



SIEGFRIED STEIDL, BERNHARD NIGG

Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie

Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe

4., überarbeitete Auflage

Siegfried Steidl, Bernhard Nigg

Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie

4., überarbeitete Auflage

Siegfried Steidl, Bernhard Nigg

Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie

Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe

4., überarbeitete Auflage

facultas.wuv

Mag. Dr. Siegfried Steidl

Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger, akad. Lehrer für Gesundheits- und Krankenpflege, Weiterbildung Geriatrische Pflege, Direktor der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Schwaz, Lehrtätigkeit an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule Schwaz

Dr. Bernhard Nigg

Oberarzt am BKH Schwaz bis 2006, Facharzt für Innere Medizin, Arzt für Allgemeinmedizin, Diplome für Geriatrie, Palliativmedizin, manuelle Medizin, Umweltmedizin, Notfallmedizin, Psychosoziale Medizin; seit 2005 eigene Praxis in Schwaz

Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Angaben in diesem Fachbuch erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr, eine Haftung der Autoren oder des Verlages ist ausgeschlossen.

Copyright © 4. Auflage 2014 Facultas Verlags- und Buchhandels AG

facultas.wuv Universitätsverlag, Stolberggasse 26, A-1050 Wien

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und der Verbreitung sowie der Übersetzung, sind vorbehalten.

Umschlagfoto: Missing35mm, istockphoto.com

Satz: Katja Geis-Burgert, CH-8607 Aathal-Seegräben

Symbole: Florian Spielauer, Wien

Korrektur: Sigrid Nindl, Wien

Druck: finidr

Printed in Czech Republic

ISBN 978-3-7089-0996-7 print

ISBN 978-3-99111-251-8 ebook

Inhalt

Vorwort	9
Hinweise zum Gebrauch des Buches	12
I Begriffserklärungen	13
1.1 Altern: Versuch einer Differenzierung	13
1.2 Gerontologie	15
1.3 Geriatrie und geriatrische Rehabilitation	16
1.4 Gerontopsychiatrie	17
1.5 Bevölkerungsentwicklung und ihre Konsequenzen	18
2 Gerontologie	22
2.1 Ansätze der Gerontologie	22
2.1.1 Der biologische Ansatz der Gerontologie	23
2.1.2 Der medizinische Ansatz der Gerontologie	24
2.1.3 Der pflegerische Ansatz der Gerontologie	25
2.1.4 Der verhaltenswissenschaftliche Ansatz der Gerontologie	26
2.1.5 Der sozialwissenschaftliche Ansatz der Gerontologie	26
2.2 Altersforschung	28
2.2.1 Allgemeine Aspekte	28
2.2.2 Methodische Zugänge	29
2.2.3 Umsetzung in der Pflegepraxis	31
2.3 Theorien des Alterns und des Alters	32
2.3.1 Allgemeine Aspekte	32
2.3.2 Defizittheorie	33
2.3.3 Abnutzungs- und Verschleißtheorie	34
2.3.4 Aktivitätstheorie	34
2.3.5 Disengagement-Theorie (DE-Theorie)	35
2.3.6 Kognitive Theorie der Bonner Schule	36
2.3.7 Theorie der freien Radikale	37
2.3.8 Telomere – Lebensfäden in den Zellen	38
2.4 Alterspsychologie	39
2.4.1 Biochemische und morphologische Veränderungen des alternden Gehirns	40
2.4.2 Lernen, Gedächtnis und Intelligenz	41
2.4.3 Interindividuelle Unterschiede in der Lern- und Gedächtnisleistung älterer Menschen	45

