modell zur Entscheidungsfindung kann im Alltag helfen, Therapieziele zu definieren, die auf dem Verstehen und der Kenntnis des Patienten und seinen Wünschen basieren.

⁴ ebd.; siehe auch: Bundesamt für Gesundheit (BAG): Das interprofessionelle Team in der Palliative Care. Die Grundlage einer bedürfnisorientierten Betreuung und Behandlung am Lebensende. Bern 2016.

Beteiligte Berufsgruppen

Die **Pflege** leistet sowohl stationär als auch ambulant einen wesentlichen Beitrag, um hochbetagte Patientinnen und Patienten zu versorgen. Pflegende verfügen über ein hohes Fachwissen und decken ein breit gefächertes Aufgabenspektrum ab, von der Körperpflege über die Frührehabilitation bis hin zu spezialisierten Kommunikationsformen etwa bei Personen, die an Demenz erkrankt sind. Auch koordinierende Aufgaben zwischen den beteiligten Berufsgruppen übernehmen Pflegefachpersonen häufig, dies insbesondere in der ambulanten Versorgung (Spitex).



Die **Geriatric** oder Altersmedizin ist die medizinische Spezialmedizin, die sich mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst. Die geriatrische Medizin geht über einen organspezifischen Zugang hinaus und bietet zusätzliche Behandlungen in einem interdisziplinären Team an. Hauptziel ist die Optimierung des funktionellen Status des älteren Patienten/der älteren Patientin, mit Verbesserung der Lebensqualität und Autonomie. Die geriatrische Medizin ist nicht spezifisch altersdefiniert, konzentriert sich jedoch auf typische bei älteren Patienten auftretende Erkrankungen. Patientinnen und Patienten, die am meisten von der geriatrischen Spezialdisziplin profitieren, sind in der Regel 80-jährig und älter.⁵



In der **Gerontopsychiatrie**, auch Alterspsychiatrie genannt, werden Menschen in der zweiten Lebenshälfte mit psychischen Erkrankungen oder in Krisensituationen behandelt und begleitet. Dazu zählen Altersdepressionen, Demenzen wie Alzheimer, wahnhaftige Erkrankungen, Ängste oder Verlusterlebnisse. Während einige älter werdende Menschen schon ihr Leben lang an einer psychischen Erkrankung gelitten haben, erkranken andere im Alter erstmals. Manchmal treten psychische Leiden als Folge von körperlichen Erkrankungen auf.



⁵ Definition gemäss der Europäischen Union der medizinischen Spezialisten (Union Européenne des Médecins Spécialistes UEMS) 2008.

Die **Hausarztmedizin** ist für die ambulante Versorgung hochbetagter Patientinnen und Patienten zentral. Oft begleiten Hausärztinnen und -ärzte die Patientinnen und Patienten seit vielen Jahren. Sie sind für die Sicherstellung der Medikation und anderer Therapien zuständig. Auch bei der Schnittstelle Spital – ambulante Versorgung spielen Hausärztinnen und Hausärzte eine wichtige Rolle: Damit dieser Übergang funktioniert, sind der Informationsaustausch und die Kommunikation zwischen Spitalarzt/-ärztin und Hausarzt/-ärztin essentiell.



Therapien haben für viele hochaltrige und betagte Patientinnen und Patienten einen hohen Stellenwert, seien dies Physio- und Ergotherapie, Ernährungsberatung oder Logopädie. Therapeutische Unterstützung hilft den Betagten, Funktionen zu erhalten und länger selbstständig zu bleiben.



Die **Soziale Arbeit** spielt in der Altersmedizin eine wichtige Rolle, um soziale Problemlagen (auch finanzieller Art) von hochbetagten Patientinnen und Patienten vorzubeugen und/oder abzufedern. Diese Verantwortung nehmen insbesondere der Sozialdienst von Spitälern und Sozialberatungen in den Gemeinden wahr. Auch die **Seelsorge** trägt dazu bei, Hochbetagte sozial gut zu umsorgen, indem sie Bedürfnissen spiritueller Art begegnet.



Fallbeispiele

Die folgenden vier Fallbeispiele sind typische Fallgeschichten, wie sie im Alltag häufig vorkommen. Sie gestatten es, die erwähnten geriatrischen Syndrome in verschiedenen konkreten Situationen darzustellen. Die Beispiele sind dem realen Leben entnommen, die aus typischen Konstellationen und Verläufen zusammengesetzt sind. Die Ausgangslagen sind unterschiedlich: So klappt beim einen Beispiel die interprofessionelle Zusammenarbeit fast ideal, beim anderen fällt der Patient oder die Patientin buchstäblich durch die Maschen. Auch die Grenzen und (mögliche) Stolpersteine der integrierten Versorgung werden in den Geschichten aufgezeigt. Jedes Beispiel hat einen Schwerpunkt. Es sind dies die Pflege, die Geriatrie, die Gerontopsychiatrie und die Soziale Arbeit. Im Alltag sind häufig weitere Berufsgruppen beteiligt – therapeutische Berufe wie die Physio- oder Ergotherapie, die Seelsorge, Ernährungsberatung und insbesondere die Hausarztmedizin.

Die beschriebenen Personen sind in folgender Hinsicht typische Vertreterinnen und Vertreter ihrer Patientengruppe: Mit einer Ausnahme sind sie hochaltrig (80plus), hochbetagt und gebrechlich («frail elderly»); sie leiden an mehreren (chronischen) Krankheiten gleichzeitig («Multimorbidität»); sie sind von somatischen, psychischen, sozialen und funktionellen Einschränkungen betroffen; und sie benötigen eine koordinierte Versorgung sowie die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen, damit sie adäquat und bedürfnisorientiert behandelt und betreut werden.

Fallgeschichten



Kurzliste der Ereignisse

Herr W. (85),
Ehefrau, 5 Kinder
Zwei Herzoperationen vor
34 und 17 Jahren

Demenz, Fieber
Erbrechen
Hausärztin: Flüssigkeits-
mangel, Einweisung Spital

Apathie
Appetitlosigkeit
Abschottung von Ehefrau
und Familie
Urin-Inkontinenz
Gehprobleme
Ehefrau und Helfernetz
erschöpft
Tagesstätte und
Warteliste **Pflegeheim**

Zu Hause

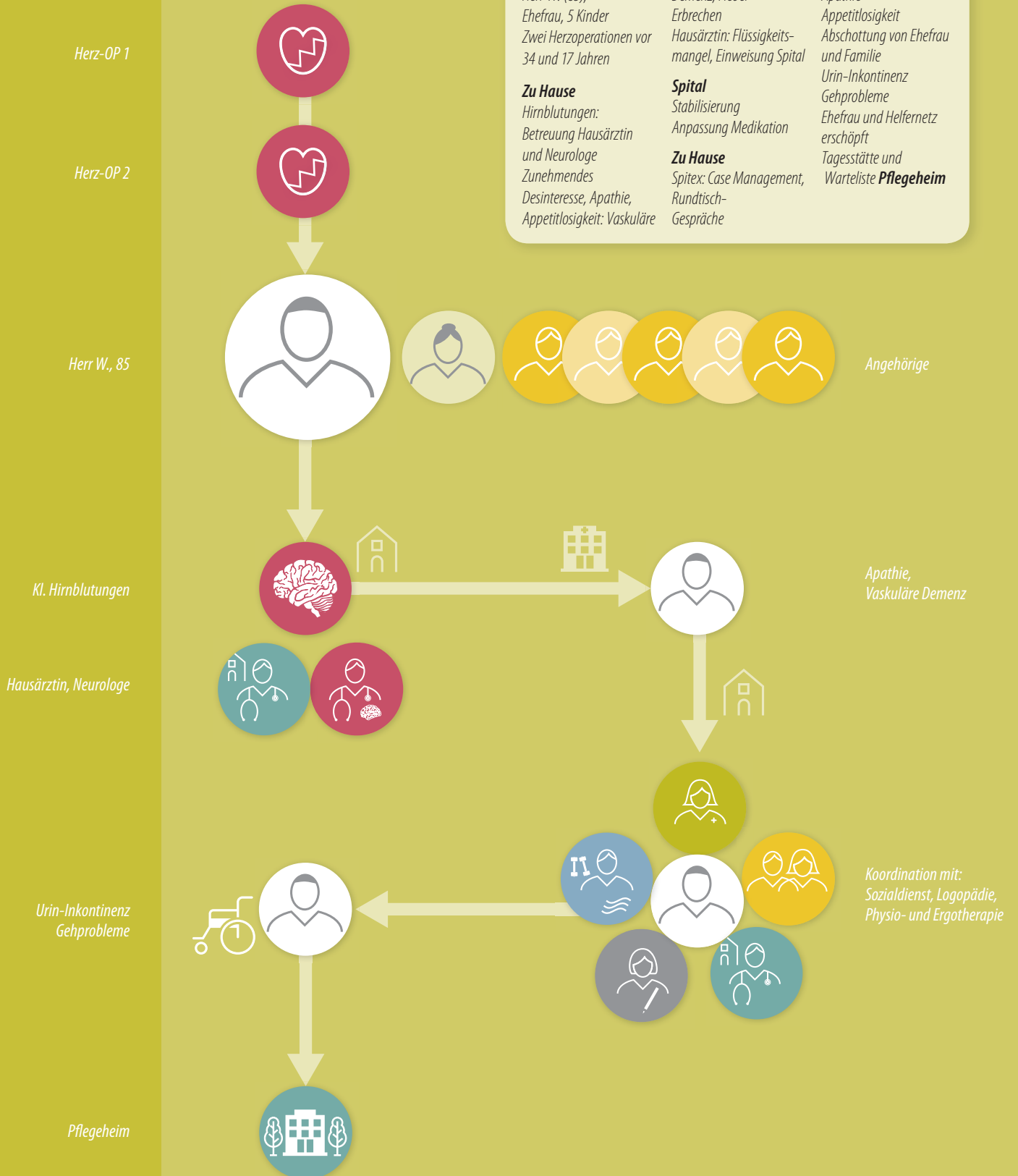
Hirnblutungen:
Betreuung Hausärztin
und Neurologe
Zunehmendes
Desinteresse, Apathie,
Appetitlosigkeit: Vaskuläre

Spital

Stabilisierung
Anpassung Medikation

Zu Hause

Spitex: Case Management,
Rundtisch-
Gespräche



1

Der Desorientierte

Ausgangslage

Herr W., 85-jährig, lebt mit seiner 83-jährigen Ehefrau in einem Appartement. Vor 34 Jahren wurde er am Herzen operiert. Deswegen durfte er seine Arbeit als Computerspezialist nicht mehr ausüben, er wurde frühpensioniert. Eine zweite Herzoperation wurde vor 17 Jahren nötig. Bis vor drei Jahren blieb er von weiteren Problemen oder Krankheiten verschont. Herr W. ist katholisch und reiste früher jährlich nach Lourdes. Das Ehepaar hat fünf Kinder. Vier wohnen in der Schweiz, zwei von ihnen in der Nähe. Die älteste Tochter lebt im Ausland.



Patientengeschichte

Vor drei Jahren erleidet Herr W. innerhalb von sechs Monaten drei kleinere Hirnblutungen. Diese lösen vorübergehende Sprachstörungen aus, die sich jeweils nach einigen Wochen zurückbilden. Herr W. wird durch die Hausärztin und den Neurologen betreut. Sein Zustand macht ihm trotzdem Angst, so dass er beschliesst, den Führerschein abzugeben. Dieser Schritt ist für ihn äusserst einschneidend, denn früher sind er und seine Ehefrau viel gereist.

Zunehmendes Desinteresse und Apathie prägen seitdem seinen Alltag, was auch Konsequenzen für die Ehefrau hat. Herr W. will nirgends mehr hinfahren, seine Gesprächsbereitschaft nimmt ab. Das Interesse an seinen Hobbys – er hat früher Dampflokotiven aus Messing konstruiert und in internationalen Zeitschriften Artikel publiziert – schwindet rasant. Schwierig für seine Frau ist, dass er immer weniger isst, obwohl sie ihm meistens seine Liebesspeisen zubereitet. Trinken will er auch nicht viel: Er sagt, dass ihm nichts mehr schmecke.

Als die beiden vor zwei Jahren wieder bei der ältesten Tochter in den Ferien weilen, bemerkt diese bei ihrem Vater **kognitive Veränderungen** und eine eigenartige, kleinschrittige Gangart. Er findet sich nicht mehr in ihrem Haus zurecht. Nach der Rückkehr konsultiert Herr W. die

Hausärztin, die ihn an den Neurologen verweist. Dieser diagnostiziert vaskuläre **Demenz**. Herr W. lehnt eine ausgedehnte Diagnostik ab. Die Ehefrau und Kinder können die Situation zunächst gut meistern.

