

# **GERIATRIE aktuell**

**aus dem Landesverband Hessen - Thüringen**

**Ausgabe 7 - September 2012**

**Herausgeber:**

**Landesverband Geriatrie Hessen – Thüringen  
des Bundesverbandes Geriatrie e.V.**

Vorstand: Prof. Dr. W. Vogel,  
Dr. B. Braun, Dr. W. Knauf,



## **In eigener Sache:**

Nach der Sommerpause freuen wir uns, Ihnen erneut den Geriatrie-Newsletter unseres Landesverbandes Geriatrie überreichen zu können.

Kurz nach Drucklegung dieses Exemplars hat der diesjährige Geriatriekongress in Bonn begonnen, und nicht wenige von uns werden sich dort zum intensiven Meinungsaustausch getroffen haben.

Zu diskutieren gibt es viel, denkt man nur an die derzeit neu formulierten OPS-Kriterien für die geriatrische Krankenhausbehandlung wie die geänderten Bedingungen im Bereich Weiterbildung.

Dass gerade diese Thematik besonders wichtig ist, zeigt auch der in diesem Heft veröffentlichte Artikel der *AG-Pflege* unseres Landesverbandes. Darüber hinaus zeugen die Fachartikel in

diesem Newsletter von der großen inhaltlichen Breite unseres Fachgebietes.

Diskutieren werden wir weiter müssen:

Die nächste Gelegenheit hierzu bietet sich auf unserer Mitgliederversammlung, die fast schon traditionell während der jährlichen Wiesbadener Geriatrie Kolloquien stattfindet. Als Termin ist diesmal der Nachmittag vor dem Kolloquium (9.Nov.2012) vorgesehen. Merken Sie sich bitte diesen Termin bereits heute vor.

Zunächst wünschen wir Ihnen jedoch erneut eine interessante Lektüre.

Ihre  
Prof. Dr. Werner Vogel,  
Dr. Burkhard Braun,  
Dr. Wolfgang Knauf

## **Rheuma im Alter**

W. Behringer, Fulda

Im Alter auftretende Gelenk- und Rückenschmerzen sind überwiegend durch degenerative Prozesse bedingt. Jedoch schließen sich Alter und eine entzündliche Rheumakrankheit nicht aus. Entzündlich-rheumatische Erkrankungen können in jedem Lebensalter auftreten, zeigen aber bei der Manifestation im Alter einige Besonderheiten. Zu unterscheiden ist dabei zwischen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, die klassischerweise nur beim alten Menschen auftreten, z.B. die Polymyalgia rheumatica und die Arteriitis temporalis, und den besonderen Verlaufsformen von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, die auch beim jungen Menschen auftreten, z.B. die rheumatoide Arthritis und die Kollagenosen bei der Erstmanifestation im Alter.

### **Polymyalgia rheumatica und Arteriitis temporalis**

Die Polymyalgia rheumatica (PMR) ist eine häufige entzündlich-rheumatische

Erkrankung, die typischerweise erst nach dem 50. Lebensjahr auftritt und ihren Manifestationsgipfel zwischen dem 70. und 80. Lebensjahr hat. Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer. Leitsymptom ist ein akut auftretender Schmerz im Schulter- und Beckengürtel. Begleitsymptome sind Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme und Depression. Im Labor fallen eine deutliche BSG-Beschleunigung und ein erhöhter CRP-Wert auf. Typisch für die PMR ist ein promptes Ansprechen auf eine Therapie mit Corticosteroiden, wobei eine Initialdosis von 30 mg Prednisolon pro Tag meist ausreicht und die Prednisolon-Dosis in der Folge rasch reduziert werden kann. Die Therapiedauer soll mindestens ein Jahr betragen. Wenn durch die Cortisontherapie keine rasche und prompte Besserung erreicht wird, muss die Diagnose hinterfragt und ggf. revidiert werden.

Die PMR gehört wie die Arteriitis temporalis zu den klinischen Manifestationen der Riesenzelleriitis. Temporal lokalisierte und plötzlich auf-

treten Kopfschmerzen sind charakteristisch für die Arteriitis temporalis. In ca. 30 % der Fälle treten Sehstörungen auf. Die Diagnose kann durch eine Biopsie der Arteria temporalis oder durch eine Farbdopplersonographie gesichert werden. Therapeutisch werden bei der Arteriitis temporalis initiale Prednisolondosen von 1 mg pro kg KG pro Tag empfohlen.

### **Rheumatoide Arthritis im Alter (Late Onset Rheumatoid Arthritis/ LORA)**

Als rheumatoide Arthritis im Alter (LORA) bezeichnet man eine rheumatoide Arthritis (RA), die sich im Alter von über 65 Jahren erstmals manifestiert. Circa 30% der RA-Patienten sind bei Krankheitsbeginn über 65 Jahre alt. Die Inzidenz der LORA wird aus demographischen Gründen in den nächsten Jahren ansteigen. Die LORA zeigt gegenüber der in jüngeren Jahren auftretenden RA einige Besonderheiten:

- ausgeglichenes Geschlechtsverhältnis

- abrupter, infektionsähnlicher Beginn
- hochakute Arthritiden mit Überwärmung, Rötung und starken Schmerzen
- häufiger initiale Beteiligung großer proximaler Gelenke (Schultergelenke)
- häufiger Systemmanifestationen (Fieber, Gewichtsabnahme, Leistungsknick)
- im Mittel höhere BSG und höhere CRP-Werte
- initial häufig negative Rheumafaktoren

Wegen der initialen Schulter-symptomatik ist die PMR eine wichtige Differentialdiagnose. RA und PMR sind bei Krankheitsbeginn oft nicht zu differenzieren, so dass erst im weiteren Krankheitsverlauf eine definitive Diagnose gestellt werden kann.