2.4.4	Die Lebensgeschichte als Hilfsmittel zum besseren Verständnis des Verhaltens	46
2.5	Gesundes Altern	49
2.5.1	Ernährung	50
2.5.2	Körperliche und geistige Aktivität	50
2.5.3	Soziale Integration und soziale Vernetzung	51
2.5.4	Lebenseinstellung und Verarbeitungsmuster	52
3	Geriatric	54
3.1	Funktionelle Einschränkungen durch körperliche Veränderungen	54
3.1.1	Sensorische Funktionsbeeinträchtigungen und damit verbundene Altersabweichungen	54
3.1.2	Funktionsbeeinträchtigung durch veränderte motorische Fähigkeiten	56
3.1.3	Überblick über sonstige funktionelle und strukturelle Organveränderungen	57
3.1.4	Mit den funktionellen Einschränkungen richtig umgehen	58
3.2	Psychische Veränderungen im Alter	59
3.2.1	Unsicherheit und Hilflosigkeit durch subjektiven Kontrollverlust	59
3.2.2	Verwirrtheit	59
3.2.3	Agitiertheit (Unruhe)	60
3.2.4	Aggression	61
3.2.5	Regression	62
3.2.6	Weitere psychische Veränderungen im Alter	63
3.3	Besonderheiten der geriatrischen Medizin	64
3.3.1	Multimorbidität und atypische Krankheitsbilder	65
3.3.2	Chronizität	65
3.3.3	Medikamentenwirkung	66
3.4	Das geriatrische Assessment	70
3.4.1	Definition	70
3.4.2	Inhalte und Ziele	70
3.4.3	Anforderungen an das geriatrische Assessment	71
3.4.4	Die angewandten Verfahren des geriatrischen Assessments im Überblick	73
3.5	Der Sturz im Alter	74
3.5.1	Allgemeine Aspekte	74
3.5.2	Epidemiologie	75

3.5.3	Sturzursachen	76
3.5.4	Sturzfolgen	79
3.5.5	Sturzprävention und Sturzbehandlung	80
3.5.6	Pflege bei Sturzgefahr und Sturz – Fallbeispiel	82
3.6	Schlaganfall (Apoplexia cerebri)	84
3.6.1	Pathophysiologie	84
3.6.2	Typische Warnzeichen eines Schlaganfalls	85
3.6.3	Symptome bei einem Schlaganfall	87
3.6.4	Therapie	88
3.6.5	Allgemeine pflegerische Maßnahmen	90
3.6.6	Spezielle Pflegemaßnahmen bei neuropsychologischen und neurophysiologischen Beeinträchtigungen	92
3.6.7	Pflegende Angehörige	92
4	Gerontopsychiatrie	94
4.1	Altersspezifische Besonderheiten und Einteilung psychischer Störungen	95
4.2	Delir	96
4.2.1	Definition	96
4.2.2	Ursachen	97
4.2.3	Symptomatik	97
4.2.4	Therapie	98
4.2.5	Pflege bei Delirium tremens – Fallbeispiel	99
4.3	Demenzen	103
4.3.1	Definition und Häufigkeit	103
4.3.2	Diagnostik der Demenz	104
4.3.3	Symptomatik der Demenz	105
4.3.4	Demenzformen	107
4.3.5	Stadien der Demenz	109
4.3.6	Folgen der Demenz	111
4.3.7	Komplikationen	112
4.3.8	Therapiemöglichkeiten	112
4.3.9	Pflege bei Altersdemenz – Fallbeispiel	114
4.4	Depression im Alter	118
4.4.1	Epidemiologie	118
4.4.2	Symptomatik	119
4.4.3	Unterscheidungsmerkmale zwischen Depression und Demenz	120

4.4.4	Therapieansätze	120
4.4.5	Pflege bei Altersdepression – Fallbeispiel	123
4.5	Suchterkrankungen – Medikamenten- und Alkoholabhängigkeit	127
4.5.1	Allgemeines	127
4.5.2	Definition von Sucht und Missbrauch	128
4.5.3	Einteilung der Suchten und Entstehungsfaktoren	128
4.5.4	Alkoholismus	129
4.5.5	Medikamentenmissbrauch	130
4.5.6	Pflege bei Suchterkrankungen	131
4.6	Hypochondrie und Angst	134
4.6.1	Hypochondrische Störungen	135
4.6.2	Angststörungen	135
4.6.3	Pflege bei Angststörungen – Fallbeispiel	138
4.7	Suizidalität	141
4.7.1	Risikofaktoren	142
4.7.2	Anzeichen	142
4.7.3	Vorbeugung/Prophylaxe und Therapie	143
	Literaturverzeichnis	146
	Fragebögen zum Geriatrischen Assessment	151
	Barthel-Test – ADL	151
	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens – IADL	152
	Mini-Mental State Examination (MMSE)	153
	Erhebungsbogen Clock Completion (CC)	154
	Geriatrische Depressions-Skala (GDS)	155
	Soziale Situation	156
	Schmerzskala	157
	Motilitätstest nach TINETTI Teil 1 (Balancetest)	158
	Motilitätstest nach TINETTI Teil 2 (Gehprobe)	159
	Handkraft	160
	Ernährungsassessment MNA Teil 1	161
	Ernährungsassessment MNA Teil 2	162
	Sturz-Risikoerfassung	163
	Sturzprotokoll	164
	Stichwortverzeichnis	165