Anfang letzten Jahres erkrankt er unerwartet mit hohem Fieber und Erbrechen. Am zweiten Tag wird die Hausärztin beigezogen, die Herrn W. ins Spital einweist: **Flüssigkeitsmangel** (Dehydratation) als Folge von Erbrechen unbekannter Ursache. Herr W. ist von der Hospitalisierung verstört und hat Angst, er müsse sterben. Die Familie organisiert sich im Spital wegen der akuten **Desorientiertheit** von Herrn W., damit er nicht allein ist. Nach sechs Tagen darf der Patient nach Hause zurückkehren. Seine Medikamente werden ab sofort aufs Minimum beschränkt.

Nach dem Spitalaufenthalt wird die **Spitex** eingeschaltet, welche das **Case Management** übernimmt. Die fallführende Spitex-Mitarbeiterin, die eng mit der Hausärztin zusammenarbeitet, organisiert mehrere Rundtisch-Gespräche mit den Angehörigen. Sie berät die Familie und koordiniert in der Folge die verschiedenen involvierten Professionen: Soziale Arbeit (Sozialdienst), Ernährungsberatung, Logopädie, Physio- und **Ergotherapie**.

Die Spitex ist täglich präsent: Seit Mitte letzten Jahres braucht Herr W. zunehmende Unterstützung bei der **Körperpflege**, unter anderem wegen Urin-Inkontinenz. Die Desorientiertheit nimmt stetig zu. Seit Anfang dieses Jahres werden das Essen und vor allem das Trinken ein tägliches Problem, da ihm nichts mehr schmeckt (ausser Süßes). Zudem verschluckt er sich bei allen Getränken. Die Apathie nimmt zu, und er spricht fast nicht mehr mit seiner Ehefrau, will seine Ruhe, schläft tagsüber sehr viel oder schaut Fernsehprogramme. Ein Telealarm wird von der Spitex organisiert.

Er hat zunehmend Schwierigkeiten beim Gehen und ist hier auf die tatkräftige Unterstützung seiner Frau angewiesen. Draussen benutzt er einen Rollstuhl. Im Haus kann er sich an guten Tagen selbst fortbewegen, ansonsten hilft ihm seine Ehefrau mit dem Rollstuhl. Die beiden Töchter, die in der Nähe wohnen, unterstützen die Eltern regelmässig.

Die Spitex übernimmt nun zweimal täglich die Körperpflege, doch er ist trotz Inkontinenzmaterial oft nass. Er besucht seit acht Monaten einmal pro Woche eine Tagesstätte. Die letzten Ferien bei der ältesten Tochter liegen sechs Monate zurück. Allen ist bewusst, dass er diese Reise ins Ausland wahrscheinlich zum letzten Mal unter-



nommen hat. Eine Fahrt nach Lourdes lässt seine körperliche Verfassung nicht mehr zu.

Die grosse **Mobilitätseinbusse** und seine Urin-Inkontinenz machen ihm Mühe. Von seiner Demenzerkrankung merkt er selber nicht viel, nur die Vergesslichkeit fällt ihm auf. Er sagt: «Ich weiss nicht mehr, wie es weitergehen soll.» Er hat Angst vor dem Tod und will noch nicht sterben. Zwischendurch sagt er, er wolle noch «viel erleben». Die Ehefrau ist sozial immer mehr isoliert. Wegen der zunehmenden Pflegebedürftigkeit kann sie ihren Mann nicht mehr alleine lassen. Sie ist froh um die Spitex, doch ihr und Herrn W. fällt es schwer, immer wieder «neue» Spitex-Mitarbeitende begrüßen zu müssen. Die Kontinuität fehlt. Als die Überforderung der Ehefrau überhandnimmt, stimmt Herr W. – ungerne – zu, fortan dreimal wöchentlich die Tagesstätte zu besuchen. Der Eintritt in ein Pflegeheim ist nicht mehr abwendbar. Herr W. steht auf der Warteliste für die bevorzugte Institution.

ANALYSE

Somatische und psychische Aspekte

Herr W. leidet bei seiner Hospitalisierung an einer fortgeschrittenen vaskulären Demenz. Demenzielle Erkrankungen treten typischerweise im höheren Alter auf. In der Schweiz sind von den 85- bis 89-jährigen etwa 26 Prozent der Bevölkerung von einer Demenz betroffen, bei den über 90-Jährigen über 40 Prozent.⁶ Bei unter 65-Jährigen den 60- bis 70-Jährigen liegt der Anteil bei weniger als 0.2% nur zirka 1 bis 3 Prozent.

Häufigste Form ist die Alzheimer-Erkrankung, gefolgt von der vaskulären Demenz. Die vaskuläre Demenz entsteht aufgrund von Durchblutungsstörungen im Gehirn, die lokal zu einem Absterben von Hirnzellen führen. Die Durchblutungsstörungen wiederum sind die Folge von Schädigungen der Blutgefässe – im Fall von Herrn W. wahrscheinlich durch die Hirnblutungen verursacht.⁷

Die körperlichen Symptome, an denen Herr W. leidet, sind typisch für das fortgeschrittene Stadium der Krankheit: geistiger Abbau, Apathie, Rückzug ins Schweigen. Der Erkrankte braucht Hilfe bei allen Verrichtungen des täglichen Lebens. Herr W. verliert die Kontrolle über Körperhaltung, Mobilität und Blase, bei manchen Patienten ist auch der Darm betroffen. Auch die Schluckstörungen, die Herrn W. plagen, sind häufig. Die bei Herrn W. aufgetretenen Symptome können bei hochbetagten Patientinnen und Patienten auch unabhängig von einer demenziellen Erkrankung vorkommen. Gebrechlichkeit, **Verwirrtheit**, Inkontinenz oder Ängste sind typische Herausforderungen im hohen Alter.

Soziale Aspekte

Das Ziel von Herrn W. und seiner Familie ist, mit professioneller Hilfe den Eintritt ins Pflegeheim so lange wie möglich hinauszuzögern. Der Verlauf seiner Krankheit ist langwierig und schleichend, und im Zeitverlauf müssen immer mehr Helferinnen und Helfer engagiert werden. Trotz des dicht gewobenen **Helfernetzes** und familiärer Unterstützung ist die pflegende Ehefrau überlastet und von ihren Sozialkontakten abgeschnitten. Die professionelle Hilfe garantiert keine Kontinuität («immer neue Spitex-Mitarbeitende») und trägt das Ehepaar schliesslich nicht mehr durch die Nächte. Die nächtlichen Schwierigkeiten sind der Auslöser, Herrn W. im Pflegeheim anzumelden.

⁶ Alzheimer Schweiz: Demenzprävalenz in der Schweiz. Bern 2017.

⁷ Alzheimer Schweiz: Demenzformen und Ursachen. 2017, <http://www.alz.ch/index.php/demenzformen-und-ursachen.html>

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Vor seinem Spitalaufenthalt wird Herr W. von der Hausärztin betreut. Der Neurologe behandelt ihn nach den Hirnblutungen und klärt die Demenz ab. Für die Ehefrau und die Kinder ist die Situation trotz des langsam zunehmenden Unterstützungsbedarfs noch tragbar. Vieles wird noch ermöglicht (z.B. Ferien), die Spitex ist nicht nötig.

Dann spitzt sich die Situation innerhalb kurzer Zeit zu: Wegen hohem Fieber und Erbrechen muss Herr W. hospitalisiert werden. Er kehrt zwar nach sechs Tagen wieder nach Hause zurück, aber fortan brauchen er und die Ehefrau Hilfe von vielen Seiten: den Sozialdienst für die Anfrage nach Ergänzungsleistungen; die Tagesstätte zur Entlastung der Ehefrau; die Logopädin und Ernährungsberaterin wegen der Schluckprobleme; wöchentliche Physiotherapie, um die Mobilität von Herrn W. zu erhalten; eine Beratung der Ergotherapeutin wegen seiner Feinmotorik-Einbussen; zweiwöchentliche Besuche des Pfarrers.

Stolpersteine und kritische Momente

Das Helfernetz funktioniert im Beispiel von Herrn W. im Grossen und Ganzen gut. Doch die ambulante interprofessionelle Unterstützung ist je nach Konstellation auch störanfällig. Mögliche Stolpersteine sind:

- Die beteiligten Fachpersonen versäumen es, jemanden für die Koordination zu bestimmen.
- Die Angehörigen sind überfordert, wollen oder können aber keine externe Hilfe zulassen.
- Die Angehörigen fühlen sich von den Fachpersonen nicht immer als gleichwertige Partner/Partnerinnen akzeptiert oder nicht ernst genommen.
- Die Behandlungsziele wurden nicht gemeinsam festgelegt. Zwischen Angehörigen und dem Helfernetz kommt es zu Konflikten bezüglich der Behandlungsziele.

Konkret kommt es bei Herrn W. zu folgenden kritischen Momenten:

- Die fehlende Kontinuität bei den Spitex-Mitarbeitenden ist problematisch. Kontinuität ist wichtig, denn sie stärkt das Vertrauen und die Sicherheit bei Patientinnen und Patienten und den Angehörigen.
- Unter den Fachpersonen übernimmt niemand den Lead, d.h. es fehlt z.B. ein Betreuungsplan, der für alle

sichtbar wäre und das Wissen bzw. die Probleme bündelte.

- Trotz Unterstützung nehmen bei den Betroffenen die Ängste überhand: vor Kosten, vor Abhängigkeit, vor dem Pflegeheim, vor dem Lebensende.

Die spezifische Rolle der Pflegefachpersonen

Die Spitex hat die Fallführung inne und koordiniert die verschiedenen Berufsgruppen. Auch fachspezifisch ist sie stark involviert:

Als die körperlichen Schwierigkeiten von Herrn W. zunehmen, übernimmt die Spitex zweimal täglich vollumfänglich seine Körperpflege. Durch die aufgetretene Inkontinenz braucht es Beratung, auch der Ehefrau. Die Inkontinenzsysteme werden mehrmals angepasst.

Die Beratung, Begleitung und Unterstützung der Ehefrau werden immer wichtiger. Hier steht die fallführende Pflegefachfrau zur Verfügung, die eng mit der Hausärztin zusammenarbeitet. Die Arbeit der involvierten Pflegefachpersonen ist individuell und situativ: Es gilt, die Situation zu Hause zu stabilisieren, die auftretende Symptomatik zu begleiten und Ressourcen zu erhalten.



SCHLUSSFOLGERUNG UND BOTSCHAFT

Entscheidend für das Gelingen der interprofessionellen Zusammenarbeit sind nach dem Spitalaufenthalt von Herrn W. die Rundtisch-Gespräche der Spitex mit den Angehörigen sowie der Konsens, wer das ambulante Helfer- resp. Unterstützungsnetz koordinieren wird. Im Fall von Herrn W. ist es die fallführende Spitex-Mitarbeiterin, in enger Absprache mit der Hausärztin. Prinzipiell können auch andere Berufsgruppen oder Organisationen diese Koordination (Case Management) übernehmen, beispielsweise die Pro Senectute, kantonale Krebs- und Lungenligen oder der Sozialdienst.



Kurzliste der Ereignisse

Herr B. (78), geschieden, keine Kinder, Raucher

Spitalaufenthalte

- 1. Oberschenkelamputation und Prothese vor 17 Jahren
 - 2. Dickdarmresektion, künstlicher Darmausgang vor drei Jahren
- Nach Spitalaustritt Gewichts- und Mobilitätsverlust, wiederholte kurze Spitalaufenthalte

Zu Hause

Spitex: Medikamenteneinnahme, organisiert Unterstützung
 Stomatherapeutin
 Ergotherapie: Rollstuhl

Sozialarbeiter: Antrag Hilflosenentschädigung
 Prothese Probleme: Mobilitätsverlust
 Verweigerung Mahlzeiten
 Gewichtsverlust
 Chronische Bronchitis
 Akute Schübe: Wiederholte Arztbesuche und Notfall-einweisungen (Spital): Einschaltung Geriatrie-Zentrum
 Spezialisiertes ambulantes geriatrisches Team organisiert Unterstützung,
 Geriaterin: Koordination (Lead)
 Physiotherapie: Atmung, funktionelle Aktivierung
 Ernährungsberatung
 Ergotherapie: Sicherstellung

Mobilität in Wohnung
 Panikattacken
 Medikation: Wechselwirkungen
 Schmerzen

Spital

Schmerzen
 Gürtelrose
 Panik
 Aneurysma: Gefahr Arterienriss
 Medikationsprobleme
 Mobiles spezialisiertes Palliative Care Team
 Patientenverfügung

Zu Hause

Akute chronische Bronchitis:
 Noteinweisung **Spital**: Tod

Oberschenkelamputation, Prothese



Herr B., 78

geschieden, keine Kinder

künstlicher Darmausgang



Prothese Probleme, Rollstuhl.
 Gewichtsverlust.
 Raucher, chronische Bronchitis
 Arztbesuche zu Hause.