Weitere wichtige Differentialdiagnosen der LORA sind aktivierte Arthrosen, die Gicht und die Pseudogicht, die im Alter nicht selten polyartikulär und chronisch verlaufen. Nicht zuletzt können Arthritiden auch Ausdruck eines paraneoplastischen Syndroms sein. Insbesondere bei ungewöhnlichem Verlauf und bei

schlechtem Ansprechen auf die Therapie sollte an die Möglichkeit eines Malignoms gedacht werden.

### **Kollagenosen im Alter**

Die häufigste Kollagenoseform im höheren Lebensalter ist das Sjögren-Syndrom. Neben der führenden Sicca-Symptomatik treten beim Sjögren-Syndrom eher blande Arthritiden, ein Raynaud-Syndrom, eine Einschränkung des Allgemeinbefindens und eine chronische Müdigkeit auf. Beim systemischen Lupus erythematodes (SLE) finden sich im Alter häufiger Zytopenien, periphere Neuropathien und Lungenbeteiligung, während Fotosensibilität, orale oder nasale Ulzerationen und Nierenbeteiligung seltener beobachtet werden.

Während die Erstmanifestation des SLE im Alter aber insgesamt selten ist, betreffen die Polymyositis und die häufig malignom-assoziierte Dermatomyositis nicht selten primär den älteren Patienten.

### **Besonderheiten der Rheumatherapie im Alter**

Die traditionellen NSAR sind ebenso wie die Coxibe wegen der renalen und kardiovaskulären Risiken für den alten Patienten relativ kontraindiziert. Als besonders gefährlich gilt eine Kombinationstherapie aus NSAR und Cortison, weil hierdurch das Risiko für das Auftreten von gastrointestinalen Komplikationen gegenüber einer NSAR-Monotherapie vervierfacht wird.

Eine längerfristige Cortisontherapie ist in manchen Situationen nicht zu vermeiden, z. B. bei Vorliegen einer Polymyalgia rheumatica. Die Cortisondosis sollte aber möglichst schnell unter die Cushing-Schwelle gesenkt werden. Neben anderen unerwünschten Wirkungen des Cortisons besteht beim alten Menschen immer die Gefahr einer cortisoninduzierten Osteoporose mit pathologischen Frakturen. Zu Beginn der Cortisontherapie soll deshalb eine Osteoporosedagnostik einschließlich DXA-Messung erfolgen und in

Abhängigkeit vom Messergebnis und dem Vorliegen weiterer Risikofaktoren eine Osteoporoseprophylaxe oder -therapie eingeleitet werden.

Für eine Basistherapie beim alten Rheumapatienten sind Malariamittel, Sulfasalazin, Leflunomid und Azathioprin geeignet. Wie beim jungen Rheumapatienten müssen regelmäßig klinische und laborchemische Kontrollen durchgeführt werden. Eine Therapie mit Methotrexat ist im Alter problematisch wegen der renalen Ausscheidung. Auch Cyclosporin ist für den alten Rheumapatienten ungeeignet wegen potentieller Nierenfunktionsstörungen, Blutdrucksteigerung und multipler Interaktionen. Bei den alten Rheumapatienten haben die Langzeitschäden einen anderen Stellenwert als beim jungen Patienten, so dass bei den hochbetagten Patienten statt einer Basistherapie oft eine niedrig dosierte Prednisolon-Therapie eingesetzt wird und ausreichend ist. Bei Versagen der Cortisontherapie und der

konventionellen Basistherapie und nach Ausschluss von Kontraindikationen ist auch beim älteren Rheumapatienten der Einsatz von TNF- $\alpha$ -Blockern und anderer Biologika möglich. Ältere Patienten zeigen zwar ein gleich gutes Ansprechen auf TNF- $\alpha$ -Antagonisten wie jüngere Patienten, erleiden aber häufiger Infektionen, die dann auch schwerer verlaufen.

Neben den Medikamenten haben Physio- und Ergotherapie bei der Behandlung rheumatischer Erkrankungen im Alter einen ganz hohen Stellenwert:

Die wichtigsten Behandlungsziele sind Schmerzreduktion, Verbesserung der Gelenkfunktion und Erhaltung der Selbstversorgungsfähigkeit.

Autor:

Dr.med. Walter Behringer  
Chefarzt der Geriatrischen Klinik  
Herz Jesu Krankenhaus Fulda

## **Geriatrisches Fallbeispiel Postoperative Anämie – Parenterale Eisengabe**

T. Geisel, Dr. M. Bach

### **Fallbeschreibung:**

Am 20.06.2012 wurde eine 81-jährige Patientin in das St. Elisabethen Krankenhaus in Frankfurt am Main eingeliefert. Vorher war sie stationär vom 14. bis zum 20.06.2012 im St. Katharinen Krankenhaus. Frau H ist verwitwet, hat keine Kinder und lebt seit März 2008 in einem Heim in einer Wohnung, in der sie sich praktisch selbst versorgt. Bis zum Zeitpunkt der Aufnahme ist sie keiner Pflegestufe zugeordnet und verwendet keinerlei Hilfsmittel im Alltag. Die Patientin wurde mit der Hauptdiagnose „mediale Schenkelhalsfraktur links“ mit am 15.06.2012 implantierter zementierter Duokopfprothese in das St. Elisabethen Krankenhaus eingeliefert. Nebendiagnosen waren Osteoporose, Kyphoplastie BWK 11/12 und

LWK 1, arterielle Hypertonie, sensible Polyneuropathie, ausgedehnte Hiatushernie und eine Eisenmangelanämie. Bei Aufnahme berichtete die Patientin über noch erträgliche Schmerzen in der linken Hüfte. Auf das aufgrund der Schmerzen eingenommene Novalgin reagierte sie mit Übelkeit. Auch die Magenschmerzen, die bei ihrer bekannten Refluxösophagitis häufiger auftreten, verschlimmerten sich durch die Schmerzmedikation. Der Aufnahmebefund zeigte einen befriedigenden Allgemein- und Ernährungszustand.