Vorwort

Alter und Altern wird in den nächsten 30 Jahren zu einer der stärksten medizinischen und pflegerischen Herausforderungen in Europa werden. Die Anzahl der Alterskrankheiten, insbesondere Demenz, wird enorm anwachsen. Auch die österreichische Gesellschaft ist massiven Umbrüchen unterworfen. Der demografische Wandel zeigt zunehmend seine Wirkung und führt dazu, dass der Anteil der alten Menschen wächst und wächst: bis 2050 sogar enorm. So soll sich voraussichtlich die Anzahl der über 75-jährigen ÖsterreicherInnen von derzeit 713.899 auf ca. 1.589.133 mehr als verdoppeln (Statistik Austria, 2013).

Blicken wir in die Geschichte der Menschheit zurück, so war das höhere Alter nur wenigen vorbehalten. Heute ist dies für die Menschen Europas schon eine fast sichere Zukunftsperspektive. Es gehört bereits zur gesellschaftlichen Norm, dass wir ein Drittel unseres Lebens als ältere und alte Menschen verbringen. Der Wohlstand der Bevölkerung und das soziale System drohen aber in Gefahr zu geraten, denn die Gesellschaft verliert das Gleichgewicht. Es fehlt das ausgewogene Verhältnis zwischen Erwerbstätigen, Kindern und in Ausbildung Stehenden sowie Nichterwerbstätigen. Es wird weniger Angehörige für die Pflege und Betreuung geben, und die Einzelhaushalte im Alter werden zunehmen. Hinzu kommen noch die individuellen Bedürfnisse der Betagten, die Erwartungen von MigrantInnen mit fremdem kulturellen, sprachlichen und religiösen Hintergrund, die den Sachverhalt nicht erleichtern.

Mit einer hohen Zuwanderungsrate kann dieses Problem sicher nicht bewältigt werden. Umfassende wirtschaftliche, gesellschafts- und gesundheitspolitische sowie vor allem familienpolitische Reformen werden notwendig sein, um dieses Ungleichgewicht zu korrigieren.

Es ist nicht verwunderlich, dass Gesundheits- und SozialpolitikerInnen sehr intensiv mit Fachleuten aus Gesundheits- und Sozialberufen nach Lösungen der Zukunftsbewältigung suchen. Ein geschlossenes partnerschaftliches Vorgehen von Bund, Ländern und Gemeinden sowie privaten Organisationen und Einrichtungen wird notwendig sein, um einerseits zu einem sozial gerechten Bewusstsein für die Anliegen und Bedürfnisse einer wachsenden Zahl von älteren Menschen beizutragen und andererseits Programme für das solidarische Zusammenleben mit der älteren Generation in einem finanziell tragbaren Rahmen zu entwickeln. Dazu bedarf es neuer Lösungsansätze für die Bewältigung zentraler Spannungsfelder wie: Finanzierung von Renten und Pensionen, kinderfreundliche Familienpolitik und Wertschätzung der Mutterschaft, außerfamiliäre Erwerbsarbeit der Frau, Lebensarbeitszeit, Steuern und Sozialabgaben der Erwerbstätigen, Stärkung der Solidarität zwischen den Generationen und allen Betroffenen, Kosten für Gesundheit, Medizin und Pflege der alten Menschen, gesellschaftliche und politische Partizipation älterer Menschen, Alter und Wohnen, alter Mensch und Rechtsordnung. Ein sehr großer Teil der Verantwortung

fällt in den Bereich der Medizin und Pflege. Daher muss sich neben der Medizin auch die Pflege als angewandte Wissenschaft diesen neuen Anforderungen stellen und an die alternde Gesellschaft angepasste und finanzierbare Lösungen anbieten.