Stomatherapeutin, Pflegefachperson, Ergotherapie, Sozialarbeit



Akuter Bronchitisschub und Schwäche



Panikattacken, Atembeschwerden



Gewichtsverlust, Druckgeschüre
 wiederholte Notfall-einweisungen:
 Geriatriezentrum evaluiert mit Arzt und Geriater

Tod im Spital



2

Der Einsame

Ausgangslage

Herr B., 78-jährig, hat während seiner Berufstätigkeit bei den lokalen Verkehrsbetrieben im unteren Kader gearbeitet. Der in erster Ehe verwitwete und in zweiter Ehe geschiedene Mann lebt allein in einer Drei-Zimmer-Wohnung. Er hat weder Kinder noch sonstige Familienangehörige und lebt zurückgezogen mit seiner Katze. Die einzigen Menschen, die ihn besuchen, sind ein Nachbar und eine 40-jährige Bekannte, die im benachbarten Ausland lebt und die er seit wenigen Jahren kennt. Er verbringt seine Tage damit, Dokumentarfilme oder Krimiserien im Fernsehen zu schauen. Als Luftfahrt-Fan begibt er sich manchmal zum nahen Militärflughafen, um die Militärflugzeuge zu beobachten.

**Patientengeschichte**

Herr B. wurde 2005 auf der Höhe des rechten Oberschenkels amputiert, blieb aber dank einer Beinprothese mobil und selbstständig. Phantomschmerzen konnten mit Methadon unter Kontrolle gebracht werden.

2014 wird Herr B. hospitalisiert und muss sich einer Dickdarmresektion mit Anlegen eines künstlichen Ausgangs unterziehen. Diese Hospitalisierung führt zu grossem **Gewichtsverlust**, und sein allgemeiner Zustand verschlechtert sich deutlich. Sie bildet den Anfang des **funktionalen Zerfalls** von Herrn B.: Er kehrt unterernährt nach Hause zurück und ist nicht in der Lage, wieder mobil zu werden, da seine Prothese nicht mehr auf den Stumpf passt. Da er zudem keine Physiotherapie gemacht hat, weist sein amputiertes Bein eine starre Beugung auf. Das Spital hat es unterlassen, ein **geriatrisches Assessment** von Herrn B. zu machen.

Die chirurgische Abteilung des Spitals übergibt der **Spitex** die Verantwortung für die ambulante Versorgung von Herrn B. Die Spitex organisiert darauf die Fachpersonen,

die Herrn B. zu Hause besuchen und unterstützen: Die **Stomatherapeutin** bringt ihm bei, mit dem künstlichen Darmausgang umzugehen und den Beutel selbst zu wechseln. Die Spitex-Mitarbeiterin hilft ihm, seine Medikamente korrekt einzunehmen, eine Pflegehelferin unterstützt ihn bei der Toilette, die **Ergotherapeutin** beschafft ihm einen Rollstuhl, und der Sozialarbeiter hilft ihm, Hilfen-Entschädigung zu beantragen. Es wird jedoch nichts unternommen, um die Prothese anzupassen, und Herr B. bewegt sich nun im Rollstuhl fort. Er kann sein Wohnhaus nicht verlassen, da die Aussentür zu schwer ist. Er verwaltet weiterhin seine Finanzen und bereitet selber seine Mahlzeiten zu. Seine Bekannte kümmert sich um seine Wäsche, den Haushalt und die Einkäufe. Wenn er das Haus verlassen muss, ruft er ein Taxi. Von der Spitex wird er als anspruchsvoller Patient eingeschätzt.

In den nachfolgenden 18 Monaten führt Herr B. ein relativ selbstständiges Leben, geht aber praktisch nie aus dem Haus. Er legt Wert darauf, in seiner Wohnung zu bleiben – wegen seiner Katze, aber auch, weil er so seinen Tagesrhythmus als Nachtmensch weiterführen kann. Er lehnt ins Haus gelieferte Mahlzeiten ab, weil er gern seine eigenen Mahlzeiten zubereitet. Diese decken jedoch seinen Bedarf nicht, und er verliert weiter an Gewicht. Er leidet seit Jahren an einer chronischen Bronchitis, die immer schlimmer wird, da er weiterhin **raucht**. Es kommt mehrmals pro Jahr zu akuten Schüben, die vom Hausarzt oder vom diensthabenden Arzt behandelt werden. Diese Ärzte werden regelmässig angefordert, wenn der Patient zu viel Schleimauswurf hat oder nicht richtig atmen kann. Sie kommen jeweils zum Patienten nach Hause.

Ab Mitte 2015 hat sein steter Gewichtsverlust schwerwiegende Auswirkungen auf seinen Gesundheitszustand: An Fersen und Gesäss entstehen Druckgeschwüre, die von der Stomatherapeutin untersucht und weiterverfolgt werden. Das Auswechseln der Verbände übernimmt die Spitex. Durch den Gewichtsverlust passt die Zahnprothese nicht mehr, was die Ernährung erschwert und die **Unterernährung** noch verstärkt. Der Zahntechniker kommt mehrmals zum Patienten nach Hause und nimmt eine Umbasierung der Prothese vor. Er stellt dem Patienten die Finanzierung sicher, indem er für Herrn B. Ergänzungsleistungen beantragt.

Als die Lage immer prekärer wird und Herr B. wiederholt die **Notaufnahme** aufsucht, wird das Geriatriezentrum des kantonalen Gesundheitsnetzwerks auf seinen Fall



aufmerksam. In der Folge besucht das ambulante geriatrische Team Herrn B. in seiner Wohnung. Die Evaluation bestätigt jedoch, dass Herr B. seinen Alltag noch gut und ohne bedeutende **kognitive Störungen** bewältigt. Herr B. äussert klar den Wunsch, in seiner Wohnung zu bleiben, obwohl er an grosser **Einsamkeit** leidet. Es werden Physiotherapie-Sitzungen eingeführt, um die Lungenfunktion und -kapazität von Herrn B. zu verbessern sowie die Beugung des rechten Beines zu reduzieren. Eine Ernährungsberaterin beurteilt die Ernährung des Patienten. Er zeigt sich wenig empfänglich für ihre Ratschläge, erklärt sich aber bereit, orale Nahrungsergänzungsmittel zu nehmen, wodurch es gelingt, das Gewicht zu stabilisieren. Die Ergotherapeutin beschafft ein Druckentlastungskissen und schlägt vor, die Schwelle seines Balkons anders anzulegen, damit der Patient mit dem Rollstuhl nach draussen fahren kann. Die Koordination der Pflegeleistungen wird in Absprache mit dem behandelnden Arzt durch die Geriaterin übernommen. In den folgenden Monaten wird Herrn B. wiederholt der Umzug in ein Pflegeheim vorgeschlagen. Doch er lehnt diese Möglichkeit vehement ab.

Der Gesundheitszustand von Herrn B. verschlechtert sich zusehends aufgrund verschiedener «Krisen», die wiederholt auftreten:

Ab Ende 2015 leidet Herr B. immer häufiger an **Panikattacken**, die sich durch Atembeschwerden äussern. Diese Attacken treten fast immer am Wochenende auf. Der Patient wendet sich dann an den diensthabenden Arzt oder an den medizinischen Notfalldienst, der ihn in die Notaufnahme bringt, was manchmal zu einer kurzen Hospitalisierung führt. Die **Medikation** der Panikattacken ist aus zwei Gründen schwierig: Erstens besteht das Risiko medikamentöser Wechselwirkungen mit dem Methadon. Zweitens wies Herr B. in den Vergangenheit eine **Benzodiazepinabhängigkeit** auf, und man möchte vermeiden, dass es wieder dazu kommt, zumal der Patient sich nicht gut an die Dosierungen der verschriebenen Medikamente hält. Zu seiner Beruhigung kommt am Abend und am Wochenende häufiger jemand von der Spitex vorbei, damit er Gesellschaft hat.

Im Frühling 2016 verkomplizieren sich die Panikattacken durch das Auftreten von **Schmerzen** mit unterschiedlichen Ursachen: Der Patient entwickelt zuerst eine Gürtelrose im Brustbereich mit heftigen lokalen Schmerzen, die seine Panik verstärken. Er wird für die Schmerzbe-

handlung kurz hospitalisiert. Leider treten kurze Zeit nach seiner Rückkehr nach Hause Schmerzen in der rechten Leiste auf. Diese sind auf ein **Aneurysma** der Beinschlagader im amputierten Oberschenkel zurückzuführen. Das Aneurysma vergrössert sich stetig, und es besteht ein hohes Risiko eines Arterienrisses. Trotzdem verzichten Herr B. und die hinzugezogenen Gefässchirurgen aufgrund des schlechten Allgemeinzustandes auf einen Eingriff.

Das Aneurysma verursacht immer heftigere Schmerzen, die den Schlaf von Herrn B. stören und eine Neudosierung der Schmerzmittel erfordern. Der Patient hat zudem Schwierigkeiten, das Morphin richtig einzunehmen. Er nimmt es unregelmässig und in unterschiedlichen Dosen.

Eine Evaluation durch das mobile **Palliative Care** Team wird organisiert, damit man sich zu Hause auf einen möglichen Riss des Aneurysmas vorbereiten kann. Diese Möglichkeit des **Advance Care Planning** wird mit Herrn B. besprochen. Ein **Notfall-Kit** wird vorbereitet, damit die Spitex bei Bedarf intervenieren kann. Herr B. setzt seine **Patientenverfügung** und sein Testament auf.

Er muss schliesslich im August 2016 wegen eines akuten Schubes seiner chronischen Bronchitis wieder hospitalisiert werden. Er verstirbt einige Tage später im Spital, kurz nachdem er erkannt hat, dass er nun zu schwach ist, um in seine Wohnung zurückzukehren.

ANALYSE

Somatische und psychische Aspekte

Herr B. wird aufgrund einer chirurgischen Indikation am Darm operiert. Das organspezifische Problem ist zunächst behoben, doch der Patient erleidet durch die Behandlung etlichen Schaden: Er verliert massiv an Gewicht und ist fortan chronisch mangelernährt. Sein amputierter Oberschenkel lässt nach der Operation den Gebrauch der Prothese nicht mehr zu, und Herr B. büsst sein Gehvermögen ein. Die Fachpersonen auf der chirurgischen Abteilung fokussieren sich ausschliesslich auf den Darmeingriff, aber lassen seine übrigen Gesundheitsprobleme ausser acht – neben dem Gewichtsverlust und dem schwer in Mitleidenschaft gezogenen Oberschenkel auch die chronische Bronchitis, seine Nikotin- und Medikamentensucht, die Muskelschwäche. Auf frührehabilitative Massnahmen wird verzichtet, Physiotherapie lehnt Herr B. ab.

Da Herr B. keine kognitiven Störungen aufweist, wird sein psychischer Zustand auf der Chirurgie als stabil eingeschätzt. Die ambulante Nachsorge von Herrn B. bleibt fragmentiert. Der Darmeingriff erweist sich als Ausgangspunkt einer gesundheitlichen Abwärtsspirale, die längerfristig zum funktionalen Zerfall von Herrn B. führt.

Soziale Aspekte

Als alleinstehender alter Mann ist Herr B. sozial isoliert, er pflegt kaum Kontakte mit anderen Menschen. Diese Isolation ist selbst gewählt: Er insistiert trotz seiner prekären Gesundheit auf dem Verbleib in seiner Wohnung und will seinen gewohnten Lebensrhythmus beibehalten. Seine Selbstbestimmung ist ihm sehr wichtig: Er will seine Finanzen eigenständig regeln, selber kochen, eine Katze halten usw. In seinem Fall ist kein soziales Umfeld vorhanden, das ihm als Ressource hätte dienen können. Angehörige oder Freunde hätten seinen funktionalen Zerfall möglicherweise stoppen und frühzeitig ein **Unterstützungsnetz** engagieren können.

Der Umzug in ein Pflegeheim kommt für Herrn B. nicht in Frage, dies widerspricht seiner Vorstellung eines selbstbestimmten Lebens. Er stützt sich während seines Krankheitsverlaufs voll und ganz auf ambulant tätige Fachpersonen.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Herr B. fällt während und nach der Darmoperation buchstäblich durch die Maschen. Die chirurgische Abteilung beauftragt zwar die Spitex, die ambulante Nachsorge des Patienten zu organisieren und die jeweiligen Fachpersonen aufzubieten. Aber es fehlt eine ganzheitliche Sicht auf seine Situation. Niemand übernimmt die Fallführung oder koordiniert die therapeutischen und pflegerischen Hilfeleistungen bei ihm zu Hause. Im Fall von Herrn B. hätte ein multidimensionales geriatrisches Assessment parallel zur chirurgischen Behandlung die Chancen erhöht, seinen funktionalen Status zu verbessern.