Die durchgeführten Labortests zeigten besonders bei den Eisenparametern erniedrigte Werte: Sowohl die Transferrinsättigung (13 %), als auch Serumeisen (33 µg/dl), Transferrin (1,82 g/l) und der Hämoglobinwert (8,9 g/dl) waren erniedrigt. Der Ferritinwert war mit 366 ng/ml erhöht. Zudem war die Vitamin B<sub>12</sub>-

Konzentration mit 185 pg/ml verringert (Siehe Tab. 1.1).

| <b>Tab. 1.1:</b> Labor bei Aufnahme |   | Laborwert | Referenzbereich | Einheit |
|-------------------------------------|---|-----------|-----------------|---------|
| Hb-Wert                             | - | 8,9       | ≥ 12            | g/dl    |
| Eisen                               | - | 33        | 60 – 180        | µg/ml   |
| Ferritin                            | + | 366       | 10 – 120        | ng/ml   |
| Transferrin                         | - | 1,82      | 2,00 – 3,60     | g/dl    |
| Vitamin B <sub>12</sub>             | - | 185       | 211 – 911       | pg/ml   |
| Folsäure                            |   | 8,18      | > 5,38          | ng/ml   |
| FT3                                 | - | 2,09      | 2,30 – 4,20     | pg/ml   |
| FT4                                 |   | 1,18      | 0,89 – 1,76     | ng/dl   |
| TSH                                 |   | 1,82      | 0,40 – 4,20     | µU/ml   |
| Transferrinsättigung                | - | 13        | 16 – 45         | %       |

| <b>Tab. 1.2:</b><br>Veränderung des Hämoglobinwertes nach Eisengabe i.v. ( <b>Datum</b> ) | 20.06. 2012 | 25.06. 2012 | 28.06. 2012 | 05.07. 2012 | 12.07. 2012 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>Hämoglobinwert (g/dl)</b>  | 8,9         | 9,3         | 9,2         | 9,6         | 11,2        |

Das geriatrische Assessment wurde mittels verschiedener Tests zur Untersuchung des psychischen und physischen Zustandes der Patientin durchgeführt. Bei Aufnahme lagen die Ergebnisse der meisten Tests im mittleren Bereich. Die Patientin ist mit Hilfspersonen

gefhähig, wobei das Gangbild Unsicherheiten zeigt. Details zu den Tests sind in Tabelle 1.3. abgebildet.

### **Verlauf während des Krankenhausaufenthaltes:**

Während des Klinikaufenthaltes erhielt die Patientin eine

intensive geriatrische Komplexbehandlung mit Krankengymnastik, Gangschulung, Kräftigungsübungen, Gleichgewichtstraining, Ergotherapie mit IADL-Training (Aktivitäten des täglichen Lebens) und Außentraining, schließlich auch physikalische Therapiemaßnahmen in Form von Fangopackungen, Eispackungen und Massagen.

Um die Eisenmangelanämie der Patientin zu therapieren erhielt sie am 21. und am 22.06.2012 jeweils 500 mg Eisen i.v. in Form des Eisen-carboxymaltosepräparates Ferinject®. Sie hatte keinerlei Nebenwirkungen und sprach gut auf die Eisentherapie an, sodass der Hämoglobinwert von 8,9 g/dl auf 11,2 g/dl (um 2,3 g/dl) gesteigert werden konnte (Siehe Tab.1.2). Zudem wurde ein Anstieg der Retikulozyten auf 6,9%(Norm: 0,44 – 1,55%) erreicht. Neben Eisen wurde auch Vit. B12 substituiert

Da bei der Patientin eine Refluxösophagitis mit zeitweiliger Übelkeit bestand, wurde eine Gastroskopie durch-geführt. Hierbei zeigte sich eine große Hiatushernie, die zumindest partiell als eine der Ursachen in Frage kommt.

Kardiopulmonal war die Patientin stabil, die Blutdruckwerte lagen unter Medikation mit Betablocker, ACE-Hemmer und Diuretikum im normotonen Bereich, in der vorgenommenen Langzeit-Blutdruckmessung zeigte sich ein regelrechtes Blutdruckprofil, ebenso wie bei den Gelegenheitsmessungen.

Insgesamt hat die Patientin sich sehr gut stabilisiert, sie ist in den Basisfunktionen wieder weitgehend selbständig und mit Rollator sicher mobil. Dies zeigt auch die Verbesserung des geriatrischen Assessments (Siehe Tab. 1.3). Das Ziel der Patientin war es, wieder möglichst ohne Hilfsmittel oder nur mit einem Handstock sicher mobil zu sein.





| <b>Tab. 1.3. Veränderung der geriatrischen Tests zwischen Aufnahme und Entlassung der Patientin</b> |                                      |  |
|---|--------------------------------------|--|
| <b>Geriatrischer Test</b>   | <b>Ergebnis bei Aufnahme</b>         | <b>Ergebnis bei Entlassung</b>                       |
| Barthel-Index   | 45                                   | 90   |
| Mobilitätstest nach Tinetti   | 15                                   | 21   |
| Modifizierter Rombergtest   | 15 Sek. stehen, außer im Tandemstand | 15 Sek. stehen in allen Positionen, auch Tandemstand |
| Five-Stairs-Test  | 5 x innerhalb von 32 Sek.            | 5 x innerhalb von 32 Sek.                            |
| Timed-Up-and-Go   | Mit Rollator in 37 Sek.              | Mit Rollator in 15 Sek.                              |
| Mini-Mental-Status-Test   | 27 von 30 Punkten                    | Nicht durchgeführt                                   |
| Clock-Completion-Test   | Weitestgehend gelungen               | Nicht durchgeführt                                   |

## Diskussion und Fazit

Der Verlauf der Hb-Werte und die sensationell angestiegenen Retikulozyten zeigen wie schnell Eisen i.v. wirkt. Die parenterale Gabe von Eisen-Carboxymaltose ist unproblematisch und effektiv, dies

bestätigen auch eigene retrospektive Daten.