Es gilt, neue Formen selbstständigen und betreuten Wohnens – einschließlich der Pflegeangebote in diesen Wohnformen mit Zuhilfenahme digitaler assistierender Technologien – zu erarbeiten und umzusetzen. Es muss überlegt werden, ob das Ausmaß und die Intensität pflegerischer Aktivitäten und Interventionen so, wie sie heute angeboten werden, auch effizient und effektiv sind. Es werden innovative Expertenstandards und Richtlinien für Prävention, Diagnose, Therapie, Nachsorge, Pflege und Betreuung notwendig sein, damit die hohen Kosten der personalintensiven Betreuung und Pflege insbesondere der Demenzerkrankten ein vertretbares und für die Bevölkerung leistbares Maß nicht übersteigen. Bei der Pflege älterer Menschen muss neben professioneller Pflege auch das Interesse für Angehörigenpflege und ehrenamtliche Pflege gefördert werden. Aktive und vitale ältere Menschen sollten nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben ins gesellschaftliche Leben eingebunden bleiben. Da ein ausgewogenes Maß an Erwerbstätigkeit, Freizeit und Ausübung von Ehrenämtern das frühzeitige Altern hinauschieben kann, muss auch diesen Bereichen vermehrt Rechnung getragen werden. Ein frühzeitig entwickeltes Gesundheitsbewusstsein durch Information, Beratung und Sensibilisierung bereits im Kindes- und Jugendalter im familiären und schulischen Umfeld bei gleichzeitiger Entstigmatisierung der Alterserkrankungen, wie z. B. vor allem der Demenz, ist die beste Vorsorge für die Möglichkeit einer langen Selbstpflege, für physische, psychische und soziale Gesundheit bis in hohe Alter. Eine Stärkung der Selbstverantwortlichkeit, die dazu führt, dass notwendige Vorsorgemaßnahmen rechtzeitig erkannt und ergriffen werden, sowie der Ausbau der Rehabilitationsmöglichkeiten im Alter gehören somit zu den zentralen Pflegeschwerpunkten.

Das bereits sechzehn Jahre alte Gesundheits- und Krankenpflegegesetz vom September 1997, welches 2009 (GuKG-Novelle 2009) novelliert wurde, hat neben der allgemeinen Grundlagenvermittlung in der Gerontologie zum Teil auch diesen angeführten Themenbereichen in der Ausbildung im gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege Rechnung getragen. Denn die Frage, wie pflegerische Dienste genutzt werden, ist für die Gerontologie und Geriatrie von morgen von erheblicher Bedeutung. Gründe hierfür liegen zunächst in den veränderten Haushalts- und Familienstandsstrukturen hilfs- und pflegebedürftiger älterer Menschen, die eine Zunahme der Nutzung pflegerischer Dienste notwendig machen werden. Mindestens genauso wichtig in diesen Überlegungen sind Tendenzen zunehmender Belastung und Überlastung der Angehörigen von pflegebedürftigen älteren Menschen, die deutlich auf erkennbare Grenzen der Familienpflege hinweisen. Die Nutzung professioneller pflegerischer Angebote bietet die

Chance, Selbstpfledefizite zu identifizieren und Selbstpflegekompetenzen zu erkennen, zu fördern und gezielt einzusetzen.

Aufgrund dieser Überlegungen sind wir alle gefordert. Niemand ist zu jung, um sich mit dem Alter und dem Altern zu befassen. Für die Pflege als angewandte Wissenschaft ist die Auseinandersetzung mit der älteren Generation aber in jedem Fall unverzichtbar. Maßgeblich für eine hohe Qualität der Pflege und Betreuung sind eine fundierte Ausbildung sowie laufende Fort- und Weiterbildung in gerontologischen, geriatrischen und gerontopsychiatrischen Problemstellungen.

Das vorliegende Buch ist mit dem Gegenstand „Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie“ des Curriculums der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung kompatibel und für die Auszubildenden im gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege als Lehr- und Lernbuch gedacht. Auch für StudentInnen diverser anderer Bildungseinrichtungen und PraktikerInnen, die sich dieses Basiswissen aneignen möchten, enthält dieses Buch wertvolle Informationen.

Die systematische Beantwortung wesentlicher Fragestellungen zu Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie und die thematische Beschränkung auf das Wesentliche und für die Pflegepraxis Relevantes machen das Aufgaben- und Handlungsfeld der Altersmedizin und der Pflege betagter Menschen überschaubar. Diese Publikation beschreibt brennende Tätigkeitsbereiche und schafft zudem einen realistischen Überblick über die Herausforderungen, welche die geriatrische Medizin und die Pflege Betagter bietet.

Wien, Jänner 2014

Siegfried Steidl, Bernhard Nigg

Hinweise zum Gebrauch des Buches

Lernziel



Am Beginn jedes Kapitels sind **Lernziele** formuliert.

Wichtige Worte und **Textpassagen** sind **fett** gedruckt.