Bei Herrn B. wird dieses Assessment mit grosser Verspätung (anderthalb Jahre nach seiner Darmoperation), fast zufällig und zu einem Zeitpunkt erstellt, als die gesundheitliche Abwärtsspirale bereits fortgeschritten ist. Immerhin wird danach ein koordiniertes Helfernetz auf die Beine gestellt, und es gelingt, einige von Herrn B.s Einschränkungen vorübergehend zu lindern. Der Autonomie-Anspruch des Patienten und dessen Wunsch, in der eigenen Wohnung zu verbleiben, werden bis zuletzt respektiert.

Stolpersteine und kritische Momente

Die Fallgeschichte von Herrn B. ist über weite Strecken ein Negativbeispiel für die Behandlung von hochbetagten, multimorbiden Patientinnen und Patienten. Die koordinierte Versorgung scheitert an folgenden Punkten:

- Herr B. wird im Spital wie eine jüngere Person aus einer eindimensionalen, fachspezifischen Perspektive behandelt. Seine komplexe, multimorbide Situation wird übersehen.
- Obwohl Herr B. zum Zeitpunkt seiner Hospitalisierung 75 Jahre alt und fragil ist, wird er nicht als geriatrischer, sondern als «Standardpatient» angesehen. Die Spitalverantwortlichen unterlassen es, ein geriatrisches Assessment zu organisieren.
- Die Gerontopsychiatrie des Spitals bleibt aussen vor. Herr B. gilt als «schwieriger Patient». Fachpersonen hätten in seinem Verhalten wahrscheinlich Hinweise auf ein psychisches Problem erkannt und entsprechende Unterstützung beziehen können.
- Für die fachspezifische Versorgung nach dem Spitalaustritt wird zwar die Spitex beauftragt, aber die-



se initialisiert kein Rundtisch-Gespräch, an dem alle – auch der Hausarzt – an einem Tisch sitzen und die Zuständigkeiten (inklusive die Frage des Leads) klären würden. Der Patient muss sich selber helfen.

- Die Spitex ist nach der Darmoperation zwar involviert, lässt es aber bei ihrem von der Chirurgie verordneten Auftrag bewenden. Sie ergreift keine Initiative, um etwa die Frage der Fallführung von Herrn B. mit den involvierten Fachpersonen zu klären oder diese allenfalls selber zu übernehmen. Es entsteht keine interprofessionelle Zusammenarbeit.

Die spezifische Rolle der geriatrischen Fachpersonen

Das ambulante geriatrische Team tritt zu einem Zeitpunkt in Aktion, als in Herrn B.'s Behandlung schon vieles schiefgelaufen ist. Dennoch gelingt es den Fachpersonen, ein Helfernetz auf die Beine zu stellen, das sich um Herrn B.'s Beschwerden kümmert. Dank fachspezifischer Unterstützung kann er wieder etwas besser atmen und seinen Beinstumpf bewegen (Physiotherapie), nimmt erstmals seit langer Zeit nicht weiter ab (Ernährungsberatung) und verbessert seine **Mobilität** innerhalb der Wohnung (Ergotherapie). Diese Pflegeleistungen und entsprechende Kostengutsprachen koordiniert die Geriaterin.



Das Geriatriezentrum vermittelt Herrn B. schliesslich an das ambulante Palliativteam. Dieses unterstützt ihn dabei, sich mit seinem Lebensende auseinanderzusetzen. Dazu gehört die (selbstbestimmte) Entscheidung, am Ende auf einen weiteren invasiven Eingriff zu verzichten und damit einen Riss des lebensbedrohlichen Aneurysmas zu riskieren. Herr B. nutzt die ihm verbleibende Zeit, um wichtige letzte Dinge zu regeln: Patientenverfügung und Testament. Er verstirbt im Spital, nachdem er sich bewusst von seinem Leben in der eigenen Wohnung verabschiedet hat.

SCHLUSSFOLGERUNG UND BOTSCHAFT

Das Fallbeispiel von Herrn B. zeigt exemplarisch, wie ein medizinischer Eingriff bei einem alten Menschen eine gesundheitliche Abwärtsspirale in Gang setzen kann, die zu seinem funktionalen Zerfall führt. Der Zürcher Akutgeriater Daniel Grob schreibt über Interventionsrisiken bei alten Menschen:

«Hochbetagte Menschen werden [heute] oft aus einer eindimensionalen, organspezifischen Sicht behandelt wie jüngere Menschen – und drohen dann Komplikationen zu erleiden, die das Potenzial haben können, die Qualität ihrer letzten Lebensjahre zu belasten.»⁸

Der Dreh- und Angelpunkt, um solche Verläufe nach Möglichkeit zu verhindern, ist das geriatrische Assessment. Als klinischer Zugang zu hochbetagten, multimorbiden Patientinnen und Patienten sollte es im Spital konsequent eingesetzt werden. Das fordern Fachpersonen schon länger.

Ein geriatrisches Assessment umfasst schwerpunktmässig die Muskelfunktion, die Knochengesundheit, Gang- und Gleichgewicht, kognitive Funktionen, Funktionen des täglichen Lebens, Ernährung, Schmerzen, psychische Belastungen, Medikamente (Nebenwirkungen, Interaktionen), die Erfassung des allgemeinen Gesundheitszustandes, das soziale Netzwerk und die Lebensqualität.

Das geriatrische Assessment bildet die Grundlage eines individuellen Behandlungsplans für den Patienten. Entscheidend ist der Informationsaustausch zwischen Spital und den nachsorgenden Fachpersonen – vor allem dem Hausarzt –, damit der Behandlungsplan im Alltag auch umgesetzt wird.

Aus sozialer Sicht stellt sich bei Herrn B. ausserdem die Frage, ob eventuell die Schutzbedürftigkeit des Patienten durch die Fachpersonen vernachlässigt worden ist: Ist es richtig, den Patienten selbst dann noch in seiner Wohnung allein zu lassen, als er von unerträglichen Schmerzen und Panikattacken heimgesucht, seine gesundheitliche Situation also immer prekärer wird?

⁸ Daniel Grob: Multimorbidität und Priorisierung von Behandlungszielen. In: Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Stuttgart 2017.

Die Fachexpertin für Soziale Arbeit Barbara Bucher hält zu solchen Fragen fest: 9

«Im Spannungsfeld zwischen Autonomie-Anspruch und der vorübergehenden oder andauernden Schutzbedürftigkeit hochbetagter Menschen haben Fachpersonen eine Fürsorge-Verantwortung. Diese gilt es mit Sorgfalt, Fachkompetenz und Empathie wahrzunehmen. Der oft gehörte Satz ‚da können wir halt nichts machen, wenn er/sie nicht will‘ wird dem Problem nicht gerecht.

Das Mit-Berücksichtigen der Angehörigen (deren Ressourcen/Grenzen), eine seriöse Güterabwägung und eine gemeinsame, nachvollziehbare Entscheidungsfindung sind empfohlen.»



9 Daniel Grob: Multimorbidität und Priorisierung von Behandlungszielen. In: Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Stuttgart 2017.



Kurzliste der Ereignisse

*Herr O. (84), Ehefrau, 2 Söhne
depressiv-ängstlich, Herzschwäche*

Zu Hause

*Sturz
Hausarzt:
Verdacht Oberschenkelfraktur
Notfalleinweisung mit Hinweis
«Delir-Risikopatient»*

Spital

*Geriatrisches Assessment
alterspsychiatrischer Konsiliardienst: Posttraumatische Belastungsstörung
Operation mit präventiven Massnahmen: Sitzwache, Rooming-In für Sohn, Einbezug von Geriater und Alterspsychiater
Panik*

*Geriater und Alterspsychiater:
Dissoziativer Zustand
Rundtisch-Gespräch / Helferkonferenz: Ziel Patient in gewohntes Umfeld*

Zu Hause

*Ambulantes Helfernetz
Geriatrische Tagesklinik
Psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche*

Herzschwäche



Herr O., 84



Ehefrau, 2 Söhne

Sturz



*Hausarzt
Notfalleinweisung mit Hinweis
Delir-Risikopatient*



*Geriatrisches Assessment
Alterspsychiater
Posttraumatische Belastungsstörung*

*Panik
Dissoziativen Zustand
Trauma-Reaktivierung*



*OP-Indikation
Rooming-In
Sitzwache*

*Spitex
Ambulantes
Helfernetz*



*Geriatrische Tagesklinik zur Rehabilitation
psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche*

3

Der Traumatisierte

Herr O., 84-jährig, lebt mit seiner 81-jährigen Ehefrau in einer gemeinsamen Wohnung. Das Ehepaar hat zwei erwachsene Söhne. Der Patient kommt – wie auch seine Ehefrau – ursprünglich aus Deutschland, ist in den ehemaligen Ostgebieten geboren und hat Krieg, Vertreibung und Flucht erlebt. Bis zur Pensionierung arbeitete er als Personalchef einer grossen Firma.

Als Hobby pflegte er früher das Bergwandern und Velofahren, was er aufgrund von gesundheitlichen Problemen aber aufgeben musste. Seither hat er sich zu Hause zurückgezogen, pflegt kaum Aussenkontakte und wird von seinen Söhnen als mürrisch erlebt.



Patientengeschichte

Herr O. hatte im Laufe seines Lebens immer wieder **depressiv**-ängstliche Krisen, die in seinem Umfeld jedoch weitgehend unbemerkt geblieben sind. Er hat diesbezüglich nie Hilfe in Anspruch genommen. Somatisch hat er diverse Erkrankungen: Er leidet an Herzschwäche aufgrund von verengten Herzkranzgefässen, Bluthochdruck, an beidseitiger Hüftarthrose (links stärker als rechts) sowie immer wiederkehrenden, komplizierten Kreuzschmerzen («Ischias»), die medikamentös schwer beherrschbar sind.

Ein akutes Ereignis wirft Herrn O. aus der Bahn: Er stolpert zu Hause über eine Schwelle und **stürzt**. Der Sohn kontaktiert den Hausarzt, der zu einem Notfall-Hausbesuch herbeieilt. Der Hausarzt stellt die Verdachtsdiagnose einer **Oberschenkelhalsfraktur** und damit die Indikation, den Patienten stationär einzuweisen und die Operationsbedürftigkeit abzuklären.

Der Hausarzt bespricht die stationäre Einweisung mit der zuständigen Kollegin sorgfältig vor und kündigt den Patienten aufgrund dessen Alters und der Polymorbidität als **Delir**-Risikopatienten an. Zusammen mit den Söhnen or-

ganisiert der Hausarzt die stationäre Einweisung und die Betreuung der Ehefrau, die überfordert ist und die dem Hausarzt in dieser Situation erstmals als **verwirrt** auffällt.

Ein Sohn begleitet den Vater mit der Ambulanz zur **Notaufnahme** des örtlichen Spitals. Dort wird der Patient von der chirurgischen Dienstärztin aufgenommen. Diese ist durch den Hausarzt gut vorinformiert. Aufgrund des Delir-Risikos zieht die Chirurgin sofort den hausinternen **geriatrischen Dienst** konsiliarisch bei. Parallel zur Abklärung der Oberschenkelhalsfraktur wird ein **geriatrisches Assessment** erhoben, bei dem auch der begleitende Sohn befragt wird. Im Lauf des Assessments stellt der Geriater die Verdachtsdiagnose einer beginnenden **demenziellen Entwicklung** mit einer depressiven Begleitsymptomatik und zieht daher den **alterspsychiatrischen Konsiliardienst** bei. Parallel ist eine angemessene Schmerzbehandlung eingeleitet worden, und neben den notwendigen Routineuntersuchungen bzgl. der Schenkelhalsfraktur werden in Abstimmung mit dem geriatrischen Dienst weitere alterstypisch relevante **Laborparameter** bestimmt. Hierbei zeigt sich ein leichter Vitamin-B12-Mangel und ein Eiweissmangel. Der Blutzuckerspiegel ist im Normbereich, ein erhöhter HbA1c-Wert deutet dennoch auf einen möglichen **Diabetes** mellitus hin. Eine Vitamin-B12-Substitution wird begonnen, ein Diabetes mellitus weiter abgeklärt und bestätigt. Eine entsprechende Diät wird verordnet. Leber- und Nierenwerte sind normal.