Die Bestimmung von Ferritin ist bei der Erfassung des Eisenstatus unzureichend. Die Ferritinwerte multimorbider geriatrischer Patienten sind fast ausschließlich im Norm-

bereich bzw. erhöht und stellen keine Kontraindikation für eine parenterale Eisensubstitution dar!

Eine erniedrigte Transferrinsättigung zeigt einen relativen Eisenmangel an. Hier ist die Gabe von Eisen-i.v. effektiv, wie das Fallbeispiel zeigt.

Die Anämie wird als Komorbidität unserer Meinung zu wenig beachtet. Große epidemiologische Studien zeigen u.a., dass anämische Patienten signifikant gangunsicherer sind, sie stürzen öfter, und entwickeln eher ein Delir.

Die häufigste Ursache der Anämie im Alter ist der Eisenmangel, dieser wird leider kaum und wenn, dann in-

effizient mit oralen Präparaten behandelt.



Literatur und weitere Informationen zum Thema bei den Autoren:

T. Geisel,  
Crohn-Colitis Centrum Frankfurt  
(Leiter Prof. Dr. Dr. Stein)

Dr. M. Bach,  
Geriatrische Klinik St. Elisabethen  
KKH Frankfurt  
(Email: M.Bach@katharina-kasper.de)

## Geriatrien in Hessen und Thüringen stellen sich vor: (Fortsetzung 7)

|   |  |
|---|--|
| <p><b>KORBACH</b></p>  <p>Telefon:<br/>05631 / 569-156<br/>Telefax:<br/>05631 / 569-342<br/>Homepage:<br/><a href="http://www.krankenhaus-korbach.de">www.krankenhaus-korbach.de</a><br/>Email:<br/><a href="mailto:k.baotic-meyer@krankenhaus-korbach.de">k.baotic-meyer@krankenhaus-korbach.de</a></p> | <p><b>Name der Einrichtung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Geriatrische Abteilung der Medizinischen Klinik des Stadtkrankenhauses Korbach</li> </ul> <p><b>Träger:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Stadtkrankenhaus Korbach gGmbH</li> </ul> <p><b>Chefarzt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dr. med. Arved-Winfried Schneider</li> </ul> <p><b>Facharzttitel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Innere Medizin</li> <li>➤ Gastroenterologie</li> </ul> <p><b>Zusatzweiterbildung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Geriatrie (Oberärztin)</li> </ul> <p><b>Weiterbildungsermächtigung für</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Innere Medizin</li> <li>➤ Allgemeinmedizin</li> </ul> |
|    | <p><b>Abteilungsgröße:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anzahl stationäre Betten      32 Betten</li> <li>➤ Anzahl Tagesklinikplätze    (geplant 8Plätze)</li> </ul> <p><b>Zertifizierung nach</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ KTQ</li> </ul> <p><b>Besonderheiten der Fachabteilung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Angebot von geriatricspezifischen CME-Fortbildungen</li> </ul>  |

|   |   |
|---|---|
| <p><b>LAMPERTHEIM</b></p>  <p>Telefon:<br/>06206 / 509261<br/>Telefax:<br/>06206 / 509239<br/>Homepage:</p> <p>Email:<br/><a href="mailto:b.findeisen@smk-mail.de">b.findeisen@smk-mail.de</a></p> | <p><b>Name der Einrichtung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ St. Marien Krankenhaus Lampertheim<br/>Abteilung für Geriatrie</li> </ul> <p><b>Träger:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Kath. Klinikverbund Südhessen</li> </ul> <p><b>Chefärztin:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dr.med. Jutta Andreef</li> </ul> <p><b>Facharzttitle:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Innere Medizin</li> <li>➤ Rheumatologie</li> </ul> <p><b>Zusatzweiterbildung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Geriatrie</li> </ul> <p><b>Weiterbildungsermächtigung für</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Geriatrie</li> </ul> |
|    | <p><b>Abteilungsgröße:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anzahl stationäre Betten      35 Betten</li> <li>➤ Anzahl Tagesklinikplätze      10 Plätze</li> </ul> <p><b>Zertifizierung nach</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ DIN ISO 9000</li> </ul> <p><b>Besonderheiten der Fachabteilung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Angebot von geriatricspezifischen CME-Fortbildungen</li> <li>➤ Teilnahme an ZERCUR</li> </ul>   |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>LAUTERBACH</b></p>  <p>Telefon:<br/>06641 / 82-888<br/>Telefax:<br/>06641 / 82-805<br/>Homepage:</p> <p>Email:<br/><a href="mailto:abkai@eichhof-online.de">abkai@eichhof-online.de</a></p> | <p><b>Name der Einrichtung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Medizinisches Zentrum Eichhof</li> </ul> <p><b>Träger:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Stiftung Heilanstalt für Kranke</li> </ul> <p><b>Chefärztin:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dr. med. Leyla Abkai</li> </ul> <p><b>Facharzttitle:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Innere Medizin</li> </ul> <p><b>Zusatzweiterbildung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Geriatrie</li> </ul> <p><b>Weiterbildungsermächtigung für</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Innere Medizin</li> <li>➤ Allgemeinmedizin</li> <li>➤ Geriatrie</li> </ul> |
|     | <p><b>Abteilungsgröße:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anzahl stationäre Betten      30 Betten</li> <li>➤ Anzahl Tagesklinikplätze      0 Plätze</li> </ul> <p><b>Zertifizierung nach</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ KTQ</li> </ul>   |