Unbekannte Begriffe

werden in der Randspalte erklärt.

Im Text verwendete und den LeserInnen vielleicht *unbekannte Begriffe* sind grün gesetzt und in der Randspalte erklärt.

In der Randspalte sind weiters Erläuterungen angeführt, die wichtig sind oder das Verstehen des Textes erleichtern, jedoch den fortlaufenden Haupttext zu sehr belasten würden.

Kernaussage



Kernaussagen
sowie **Beispiele** sind grün unterlegt.

Zusammenfassung



Am Ende eines jeden Kapitels finden sich eine „**Zusammenfassung**“

Zum Üben



sowie Fragen „**Zum Üben**“.

1 Begriffserklärungen

Nach dem Studium dieses Kapitels sollten Sie ...

- ... die Begriffe Altern, Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie in den wesentlichen Zügen kennen und in Zusammenhang mit der Pflege bringen können.
- ... eine Differenzierung zwischen „Alter“ und „Altern“ vornehmen können.
- ... den Stellenwert alter Menschen in unserer Gesellschaft und anderen Kulturen im Wandel der Zeit darlegen können.
- ... die Auswirkungen der höheren Lebenserwartung auf die Gesellschaft, auf die Einzelpersonen und die alten Menschen selbst ableiten können.

Lernziel



1.1 Altern: Versuch einer Differenzierung

Es gibt keine generell gültige Altersnorm. Diese ist von vielen Aspekten des individuellen Lebens, der demografischen Veränderung, dem Anteil jener Alten abhängig, die sich nach wie vor gesund und aktiv ins gesellschaftliche Leben eingebunden fühlen. Mit dem Anteil dieser jung gebliebenen Alten verändern sich die Lebensläufe, die Zeitpunkte bestimmter Ereignisse im Lebensverlauf – das Alter hängt somit auch von der Bewertung der Situationen und Ereignisse ab. Es gibt Situationen im Leben, in denen jeder von uns zu „jung“ bzw. zu „alt“ ist oder von anderen so eingestuft wird.

Altern ist ein kontinuierlich ablaufender Prozess, der mit der Geburt beginnt und nicht mit einem bestimmten Lebensalter verknüpft ist. Nach Rennkamp (1976) ist **Altern** nicht etwa Kennzeichen eines bestimmten Lebensalters, sondern ein sehr **komplexer individueller Prozess**, der von verschiedenen Faktoren, z. B. Erbanlagen, allgemeinen Lebensbedingungen, persönlichen Lebensschicksalen und Umweltfaktoren, abhängig ist. Dabei sind biologische, soziologische, psychologische und ökonomische Phänomene wirksam, die sich auch nicht scharf voneinander abgrenzen lassen. Abbau, Stabilität und Wachstum kommen nebeneinander und gleichzeitig vor. Veränderung, Entwicklung und Lernen sind weitere Elemente des Alterns, die darauf hindeuten, dass Altern nicht nur als Abbau zu betrachten ist.

Kriterien für den Beginn des Alters:

- Ausscheiden aus dem Berufsleben
- kalendarisches Alter
- biologischer Abbau
- Ereignisse im Lebenslauf
- Bewertung von Leistung

Kernaussage



Altern ist kein einheitlicher Prozess. Das am Jahrgang ablesbare Alter sagt wenig aus. Was sich zeigt, sind mit steigendem Lebensalter neben physischen und psychischen Veränderungen auch Unterschiede in der Persönlichkeit und im Charakter des bzw. der Einzelnen, vielfach bedingt durch unterschiedliche Lebenslagen, Lebensschicksale und Lebensverläufe.

Nach Wickert lassen sich verschiedene Kriterien nennen, anhand derer sich die Frage nach dem Beginn des Alters diskutieren lässt:

- ▶ Zum einen kann der Beginn der Altersphase durch gesellschaftliche Regelungen markiert werden. Mit dem Erreichen eines bestimmten **kalendarischen Alters** besteht die Möglichkeit, aus dem Berufsleben auszuschneiden und ein Altersruhegeld zu beziehen. Diese Grenze liegt im Allgemeinen zwischen dem 60. und 65. Lebensjahr.
- ▶ Durch **biologische Vorgänge** lässt sich der Beginn des Alters viel schwieriger bestimmen: Die Muskelkraft eines Menschen ist im dritten Lebensjahrzehnt am größten, im sechsten Lebensjahrzehnt endet die Gebärfähigkeit der Frau und im mittleren Erwachsenenalter beginnt die Herzmuskulatur an Masse abzunehmen. Aber durch derartige biologische Ereignisse lässt sich der Beginn des Alters nicht bestimmen.
- ▶ Vom Standpunkt der Psychologie aus könnte man als Abgrenzungsmerkmal **das subjektive Alterserleben** heranziehen. Bestimmte Ereignisse im Lebenslauf, wie sich jährnde Hochzeitstage oder das Einsetzen körperlicher Beschwerden, können zu Auslösern von Empfindungen des Altseins werden. Doch auch hierdurch lässt sich keine eindeutige Abgrenzung finden, denn Lebensereignisse werden individuell sehr unterschiedlich erlebt, sodass ein und dasselbe Ereignis (z. B. die Heirat der Kinder, Pensionierung) bei verschiedenen Menschen unterschiedliche Empfindungen (z. B. „alt zu sein“, „noch nicht alt sein“) auslösen kann (vgl. Wickert 1984; zit. n. Saup 1989, S. 15 ff.).

Inzwischen ist es vielfach üblich geworden, die Altersgruppe der 55- bis 75-Jährigen, die sogenannten „jungen Alten“, von den „alten Alten“, den Betagten, und diese nochmals von den Hochbetagten, Menschen über 85 Jahren, abzugrenzen (vgl. Brauchbar/Heer 1995, S. 27).

In der Werbebranche verwendet man häufig die englische Version „young olds“ und „old olds“.

Der Wiener Soziologe Leopold Rosenmayr schlägt folgende, auch von der WHO verwendete Einteilung vor:

- ▶ ältere Menschen (60–75 Jahre),
- ▶ Alte (75–90 Jahre),
- ▶ Hochbetagte (über 90 Jahre),
- ▶ Langlebige (100 und mehr Jahre).

Das kalendarische Alter reicht nicht aus, um einen älteren Menschen als „geriatrischen Patienten“ bzw. „geriatrische Patientin“ bezeichnen zu können.

Unsere Gesellschaft verbindet üblicherweise den Austritt aus dem Berufsleben mit dem Eintritt in die Altersphase. Demnach beginnt das Alter etwa um das 60. bzw. 65. Lebensjahr herum. Die Grenzen und Möglichkeiten der Erwerbstätigkeit bis ins hohe Alter sind ein politisches Dauerthema und werden die kalendarische Altersnorm nach oben verschieben. Eine einheitliche Sprachregelung fehlt allerdings. Empfehlenswert ist die oben genannte Einteilung der WHO. Für Pflegefachkräfte ist aber eine weitere Unterscheidung älterer Menschen wichtig. Es sind dies die Unterschiede hinsichtlich **Kompetenzgrad**, **Potenzialen** und **Ressourcen**, **Selbstpflegefähigkeit**, die **Vernetzung** im sozialen Umfeld und das Ausmaß der **Abhängigkeit** vom räumlichen und persönlichen Umfeld.

Kernaussage



Potenziale, Ressourcen

siehe Begriffsklärung auf S. 25

1.2 Gerontologie

Die *Gerontologie* ist die Wissenschaft vom Altern und vom Alter. Sie entwickelte sich als eigenständiger Wissenschaftszweig in den 1930er-Jahren in den USA und Europa. Sie beschäftigt sich hauptsächlich mit Grundlagenforschung über Prozesse des Alterns. Die höhere Lebenserwartung des Menschen hat WissenschaftlerInnen dazu veranlasst, biologische, medizinische, soziologische, psychologische und jetzt auch vermehrt **pflegerische Veränderungen im Alter** zu erforschen. Gerontologie als Wissenschaft betrachtet somit Altern nicht nur aus medizinischer Sicht. Weil sich der alte Mensch nicht allein auf die Funktion von Organen und Einzelteilen des Körpers reduzieren lässt, ist diese Wissenschaft **mehrdimensional**. Der ältere Mensch muss **ganzheitlich** verstanden und erfasst werden. Es gibt „den“ alten Menschen nicht. Zwar altern alle, aber jeder und jede eben auf höchst individuelle Weise.

Gerontologie

aus dem griechischen *geron* = das Alter und *logos* = die Lehre. Gerontologie ist die Wissenschaft vom Altern.