Der beigezogene Alterspsychiater erhebt den **Psychostatus** und weitere biographische Angaben. Dabei hört er von den rezidivierenden psychischen Krisen, die jeweils im Kontext von einschneidenden Veränderungen am Arbeitsplatz aufgetreten waren, und hört auch von traumatischen Ereignissen in der Kindheit, vor allem auf der Flucht in den Westen.

Er stellt die zusätzliche Verdachtsdiagnose einer kumulierten **posttraumatischen Belastungsstörung** mit im Vordergrund stehender depressiver und ängstlicher Komponente. Auch er sieht aus psychiatrischer Sicht das erhöhte Risiko für ein postoperatives Delir.

In der Zwischenzeit hat das chirurgische Team aufgrund der Untersuchungsbefunde die OP-Indikation gestellt. Während allen Untersuchungen war der Sohn anwesend und mit dem Vater gut in Kontakt.



Chirurg, Geriater und Alterspsychiater informieren den Patienten zusammen mit dem Sohn über die Untersuchungsergebnisse, die OP-Indikation und das Delir-Risiko. Mögliche präventive Massnahmen werden besprochen, der Sohn bespricht sich mit seinem Bruder telefonisch. Vater und Sohn stimmen der Operation unter besonderen vorbeugenden Massnahmen entsprechend des Delir-Konzeptes des Hauses zu. Der Operationstermin wird auf den nächsten Morgen angesetzt. Eine **Sitzwache** wird für die Überwachung nach der Operation bestellt und dem Patienten bereits jetzt vorgestellt. Sie verbringt etwas Zeit mit Vater und Sohn, damit sie sich kennenlernen. Das Spital bietet eine Rooming-In-Möglichkeit an und der Sohn übernachtet beim Vater im Spital.

Am nächsten Morgen kommt die Sitzwache und stellt erneut Kontakt und Beziehung im Beisein des zweiten Sohnes, der den ersten abgelöst hat, zum Patienten her. Sitzwache und Sohn begleiten den Patienten bis vor den Operationsaal.

Nach der Operation begrüßen Sitzwache und Sohn den Patienten im Aufwachraum beim Wachwerden und stellen Kontakt und Bezug zur Umwelt her, geben Orientierungshilfen und helfen, die Bedürfnisse des Patienten an das stationäre Pflorgeteam zu kommunizieren. Vor allem auch für eine angemessene Schmerzbehandlung wird gesorgt.

Trotz aller präventiver Massnahmen wird der Patient im weiteren Verlauf unruhig und beginnt laut um Hilfe zu rufen, – er zeigt deutliche Anzeichen von **Panik**, scheint zu halluzinieren, er werde von Soldaten mit Gewehren bedroht. Er wird zusammen mit Sitzwache und Sohn in einen abgeschirmten, reizarmen Raum gebracht. Geriater und Alterspsychiater werden erneut beigezogen. Sie einigen sich auf die Diagnose eines dissoziativen Zustandes im Rahmen einer Trauma-Reaktivierung und stimmen geeignete medikamentöse und nichtmedikamentöse Massnahmen ab. Die Familie wird erneut aufgeklärt und für die Suche sicherheitsspendender Massnahmen konsultiert.

Normalerweise wirke sich die Anwesenheit seiner Ehefrau beruhigend auf den Patienten aus. Diese zeigt aber im Rahmen der aktuellen Belastungssituation deutlichere Zeichen einer demenziellen Entwicklung, ist selbst zu Hause unruhig und betreuungsbedürftig. Der Alterspsychiater führt mit der Ehefrau und den Söhnen ein **Familiengespräch**, um sich ein Bild vom Zustand der Ehefrau zu machen. Gemeinsam entscheidet die Familie, mit dem Alterspsychiater einen Besuch der Ehefrau am Kranken-

bett des Patienten zu wagen. Der Kontakt gestaltet sich beiderseitig beruhigend. Beide Ehepartner erkennen einander und können sich gegenseitig Halt geben.

In Begleitung der Enkeltochter, die zu Hause nach der Ehefrau des Patienten geschaut hat, bleibt nun die Ehefrau beim Patienten. Die Sitzwache bleibt für die Enkeltochter auf der Abteilung rufbereit. Die Situation beruhigt sich insgesamt etwas, der Patient bleibt aber psychisch fragil. Zusammen mit dem Hausarzt, einer Vertreterin des zuständigen **Spitex**-Stützpunktes sowie den beiden Söhnen, der Chirurgen, dem Geriater und dem Alterspsychiater wird eine **Helferkonferenz** anberaumt, die prüfen soll, unter welchen Bedingungen der Patient möglichst rasch zur psychischen Stabilisierung in sein gewohntes Umfeld entlassen werden kann.

Mit Unterstützung der Spitex, psychiatrischer Spitex, dem Hausarzt, einer ambulanten Physiotherapeutin und der Familie (vor allem einer Enkelin) wird das ambulante **Unterstützungsnetz** auf die Beine gestellt und der Patient bald nach Hause entlassen. Sowohl Sitzwache als auch Chirurgen, Geriater und Alterspsychiater stehen weiterhin unterstützend zur Verfügung.

Geriater und Alterspsychiater werden dann auch vereinzelt erneut beigezogen, sie können das ambulante Unterstützungsnetz jeweils gut coachen.

Nach drei Wochen zu Hause kann der Patient einen Platz in einer geriatrischen Tagesklinik zur Rehabilitation antreten. Der Patient willigt nun auch zusätzlich in psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräche ein, um seine **Depression** und Ängste begleitend behandeln zu lassen.

ANALYSE

Somatische und psychische Aspekte

Sturzereignisse mit Knochenbrüchen wie im Fall von Herrn O. kommen bei hochbetagten Patientinnen und Patienten oft vor. Häufige Ursachen für Stürze sind Muskelschwäche im Alter, Gang- und Gleichgewichtsstörungen, kognitive Defizite oder Sturzangst. Aber auch äussere Risikofaktoren wie schlechte Lichtverhältnisse zu Hause, Unebenheiten auf der Strasse oder Fehltritte auf Treppenstufen können Stürze auslösen.

Knochenbrüche sind bei älteren Menschen wegen **Osteoporose** häufiger und heilen nicht immer optimal. Verminderte Knochenstabilität, reduzierte Muskelmasse, gestörte Wundheilung oder Infektanfälligkeit können den Heilungsprozess erschweren. Grosse Spitäler führen deshalb eine spezialisierte Alterstraumatologie. In solchen Zentren können durch enge interdisziplinäre Zusammenarbeit die Operationsbedingungen verbessert, geriatrische Erkrankungen von Anfang mitbehandelt und Rehabilitationsmassnahmen unmittelbar eingeleitet werden.¹⁰

Bei Herrn O. hat das Sturzereignis eine psychiatrische Dimension: Es bildet den Auslöser, der ein jahrzehntealtes, nicht verarbeitetes Trauma an die Oberfläche bringt. Typisch sind die vorausgegangenen psychischen Krisen, die Herr O. im Lauf seines Lebens immer wieder erlitten, aber aus eigener Kraft gemeistert hat, sowie seine «mürbische» Grundverfassung.

Das Delir, das bei Herrn O. trotz präventiver Massnahmen auftritt, ist ein bei hochbetagten Patientinnen und Patienten häufig gesehenes Phänomen. Nach Eingriffen im Spital (selbst minimal-invasiven) kommt diese vorübergehende Verwirrtheit gehäuft vor. Ein Grund dafür ist, dass sich der Patient, die Patientin nebst der Erkrankung mit fremden Personen in einer unbekanntem Umgebung auseinandersetzen muss. Andere Ursachen können Infektionen, **Schmerzen** oder unerwünschte Wirkungen von Medikamenten sein. Das grösste Delir-Risiko haben Menschen mit beginnender demenzieller Entwicklung.

Soziale Aspekte

Beide Eheleute sind hochbetagt und fragil – Herr O. durch seine Multimorbidität und psychische Anfälligkeit, Frau O. durch ihre beginnende Demenz –, doch in der Paarkonstellation können sie sich gegenseitig stützen und ausgleichen. Sie meistern den Haushalt selbstständig und benötigen für ihre medizinische Betreuung nur den Hausarzt.

Das akute Ereignis bringt das fragile Gleichgewicht gefährlich ins Wanken. Betroffen ist nicht nur Herr O., der infolge seines Sturzes hospitalisiert werden muss. Auch Frau O. wirft der Sturz ihres Gatten aus der Balance. Ihre demenzielle Entwicklung wird durch das Ereignis beschleunigt. Wie stabilisierend die Paarbeziehung für beide Eheleute ist, zeigt sich im Spital nach Herrn O.s Operation: Im Aufwachraum erkennen sie einander und können sich gegenseitig Halt gehen.

Die Kinder und Enkelkinder sind eine vitale soziale Ressource für Herrn und Frau O. Wichtige Voraussetzung ist: Sie sind verfügbar und gewillt zu helfen.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Die interprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb des Spitals und bei Ein- und Austritt verläuft bilderbuchmässig. Dabei haben insbesondere die folgenden Schlüsselstellen den Verlauf begünstigt:

- Der Hausarzt sorgt bei der Spitaleinweisung trotz Notfallsituation und somit limitierter Zeit dafür, das komplexe Krankheitsbild von Herrn O. ganzheitlich zu erfassen und diese Informationen an die richtigen Stellen bzw. Personen im Spital zu kommunizieren.
- Die Angehörigen sind von Anfang an als Partner/ Partnerinnen einbezogen.
- Der chirurgische Ärztin veranlasst noch vor dem Eingriff ein geriatrisches Assessment, das neben anderen wichtigen Parametern die psychischen Probleme von Herrn O. und sein Delir-Risiko erfasst.
- Der Einbezug des Alterspsychiaters bewirkt, dass das Delir im stationären Bereich optimal aufgefangen wird, und dass Herr O. später einwilligt, seine psychischen Schwierigkeiten nach der Reha behandeln zu lassen.

¹⁰ vgl. Zentrum für Alterstraumatologie, Universitätsspital Zürich: <http://www.geriatrie.usz.ch/fachwissen/seiten/gerontotraumatologie.aspx>



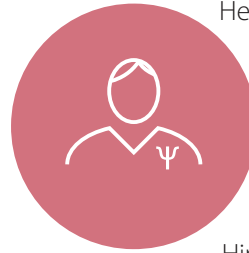
Stolpersteine und kritische Momente

Die Fallgeschichte von Herrn O. ist ein Musterbeispiel für die Behandlung von hochbetagten, multimorbiden Patientinnen und Patienten. Die koordinierte Versorgung hätte an folgenden Punkten fehlschlagen können:

- Der Hausarzt ist zum Zeitpunkt des akuten Ereignisses nicht verfügbar.
- Es besteht kein (elektronisches) Patientendossier mit den wichtigsten Grundinformationen.
- Der diensthabende Notfallarzt kennt den Patienten nicht bzw. wird über wichtige Grundinformationen (z.B. die Liste der aktuellen **Medikation**, bestehende Erkrankungen) nicht ins Bild gesetzt.
- Angehörige sind nicht erreichbar und/oder wollen nicht eingebunden werden.
- Für den Patienten wichtige Bedürfnisse werden übersehen. Das können zum Beispiel auch spirituelle Bedürfnisse sein und damit verbunden der Wunsch, einen Seelsorger zu sehen.

Die spezifische Rolle der Alterspsychiatrie

Der beigezogene Alterspsychiater diagnostiziert bei Herrn O. unter anderem eine kumulierte posttraumatische Belastungsstörung, bedingt durch dessen Kriegs- und Fluchterlebnisse während der Kindheit in Deutschland. In der kriegsverschonten Schweiz sind solche biografischen Hintergründe nicht so häufig anzutreffen wie in anderen Ländern. Generell jedoch erleben viele Menschen im Lauf ihres Lebens traumatische Ereignisse von aussergewöhnlicher Schwere,¹¹ beispielsweise schwere Unfälle, Naturkatastrophen, Verbrechen oder Vergewaltigung, den Verlust eines eigenen Kindes oder anderen geliebten Menschen. Bei den Betroffenen rufen solche Erlebnisse vorübergehend oder dauerhaft eine tiefe Verzweiflung hervor. Fachexpertinnen und -experten rechnen, dass rund 40 Prozent aller Menschen im Lauf ihres Lebens aufgrund einmaliger oder auch wiederkehrender Situationen Traumatisierungen erleiden.



¹¹ Christian Fazekas: Posttraumatische Belastungsstörung und psychische Betreuung. In: Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Stuttgart 2017.