**19.**  
**Wiesbadener Geriatrie**  
**Kolloquium**  
**Notfälle in der Geriatrie**

10. November 2012  
 Biebricher Schloss

|   |  |
|---|--|
| Der geriatrische Notfall – aus Sicht des Patienten                              | Fr. Dr. Löwenthal                            |
| Der geriatrische Notfallpatient aus Sicht des Rettungsdienstes                  | Dr. Brodermann                               |
| Der geriatrische Notfallpatient aus Sicht des Hausarztes                        | Dr. G. Demir                                 |
| Der geriatrische Patient aus Sicht des Geriaters in der Krankenhausnotaufnahme  | Prof. Dr. Lüttje                             |
| Der geriatrische Notfall – aus hämatologischer Sicht                            | Dr. K. Tischbirek                            |
| Der geriatrische Notfall – aus nephrologischer Sicht                            | Dr. Jensen                                   |
| Der geriatrische Notfall – aus allgemein- und visceralchirurgischer Sicht       | Prof. Link                                   |
| Der geriatrische Notfall aus anaesthesiologischer / intensivmedizinischer Sicht | Dr. Schulz                                   |
| Der geriatrische Notfall – aus neurologischer Sicht                             | Prof. Hamann                                 |
| Der vergessene geriatrische Notfall   |  |
| • aus ophthalmologischer Sicht  | Dr. Frisch                                   |
| • aus hals-nasen-ohrenärztlicher Sicht  | Dr. Harenberg                                |
| • aus zahnärztlicher Sicht  | Dr. Abelar                                   |
| Der geriatrische Notfall – aus palliativmedizin. Sicht                          | PD Dr. Wiese                                 |
| Der geriatrische Notfall – aus seelsorgerischer Sicht                           | Fr. Pfr. Jung-Henkel                         |
| Der geriatrische Notfall - aus Sicht der Sozialarbeit                           | J. Weber. U. Wunderlich                      |
| Der geriatrische Notfall - aus Sicht des Amtsgerichtes                          | R. Bartnik;<br>Richter Amtsgericht Wiesbaden |

**INTERESSIERTE sind herzlich eingeladen**

## Drei Jahre Patientenverfügungsgesetz

### – alle Fragen geklärt?

S. Haas, Rüsselsheim

Am 1.9.2009 trat das „3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts“, das „Patientenverfügungsgesetz“ in Kraft. Vorausgegangen waren Diskussionen teilweise in der breiten Öffentlichkeit, erinnert sei z.B. an den Fall Schiavo in den USA, daneben aber auch Diskussionen im Rahmen der Gesetzesvorbereitung über die unterschiedlichen Entwürfe von drei Abgeordneten (Stünker, Bosbach, Zöller).

Als – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – wesentliche Elemente des neuen Gesetzes sind festzuhalten:

- Die Frage nach der Einwilligung eines Patienten in eine Maßnahme stellt sich nur dann, wenn es eine medizinische Indikation für diese Maßnahme gibt.
- Es gibt keine Reichweitenbegrenzung, die Patientenverfügung gilt

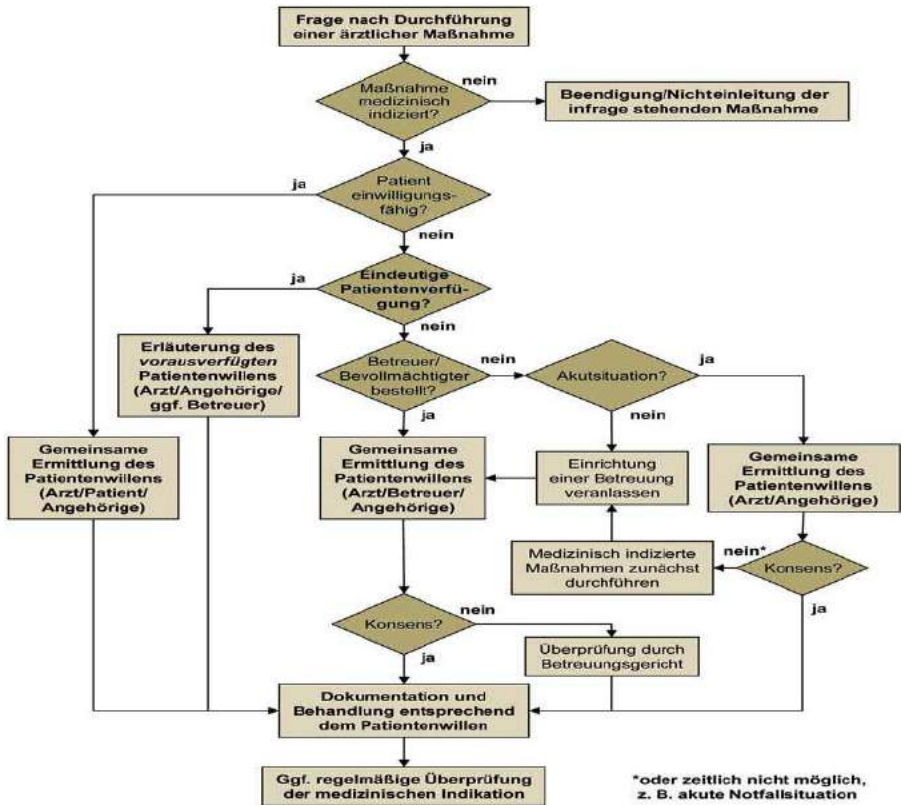
für jedes Stadium einer Erkrankung.

- Die Patientenverfügung bedarf der Schriftform.
- Können Unklarheiten hinsichtlich des Patientenwillens im Konsens zwischen Arzt und z.B. Betreuer geklärt werden, so ist die Einschaltung des Betreuungsgerichtes nicht notwendig.

Eine kurze Übersicht über die Rechtslage findet sich z.B. in einem Beitrag von Borasio, Heßler und Wiesing im Deutschen Ärzteblatt<sup>1</sup>, aus dem auch das abgebildete, meines Erachtens insbesondere hinsichtlich der verschiedenen Entscheidungswege hilfreiche, Flussdiagramm stammt

---

<sup>1</sup> Dtsch Arztebl 2009; 106(40): A 1952–7



Dass das Gesetz mehr Rechtssicherheit bringt dürfte unstrittig sein, bleiben Fragen offen ?