Ansätze der Gerontologie sind:

- Biologie
- Medizin
- Pflege
- Psychologie
- Soziologie

Die Gerontologie beschäftigt sich mit Problemen des Alters. Erkenntnisse und Fragestellungen der Medizin und Pflege werden mit natur-, geistes-, sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Disziplinen – also interdisziplinär – vernetzt, wobei der alte, betagte und hochbetagte Mensch im Mittelpunkt steht. Je nach Schwerpunkt gibt es unterschiedliche Ansätze in der Gerontologie. Jede einzelne wissenschaftliche Disziplin leistet ihren speziellen Beitrag, um den Alterungsprozess und seine Auswirkungen auf das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden alter Menschen positiv zu beeinflussen.

Lernziel



1.3 Geriatrie und geriatrische Rehabilitation

Geriatric

aus dem griechischen *geron* = das Alter und *iatros* = der Arzt. Geriatric ist jenes Teilgebiet der Medizin, das sich mit alten Menschen befasst.

Unter *Geriatric* versteht man jenen Teil der modernen, wissenschaftlich fundierten Medizin, der sich mit den **besonderen Problemen von Erkrankungen älterer Menschen** beschäftigt. Neben dem Studium des Alters und den dabei ablaufenden regelhaften und normalen Veränderungen wird in der Geriatric insbesondere Augenmerk auf die **Erforschung häufiger Krankheitserscheinungen** in dieser Altersgruppe gelegt (Schwindel, Sturz, Inkontinenz, Verwirrheitszustände, Stimmungsverhalten) sowie auf **Besonderheiten** von Krankheiten im Alter und auf die Bereitstellung und Organisation von medizinischen, pflegerischen, sozialen und ergänzenden **Hilfeleistungen**.

Kernaussage



Die Geriatric ist ein Teilgebiet der Medizin. Sie beschäftigt sich mit dem gesunden Altern, der Prävention, also Vorbeugung, von Alterserkrankungen, den Problemen der Akutgeriatric, der Palliativmedizin und der *Rehabilitation*.

Rehabilitation

aus dem lateinischen *rehabilitare* = wieder tauglich machen. Die Rehabilitation hat zum Ziel, Menschen nach einer Erkrankung so weit wie möglich wieder in ihren normalen Alltag zurückzuführen.

Die geriatric Rehabilitation setzt es sich zum Ziel, individuell vielfältige **körperliche, seelische und soziale Auswirkungen von Krankheiten** älterer PatientInnen zu behandeln, auszugleichen und zu mildern. Durch ein umfassendes Konzept moderner, aktivierender Pflege, verbunden mit gezielten **multidisziplinären Behandlungsverfahren**, werden die medizinischen, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ergänzt. Dabei geht man individuell auf die vorhandenen Fähigkeiten, Probleme und Ressourcen der einzelnen PatientInnen ein und bewirkt unter Nutzung dieser eine Verbesserung der **Funktionalität**, d.h. eine erhöhte Selbstständigkeit in den **Alltagsaktivitäten**, eine vermehrte Eigenständigkeit und Sicherheit im **Handeln**, eine Normalisierung des **Erlebens** und des **Verhaltens**. Immobilität und Pflegebedürftigkeit, welche sehr häufig in Erscheinung treten, sollten verhindert werden. Soweit immer möglich, wird eine Rückkehr des Patienten bzw. der Patientin in die bisherigen Lebensumstände angestrebt. Ein älterer Mensch und sein physischer, psychischer und sozioökonomischer Status sowie der Grad seiner Selbstständigkeit sind durch medizinische Diagnosen allein ungenau definiert. Gerade die **Multimorbidität**, **Chronizität**, die Gefährdung der Selbstständigkeit und die Konfrontation mit dem Lebensende sind wesentliche Probleme älterer Menschen. Neben der Beurteilung der Krankheit ist auch der **funktionelle Zustand** (Funktionalität) der älteren Menschen im Rehabilitationsprozess zu berücksichtigen. Die Rehabilitationsphase kann Monate, Jahre oder auch lebenslang dauern. Wichtig dabei ist die Erstellung eines Rehabilitationsplans für jeden einzelnen Patienten bzw. jede einzelne Patientin.

Multimorbidität

aus dem lateinischen *multum* = viel und *morbus* = Krankheit; das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer Krankheiten

Chronizität

aus dem griechischen *chronos* = Zeit; Krankheiten, die über einen längeren Zeitraum bestehen bleiben oder nicht (mehr) heilbar sind