SCHLUSSFOLGERUNG UND BOTSCHAFT

So dramatisch das Ereignis für Herrn O. und seine Frau ist, so achtsam gehen die involvierten Fachpersonen und die Angehörigen mit der Situation um: Das spitalinterne, interdisziplinäre Rundtisch-Gespräch ist ein zentrales Instrument, um den Spitalaustritt von Herrn O. in seine gewohnte Umgebung umsichtig zu planen. Im Prinzip können alle beteiligten Berufsgruppen im Spital eine Helferkonferenz einberufen, nach dem Motto: Wer den Bedarf sieht, hat den Lead für den ersten Schritt. Wichtig dabei ist, dass eine Vertretung aus dem ambulanten Bereich ebenfalls präsent ist. Im Beispiel von Herrn O. ist es eine Vertretung des lokalen Spitex-Stützpunktes. Denkbar sind auch Vertretungen anderer Organisationen (Pro Senectute oder ähnliche Gruppierungen, die zu Hausbesuchen befugt sind), unter Umständen auch eine angehörige Person.

Herrn O.'s Geschichte verdeutlicht auch die Bedeutung psychiatrischer Betreuung im Alter. Erlittene Traumata, egal wie weit sie zurückliegen, können sich nachhaltig auf die psychische Gesundheit der Betroffenen auswirken und späte Folgen zeitigen. Die posttraumatische Belastungsstörung ist bei älteren Menschen kein seltenes Phänomen. Sie wird häufig nicht diagnostiziert und oft unzureichend oder gar nicht behandelt, obwohl sie massive Belastungen und Einschränkungen mit sich bringen kann.

Noch schwerwiegender sind depressive Erkrankungen im Alter: Über 7 Prozent der über 75-Jährigen erfüllen die Kriterien einer Major Depression (Vollbild einer depressiven Episode), die aber oft nicht oder erst spät erkannt wird.¹² Unbehandelt, erhöhen depressive Erkrankungen die Gefahr von Suizidalität, sie beeinflussen den Verlauf körperlicher Erkrankungen ungünstig, beschleunigen demenzielle Entwicklungen und vermindern die Lebensqualität.

¹² Herwig Oberlechner: *Depressive Erkrankungen im Kontext Geriatrie. In: Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Stuttgart 2017.*



Kurzliste der Ereignisse

Frau O. (84), verwitwet,
2 Töchter, 1 Sohn mit
Behinderung

Adipositas, Diabetes
Sehschwäche
Rollator, Sturz

Spitalsozialdienst
Geriatrisches Assessment

Ängstlich, lebt
zurückgezogen

Spital
Oberschenkelhalsfraktur
Operation
Fragil, desorientiert

Geriatrizentrum

(stationär)
Rehabilitation
Mehrere Rundtisch-
Gespräche
Sozialdienst: Koordination
und Übertrittsplanung

Zu Hause

Chronische
Schlafprobleme
Osteoporose

Infekt
Medikamente neu
einstellen

Brustkrebs
vor 30 Jahren



Frau F., 84



2 Töchter
1 Sohn, behindert
Seelsorger

Ängstlich, chronische
Schlafprobleme, erhebliche
Osteoporose, Adipositas,
Diabetes, Sehschwäche.
Auf Rollator angewiesen

Oberschenkel-
Fraktur



Nach Operation
sehr fragil, bettlägrig,
desorientiert. Auftreten eines
Infekts, med. Behandlung,
Mobilisation im Bett,
Besserung

Verlegung in
Geriatrizentrum



Multiprofessionelles
geriatrisches Assessment,
Übertritts- und
Betreuungsplanung

Sozialarbeiterin
koordiniert nach innen
(stationär) und nach aussen
(ambulant, Angehörige).



4

Die Migrantin

Frau F. ist eine 84-jährige Patientin, seit zwei Jahren verwitwet. Sie lebt **allein** in einem Häuschen am Stadtrand. Sie hat zwei berufstätige Töchter, die im selben Ort wohnen, und einen Sohn mit Behinderung, der in einer betreuten Einrichtung lebt und bisher jeweils das Wochenende bei seiner Mutter verbracht hat. Ursprünglich stammt Frau F. aus **Italien**. Noch immer bereitet ihr die Verständigung in Deutsch Mühe, weshalb sie sich für ausserhäusliche Belange auf ihre Töchter verlässt. Mit der bescheidenen Rente kommt Frau F. dank des tiefen Hauszinses knapp zurecht. Trotz erheblicher gesundheitlicher Einschränkungen hat sie bis anhin ausser der regelmässigen Hilfe ihrer Töchter keinerlei externe Unterstützung beansprucht. Seit dem Tod ihres Mannes pflegt Frau F. fast keine ausserfamiliären sozialen Kontakte mehr. Als wichtige Vertrauensperson geblieben ist ihr der Seelsorger der Missione Cattolica, der sie gelegentlich zuhause besucht. Zu den Betreuungspersonen im Heim ihres Sohnes hat sie ein eher gespanntes Verhältnis.



Patientengeschichte

Ein für die Patientin einschneidendes Ereignis war vor 30 Jahren ihre Brustkrebs-Erkrankung, die sie zwar soweit gut überstanden, die aber bei ihr dennoch «Spuren» hinterlassen hat. Zum einen sind dies eine erhöhte Ängstlichkeit und chronifizierte **Schlafprobleme**, die zu einem jahrelangen **Benzodiazepin-Konsum** geführt haben, zum anderen eine erhebliche **Osteoporose**. Wegen der **Schmerzen** und einer ebenfalls bewegungseinschränkenden **Adipositas** geht Frau F. am Rollator. Sie leidet ausserdem an einem Insulin-pflichtigen **Diabetes** und in diesem Zusammenhang an einer ausgeprägten Sehschwäche, die sie in der Alltagsbewältigung (inkl. Kochen, Medikamente richten und Einnahme) einschränkt und zunehmend deprimiert. Die Betreuung ihres behinderten Sohnes am Wochenende gibt ihr – besonders seit dem Verlust ihres Ehemannes vor zwei Jahren – einerseits Halt und Lebenssinn, bereitet ihr andererseits zusätzliche Verantwortung und Belastung. Die Sorge, wer sich in Zu-

kunft um ihren Sohn kümmern wird, beschäftigt sie sehr. Obwohl schon mehrfach vom Hausarzt und ihren Töchtern darauf angesprochen, lehnt Frau F. sowohl die Hilfe der **Spitex** wie auch anderweitige Unterstützungsangebote ab. Sie möchte keine «fremden» Leute bei sich zuhause haben, zudem fürchtet sie die möglichen Kosten. Ihre Töchter übernehmen den Einkauf, die Haushaltarbeiten und schauen inzwischen zweimal täglich vorbei, aus Angst, der Mutter könnte etwas zugestossen sein.

Vor drei Wochen nun **stürzt** Frau F. schwer, als sie sich abends in ihr Schlafzimmer im ersten Stock begeben will. Ihre Tochter findet sie am Morgen verletzt am Boden liegend und alarmiert die Rettung. Im Spital wird eine **Oberschenkelhalsfraktur** diagnostiziert und operiert. An den Unfall kann sich die Patientin nicht erinnern. Postoperativ und an den folgenden zehn Tagen ist Frau F. in einem für die Angehörigen besorgniserregenden Zustand: Sie ist körperlich sehr fragil, bettlägerig und in jeder Hinsicht **desorientiert (verwirrt)**. In den wachen Momenten drängt die Patientin auf ihren Austritt, verhält sich gegenüber Personal und Angehörigen ablehnend und bezüglich ihrer Situation nicht einsichtig. Oft ruft sie nach ihrem verstorbenen Mann und ihrem Sohn und äussert, sterben zu wollen. Die Töchter sind verzweifelt. Der behinderte Sohn sorgt sich um seine Mama und bedauert, dass er am Wochenende nicht mehr nach Hause gehen kann. Nachdem bei Frau F. der zusätzlich aufgetretene Infekt behandelt, die **Medikation** (Diabetes, Analgesie, **Delir**, Schlaf) eingestellt/angepasst ist und die Patientin aus dem Bett **mobilisiert** werden kann, verbessert sich ihr Zustand allmählich.

Die Situation der Patientin wird im Spital regelmässig am **interdisziplinären Rapport** besprochen. Es werden mehrere Gespräche mit der Patientin allein und zusammen mit ihren Angehörigen geführt. Die Sozialarbeiterin des spitalinternen Sozialdienstes ist seit Eintritt der Patientin involviert. Sie berät die Angehörigen zunächst zur Akut-Situation, im Verlaufe dann bezüglich der Aus-/Übertrittsplanung. Es wird ein multiprofessionelles **geriatrisches Assessment** durchgeführt, das u.a. auf die **depressiven Symptome** von Frau F., ihre Ängste, Sorgen und Trauer eingeht. Danach kann die Verlegung ins nahe gelegene Geriatriezentrum zur Rehabilitation veranlasst werden.

Nach dem «Schlüsselereignis» (Liegetrauma und Hospitalisierung) werden die Probleme deutlich, die sich bei Frau F. schon länger abgezeichnet haben. Während der drei-



wöchigen geriatrischen Rehabilitation tauschen sich die Patientin, Fachpersonen und Angehörige regelmässig aus. Anlässlich mehrerer **Rundtisch-Gespräche** besprechen sie die zukünftige Betreuung der Patientin. Die Sozialarbeiterin ist für die Koordination nach innen (stationär) und aussen (ambulant, Angehörige) verantwortlich.

ANALYSE

Somatische und psychische Aspekte

Frau F. leidet an mehreren Krankheiten, die ihren Alltag als alleinstehende Witwe und Mutter eines erwachsenen, behinderten Sohns belasten: Diabetes, Adipositas, Osteoporose, Medikamentenmissbrauch, Sehschwierigkeiten. Auch Ängstlichkeit gesellt sich zu ihren Problemen. Nach dem Unfall und dem operativen Eingriff (siehe auch das Beispiel von Herrn O.) verschlechtert sich ihr körperlicher Gesundheitszustand besorgniserregend. Sie erleidet ein Delir, zieht sich eine Infektion zu und ist in jeder Hinsicht sehr gebrechlich.

Zunächst ist unklar, ob sich Frau F.s Zustand stabilisieren und verbessern wird. Sie könnte auch versterben. Auch in kognitiver und psychischer Hinsicht verschlechtert sich der Zustand von Frau F. im Spital. Einer der Knackpunkte ist, ob das aufgetretene Delir vorübergehend ist, oder ob sich eine beginnende demenzielle Entwicklung abzeichnet.

Soziale Aspekte

Frau F. ist alleinstehend und wohnt für sich in einem kleinen Haus. Bedingt durch ihre mangelnden Deutschkenntnisse, ist sie als Italienerin in der Schweiz nie ganz «angekommen». Nach dem Tod ihres Ehemanns lebt sie sehr isoliert. Der Kontakt zum italienischsprachigen Seelsorger vermag ihre Einsamkeit nicht wettzumachen.

Unabhängig von Frau F.s Migrationshintergrund ist das Alleinleben sehr verbreitet: In wohlhabenden europäischen Regionen wie der Schweiz wohnt die überwiegende Mehrzahl der älteren und alten Menschen in Kleinhaushalten von ein bis zwei Personen.¹³ Nur eine Minderheit lebt in grösseren Familienhaushalten, etwa mit Kindern in einem Mehrgenerationenhaushalt. Frau F. lebt insofern relativ eng bei ihren erwachsenen Kindern, als die Töchter im selben Ort wohnen und der behinderte Sohn die Wochenenden mit

ihr verbringt. Neben den engen Familienbanden pflegt Frau F. kaum soziale Kontakte.

Dieses Setting ist durch den Spitalaufenthalt von Frau F. jäh in Frage gestellt. Während der Rehabilitation zeichnet sich ab, dass die Patientin wahrscheinlich in eine Alterswohnung oder – je nach körperlichem Verlauf – in ein Pflegeheim übertreten wird. Aber auch die Rückkehr nach Hause in ihr gewohntes Umfeld liegt im Bereich des Möglichen.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Für Frau F. sind der Unfall mit Liegetrauma und die anschliessende Hospitalisierung schwerwiegende Erlebnisse, die die Patientin in jeder Hinsicht schmerzvoll aus der Bahn werfen. Handkehrum bietet sich dadurch die Chance, die Situation von Frau F. sowie die Anliegen ihrer Angehörigen gebündelt und aus multiprofessioneller Perspektive einzuschätzen sowie geeignete Massnahmen einzuleiten. Sollte sich Frau F. soweit erholen, dass sie in ihr Haus zurückkehren kann, ist sie auf Unterstützung angewiesen. In diesem Fall bieten sich folgende Lösungen an:

- Beauftragen von Spitex (Pflege, Medikamente), Haushaltshilfe und Mahlzeitendienst.
- Beratung für Sehbehinderte: Hilfsmittel, Antrag Hilflosenentschädigung, behindertengerechtes Wohnen.
- Pro Senectute (oder eine vergleichbare Organisation): Vorsorgeauftrag, **Patientenverfügung**, Testament, Budgetberatung, Prüfen des Anspruchs auf Ergänzungsleistungen, Treuhanddienst.
- Kontaktnahme (im Einverständnis mit den Angehörigen) mit den Betreuungspersonen des Sohnes.
- Regelung der Vertretungsperson für den behinderten Sohn: Entweder innerhalb der Familie oder durch einen Beistand. Bei Bedarf ist die Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde KESB zu involvieren.