### „Qualität“ der Patientenverfügung / Ärztliche Beratung

Wer eine Patientenverfügung (PV) verfasst, möchte für Zeiten voraus verfügen, in denen er nicht mehr einwilligungsfähig ist. Dies

macht nur dann Sinn, wenn diese Verfügung die zukünftige Situation auch eindeutig erfasst; der behandelnde Arzt benötigt eine eindeutig auf die dann aktuelle Situation beziehbare Verfügung. Die Verfügung bedarf der Schriftform, könnte also auch schriftlich „frei“ verfasst werden. Gerne wird allerdings auf Vordrucke zurückgegriffen, die die



Willensdarlegung teilweise durch ankreuzen ermöglichen, teilweise auch zu schriftlichen Ergänzungen auffordern. Leider kommen so auch Verfügungen zu Stande, deren inhaltliche Aussage sich auf „Ich will in Würde sterben“ beschränkt und somit weitgehend wertlos sind. Wieviele der verfassten Patientenverfügungen (für Deutschland werden 8 Millionen geschätzt) tatsächlich die Kriterien von „Eindeutigkeit“ erfüllen, bleibt offen. Demgegenüber gibt es Verfügungen, die sehr konkrete Aussagen enthalten. Im Rahmen einer Veranstaltung zum Thema äußerte eine ca. 50-jährige Teilnehmerin, dass sie verfügt habe, nie künstlich beatmet zu werden. Es wurden verschiedene Szenarien dargestellt in denen eine (kurzfristige) künstliche Beatmung notwendig sein kann, z.B. Pneumonie, passagere cardiale Dekompensation, Lungenembolie, etc. ; für alle diese Szenarien hielt die Teilnehmerin ihre Verfügung aufrecht, zur Begründung berief sie sich auf „schlechte Erfahrungen im Bekanntenkreis“. Ob diese Dame nun

„gute“ Gründe für ihre Verfügung hat ist unerheblich, der Patient darf sich ja auch „schaden“. Es ist aber zu bedenken, dass eine Formulierung wie „ich möchte nie künstlich beatmet werden“ möglicherweise auf einen Zustand der langfristigen Beatmung im Koma abzielt, dies aber nicht so formuliert wird. Beides, sowohl die unpräzise und somit wertlose, als auch die präzise, aber einige Konstellationen (möglicherweise) nicht bedenkende PV könnten zumindest teilweise vermieden werden, wenn für die Erstellung einer PV die ärztliche Beratung verpflichtend wäre. Dies wird auch bereits im o.g. DÄ – Beitrag angemahnt. Bei Wertpapiergeschäften, die sicher auch gefährlich sein können, soll(te) eine Beratung erfolgen und ein Beratungsprotokoll erstellt werden, bei der PV ist keine Beratung notwendig ?

### **Mutmaßlicher Patientenwille**

Beim nicht einwilligungsfähigen Patienten, nicht eindeutiger (oder nicht vorhandener) PV gilt es den

mutmaßlichen Patientenwillen zusammen mit dem ggf. vorhandenen Betreuer / Bevollmächtigten und/oder Angehörigen zu ermitteln. Dass dies auch bei vorhandener Zeit nicht unbedingt einfach ist, erläutert ein relativ aktueller Bericht im Deutschen Ärzteblatt<sup>2</sup>. Noch schwieriger wird es bei einem Notfall, bei plötzlicher Reanimationspflichtigkeit wird es kaum gelingen, den mutmaßlichen Patientenwillen zu ermitteln, bei gegebener Indikation werden Reanimationsmaßnahmen erfolgen: Lebensschutz hat Vorrang. Eine erlebte Situation bei einem „Semi-Notfall“: 80-jähriger Patient, Hemiplegie rechts, Aphasie, keine Einwilligungsfähigkeit. Am späten Vormittag ergibt sich klinisch der Verdacht auf einen arteriellen Verschluss des linken Beines, nach entsprechender Diagnostik und gefäßchirurgischem Konsil steht am Nachmittag fest, dass die einzige therapeutische Option eine Oberschenkelamputation ist. Die Patientenverfügung

tendiert eher Richtung „keine Amputation“, ist aber nicht eindeutig, die Situation wird mit der Ehefrau besprochen, es wird darauf hingewiesen, dass der Patient bei ausbleibender Amputation mit höchster Wahrscheinlichkeit an dem Verschluss versterben wird. Die Ehefrau äußert, dass sich der Patient „eher“ gegen eine Amputation entschieden hätte – dies wird als Konsens Arzt/Angehörige so festgehalten-, sie wolle sich aber auch noch mit den Söhnen besprechen. Am späten Nachmittag berichtet die Ehefrau, dass ein Sohn ihre Einschätzung bestätigt habe, der andere sei der Meinung, dass der Patient einer Amputation zugestimmt hätte. Am Folgetag wird die Ehefrau zur gesetzlichen Betreuerin ernannt, sie bestätigt ihre initiale Aussage, der Patient verstirbt wenige Stunden später. Nachträglich wurde mir auf meine Nachfrage von juristischer Seite mitgeteilt, dass das Vorgehen so korrekt war und keine Gefahr bestehe, dass der die Amputation befürwortende Sohn unterlassene Hilfeleistung anmahne, es sei dem behandelnden Arzt auch

---

<sup>2</sup> Dtsch Ärzteblatt 2012; 109(24): B 1056-7

nicht zuzumuten, aktiv mit allen nahen Angehörigen Kontakt aufzunehmen.

Dies mag so sein.

Festzuhalten bleibt allerdings, dass der Ablauf vermutlich ein anderer gewesen wäre, wenn der letztgenannte Sohn der primäre Ansprechpartner und die Ehefrau nicht erreichbar gewesen wäre. Im Schlusssatz des oben genannten Berichtes (2) wird „Die Ermittlung des mutmaßlichen Willens bleibe immer ein gewisses Wagnis“ zitiert.

### **Formale und inhaltliche Erfassung von Patientenverfügungen, Medizinethische Kenntnisse / Standpunkte**

Im eigenen Haus wird durch die Patientenaufnahme nach einer Patientenverfügung gefragt, ist diese vorliegend – oder wird nachgereicht - wird in der Akte / Fieberkurve „PV“ vermerkt. Ist eine PV existent, wird aber nicht vorgelegt, so wird dies zwar auch erfasst, dem wird in der Regel aber nicht weiter nachgegangen. Am Rande sei erwähnt, dass es auch schon vorkam, dass Angehörige eine PV mit dem Hinweis „dann wird ja gar

nichts mehr gemacht“ nicht vorlegten. Die formale Erfassung von PVen ist damit weitgehend sichergestellt, nicht aber die inhaltliche Erfassung. Dies geschieht logischerweise durch das Lesen der vorgelegten Verfügung. Gelegentlich wird hierzu argumentiert, dass der Patient doch aktuell einwilligungsfähig sei und seinen Willen erklären kann, der möglicherweise auch von dem in der PV geäußerten abweichen kann. Hierbei wird allerdings verkannt, dass eine PV durchaus auch Aussagen zu Maßnahmen in Akutsituationen enthalten kann (z.B. Reanimation bei ...), hier besteht keine Einwilligungsfähigkeit mehr und es ist keine Zeit mehr vorhanden, um die Verfügung „akut“ zu erfassen.

So gesehen sind alle Verfügungen zumindest unter dem Aspekt „Maßnahmen in Akutsituationen“ inhaltlich zu erfassen und sinnvollerweise die Schlussfolgerungen in der Akte zu dokumentieren. Dies braucht Zeit – teilweise handelt es sich um mehrere DIN A 4 Seiten und keine „leichte“ Lektüre - und Kenntnisse hinsichtlich der

„Eindeutigkeit“ der Verfügung. Auch ist zu bedenken, dass solche Akutsituationen glücklicherweise ja eher selten sind. Vielleicht wäre es eine Möglichkeit, den einwilligungsfähigen Patienten mit PV hinsichtlich seiner evtl. Vorgaben bei Akutsituationen zu befragen, dies zu dokumentieren und auf das Studium der (kompletten) Verfügung zunächst zu verzichten. Intern streben wir an, die vorgelegten PVs inhaltlich zu erfassen und den Patienten zusätzlich zu seinen aktuellen Vorgaben bzgl. Reanimation etc. zu befragen, was entsprechend dokumentiert wird.

Wenn die PV inhaltlich erfasst wurde, stehen mangelnde medizinethische Kenntnisse der Umsetzung des Patientenwillens entgegen? Bei einer Befragung von Ärzten<sup>3</sup> wurde u.a. ein Fallbeispiel präsentiert, bei dem ein Patient in seiner PV für eine bestimmte Situation keine künstliche Beatmung

wünscht. Im Beispiel wird der als Notfall eingelieferte Patient aktuell künstlich beatmet, dies entspricht nicht seinem in der PV geäußerten Willen. Einen Abbruch der Beatmung lehnen 41% der Befragten ab. 56% der Befragten ordnen den Abbruch einer Beatmung nicht korrekt als passive Sterbehilfe ein. Der Aussage, dass Patienten das Ausmaß von Therapieentscheidungen nur gering überblicken – die Ergebnisse werden in Abhängigkeit zur Anzahl der Jahre ärztlicher Berufserfahrung der Antwortenden gruppiert – stimmen zwischen 8 und 72% zu.

### Fazit

Die Erweiterung des Patientenverfügungsgesetzes um eine (ärztliche) Beratungspflicht erscheint sinnvoll. Sie könnte den Patienten vor einer zu unpräzisen oder auch einer „unbedachten/fahrlässigen“ PV schützen, die Akzeptanz der PV bei Ärzten (weiter) erhöhen. Daneben ist zu prüfen, ob das PV-Gesetz in der klinischen Praxis mit ihrem fast allgegenwärtigen Zeitmangel gut umgesetzt (umsetzbar) ist, wozu es

---

<sup>3</sup> Wandrowski J, Schuster T, Strube W, Steger F: Medical ethical knowledge and moral attitudes among physicians in Bavaria. Dtsch Arztebl Int 2012; 109(8): 141–7.  
DOI: 10.3238/arztebl.2012.0141

neben einer formalen und inhaltlichen Erfassung der PV auch medizinethischer Kenntnisse – auch außerhalb von Ethikkomitees - bedarf.

#### Autor:

Dr.med. Stefan Haas  
Chefarzt der Geriatrischen Abteilung des GPR Rüsselsheim



### **Physiotherapeutisches Praktikum in der Geriatrie: Zeitverschwendung oder Herausforderung ?**

Die Asklepios Paulinen Klinik hat, wie wahrscheinlich viele Einrichtungen, einen Kooperationsvertrag mit Ausbildungsstätten der therapeutischen Berufsgruppen. Im Bereich Physiotherapie absolvieren ständig drei bis maximal fünf Praktikanten ein zwölfwöchiges Praktikum in der Klinik. Im Rahmen der Praktikantenbetreuung veranstaltet die Schule jährlich ein Treffen für alle Kooperationspartner. Bei einer derartigen Veranstaltung wurde u.a. die

Qualität des Praktikums in den verschiedenen Einrichtungen thematisiert. Die Leiterin eines Therapiezentrumsbemängelte, dass die Praktikanten, die zuvor in einer geriatrischen Abteilung gearbeitet haben, außer Gangschule im Sinne des Spazierengehens und passivem Durchbewegen, nichts gelernt hätten und z.B. bei der Behandlung eines jungen Sportlers nach Kreuzbandruptur vollkommen überfordert seien.