Stolpersteine und kritische Momente

Frau F.s Spitalaufenthalt eröffnet die Möglichkeit, viele ihrer Probleme, die sich im Lauf der Jahre aufgestaut haben, in einem einzigen, schlanken Prozess zu lösen. Doch für Fachpersonen ist es sehr anspruchsvoll, Patienten und ihre Angehörigen in solch schwierigen Phasen der Übergänge, wie sie den Fall von Frau F. kennzeichnen, zu begleiten. Dass eine gelingende Begleitung oft eher die Ausnahme als die Regel ist, liegt an folgenden Stolpersteinen:

- Im Spital sind Kommunikations- und Zusammenar-

¹³ François Höpflinger: *Wohnformen im höheren Lebensalter. In: Der ältere Patient im klinischen Alltag. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Stuttgart 2017.*

beitsstrukturen, in denen von Beginn an alle Disziplinen involviert werden, nur ungenügend etabliert.

- Spezifisches Wissen und Sensibilisierung für die Themen der Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Palliative Care sowie eine antizipierende Haltung/Planung sind im Spital nicht ausreichend vorhanden.
- Im ambulanten Setting oder auch teilweise im Spital ist eine vorausschauende, koordinierte Versorgung oft nicht gewährleistet, insbesondere wenn der Patient oder die Patientin jegliche Hilfestellung ablehnt und Angehörige diese nicht einfordern.

Ein weiterer kritischer Moment ist im Fall von Frau F. die eingeschränkte Urteilsfähigkeit. Damit gemeint ist die Fähigkeit, Informationen in Bezug auf eine bevorstehende Entscheidung zu verstehen, die Situation und die Konsequenzen, die sich aus alternativen Möglichkeiten ergeben, abzuwägen und die Fähigkeit, die eigene Wahl zu äussern. Ob ein Patient, eine Patientin zu dieser komplexen kognitiven Leistung imstande ist, dies zu beurteilen ist für Aussenstehende zeitaufwendig und schwierig.

Die spezifische Rolle des Sozialdienstes

Im vorliegenden Beispiel wurde der Spitalsozialdienst kurz nach Eintritt der Patientin involviert. Der Impuls dazu kann von vielen Stellen eines interprofessionellen Teams ausgehen – Physiotherapie, Seelsorge, Pflege usw. –, vorausgesetzt, das Spital verfügt über ein gut etabliertes interdisziplinäres Konzept und eine Kultur der Interprofessionalität.

Der Sozialdienst kann viel dazu beitragen, um Fragen von Patienten und Angehörigen zu beantworten, offene Anliegen zu regeln und den Übertritt ins ambulante Setting in gute Bahnen zu lenken. Die Formen sind vielfältig:



mit Einzel- und Familiengesprächen, Beratung – zum Beispiel bei Finanzen und Versicherungen – bis hin zum umfassenden **Case Management**.

Auch die Netzwerkarbeit, welche der Sozialdienst mit Partnern wie Reha- und Kurkliniken oder Altersheimen leistet, ist für die koordinierte Versorgung wichtig. So kann es gelingen, das Umfeld der erkrankten Person optimal zu vernetzen und deren Ressourcen zu aktivieren.

SCHLUSSFOLGERUNG UND BOTSCHAFT

Ein möglicher Weg, um schwierige Phasen und Übergänge («Transitionen») besser zu strukturieren, ist das **Advance Care Planning**¹⁴. Darunter zu verstehen ist ein laufender Prozess, in welchem der Patient, dessen Familie sowie Gesundheitsfachpersonen über die Ziele eines Patienten reflektieren, über Haltungen und Einstellungen sowie über medizinische Therapien nachdenken und diese im besten Fall schriftlich dokumentieren. Advance Care Planning soll gewährleisten, dass die betroffenen Menschen diejenige medizinische Betreuung bekommen, die sie möchten und die mit ihren Werten und Einstellungen übereinstimmen.

Ein regelmässiger Austausch mit dem Behandlungsteam und zeitnahe Gesprächsangebote für die Angehörigen – allein und in Anwesenheit der Patientin, sobald dies möglich ist – entlasten die Angehörigen von der Angst, allein für die weitere Organisation zuständig zu sein. Die akuten Symptome (z.B. Verwirrung) müssen den Angehörigen mehrfach und von den verschiedenen Berufsleuten erklärt werden. Jede Profession soll sich ein persönliches Bild vom Patienten machen können. Dafür braucht es ein ruhiges Gesprächssetting und eventuell kürzere Besuche zu verschiedenen Zeiten, um mögliche Veränderungen und den Verlauf zu beurteilen.

Es sind schliesslich die Eindrücke aller Fachleute und der Angehörigen, die zu einer realistischen Einschätzung führen und das weitere Prozedere bestimmen sollen. Hausarzt, Spitex und weitere Dienste müssen vor dem Austritt einbezogen werden und idealerweise die Koordinationsverantwortliche bestimmt sein.

¹⁴ Michael Rogenmoser: Advance Care Planning (ACP) und der Notfallplan (NOPA): Symposium Palliative Care der Stadt Zürich vom 19.02.2015.

Behandlungsziele in sieben Schritten

Behandlungsziele von geriatrischen Patientinnen und Patienten

Der Geriater Daniel Grob, ehemaliger Chefarzt der Universitären Klinik für Akutgeriatrie am Zürcher Stadtspital Waid, hat zum Thema «Behandlungsziele bei geriatrischen Patientinnen und Patienten» ein Modell verfasst mit dem Ziel, Entscheidungsfindungen im klinischen Alltag zu erleichtern.¹⁵ Strukturierte Abläufe, zum Beispiel in Form von Guidelines und Checklisten, sind gemäss Grob unabdingbare Instrumente, um die Behandlung zu optimieren. Wichtig sei dies vor allem deshalb, weil die medizinische Leistungserbringung zunehmend fragmentiert sei: «Wo früher sowohl im Spital wie auch in Pflegezentren (über häufig lange Zeit) konstante Bezugspersonen in Form zuständiger Ärzte und Pflegefachpersonen vorhanden waren, sind es heute multiprofessionelle Teams, deren Zusammensetzung sich im Wochenrhythmus ändern kann.»¹⁶ Es bleibt also unklar, wer den Lead übernimmt. Strukturierte Zugänge sind somit wichtig, damit Fachpersonen am sprichwörtlich gleichen Strick ziehen, um hochbetagte Patientinnen und Patienten möglichst bedürfnisorientiert zu behandeln. Damit dies gelingt, schlägt Grob ein «Denkmodell in sieben Schritten» vor:

Schritt 1: Erfassen des bestehenden Hauptproblems und der wichtigsten Krankheiten/Komorbiditäten, erfassen der Ressourcen. Am besten über ein multidimensionales geriatrisches Assessment. Falls dies nicht möglich ist, in jedem Fall unter Bezug des geriatrischen Konsiliardiens-tes.

Schritt 2: Identifizieren und erfassen der übergeordneten Patienten-Präferenzen und Wünsche: Wo steht und was möchte der Patient? Was erwartet er (noch) vom Leben? Stehen Heilung und Lebensverlängerung oder primär die Lebensqualität im Vordergrund?

Schritt 3: Übergeordnete Behandlungsziele festlegen. Bei urteilsunfähigen Personen sind hier die Daten aus Patientenverfügungen und/oder Bezugspersonen einzubeziehen.

Schritt 4: Die Lebenserwartung der Patientin, des Patienten abschätzen. Eine schwierige Aufgabe, die einerseits durch die Statistik bestimmt wird, aber auch weitgehend von funktionellen Parametern (wie Gehgeschwindigkeit), dem Lebensstil oder den spezifisch vorliegenden Krankheiten abhängt.

Schritt 5: Mögliche Interventionen in Bezug auf das Hauptproblem (siehe Schritt 1) festlegen. Dabei Evidenz schaffen bezüglich Indikationsdringlichkeit, Alternativen, Komplikationsraten, Outcome-Daten.

Schritt 6: Einen Behandlungsplan erarbeiten; Patientenwünsche, Lebenserwartung und das Nutzen-Risiko-Verhältnis einbeziehen.

Schritt 7: Den Behandlungsplan mit dem Patienten, der Patientin diskutieren. Bei nicht urteilsfähigen Menschen den Behandlungsplan gemäss Erwachsenenschutzrecht mit den Bezugspersonen besprechen und validieren. Die Entscheidung für den vorgeschlagenen Behandlungsplan liegt letztlich beim Patienten bzw. seinen Bezugspersonen.

Die Behandlungsplanung bei geriatrischen Patientinnen und Patienten ist ein kommunikations- und zeitintensiver Prozess. Ärztinnen und Ärzte, Gesundheitsfachpersonen und andere beteiligte Berufsgruppen sollen diesem Prozess aber nicht ausweichen.

¹⁵ Daniel Grob: Multimorbidität und Priorisierung von Behandlungszielen. In: Der ältere Patient im klinischen Alltag, Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Stuttgart 2017.

¹⁶ Daniel Grob: Aktuelle Herausforderungen in der Spitalbehandlung hochaltriger Menschen – eine Praxis-Sicht. In: Therapeutische Umschau (2017), 74(2), 61-66.

und hilfsbedürftiger Menschen werden, desto häufiger sind sie davon betroffen. Die Mangelernährung schwächt den Organismus und erhöht die Morbiditäts- und Mortalitätsrate. In der Praxis werden mangelernährte Personen oftmals nicht erkannt oder nicht behandelt. ²⁶ Die Schweizerische Gesellschaft für Ernährung hat zum Thema ein [Merkblatt zur Ernährung für ältere Erwachsene \(2011\)](#) erarbeitet.

Medikation

Viele hochbetagte Menschen mit Mehrfacherkrankungen haben eine komplexe Medikamentenverordnung. Diese Komplexität kann zu riskanten Fehlbehandlungen führen. Oft weichen die Verordnungen von Spital und dem ambulanten Bereich voneinander ab. Patienten nehmen Medikamente ein, die ihnen nicht verschrieben worden sind, oder sie halten sich nicht an das verordnete Schema bzw. die Dosis. Auch der Verzicht auf Medikamente trotz gegebener Indikation kommt vor. Nicht adäquate Medikation können das Risiko auf Gesundheitsbeeinträchtigungen (→ Delir, → Stürze), Hospitalisierung und Notfallweisung erhöhen. ²⁷

Migrationshintergrund

Die Gruppe der älteren Migrationsbevölkerung nimmt in der Schweiz zu. Den einzelnen älteren Migrantinnen und Migranten geht es unterschiedlich gut. Im Durchschnitt sind sie aber materiell schlechter gestellt, haben ein höheres Armutsrisiko und sind weniger gesund als gleichaltrige Schweizerinnen und Schweizer. ²⁸ Für eine bedürfnisorientierte Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund hat das Bundesamt für Gesundheit eine Checkliste für Fachpersonen herausgegeben: [Migratonsenssitive Checkliste in der Palliative Care \(2015\)](#).

Mobilität/Mobilitätseinbuße

Ein wichtiger Indikator für die Mobilität ist das Gehtempo: Eine gesunde Gehgeschwindigkeit für ältere Personen beträgt mindestens 1 Meter pro Sekunde. Wer langsamer geht, ist stärker sturzgefährdet und hat ein erhöhtes Invaliditätsrisiko. ²⁹

Notaufnahme

Personen ab 86 Jahren sind diejenige Personengruppe, die am häufigsten eine Notfallstation aufsucht. ³⁰ Medizinische Fachpersonen auf dem Notfall sind zunehmend gefordert, sich mit hochbetagten Menschen und komplexen Krankheitsbildern auseinanderzusetzen. Die meisten leiden an mehreren Krankheiten gleichzeitig, was die Diagnosestellung im notfallmedizinischen Setting (z.B. wenig Zeit) erschwert. ³¹

Notfall-Kit Aneurysma

Enthält Morphin-Ampullen und eine Anleitung, wie im Fall einer Aneurysma-Ruptur vorzugehen ist. Damit soll sichergestellt werden, dass der Patient oder die Patientin im Notfall genügend Schmerzmittel erhält. ³²

²⁶ BAG (2015): *Koordinierte Versorgung für (hoch-) betagte, multimorbide Menschen an den Schnittstellen im Kontext «Spital»*. Situationsanalyse und Handlungsbedarf.