Auf Nachfrage welcher Patient leichter zu therapieren sei; ein junger Sportler in bestem Allgemeinzustand nach Kreuzbandruptur, mit detaillierten Angaben des Chirurgen über Bewegungsausmaß und Belastbarkeit, oder ein 85 jähriger Mann nach akutem Herzinfarkt, der vor zwei Jahren einen Schlaganfall mit linksseitiger Hemiparese erlitten hat und kognitiv eingeschränkt ist, also ein Patient, wie wir ihn täglich in der Geriatrie antreffen gab es nur - Betroffenes Schweigen-. Es ist sehr bedauerlich, dass selbst unseren Berufskollegen die Komplexität der Therapie eines geriatrischen Patienten nicht bewusst ist.

Berufsfremde sehen in der Gangschule auf dem Flur nur das Spazierengehen, können in den Aktivitäten zur Verbesserung des Sitzgleichgewichtes keine Therapie erkennen, aber Kollegen!?

Praktikanten in der Geriatrie, die im Unterricht z.B. ein Behandlungsschema bei Zustand nach Herzinfarkt kennengelernt haben, erkennen sehr schnell, dass dieses Schema nicht einfach übernommen werden kann, sondern der Multimorbidität des Patienten angepasst werden muss. Sie erkennen sehr schnell, dass die Umsetzung der Teilbelastung nach Implantation einer Hüftendoprothese bei kognitiv eingeschränkten Patienten schwierig ist.

Die Behandlung multimorbider Patienten, mit zahlreichen, therapierelevanten Nebendiagnosen, erfordert umfangreiche Kenntnisse der verschiedenen Therapieverfahren und ist, nicht nur für Praktikanten, eine Herausforderung.

**Autor:**

Wilfried Wagner  
Therapeutischer Leiter  
Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden



**AG  
Pflege**

**LV Geriatrie  
Hessen  
Thüringen**

**Einsatz von Pflegeexperten  
in der Geriatrie**

Im fortwährend komplexer werdenden Pflegehandeln, gerade auch in der Geriatrie, reicht häufig eine dreijährige Grundausbildung in der Pflege nicht mehr aus, um allen Problemen der Patienten gerecht zu werden.

Um auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Pflege anbieten zu können, sind vielmehr ständige Fort- und Weiterbildung notwendig.

Neben herkömmlichen Fortbildungen haben sich in den letzten Jahren Weiterbildungen zu Pflegeexperten etabliert. Angestoßen wurde diese Entwicklung infolge der Einführung der Expertenstandards Pflege durch das „Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege“ (DNQP). Da Inkontinenz und Sturzgefährdung häufige Probleme in der Geriatrie darstellen, sind die Expertenstandards „Kontinenzförderung“ und „Sturz-

prophylaxe“ von besonderer Bedeutung und daraus abgeleitet der Einsatz von Pflegeexperten für diese Bereiche.

Während zur Sturzprophylaxe nur Fortbildungen angeboten werden, hat sich seit Jahren die Weiterbildung zur „Fachkraft für Kontinenzstörungen bei älteren Menschen“ und darauf aufbauend die Ausbildung zur „Pflegeexpertin für Kontinenzförderung“ etabliert.

In ihrem Einsatz in der Geriatrie unterstützen die Pflegeexpertinnen die Ärzte bei der Erhebung der Inkontinenzanamnese und der medizinischen Diagnostik. Sie erstellen auf dieser Grundlage das Kontinenzprofil und planen in Absprache mit dem Patienten und seinen Angehörigen das Kontinenztraining. Die Effektivität des Toiletentrainings wird von der Pflegeexpertin überwacht und die Planung nach Bedarf angepasst.

Um ein Überschneiden mit anderen Therapien zu vermeiden, empfiehlt es sich, die Zeiten für den Toilettengang in Abstimmung mit den Therapeuten in den

Therapieplan mit aufzunehmen. Eine weitere wichtige Aufgabe der Pflegeexpertin ist die Beratung des Patienten, seiner Angehörigen und des Pflegepersonals bei der Auswahl geeigneter und wirtschaftlicher Inkontinenzprodukte. Es versteht sich fast von selbst, dass diese Aufgaben nicht „nebenbei“ erledigt werden können. Sinnvoll ist eine zeitweise Freistellung von anderen Pflegetätigkeiten. Bewährt hat sich in unserer Klinik ein Tag pro Woche. Da Inkontinenz für die Betroffenen ein sensibles Thema ist, können die Gespräche nicht im Beisein anderer geführt werden. Zu überlegen wäre, ob nicht ein Pflegebüro geschaffen wird, das ggf. auch von Leitungen für Mitarbeitergespräche o. ä. genutzt werden kann. Für die Zukunft wäre es wünschenswert, vermehrt Pflegeexpertinnen auch für bisher brachliegende Bereiche in der Geriatrie einzusetzen.

#### Autor:

Inge Stapf

Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden  
Kontaktadresse [i.stapf@asklepios.com](mailto:i.stapf@asklepios.com)

## MITTEILUNGEN – TERMINE

- **Mitgliederversammlung des Landesverbandes Geriatrie Hessen/Thüringen**  
9. November 2012, Wiesbaden  
(Uhrzeit und Ort werden noch bekannt gegeben)
  
- **19 Wiesbadener Geriatrie Kolloquium**  
Thema: Notfälle in der Geriatrie  
**10. November 2012, Biebricher Schloss Wiesbaden**  
Nähere Informationen  
Asklepios Paulinen Klinik Dr. W. Knauf, Tel. 0611-8472802
  
- **ZERCUR 2013 Südhessen**  
**zertifiziertes Curriculum Geriatrie**  
**ACHTUNG TERMINVERSCHIEBUNG Beginn 25.1.2013**  
Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden in Kooperation mit  
Gesundheits-und Pflegezentrum Rüsselsheim; Kliniken des Main-Taunus Kreises;  
Nähere Informationen: Tel. 0611- 53 166 834; Email: cathrin@otto-seminare.de

### Impressum:

Auflage: 2.000 Exemplare  
Landesverband Geriatrie Hessen und Thüringen des Bundesverbandes Geriatrie e.V.  
V.i.S.i.P: Dr.Walter Behringer, Fulda; Dr.Wolfgang Knauf, Wiesbaden