²⁷ BAG (2015): *Koordinierte Versorgung für (hoch-) betagte, multimorbide Menschen an den Schnittstellen im Kontext «Spital»*. Situationsanalyse und Handlungsbedarf.

²⁸ Eidgenössische Kommission für Migrationsfragen EKM und Nationales Forum Alter und Migration (2012): *«Und so sind wir geblieben...»*. Ältere Migrantinnen und Migranten in der Schweiz.

²⁹ Bridenbaugh SA (2017): *Sturz im Alter*. In: Pinter G, Likar R, Kada O et al. (2017): *Der ältere Patient im klinischen Alltag*. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Kohlhammer: Stuttgart

³⁰ Vilpert S. (2013): *Konsultationen in Schweizer Notfallstationen*. Obsan Bulletin 3/2013

³¹ BAG (2015): *Koordinierte Versorgung für (hoch-) betagte, multimorbide Menschen an den Schnittstellen im Kontext «Spital»*. Situationsanalyse und Handlungsbedarf.

³² BAG (2017): *Workshop «Der Alterspatient / die Alterspatientin» vom 24. August 2017*

Oberschenkelhalsfraktur

Hüftnahe Frakturen (Kontinuitätsunterbrechungen eines Knochens) gehören zu den typischen geriatrischen Syndromen, bei Frauen noch häufiger als bei Männern. Grund ist in vielen Fällen → Osteoporose. ³³

Osteoporose

Skeletterkrankung. Mehr als die Hälfte der über 80-jährigen Frauen und Männer leidet unter Osteoporose. Die Abklärung der Knochengesundheit wird bei allen geriatrischen Patientinnen und Patienten empfohlen. Sie ist auch Bestandteil des → geriatrischen Assessments. ³⁴

Palliative Care

Palliative Care umfasst die Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Sie beugt Leiden und Komplikationen vor und beinhaltet medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung am Lebensende. Weiterführend mit Fokus auf Pflegeheime (Broschüre: [Menschen am Lebensende begleiten Geschichten zu Palliative Care in Alters- und Pflegeinstitutionen](#)). ³⁵

Panikattacke

Ist eine plötzliche und zeitlich begrenzte Periode von Angst oder intensiver Besorgnis. Häufig tritt sie zusammen mit Atemnot, Herzklopfen, verstärkter Schweißbildung, Vernichtungsgefühl, dem Gefühl eines drohenden Unheils auf. Sie kann als Symptom von Phobien, Belastungsstörungen (→ Posttraumatische Belastungsstörung) und weiterer psychiatrischer Erkrankungen vorkommen. ³⁶

Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung kann festgehalten werden, welchen medizinischen und pflegerischen Massnahmen man zustimmt und welche man ablehnt, sollte man eines Tages nicht mehr dazu in der Lage sein, seine eigenen Wünsche und Bedürfnisse zu äussern. Eine Patientenverfügung hilft Ärztinnen und Ärzten, schwierige Entscheidungen zu fällen und entlastet Angehörige, da sie nicht mit der Frage ringen müssen «Was würde die Person wollen?». In einer Patientenverfügung kann ausserdem eine Person bestimmt werden, die im Fall der eigenen Urteilsunfähigkeit über die medizinischen Massnahmen entscheiden soll. ³⁷

Posttraumatische Belastungsstörung PTBS

Ist die Folge eines psychischen Traumas, das durch ein kurz- oder langdauerndes, extrem belastendes Ereignis ausgelöst wurde. ³⁸ Bei geriatrischen Patientinnen und Patienten sollte bei Verdacht zwingend der gerontopsychiatrische Dienst beigezogen werden.

Psychostatus

Zusammenfassung der Ergebnisse einer systematischen psychologischen bzw. psychiatrischen Untersuchung. ³⁹

Rauchen

→ Sucht

³³ Müller E J (2017): *Hüftnahe Oberschenkelfrakturen*. In: Pinter G, Likar R, Kada O et al. (2017): *Der ältere Patient im klinischen Alltag*. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Kohlhammer: Stuttgart

³⁴ Bernecker P M (2017): *Osteoporose bei geriatrischen Patienten*. In: Pinter G, Likar R, Kada O et al. (2017): *Der ältere Patient im klinischen Alltag*. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Kohlhammer: Stuttgart

³⁵ Menschen am Lebensende begleiten Geschichten zu Palliative Care in Alters- und Pflegeinstitutionen BAG und GDK (2014): *Nationale Leitlinien Palliative Care*.

³⁶ Psyhyrembel-online: www.psyhyrembel.de (Zugriff 24. Oktober 2017)

³⁷ Curaviva Schweiz und BAG (2013): *Menschen am Lebensende begleiten Geschichten zu Palliative Care in Alters- und Pflegeinstitutionen*

³⁸ Doccheck Flexikon: <http://flexikon.doccheck.com> (Zugriff 14. Oktober 2017)

³⁹ Ebd.

Rundtisch-Gespräch / Runder Tisch

Der runde Tisch dient dazu, mit dem Patienten, seinen Angehörigen und dem interdisziplinären Behandlungs- und Betreuungsteam die momentane Situation und das weitere Vorgehen zu besprechen. Der runde Tisch wird im Spital in der Regel vom Sozialdienst oder einer Patientenkoordinantin organisiert; im ambulanten Bereich ist es häufig der Hausarzt bzw. -ärztin oder die Spitex. Unerlässlich ist ein runder Tisch bei Patientinnen und Patienten in → Palliative Care Situationen, die nach Spitalaustritt nach Hause wollen. ⁴⁰

Schlafprobleme

Atemprobleme, Bewegungsstörungen, Schmerzen oder andere Krankheiten können den gesunden Schlaf älterer Menschen beeinträchtigen. Generell jedoch verändern die meisten Menschen im Alter ihr Schlafmuster: Sie schlafen nachts nur wenige Stunden und legen dafür tagsüber Ruhepausen ein. ⁴¹ Weiterführende Informationen: National Sleep Foundation www.sleepfoundation.org sowie auf der Webseite des Bundesamts für Gesundheit: [Schlaf- und Beruhigungsmittel](#).

Schmerzen

Neben akuten Schmerzen ist insbesondere die Häufigkeit von chronischen Schmerzen bei hochbetagten Menschen sehr hoch. Nahezu die Hälfte der zuhause lebenden und 80 Prozent der in Pflegeheimen lebenden Menschen leiden unter täglichen Schmerzen, die das Alltagsleben beeinflussen. ⁴²

Sitzwache

Die ununterbrochene Betreuung und Beobachtung eines besonders gefährdeten Patienten oder einer kleinen Patientengruppe am Tag und in der Nacht. ⁴³ Sitzwachen sind in der Regel Freiwillige (arbeiten unentgeltlich) und werden sowohl im stationären (z.B. Spital, Pflegeheim) als auch im ambulanten Bereich (zu Hause) eingesetzt. Sie unterstützen und entlasten in erster Linie die Angehörigen.

Sozialanamnese

Systematische Befragung über die Lebenssituation eines Patienten/einer Patientin (z.B. Unterstützungsnetz klären, finanzielle Situation, Wohnsituation). Dieses Wissen ist im Spitalkontext wesentlich, da mit der Aufnahme der Patientin/des Patienten ins Spital in vielen Fällen schon mit der Austrittsvorbereitung begonnen wird. Viele Menschen, die in ein Spital eintreten, sind sozial unterversorgt, wissen wenig um mögliche finanzielle und personelle Hilfestellung und haben oft keine oder unzureichende Hilfsmittel zuhause. ⁴⁴ Unterstützende Massnahmen können während des Spitalaufenthalts eingeleitet werden.

Spitex

In der Schweiz leben (hoch-)betagte Menschen mehrheitlich zu Hause: Bei den 80- bis 84-jährigen sind dies noch rund 90 Prozent. Knapp drei von zehn Personen ab 80 Jahren nehmen Leistungen der spitalexternen Hilfe und Pflege, spricht Spitex, in Anspruch. Ihre Erreichbarkeit

⁴⁰ Kantonsspital Winterthur, Arbeitsgruppe Schnittstellen - Mobiles Palliative Care Team (MPCT) Spitalregion Winterthur (2009): *Merkblatt Runder Tisch Spitalaustritt mit Spitex und MPCT*

⁴¹ National Sleep Foundation: <https://sleepfoundation.org>

⁴² Likar R, Neuwersch S et al. (2017): *Schmerz im Alter*. In: Pinter G, Likar R, Kada O et al. (2017): *Der ältere Patient im klinischen Alltag*. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Kohlhammer: Stuttgart

⁴³ Psyhyrembel-online: www.psyhyrembel.de (Zugriff 24. Oktober 2017)

⁴⁴ Pinter G (2017): *Anamnese und klinische Untersuchung beim geriatrischen Patienten*. In: Pinter G, Likar R, Kada O et al. (2017): *Der ältere Patient im klinischen Alltag*. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Kohlhammer: Stuttgart

ist bedeutsam, um Hospitalisierungen zu vermeiden. ⁴⁵

Stomatherapeut/-in

Fachperson, die Patientinnen und Patienten beim Umgang mit künstlichem Darm- oder Blasenaustrag bei der Versorgung betreut. ⁴⁶

Stürze

Sturzereignisse mit Knochenbrüchen kommen bei hochbetagten Patientinnen und Patienten oft vor. Häufige Ursachen für Stürze sind Muskelschwäche im Alter, Gang- und Gleichgewichtsstörungen, kognitive Defizite oder Sturzangst. Aber auch äussere Risikofaktoren wie schlechte Lichtverhältnisse zu Hause, Unebenheiten auf der Strasse oder Fehltritte auf Treppenstufen können Stürze auslösen. ⁴⁷

Sucht

Nikotin- und Alkoholabhängigkeit sind im Alter besonders gravierend. Rauchen verstärkt Erkrankungen wie z.B. kardiovaskuläre Probleme und Atemwegserkrankungen. Bei Alkoholsucht sind vor allem die negativen Wechselwirkungen zwischen Medikamenten und Alkohol problematisch. ⁴⁸ Weiterführende Informationen: www.alterundsucht.ch

Trauma

In der Psychologie bezeichnet als eine seelische Verletzung, die als Folge zu einer → posttraumatischen Belastungsstörung führen kann. Einzelne Sinneseindrücke, sich aufdrängende Gedanken oder Erinnerungen können ein Trauma reaktivieren. Sie rufen eine «So als ob-Situation» hervor, als befände man sich wieder in der traumatischen Situation. ⁴⁹

Unterernährung

→ Mangelernährung

Verwirrtheit

→ Desorientiertheit

⁴⁵ BAG (2015): *Koordinierte Versorgung für (hoch-) betagte, multimorbide Menschen an den Schnittstellen im Kontext «Spital»*. Situationsanalyse und Handlungsbedarf.

⁴⁶ Doccheck Flexikon: <http://flexikon.doccheck.com> (Zugriff 14. Oktober 2017)

⁴⁷ Bridenbaugh SA (2017): *Sturz im Alter*. In: Pinter G, Likar R, Kada O et al. (2017): *Der ältere Patient im klinischen Alltag*. Ein Praxislehrbuch der Akutgeriatrie. Kohlhammer: Stuttgart

⁴⁸ BAG (2015): *Koordinierte Versorgung für (hoch-) betagte, multimorbide Menschen an den Schnittstellen im Kontext «Spital»*. Situationsanalyse und Handlungsbedarf.

⁴⁹ Doccheck Flexikon: <http://flexikon.doccheck.com> (Zugriff 14. Oktober 2017)

Impressum

Bundesamt für Gesundheit (BAG)
Hochbetagte Menschen mit Mehrfacherkrankungen.
Typische Fallbeispiele aus der geriatrischen Praxis.
Eine Massnahme zur Verbesserung der koordinierten Versorgung.

Autorin:
Irène Dietschi

Mitarbeit:
Flurina Näf

Publikationszeitpunkt:
Januar 2018

Grafik/Layout:
grafikmeier.ch, René Meier

Kontakt/Informationen:
Bundesamt für Gesundheit BAG
gesundheitspolitik@bag.admin.ch

Download/Interaktive Fassung:
www.bag.admin.ch/koordinierte-versorgung → Patientengruppen
und Schnittstellen → (Hoch-)betagte, multimorbide Menschen

Bezugsquelle:
Diese Publikation kann gratis bestellt werden.
BBL, Vertrieb Bundespublikationen, CH-3003 Bern
www.bundespublikationen.ch
verkauf.zivil@bbl.admin.ch

Bestellnummer:
316.759.d





Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG