

Wiesbaden, 10. November 2012

19. Wiesbadener Geriatrie-Kolloquium: Notfälle im Alter



Jährlich veranstaltet die geriatrische Fachabteilung der Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden unter ihrem Leiter, Herrn Chefarzt Dr. Wolfgang Knauf, das »Wiesbadener Geriatrie Kolloquium«. Im November des letzten Jahres wurde es bereits zum neunzehntenmal durchgeführt und fokussierte thematisch die Problematik der »Notfälle im Alter«.

Dabei sollte nicht nur derjenige Fall gemeint sein, der mit Sirene und Blaulicht in das Krankenhaus verbracht wird. Vielmehr ging es bei diesem 19. Wiesbadener Kolloquium immer wieder auch darum, den im Mittelpunkt der gemeinsamen Bemühungen stehenden »homo patiens« ins Bewusstsein zu holen: Für den leidenden Mitmenschen, der in die Klinik kommt und sich von der Behandlung Hilfe, Wiederherstellung – und vielleicht sogar Heilung – verspricht, stellt gerade ein Krankenhausaufenthalt im individuellen »Er-Leben« oftmals einen besonderen Einschnitt dar, der verständlicherweise nicht selten auch mit Nöten verbunden ist. Die Zuhörer des letztjährigen Kolloquiums wurden auf diese Ebene durch eine ehemalige Patientin der geriatrischen Abteilung

eingestimmt, die es mit ihrem Bericht (der auch nachfolgend abgedruckt ist) verstand, alle Teilnehmer mit ihren ganz persönlichen Erfahrungen zu fesseln. Anschließend wurden einerseits hausärztliche und notärztliche Betrachtungen geriatrischer Notfälle vertieft, andererseits unterschiedliche Notfälle hochbetagter Patienten aus Sicht verschiedener medizinischer Disziplinen beleuchtet. Den Abschluss bilden dann ethische, soziale und rechtliche Aspekte mit jeweils eigenen Referaten.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Wolfgang Knauf
 Ärztlicher Direktor und Chefarzt der
 Medizinischen Klinik II des Zentrums für
 Geriatrische und Internistische Medizin (»ZIGM«)
 Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden
 Geisenheimer Str. 10
 65197 Wiesbaden
 E-Mail: w.knauf@asklepios.com

Der geriatrische Notfall – aus der Sicht des Patienten

I. Loewenthal

Sehr geehrte Damen und Herren,

es freut mich sehr und ich danke Ihnen dafür, dass Sie mir die Möglichkeit geben, ein paar Gedanken als Patientin zum geriatrischen Notfall zu äußern.

Ich bin Ingeborg Löwenthal – genauer gesagt – Dr. med. Ingeborg Löwenthal, seit 22 Jahren pensionierte Ärztin und seitdem immer ehrenamtlich tätig – übrigens eine wundervolle Möglichkeit, auch im Alter seinem Leben einen Sinn zu geben, manche Plagen und Kümernisse zu vergessen und sich immer noch dazugehörig zu fühlen. Als ehrenamtliche Sozialrichterin im Hessischen Hauptstaatsarchiv und in der Arbeit

mit jugendlichen Häftlingen in der Justizvollzugsanstalt (JVA) Wiesbaden habe ich viel lernen und erfahren können...bis zum 14. Mai 2012.

An diesem Tag habe ich die letzten Stufen einer Treppe übersehen – die Folge: Schenkelhalsfraktur, OP, doppelseitige Pneumonie, massive antibiotische Therapie und im Zusammenhang damit Auftreten einer Clostridien-Kolitis (Typ O27). Und dazu kam dann schließlich durch planlosen Flüssigkeitsersatz auch noch eine massive Wasseransammlung im gesamten Körper. Daraufhin erfolgte die Verlegung aus der konventionellen Chirurgie einer Wiesbadener Klinik in die Geriatrische Abteilung des Paulinen-Klinikums.

Ein Notfall ist natürlich immer ein ganz besonders und oft einschneidendes Ereignis – egal in welchem Alter man davon betroffen wird. Aber es ist in der Regel schon so, dass junge Menschen besser damit fertig werden. Physisch und psychisch ist die Ausgangssituation völlig anders. Auf der einen Seite Reserven, Optimismus, Vertrauen in die Zukunft, und bei den Alten ist es das genaue Gegenteil. Wir sind am Ende unseres Lebensweges angekommen, oft empfindlich und sensibel und depressiv und auch schwerfälliger in der Akzeptanz neuer Möglichkeiten.



Dr. med. Ingeborg Löwenthal

Mit den beiden »Notfällen« Schenkelhalsfraktur und Pneumonie bin ich eigentlich ganz gut fertig geworden. Aber mit Auftreten der qualvollen Kolitis, der Rezidive und der wohl insgesamt nicht günstigen Prognose sanken Lebensmut und Lebenswillen.

Die vordergründige Frage lautete deshalb immer wieder: Welche Möglichkeiten bleiben noch? Wie kann ich mein weiteres Leben überhaupt organisieren? Wie kann ich ihm noch einen gewissen Sinn geben? Lohnt sich eigentlich der ganze Aufwand für einen alten Menschen? Wenn ich ehrlich bin, dann muss ich gestehen: Ich wollte das nicht mehr. Diese Phase ist wahrscheinlich die Schwierigste. Ich denke, auch anderen ergeht es ähnlich, wenn die Folgen und Konsequenzen aus dem Notfall erstmal sichtbar werden.

Aber mangelnde Flexibilität und vor allem die gesundheitliche Verfassung mit den typischen Erkrankungs- und Abnutzungserscheinungen des Alters spielen meist eine besondere Rolle.

Dennoch bleibt festzuhalten: Alter an sich ist keine Krankheit. Es ist ein Lebensabschnitt, der von Erfahrungen und manchen Lebensumständen geprägt wurde und in dem durch körperlichen Verschleiß gewisse Einschränkungen im Laufe des Lebens hingenommen werden müssen.

Mir haben übrigens während der Behandlung in der Geriatriischen Klinik das Angebot der psychologischen Betreuung und die Möglichkeit zur Selbsthilfe mit Autogenem Training, Atementspannung und auch die körperliche Mobilisierung dabei geholfen zu versuchen, das Tief aktiv zu überwinden. Vielleicht ist die Unterstützung hierdurch sogar ein wichtiger Versuch, nach einem geriat-

rischen Notfall mit der Situation besser fertig zu werden und das, was geschehen ist, zu akzeptieren, weil man es ja sowieso nicht mehr ändern kann.

Ich habe in der Arbeit mit Abhängigen von einem Suchthelfer der Anonymen Alkoholiker gelernt: »Es hat keinen Zweck, sich mit Fragen im Zusammenhang mit der Vergangenheit zu beschäftigen. Was gestern war, ist vorbei – ich kann daran nichts mehr ändern. Darum halte ich mich damit auch nicht auf. Aber heute habe ich alle Möglichkeiten, das zu tun, was ich mir vorgenommen habe und was mir weiterhilft. Und was morgen sein wird, weiß ich nicht. Ich werde es sehen. Ich muss mir heute noch nicht den Kopf darüber zerbrechen«

So folgte bei mir nach der Phase der Resignation das Gefühl, es liegt auch an mir, ob ich mit Phantasie und unter Ausschöpfung aller Möglichkeiten vielleicht doch Wege finden kann, die mir weiterhelfen, mein Leben so zu gestalten, dass man einigermaßen damit fertig wird. Es gibt schließlich Hilfsmittel und Anregungen genug – ich muss nur versuchen, das Richtige zu finden.

Vielleicht hilft ja auch, wie so oft schon, der Satz von Wilhelm von Humboldt: »Man kann viel, wenn man sich nur recht viel zutraut«.

Die ganz persönlichen posttraumatischen Überlegungen schließen allerdings nicht aus, dass sich auch allgemeine Feststellungen zur Altersentwicklung aufdrängen. Das Bundesministerium des Inneren hat 2011 über die demographische Entwicklung in Deutschland einen umfassenden Bericht erstellt, der in einer Broschüre der Bundesregierung

veröffentlicht wurde. Darin wird der gravierende Wandel von Lebens- und Familienformen dargelegt und im Zusammenhang damit indirekt u. a. auf die Weiterentwicklung der medizinischen und pflegerischen Versorgung alter Menschen hingewiesen. In Bezug auf die Zunahme der Alten in der Bevölkerung ist natürlich zu berücksichtigen, dass durch vorgezogenen Ruhestand bereits 60-Jährige und noch Jüngere zu den Alten gezählt werden. Es sind eben die »jungen Alten«, die sich im Übrigen noch durch ein gutes Leistungsvermögen und allgemein auch durch stärkeres Gesundheitsbewusstsein auszeichnen. Insgesamt umfasst die Generation der alten Menschen die Jahre von etwa 60 bis 100 Jahre. Es erscheint mir im Hinblick auf die Altersspanne angebracht, alte Menschen nicht nur als Alte zu behandeln, sondern in gewisser Weise auch als Partner entsprechend der psychischen und physischen Verfassung. Ich habe es jedenfalls sowohl während der Behandlungen auf den geriatrischen als auch interistischen Stationen erfahren können und bin dankbar dafür.

Und nun noch zum Schluss ein Wort von Pablo Casals, als er 90 Jahre alt wurde: »Alter ist überhaupt etwas Relatives. Wenn man weiterarbeitet und empfänglich bleibt für die Schönheit der Welt, die uns umgibt, dann entdeckt man, dass Alter nicht notwendigerweise Altern bedeutet.«

Es könnte ja sein, dass man sich mit einer solchen Einstellung das Leben als alter Mensch leichter macht und mehr Kraft vielleicht auch im Falle eines geriatrischen Notfalles aufbringen kann.

Der geriatrische Notfallpatient – aus Sicht des Rettungsdienstes

L. Brodermann

Die Zahl der rettungsdienstlichen Einsätze stieg in den letzten Jahren kontinuierlich

an. In Wiesbaden ist in den letzten fünf Jahren eine über 20%ige Steigerung der Einsatzzahlen zu ver-

zeichnen. Die ältere Bevölkerung nimmt exponentiell zu, bis 2020 werden 23% der Gesamtpopulation in

Deutschland älter als 61 Jahre sein [1]. Ältere Patienten (> 65 Jahre) sind im Vergleich zu jüngeren Patienten häufiger in Notaufnahmen, haben häufiger Kontakt mit dem Rettungsdienst und werden häufiger hospitalisiert mit längerem Krankenhausaufenthalt [2]. Bereits jeder zweite notärztlich versorgte Patient ist 65 Jahre und älter [3]. Bei der Versorgung älterer Patienten im Rettungsdienst besteht unter Umständen ein erheblicher zeitlicher Druck durch die akute Erkrankung. Die Anamnese kann jedoch häufig aufgrund vorbestehender Komorbidität sowie der funktionellen Einschränkung der Patienten – wenn überhaupt – nur mit hohem zeitlichem Aufwand erhoben werden. Ohne fremdanamnestische Angaben, z. B. in Form eines aktuellen Arztbriefes, bleiben relevante Informationen häufig verborgen. Geriatrische Patienten klagen oft über unspezifische Beschwerden, die allerdings in 50 % der Fälle einer raschen Therapie bedürfen [4].

Aufgrund ihrer Multimorbidität nehmen geriatrische Patienten im Durchschnitt acht verschiedene ärztlich verordnete Medikamente und drei bis vier freiverkäufliche Medikamente ein [5]. Zwölf Prozent der Klinikaufenthalte sind auf unerwünschte bzw. Wechselwirkungen der Arzneimittel zurückzuführen [6].

Das akute Geschehen erfordert häufig schnelle, gezielte Maßnahmen, um die Vitalparameter zu stabilisieren. In der Notfallsituation ist insbesondere unter den Aspekten der teilweise unspezifischen Symptomatik und dem zeitlichen Druck eine strukturierte Untersuchung nach dem A, B, C, D, E-Schema notwendig. Im Folgenden werden die einzelnen Schritte mit den Besonderheiten bei geriatrischen Notfallpatienten dargestellt. A steht für Airway (Obere Atemwege/HWS). Hervorzuheben sind hierbei Zahnlosigkeit, Mikrostomie, Makroglossie sowie eine verminderte Mundöffnung und eine verminderte Reklination aufgrund degenerativer HWS-Veränderungen. Nach einem Trauma sollte daher die Indikation zur HWS-Immobilisation großzügig gestellt wer-

den. B steht für Breathing (Ventilation). Besonderheiten im Alter sind eine Verminderung der Vitalkapazität, der FEV₁ und der Lungencompliance sowie die reduzierte Skelettkompliance. Als Konsequenzen ergeben sich eine erhöhte Inzidenz von Rippen- und Sternumfrakturen mit hoher Morbidität und Mortalität [7]. C steht für Circulation. Besonderheiten im Alter sind ein vermindertes Schlagvolumen, Cardiac Output und vaskuläre Compliance. Die Anzahl der Schrittmacherzellen nimmt ab, wie auch die Antwort auf Katecholamine. Die Interpretation der Vitalzeichen sollte die Altersphysiologie, Medikation und Komorbidität berücksichtigen. Neben den herkömmlichen Schockzeichen (Tachykardie und Hypotonie) ist vorrangig auf Atemfrequenz, Rekapillarierungszeit und Mentalstatus zu achten. Die differentialdiagnostischen Überlegungen bei Hypotension sollten sich an den drei grundlegenden Fragestellungen Volumen-, Pump-, oder Rhythmusproblem orientieren. D steht für Disability (ZNS). Die Besonderheiten im Bereich des Zentralnervensystems ergeben sich aus der zerebralen Atrophie mit Dehnung der Brückenvenen im Alter. Hinzu kommen als Risikofaktoren für eine intrazerebrale Blutung häufig eine orale Antikoagulation und ein Diabetes mellitus. Nicht jede Bewusstseinsstörung im Alter ist ein Delir oder eine Demenz. Es sollten grundsätzlich endokrine Faktoren ausgeschlossen werden, daher gehört die Blutzucker-Messung vor Ort zum Standard. Im Falle einer Bewusstseinsveränderung oder Bewusstseinsstrübung ist die Indikation zum CCT großzügig zu stellen. E steht für Exposure (Belichtung). Insbesondere eine tiefere Basaltemperatur, eine verminderte Thermoregulation und die verminderte Möglichkeit zu schwitzen stellen die Besonderheiten im Alter dar. Das Risiko sowohl für eine Hypo- als auch eine Hyperthermie ist erhöht. Die Körpertemperatur als Infektionssymptom ist unzuverlässig. Nach rettungsdienstlicher Erstversorgung sollte bei geriatrischen

Literatur:

1. Statistisches Bundesamt 2009.
2. Salvi F et al. The elderly in the emergency department: a critical review of problems and solutions. *Intern Emerg Med* 2007 Dec; 2 (4): 292-301.
3. Thümmel C. Notfallmedizin: Senioren verändern das Einsatzspektrum. *DtschArztebl* 2003; 100 (11): A-680/B-582/C-546.
4. Wilber ST et al. Does functional decline prompt emergency department visits and admission in older patients? *Acad Emerg Med* 2006 Jun; 13 (6): 680-682.
5. Gosch et al. Management and therapy of atrial fibrillation in geriatric patients. *Z Gerontol Geriatr* 2012 Jan; 45 (1): 55-66.
6. Wester et al. Incidence of fatal adverse drug reactions: a population based study. *Br J ClinPharmacol* 2008 Apr; 65 (4): 573-579.
7. Bulger EM et al. Rib fractures in the elderly. *J Trauma* 2000 Jun; 48 (6):1040-1046.

Patienten insbesondere bei unspezifischer Symptomatik die Indikation zur Klinikeinweisung großzügig gestellt werden.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass geriatrische Patienten im Rettungsdienst eine relevante und anspruchsvolle Patientenklintel sind. Bei richtiger Diagnose und konsequenter Therapie kann auch der Rettungsdienst das Outcome geriatrischer Patienten positiv beeinflussen. Therapieentscheidungen zwischen Maximaltherapie und Palliation unter zeitlichem Handlungsdruck und bei fehlender Hintergrundinformation sind nur im Sinne einer Maximaltherapie bis auf Widerruf zu treffen.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Lutz Brodermann
Leiter des Ärztlichen Notdienstes der
hessischen Landeshauptstadt Wiesbaden
HSK Dr. Horst Schmidt Kliniken
Ludwig Erhard Str. 100
65199 Wiesbaden
E-Mail: goetz.brodermann@wiesbaden.de

Geriatrische Notfälle in der Hausarztpraxis

G. Demir

Die Geriatrie bietet dem Hausarzt verschiedene Ansatzpunkte, die Behandlung und Versorgung seiner Patienten zu verbessern.

Der klassische kurative Therapieansatz im Krankenhausbereich bedingt, dass mit Beendigung der (krankheitsbezogenen) Therapie die stationäre Behandlung beendet und der Patient ins häusliche Umfeld entlassen wird. Außer Acht gelassen wird hierbei oft, dass Akuterkrankungen beim alten Menschen häufig funktionelle Defizite hinterlassen, die über die Akuterkrankung hinaus bestehen bleiben.

Das Ausmaß und die Konsequenzen der funktionellen Defizite werden dem Patienten und seinen Angehörigen zumeist erst im häuslichen Umfeld klar, die daraus folgenden Probleme führen zumeist zur Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt. Dem Hausarzt bietet in diesem Zusammenhang die Geriatrie hervor-

ragende Möglichkeiten, diese funktionellen Defizite in das Zentrum der Behandlung zu stellen.

Die Geriatrie ist, ähnlich wie die Pädiatrie, ein Querschnittsfach und nicht wie viele andere Disziplinen organspezifisch. Vielmehr orientiert sie sich an funktionellen Defiziten. Da verschiedene Erkrankungen (z. B. Stand- und Gangunsicherheit mit konsekutiver Balancestörung und erhöhtem Sturzrisiko als Folge einer internistischen, orthopädischen, chirurgischen oder neurologischen Grunderkrankung) zu ähnlichen funktionellen Defiziten führen, findet sich ein breites Patientenspektrum, das von einer geriatrischen Therapie profitiert. Im Zentrum des multimodalen geriatrischen Therapieansatzes steht dabei die Verbesserung der funktionellen Defizite mit dem Ziel, die häusliche Selbstständigkeit wieder herzustellen oder zu erhalten.

Die geriatrische Behandlung findet zumeist im vollstationären Kon-

text statt; weitere Formen sind die ambulante teilstationäre Therapie (Tagesklinik) sowie seit wenigen Jahren auch die ambulante mobile geriatrische Therapie.

In der Hausarztpraxis besteht ein Bedarf für alle drei Formen. Dem Hausarzt als primärem Ansprechpartner im ambulanten Sektor kommt hierbei die Aufgabe eines Koordinators zu. Die Möglichkeit der voll- und teilstationären sowie der mobilen Geriatrie erlaubt es dem Hausarzt, eine individuell auf den Patienten zugeschnittene Behandlungsform zu verordnen.

Korrespondenzadresse

Dr. Gabriel Demir
Facharzt für Innere Medizin und
Klinische Geriatrie
Flemingstr. 7
65203 Wiesbaden
E-Mail: info@hausarzt-internisten-wiesbaden-biebrich.de

Der geriatrische Notfall aus neurologischer Sicht

G. Hamann

Die neurologischen Notfälle beziehen sich auf alle neurologischen Erkrankungen und Symptome. Im Folgenden werden insbesondere sechs wesentliche Komplexe besprochen.

1. Der akute Kopfschmerz

Klassische Kopfschmerzformen wie Migräne und Spannungskopfschmerz sind häufig und deshalb auch häufig in der Notfallsituation anzutreffen. Wichtig ist zu fragen, wie häufig der Kopfschmerz ist, wie lange er besteht, welche Medikamente genommen wurden, frühere

Hospitalisierung oder Arztbesuche wegen Kopfschmerzen. Beim älteren Menschen ist auch an eine Subarachnoidalblutung oder an eine Arteriitis temporalis zu denken. »Red Flags« wären neurologische Begleitsymptome: Nackensteifigkeit, unbekannte Kopfschmerzintensität oder -charakteristik und allgemeine Krankheitszeichen. Diese Patienten sollten dann im Krankenhaus weiter diagnostiziert werden. Insbesondere sollte eine Bildgebung des Gehirns (CT oder Kernspin) und bei negativer Bildgebung eine LP mit Untersuchung des Liquors zum Ausschluss

einer Subarachnoidalblutung erfolgen. Die Subarachnoidalblutung muss frühzeitig erkannt werden. Häufig finden sich hier Fehldiagnosen. Lieber sollte man einen sogenannten »thunderclap headache« (»Donnerschlagkopfschmerz«) als SAB verkennen als umgekehrt. Auch ältere Menschen können eine Subarachnoidalblutung erleiden.

2. Der akute Schwindel

Der akute Schwindel ist häufig, gerade im Alter. Im Alter haben die Patienten häufig multiple Ursachen, z. B. einen sogenannten »gutar-

tigen Lagerungsschwindel« und einen zentralen Schwindel durch eine Hirnstammstörung. Besonders häufig sind auch im Alter der benigne Lagerungsschwindel (BPPV), die Neuronitis vestibularis und der Morbus Menière. Im Prinzip sollte man wissen: Ist der Schwindel schon bekannt? Handelt es sich um einen Dreh- oder Schwankschwindel? Kann er ausgelöst werden? Wie ist die Dauer? Begleitsymptome? Hier weisen Hörstörungen auf einen Morbus Menière, eventuell einen AICA-Infarkt hin, Kopfschmerzen auf eine Basilarismigräne, Lähmungen und Doppelbilder auf einen Hirnstamm-Infarkt, eine Fallneigung auf einen Kleinhirnfarkt und Schwarzwerden vor den Augen auf Kreislaufstörungen. Der Nystagmus gehört zum Schwindel, kann peripher wie zentral sein. Besonders wichtig ist die sogenannte »Pseudoneuritis vestibularis«, bei der es durch eine ischämische Läsion in der sogenannten »root entry zone« des Nervus vestibulocochlearis zu einer Neuronitis-vestibularis-ähnlichen Läsion kommt. Hier kann eine Basilaristhrombose dahinterstecken.

3. Der epileptische Anfall

Der einzelne epileptische Anfall bedarf keiner Therapie. Auf keinen Fall Beißkeil, Festhalten oder Valium i. v. Gefährlich sind Serien von Anfällen oder ein Status. Beim Status ist insbesondere die Gabe von Lorazepam i. v. frühzeitig hilfreich. Der häufigste Fehler bei der Akutbehandlung eines epileptischen Anfalls ist die i. v.-Gabe von Valium. Der Patient kommt dann, postiktal ohnehin umdämmert, noch sediert oder gar komatös in die Klinik. Epileptische Anfälle können vielgestaltig sein. Im Alter ist die Epilepsie häufig durch ischämische Läsionen bedingt und es handelt sich um eine fokale Epilepsie mit sekundärer Generalisierung. Medikamente, die im Alter besonders günstig sind, sind Lamotrigin und Neurontin, während Oxcarbazepin und Topiramate auf Grund ihrer Nebenwirkungen eher ungünstig sind.

4. Das akute Hemiplegie-Syndrom

Die häufigste Ursache für die akute Halbseitenstörung ist der Hirninfarkt oder die Hirnblutung. Differentialdiagnostisch muss an eine Migraine accompagnée, eine Todd'sche Parese nach epileptischem Anfall, an eine spinale Blutung oder Infarkt, eine Hyper- oder Hypoglykämie, einen Hirntumor, einen MS-Schub, eine Enzephalitis, einen Hirnabszess, einen Spinalabszess oder -tumor gedacht werden. Der Schlaganfall als akut einsetzende neurologische Ausfallsymptomatik ist charakterisiert durch in der Regel kontralaterale Halbseitenstörung, Gefühlsstörung und Sprachstörung. Die Symptomatik kann aber vielgestaltig sein mit Doppelbildern, Schluckstörungen, Sehstörungen und Gangunsicherheit. Zur Diagnose führt vor allem die zeitliche Entwicklung. 80% aller Halbseitensyndrome und Schlaganfälle sind Hirninfarkte. Hier gilt: Jede Minute zählt. Die wesentlichen Therapien sind die Stroke-Unit-Behandlung und die Thrombolyse. Die Thrombolyse wird in Deutschland derzeit im 4,5-Stunden-Zeitfenster durchgeführt. Die Stroke-Unit-Behandlung kann für jeden Schlaganfall zutreffend und hilfreich sein. Wichtig ist, dass präklinisch keine antithrombotischen Maßnahmen wie Aspirin oder Heparin, i. m.-Injektion oder überschießende Blutdrucksenkungen erfolgen. Idealerweise wird über die Rettungsleitstelle das Krankenhaus vorinformiert. Es werden Vormedikation, Vorbehandling, Krankenunterlagen und Angehörige oder deren Handynummer mittransportiert. Der sichere Zeitpunkt des Beginns der Symptome ist wichtig.

5. Das akute Tetra- und Paraplegiesyndrom

Das akute Tetra- und Paraplegiesyndrom, also der spinale Notfall, ist ein wichtiger Notfall, der zwar selten, aber auf Grund seiner therapeutischen Relevanz entscheidend ist. Es gilt die Regel, dass über einem Querschnitt weder die Sonne auf- noch untergehen sollte, das heißt: möglichst rasche Klärung der Ur-

sache und dann gezielte Therapie. Bei älteren Menschen denkt man vor allem an die spinale Metastase eines metastasierenden Prozesses und an die spinale Ischämie. Eine andere Ursache für eine Tetrasymptomatik ist eine generalisierte Myasthenie. Die Myasthenie beginnt in der Regel nicht mit einer Krise, sondern ein bekannt myasthener Patient hat eine dramatische Verschlechterung, z. B. bei Fieber oder Infekt. Es ist zu bedenken, dass die Myasthenie einen zweiten Altersgipfel bei über 80-jährigen Männern hat. Eine weitere Differentialdiagnose ist das akute Guillain-Barré-Syndrom mit rascher Tetraparese, dem sogenannten »Landry-Verlauf«.

6. Der akute Visusverlust

Der akute beidseitige Visusverlust ist nur durch das »top of the basilar artery syndrome« zu erklären. Hierbei kommt es zu einer Embolie, die in der Spitze der Arteria basilaris stecken bleibt und beide Arteria cerebri posterior verschließt. Der einseitige okuläre Visusverlust hat in der Regel okuläre Ursachen wie eine Ablatio retinae, einen Glaukomanfall, einen Zentralarterienverschluss, Optikusläsionen, Ischämien oder eine Amaurosis fugax. Die Retinae ist ähnlich ischämieempfindlich wie das Gehirn. Vor allem an die Arteriitis temporalis ist bei der älteren Frau zu denken.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. G. Hamann
 Ärztlicher Direktor und Direktor der
 Klinik für Neurologie
 Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden
 Ludwig-Erhard-Str. 100
 65199 Wiesbaden
 E-Mail: gerhard.hamann@hsk-wiesbaden.de

Der geriatrische Notfall aus hämatologischer Sicht

K. Tischbirek

Hämatologische Notfälle geriatrischer Patienten können durch die ineffektive Bildung, Verdrängung oder den Verlust von Komponenten der Hämatopoese hervorgerufen werden. Beispielhaft wird auf Krankheitsbilder eingegangen, die im fortgeschrittenen Lebensalter gehäuft vorkommen.

Die Routine-Blutentnahme klärt mit der Bestimmung von Hämoglobin, MCV, LDH und Bilirubin die Einteilung in eine mikro-, normo- oder makrozytäre Anämie; ergänzende Untersuchungen von Retikulozyten, Haptoglobin, Ferritin, Vitamin B12, Folsäure stellen die Weichen, ob die weitere Diagnostik (und die Notfalltherapie) in Richtung Blutverlust, Bildungs-/Differenzierungsstörung oder Hämolyse laufen soll.

Bei einer akuten Blutung muss nach Stabilisierung der Vitalfunktionen das Stillen der Blutung angestrebt werden, ggfs. muss ein schneller Ersatz von Blutkomponenten erfolgen. Unterschiedliche Schweregrade von unerwünschten Wirkungen der Bluttransfusionen wie Urtikaria, Fieber, Kopfschmerzen, Blutdruckabfall bis zur transfusionsassoziierten akuten Lungeninsuffizienz (TRALI) sind zu beachten und zu dokumentieren. Zum schnellen Ausgleich eines höhergradigen Eisenmangels stehen stabile Eisenkomplexverbindungen, z. B. FE-III-Carboxymaltose zur Verfügung, die es bei guter Verträglichkeit erlauben, höhere Dosierungen in einmaliger Applikation zu verabreichen und so Probleme von mangelnder Resorption, ungenügender Compliance oder der subjektiven Intoleranz von oralen Präparaten umgehen.

Eine Autoimmunhämolyse erfordert eine differenzierte serologische Diagnostik. Eine Assoziation mit eingenommenen Medikamenten muss immer erwogen werden. Am häufigsten im fortgeschrittenen Alter ist die autoimmunhämolytische An-

ämie vom Wärmetypp; der Coombs-Test ist im klassischen Fall stark positiv. Die Notfallbehandlung erfolgt mit Prednisolon 1–2 mg/kg Körpergewicht oder mit einer Dexamethason-Stoßtherapie 40 mg über vier Tage alle vier Wochen. Zur längerfristigen Immunsuppression wird Azathioprin 2,5 mg/kg KG eingesetzt.

Mit zunehmendem Alter und Polymorbidität wächst das Risiko eines Vitamin-B12-Defizits, das oft multifaktoriell bedingt ist (ungenügende Zufuhr, Intrinsic-Faktor-Mangel, atrophe (H.p.) Gastritis u. a.). Neben neuropsychiatrischen Symptomen treten teilweise schwere Bildungsstörungen in der Erythro-, Granulo- und Thrombozytopenie auf.

Das myelodysplastische Syndrom (MDS) ist eine heterogene Gruppe klonaler Erkrankungen der hämatopoetischen Vorläuferzelle, die zu einer ineffektiven Blutbildung mit peripherer Panzytopenie bei zellreichem Knochenmark führt. Die WHO-Klassifizierung beruht auf der Zytomorphologie, dem Anteil von Blasten in Blut und Knochenmark und der Zytogenetik des malignen Klons. Zur Prognoseevaluation beschreibt das International Prognostic Scoring-System (IPSS) vier Risikogruppen, die für die Wahl der therapeutischen Optionen entscheidend sind. Bei der Mehrheit der geriatrischen Patienten erfolgt zur supportiven Behandlung die Substitution von Erythrozyten. Bei Auftreten einer transfusionsinduzierten Siderose (> 25–50 Konzentrate, Ferritin > 1.000 µg/l) werden Eisenchelatorbildner wie Desferasirox eingesetzt. Nichtinvasive Behandlungen sind die Injektionen von Wachstumsfaktoren. Immunmodulierende Substanzen wie Revlimid können das Auskommen der Patienten mit gutem Prognose-Score und mit dem Karyotyp del(5q31) signifikant bessern. Azacitidin kann über die Hemmung der DNA-Methyltransfe-

rasen zur Re-Expression von unterdrückten Tumorsuppressorgenen sorgen und ist zur Behandlung von Patienten mit Intermediate/Hochrisiko-MDS zugelassen.

Die Chronische Lymphozyten Leukämie (CLL) ist beim alten Menschen die häufigste leukämische Erkrankung. Sie ist durch eine Blut-Lymphozytose gekennzeichnet, ggfs. mit Lymphadenopathie, Hepato-Splenomegalie, Knochenmarkinsuffizienz, Autoimmunzytopenie und Infektion. Die Verdachtsdiagnose wird durch die Beurteilung des Differentialblutbildes und nach klinischer Untersuchung/Abdomensonographie gestellt, ggfs. Erweiterung der Diagnostik um Durchflusszytometrie oder Zytogenetik. Ist eine Behandlungsindikation gegeben, orientiert sich die Wahl der Erstlinientherapie an der Komorbidität, am genetischen Status und an der Nierenfunktion. Bei körperlich fitten Patienten ist die Standardtherapie Fludarabin/Cyclophosphamid/Rituximab (FCR); als eine gut verträgliche Alternative bietet sich Bendamustin/Rituximab an. Eine Monotherapie mit Chlorambucil ist dem durch Begleiterkrankungen beeinträchtigten Patienten vorbehalten.

Die Autoimmunzytopenie äußert sich klinisch durch das Auftreten von petechialen Blutungen, Hämatomen, Schleimhautblutungen, Hämaturie. Neben primären idiopathischen Thrombopenien müssen sekundäre Formen als Medikamentenreaktion bei Autoimmunerkrankungen wie Lupus erythematoses oder im Rahmen von Infektionen (HIV, Hepatitis B/C, Helicobacter pylori) bedacht werden. Die Erstlinien-Behandlung besteht in der Gabe von Prednisolon 1 mg/kg KG täglich oder Dexamethason 40 mg über vier Tage (alle 2 bis 4 Wochen), ggfs. ergänzt durch Azathioprin 2,5 mg/kg KG. Formal ist als Zweitlinientherapie die Splenektomie vorgesehen. Die Thrombopoetin-Re-

zeptor-Agonisten Romiplostin (subkutan wöchentlich) bzw. Elthrombopag (oral täglich) sind zur Behandlung nach Splenektomie zugelassen (oder bei Kontraindikationen gegen die Operation).

Wesentlich für die effektive Notfallbehandlung des hämatologischen

geriatrischen Notfallpatienten ist die zügige Durchführung einer zielgerichteten Diagnostik und Umsetzung einer angemessenen Therapie unter besonderer Berücksichtigung möglicher Begleiterkrankungen.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Klaus Tischbirek
Chefarzt der Medizinischen Klinik I
des Zentrums für Internistische und
Geriatrische Medizin
Asklepios Paulinen Klinik
Geisenheimer Straße 10
65197 Wiesbaden
E-Mail: k.tischbirek@asklepios.com

Der geriatrische Patient in der Anästhesie und Intensivmedizin

K. Schulz

Wie allgemein bekannt, wird sich bedingt durch die demographische Entwicklung in Deutschland der Anteil der älteren Menschen in den nächsten Jahrzehnten deutlich erhöhen. In diesem Zusammenhang wird es zu einer Zunahme der chronischen Erkrankungen und der Multimorbidität bei dieser Altersgruppe kommen. Selbst ohne die Beteiligung von chronischen Krankheiten haben die physiologischen, die homöostatischen, die pharmakokinetischen und pharmakodynamischen Veränderungen Einfluss auf das Behandlungsergebnis der älteren Patienten.

Von wesentlicher Bedeutung bei der intensivmedizinischen und anästhesiologischen elektiven als auch Notfallbehandlung ist hierbei die Berücksichtigung von Patientenalter, ty-

pischen Erkrankungen und der Wirkung von Anästhetika und der in der Intensivmedizin gebräuchlichen Medikation, da bei diesen Patienten mit einer wesentlichen Reduktion der Leistungs- und Kompensationsfähigkeit des Organismus zu rechnen ist.

Nur durch die umfassende Kenntnis der Veränderungen der Organsysteme wie des Herz-Kreislauf- und des respiratorischen Systems, des Nierensystems, der Leber und des Gastrointestinaltraktes und nicht zu vergessen des zentralen und peripheren Nervensystems wird es möglich sein, diesen Patienten eine hochwertige medizinische Behandlung zukommen zu lassen.

Eine optimale adäquate Vorbereitung auf die Narkose, ein entsprechendes intraoperatives und postoperatives Management einschließlich ei-

ner suffizienten Schmerztherapie sind entscheidende Faktoren zur Risikominimierung und für das Outcome älterer Menschen. Ebenso müssen geriatrische Aspekte verstärkt in der Intensivtherapie dieser Alterspopulation Beachtung finden. Unter Berücksichtigung der vorgenannten Aspekte wird es möglich sein, sich auf die demographische Entwicklung einzustellen und ältere Menschen sicher zu behandeln, und somit zur Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Lebensqualität beizutragen.

Korrespondenzadresse

Dr. Klaus Schulz
Chefarzt der Klinik für Anästhesie und
Intensivmedizin der
Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden
Geisenheimer Straße 10
65197 Wiesbaden
E-Mail: k.schulz@asklepios.com

Notfälle in der Geriatrie aus viszeralchirurgischer Sicht

K.H. Link, M. Roitman, Th. Müller, F. Strobel, E. Bungert

Einleitung

Notfalleingriffe bei alten Patienten mit akutem Abdomen können mit einer hohen Krankenhaussterblichkeit von bis zu 80% assoziiert sein. Zur Aktualisierung und Analyse dieser Problematik wurde anhand von Publikationen und eigenen Ergebnissen

hinterfragt, ob alleine das Alter oder vielmehr assoziierte Risikofaktoren die perioperative Morbidität/Mortalität (M+M) bedingen. Diese Frage stellt sich besonders vor dem Hintergrund demographischer Entwicklungen, denen zufolge die Anzahl der Krankenhausbehandlungen bei über

75-Jährigen von 3 x 106/J. (2005) auf 8 x 106/J. (2050) steigen wird.

Methoden

Anhand der (spärlichen) aktuellen Literatur (Medline 2002–2012) und Lehre wurde analysiert, welche chirurgischen Erkrankungen

und Risikokonstellationen mit einer erhöhten Mortalität bei Notfall-Bauchoperationen alter Patienten verbunden sind. Eigene Daten aus dem Jahr 2011 wurden zur Diskussion herangezogen.

Ergebnisse

Indikationen und Verfahren: Ursachen eines akuten Abdomens alter Patienten in Deutschland sind in abnehmender Häufigkeit Ileus, Peritonitis, Hernien, Gallenwegserkrankungen und Ulkusperforationen (Beger/Kern 1987). In einer aktuellen japanischen Studie waren bei >80-jährigen Patienten Notfalloperationen notwendig wegen Perforationen (26%), Cholecystitis (25%), Ileus (19%), Hernie (17%) und Appendicitis (10%) (Fukuda 2012). An der APK lagen bei den akuten Abdominaleingriffen bei alten Patienten >80 J. folgende Indikationen vor: Hernien (47%), Ileus (24%), Cholecystitis (18%), Appendicitis/Divertikulitis (12%). In der japanischen Erhebung wurden folgende operative Eingriffe durchgeführt: Darmresektionen (32%), Cholecystektomien (26%), Adhäsioylysen (16%), Herniotomien (15%) oder andere (12%); die Patienten wurden in der Regel <48h nach stationärer Aufnahme operiert (80%), und bei 21% war eine Nachbeatmung auf der Intensivstation notwendig (Fukuda 2012). In dieser aktuellen Statistik waren für freie Perforationen häufig Divertikel/Inkarzerierte Hernien/Duodenalulcera verantwortlich. Die häufigsten Ileusursachen waren Adhäsionen, gefolgt von Kolonkarzinomen. Femoralhernien waren als Hernienursache für Not-OPs bei alten Patienten führend (>50%). Bei alten Patienten mit Kolon- oder Rektumkarzinomen sind Notfalloperationen signifikant häufiger als bei jungen, ebenso die postoperative M+M (Chu 2011, Link 2012, Symeonidis 2011).

Risikofaktoren (RFs):

Betrachtet man alle Patienten mit Darmkrebs, so zeigt sich, dass die Komorbidität (kardial, Hypertonie, GI, COPD und Arthritis) mit zunehmendem Alter steigt (Yancik 1998).

Die RFs sind altersunabhängige Prädiktoren für M+M (Marusch 2002).

Beispiele/Indikationen:

Bei akuter Cholecystitis müssen bei alten Patienten nicht selten Notfall-OPs vorgenommen werden; gegenüber der jungen Population ist das Sterberisiko infolge der Erkrankung/OP bei Alten relativ hoch (Dubecz 2012; Götzky 2013). Bei Divertikulitis stellt sich unter adäquater Behandlung alter Patienten mit früher Krankenhauseinweisung im Vergleich zu Jüngeren seltener die Notfall-OP-Indikation, und die Erkrankung kann bei Jüngeren sogar einen schwerwiegenderen Verlauf nehmen als bei Älteren (Anderson 1997, Germer 2012, Lahat 2006, Lidor 2011, Link 2012, Makela 1998, Schmidt 2012). Die Appendicitis wird bei alten Patienten ambulant (und stationär) nicht selten zu spät erkannt und versorgt; die Morbidität (2,5 x) und Mortalität (12 x) liegt bei älteren Patienten wesentlich höher als bei den jüngeren (Gassel 2005).

M+M-Raten:

Zusammengefasst liegt die postoperative Morbidität alter Patienten (>80 J.) bei 44–48% (Arenal 2003, Fukuda 2012,) und die Mortalität bei 12–80% (Beger/Kern 1987, Fukuda 2012, Link 2012). An unserer Klinik verstarben alte Patienten postoperativ wegen Aspirationsfolgen, Pneumonien und anderen allgemeinen Infektionen.

Risikoabschätzung:

Die im Alter bei Notfalloperationen erhöhte M+M ist durch Komorbidität und den Umfang des operativen Eingriffs (POSSUM-Score), ggf. auch durch eine verzögerte Krankenhausaufnahme bedingt (Gassel 2005, Germer 2012, Fukuda 2012, Link 2012, Senninger 2005). Dies gilt auch für Wahleingriffe bei malignen Erkrankungen im Alter.

Diskussion

Alter allein ist kein Risikofaktor bei Notfalleingriffen in der Viszeralchirurgie. Die Anzahl und der Schweregrad der Komorbidität und

das Ausmaß des operativen Eingriffs, aber auch die Verzögerung der Krankenhausaufnahme/-einweisung erhöhen die M+M. Aus diesem Grund soll die Erfassung/Behandlung der Komorbidität interdisziplinär möglichst in Kooperation mit der Geriatrie und Intensivmedizin schnell und therapeutisch effektiv vorgenommen werden. Die OP-Indikation muss bedacht, aber ohne unnötige Zeitverzögerung gestellt und das Ausmaß der Operation im Notfall auf das Nötigste beschränkt werden. An der APK haben wir daher dringend die Notwendigkeit zur Führung einer Bauchstation, in Anlehnung an die interdisziplinäre IMC in Kooperation zwischen Chirurgie und Innerer Medizin/Geriatrie, gesehen. Die Operation und die Narkose sollen mit der größtmöglichen Erfahrung durchgeführt werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Karl-Heinz Link
Chefarzt des Chirurgisches Zentrums
Chirurgie I (Allgemein- und Viszeralchirurgie)
Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden
Geisenheimer Straße 10
65197 Wiesbaden
E-Mail: chirurgie.wiesbaden@asklepios.com

Der vergessene Notfall – in der HNO-Heilkunde

C. Harenberg

Die häufigsten Notfälle unseres Fachgebietes in der Geriatrie betreffen Frakturen der Gesichtsknochen, die Parotitis, die akute Hörminderung und den akut einsetzenden Schwindel.

Für die Fraktur von Nase und Oberkiefer ist prinzipiell der Sturz verantwortlich. Im Vordergrund der Frakturbehandlung steht die Beseitigung von Funktionsstörungen. Nasenfrakturen sollten dann einer Operation zugeführt werden, wenn eine erhebliche Behinderung der Nasenatmung oder eine zu deutliche Veränderung des Äußeren der Nase entstanden ist. Bei der Fraktur des Oberkiefers muss auf das Entstehen von Doppelbildern, Sensibilitätsstörungen des Nervus infraorbitalis sowie Störung der Okklusion geachtet werden. Operationsindikationen sind bei Oberkieferfrakturen immer nur sehr zurückhaltend zu stellen.

Die akute Parotitis ist die Folge eines reduzierten Allgemeinzustandes mit Stomatitis sicca, Exsikkose und reduzierter Nahrungsaufnahme und imponiert als starke dolente Schwellung der Parotis mit relativ wenig eitrigem Sekret am Ausführungsgang. Die Therapie der Wahl ist die hochdosierte Antibiotikagabe, aus-

reichende Flüssigkeitszufuhr und Sialogoga, wenn der Patient hierzu in der Lage ist. Nur in Ausnahmefällen sind Entlastungsinzisionen in Kurznarkose notwendig.

Zu der ohnehin altersgemäß reduzierten Hörleistung kommt nicht selten eine plötzlich eintretende Verschlechterung, ein Hörsturz. Wenn eine Blockade des äußeren Gehörganges ausgeschlossen ist, muss mit einer zeitnahen Hörprüfung ein Hörsturz ausgeschlossen werden. Der Verlust an Lebensqualität ist selbst bei geringen Verschlechterungen der Hörleistung oft sehr erheblich. Auch wenn keine eindeutigen evidenzbasierten Ergebnisse der verschiedenen Therapieoptionen vorliegen, sollte leitliniengerecht eine Infusionsbehandlung mit Cortison und Pentoxifyllin erfolgen.

Schwindel im Alter ist eine der am häufigsten gestellten Diagnosen. Ursachen des Altersschwindels, der Presbyvertigo sind vielfältig. Wir sprechen von zentralem, kardiovaskulärem, zervikogenem und vestibulärem Schwindel. Mischformen sind hier nicht selten anzutreffen. Bei den akut einsetzenden Schwindelbeschwerden sollte immer eine zentrale Störung, ein Apoplex oder eine Blu-

tung ausgeschlossen werden. Ebenso gilt es einen akuten Bandscheibenvorfall im Vordfeld zu diagnostizieren. Der akute periphere vestibuläre Schwindel findet sich am häufigsten im Rahmen eines benignen paroxysmalen Lagerungsschwindels und in zweiter Linie bei einer Neuropathia vestibularis. Andere akute Schwindelformen sind (wie der Morbus Ménière) ausgesprochen selten.

Zur Diagnostik reichen oft eine ausreichende Anamnese und die Prüfung der Vestibularorgane im Rahmen einer kalorischen Prüfung und Elektronystagmographie. Die Therapie der Otokoniose empfiehlt sich mit Lagerungsübungen nach Epley, ggf. begleitend mit einem Betahistin-Präparat. Bei der Neuropathia vestibularis ist neben Betahistin ggf. auch eine Cortisontherapie empfehlenswert. Bei anderen Formen der Presbyvertigo ist das Schwindeltraining mit einer entsprechenden Physiotherapie die beste Option.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Christof Harenberg
Chefarzt der HNO-Abteilung
Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden
Geisenheimer Straße 10
65197 Wiesbaden
E-Mail: c.harenberg@asklepios.com

Der vergessene Notfall – aus ophthalmologischer Sicht

L. Frisch

»Vergessene Notfälle« sind in der Augenheilkunde nicht selten. Von den geschätzten 31,5 Mio. Augenarztkontakten im Jahr in Deutschland entfällt ein großer Teil auf ältere Patienten. Mehr als die Hälfte aller 70- bis 75-jährigen Menschen sucht mindestens einmal im Jahr einen Augenarzt auf [1]. Im höheren Lebensalter ist

der Anteil der Patienten jedoch geringer. Es stellt sich die Frage, worauf dieses Versorgungsdefizit zurückzuführen ist. Ein spezielles Problem der Augenheilkunde sind die unzulänglichen apparativen Untersuchungsmöglichkeiten bei Hausbesuchen und Bettkonsilen. Eine suffiziente Diagnostik kann nur in der

Praxis bzw. Augenabteilung erfolgen. Die eingeschränkte Mobilität hochbetagter Patienten ist vermutlich der Grund für die nachlassende Untersuchungshäufigkeit.

Zu den häufigsten Erblindungsursachen gehört die altersabhängige Makuladegeneration (49,8%), das Glaukom (15,0%) und die diabetische

Literatur:

1. Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft. Weißbuch zur Situation der ophthalmologischen Versorgung in Deutschland, September 2012.
2. Finger, RP et al. Incidence of blindness and severe visual impairment in Germany: projections for 2030, Invest Ophthalmol Vis Sci 2011; 52 (7): 4381-4389.
3. Amelung VE et al. Sehen im Alter – Versorgungsstrukturen und -herausforderungen in der Augenheilkunde, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2012.
4. Lee AG, Beaver HA (Hrsg). Geriatric Ophthalmology: A Competency-based Approach, Springer Verlag, 2009.

Retinopathie (10,6%). Während man für das Glaukom und die Makuladegeneration zukünftig gleichbleibende Prävalenzen annimmt, wird für die diabetische Retinopathie ein massiver Anstieg erwartet [2].

Schmerzlose Visusminderungen eines Auges – z. B. durch Gefäßverschlüsse – werden vom Patienten oftmals nicht bemerkt, insbesondere wenn es sich um das nichtdominante Auge handelt. Erst wenn das Partnerauge ebenfalls an Funktion einbüßt, wird die Untersuchung angestrebt. Hier kann die Behandlung des erstbetroffenen Auges eine große Herausforderung darstellen. Im Falle der feuchten Makuladegeneration

gibt es im Endstadium keine Behandlungsoption, während es seit der Einführung der intravitreal applizierten VEGF-Hemmer eine potente Behandlung für frühzeitig festgestellte Befunde gibt. VEGF-Hemmer sind ebenfalls für die Behandlung des Makulaödems nach retinalen Venenverschlüssen und bei diabetischer Retinopathie zugelassen. Auch hier hängt der Behandlungserfolg von der rechtzeitigen Diagnosestellung ab. Unbehandelt kommt es zu Ischämien, Neovaskularisationen, Sekundärglaukomen, proliferativen Vitreoretinopathien und im Extremfall zum Organverlust.

Auch schmerzhaftere Ereignisse wie Hornhautulcera oder massive Innendruckanstiege können verschleppt werden, wenn Patienten sich nicht adäquat zur Schmerzlokalisierung äußern können (oder wollen). Als Musterbeispiel für einen durch Augenkontrollen vermeidbaren Notfall kann der akute Winkelblock gelten, der regelhaft Patienten betrifft, die über Jahre nicht ophthalmologisch untersucht wurden. Der Winkelblock führt zur ra-

schon und extrem schmerzhaften Erblindung. Die Begleitsymptome wie Zahnschmerzen, Herzrhythmusstörungen und abdominale Schmerzen führen oft zunächst zum Aufsuchen internistischer und neurologischer Fachgruppen.

Ein ophthalmologischer Notfall kann auch durch das Vergessen einer Dauertherapie ausgelöst werden. Ein tragisches Beispiel dafür ist die Erblindung des zweiten Auges bei arterieller anteriorer ischämischer Optikoneuropathie (M. Horton) nach Absetzen von Cortison.

Neben der Vermeidung von Notfällen dienen regelmäßige augenärztliche Kontrollen dem Erhalt der bestmöglichen Sehschärfe. Dies unterstützt nachweislich die Sturzprävention und – einigen Studien zufolge – oft eine Verbesserung der Demenz-Ausprägung [3, 4].

Korrespondenzadresse

Dr. med. Lars Frisch
Praxis Dres. med. Habedank, Frisch,
Brüning, Wolf, Freytag
Straße der Republik 17
65203 Wiesbaden-Biebrich

Der geriatrische Notfall – aus palliativmedizinischer Sicht: Besonderheiten der therapeutischen Entscheidung

C. Wiese

Die demographische Entwicklung und der medizinische Fortschritt werden notfallmedizinische Einsätze in Alten- und Pflegeeinrichtungen sowie bei älteren und alten Menschen in häuslicher Umgebung in der Zukunft national, aber auch international ansteigen lassen [1, 2]. So werden ältere Menschen auch in der letzten Lebensphase vermehrt durch Notfallmediziner behandelt [3]. Ein großer Teil der Notfalleinsätze ist v. a. in Alten- und Pflegeeinrichtungen bei Patienten in einer Palliativsituation mithilfe einer guten antizipierenden Planung ver-

meidbar bzw. reduzierbar [1, 4]. Der sogenannte »geriatrische Notfall« kann ähnlich dem »palliativen Notfall« in vier Kategorien in Abhängigkeit von sechs Dimensionen unterteilt werden [5]. Diese Kategorien unterteilen sich in (1) Notfallsituation, die nicht mit einer Grunderkrankung im Zusammenhang steht, (2) Notfallsituation, die im Zusammenhang mit einer therapeutischen Maßnahme einer chronischen Erkrankung zu sehen ist, (3) Notfallsituation als Symptomexazerbation einer Erkrankung, die erstmalig auftritt und (4) Notfallsituation als bekannte und

wiederholte Symptomexazerbation, die im Zusammenhang mit den Vorerkrankungen zu sehen ist. Die Definition der palliativen Krankheitssituation/des Palliativstadiums ist v. a. bei älteren und alten Patienten oftmals nicht erfolgt und bedarf daher einer differenzierten Einschätzung des Notarztes. Die erwähnten Dimensionen können jede Kategorie in (1) physischer, (2) psychologischer, (3) sozialer, (4) spiritueller, (5) ethischer und (6) rechtlicher Hinsicht betreffen und somit auch einen Einfluss auf die Therapie sowohl durch den Behandler als auch durch den

Behandelten haben. Von besonderer Bedeutung ist es für den Notfallmediziner, dass der »Wohnort« Alten- und Pflegeheim primär keinen Grund darstellt, den Patienten nicht adäquat zu behandeln, und er auch in der Folge einer adäquaten Therapie zuzuführen ist. Es muss aber immer sehr genau bedacht werden, welches Ziel mit der therapeutischen Maßnahme erreicht werden soll und ob eine Klinik-einweisung für den Patienten die bestmögliche Alternative darstellt [6]. Sollte es zu einer Klinikeinweisung kommen, ist für den Patienten die für seine speziellen Bedürfnisse beste Zielklinik auszusuchen (ggf. mit

einer speziellen geriatrischen Abteilung und Expertise). Zusammenfassend ist der geriatrische Notfall analog zum palliativen Notfall für den Notfallmediziner als multidimensionales Ereignis zu betrachten und unterscheidet sich somit ebenfalls oftmals sehr deutlich von der eher eindimensional geprägten »klassischen« Notfallmedizin [5].

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Christoph H. R. Wiese
MHBA; Klinik für Anästhesiologie
Universitätsklinikum Regensburg
Franz-Josef-Strauss-Allee 11
93053 Regensburg
E-Mail: christoph.wiese@ukr.de

Literatur:

1. Tsai SC et al. 2010, Support Care Cancer
2. Savory EA et al. 2009, Scand J Trauma Resusc Emerg Med
3. Wiese CH et al. 2009, Support Care Cancer
4. De Luigi A 2002, Ann Oncol
5. Wiese CH et al. 2011, Notarzt
6. Taghavi M et al. 2012, Palliat Med

Der geriatrische Notfall aus seelsorgerlicher Sicht

B. Jung-Henkel

Die Sorge um spirituelle und religiöse Bedürfnisse ist Teil einer ganzheitlichen Zuwendung in Krankheit und Krise eines jeden Menschen. Spiritualität und Religion sind als Grundhaltungen zu verstehen, die alle Lebensbereiche durchziehen, den Alltag gestalten und gleichzeitig das konkrete Leben in einen größeren Horizont stellen. Sie haben Einfluss auf die eigene Bewertung der letzten Lebensphase, beeinflussen ethische Entscheidungen und die Compliance für therapeutische Maßnahmen in der letzten Lebenszeit. Die heute über 75-Jährigen sind (fast) alle noch religiös sozialisiert.

Verlusterlebnisse und die dazugehörige Trauer spielen in der seelsorgerlichen Begleitung geriatrischer Notfallpatienten eine große Rolle. Weitere Lebensthemen in dieser Situation sind Hilfsbedürftigkeit und die dadurch bedingte Angst vor würdelosen Situationen und vor Kontrollverlust: »Ich möchte niemandem zur Last fallen!«, »Ich werde nicht mehr gebraucht, ich bin überflüssig«. Angst vor Demenz wird oft benannt: »Wenn ich nur im Kopf klar bleibe,

Die Einsamkeit ist ein großes Problem: »Ich habe mehr Freunde unter den Toten als unter den Lebenden!«

Wenn das Leben nicht mehr so geführt werden kann wie bisher, wird die Frage nach dem Sinn von Therapie und Rehabilitation gestellt. »Wozu werde ich noch einmal mobilisiert?« Die Todesnähe hochaltriger Menschen verstärkt diese Fragen. »Was wird nun aus mir? Wie kann die letzte Lebensphase gestaltet werden? Wer entscheidet über mich, wenn ich es selbst nicht mehr kann?« Seelsorgerliche Gespräche zeigen, dass das hohe Alter für manche Menschen ein schleichendes, prozesshaftes Abschiednehmen ist. Damit einher geht oft ein eigendynamischer innerer und äußerer Rückzug aus der aktiven Welt. Dieses Spannungsfeld zwischen der inneren Verfassung des Patienten und der Alltagslogik der Geriatrie, durch verschiedene therapeutische Maßnahmen die Lebensqualität auch im hohen Alter erhalten oder wieder herbeiführen zu können, macht es auf beiden Seiten schwierig. Die Haltung gegenüber therapeutischen Maßnahmen ist abhängig von der Bewertung der letzten Lebensphase,

bzw. wie das Alter gesehen wird: Als Schicksal oder Gnade.

Welche Möglichkeiten hat seelsorgerliches Handeln und Begleiten in dieser Situation? Es ist eine grundsätzliche Aufgabe von Seelsorge, dem einzelnen Menschen die Botschaft von der Liebe und bedingungsloser Zuwendung Gottes zu bezeugen und ihn zum Leben zu ermutigen. Auch zum Leben im Alter. Neben den Angeboten kirchlich und religiös vertrauter Rituale ist es besonders in der Begleitung geriatrischer Notfallpatienten wichtig, religiöse und/oder spirituelle Ressourcen anzusprechen. Für viele alte Patienten ist es hilfreich, die Lebensgeschichte erzählen zu können und im Erzählen, Bedenken und Würdigen des eigenen Lebens Ressourcen zu entdecken, die in früheren Krisenzeiten Halt und Sinn gegeben haben, und diese für die aktuelle Situation auf Hilfe und Tragfähigkeit zu befragen. Seelsorge an und für alte Menschen in dieser Lebenskrise heißt auch: Empathische Begleitung in der Trauer um die fast alltäglichen Verluste, Beistand und Ermutigung im Ringen zwischen »Widerstand und Ergebung«, Hilfe zur

Sprachfähigkeit, um Bedürfnisse zur Gestaltung der letzten Lebensphase ausdrücken und formulieren zu können. Und nicht zuletzt ist es seelsorgerliche Aufgabe, dem alten Menschen in Wort, wertschätzender Haltung und

Zuwendung die Zusage Gottes zuzusprechen, dass jedes Menschenleben seinen eigenen Wert und seine eigene Würde hat. In jeder Lebensphase. Auch in Gebrechlichkeit und Bedürftigkeit.

Korrespondenzadresse
Pfarrerin Beate Jung-Henkel
MAS Palliative Care
Pfarrstelle für Klinikseelsorge
und Hospizarbeit
Eibinger Str. 9
65385 Rüdesheim am Rhein
E-Mail: jung-henkel@scivias-caritas.de

Der geriatrische Notfall aus Sicht der Sozialarbeit

J. Weber, U. Wunderlich

Die demographische Entwicklung einhergehend mit steigender Lebenserwartung bedingt, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland stetig steigt. Hatten wir im Dezember 2010 2,42 Millionen Menschen, die im Sinne des SGB XI pflegebedürftig waren, werden es Prognosen zufolge im Jahr 2030 etwa 3 Millionen Menschen sein.

Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung bedingt einen Hilfebedarf von mindestens 90 Minuten am Tag, wovon mehr als 45 auf die Grundpflege entfallen müssen. Dies bedeutet, es muss einen Hilfebedarf von mindestens 46 Minuten in den Bereichen Körperpflege, Mobilität oder Ernährung geben. Zusätzlich ist ein Hilfebedarf bei der Hauswirtschaft mehrmals wöchentlich erforderlich.

Unter Berücksichtigung der aktuellen Daten hat die Hälfte der Leistungsempfänger (50,7%) das 80. Lebensjahr zum Teil deutlich überschritten. Auf der anderen Seite wurden nahezu die Hälfte aller Leistungsempfänger (46%) im Jahr 2010 in der häuslichen Umgebung ausschließlich durch Angehörige versorgt. Mit anderen Worten: die Pflegeperson kommt

aus dem unmittelbaren Umfeld des Pflegebedürftigen und ist im Falle des Lebens- oder Ehepartners ebenfalls hochbetagt. Unter Berücksichtigung des Lebensalters in Kombination mit der Belastungssituation der häuslichen Pflege besteht das Risiko, dass die Pflegeperson aufgrund eigener Erkrankung ausfällt und der Pflegebedürftige sich unversorgt in der häuslichen Umgebung befindet. Ein klassischer geriatrischer Notfall aus sozialarbeiterischer Sicht. Eine weitere pflegerische Versorgung des Pflegebedürftigen kann bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen durch die §§ 42 Kurzzeitpflege und 39 SGB XI, Verhinderungspflege finanziell durch Leistungen der Pflegeversicherung stattfinden. Die Voraussetzungen zur Finanzierung im Rahmen des SGB V beschränken sich auf die §§ 37 Häusliche Krankenpflege und § 38 Haushaltshilfe SGB V, wobei der hochbetagte Pflegebedürftige aufgrund seiner Lebenssituation in der Regel nicht die Voraussetzungen des § 38 SGB V erfüllt.

Neben der Finanzierung dieser Leistungen sind die konkreten Hilfs- und Unterstützungsangebote von Bedeutung. Aus kommunaler Sicht sind die gesetzlichen Grundlagen im Rahmen des SGB XII zu finden. Ausgangspunkt sind hierbei die gesetzlich verankerten Grundlagen:

- ambulant vor (teil-)stationär,
- Prävention und Rehabilitation vor Pflege,
- Kooperation und
- Nachrang der Sozialhilfe.

Die kommunale Strategie der Landeshauptstadt Wiesbaden war in diesem Zusammenhang die Implementierung der Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter. Was im Jahr 1983 mit einem Modellprojekt begann, ist mittlerweile ein für Wiesbaden flächendeckender sozialer Dienst für Menschen über 60 Jahre und deren Angehörige. Für jede Stadtregion gibt es insgesamt acht Beratungsstellen. Auftrag ist, dass die Menschen die Hilfe erhalten, die sie benötigen.

Zur Förderung der Kooperation und Vernetzung sind das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation sowie das Forum Demenz die festen Größe in der geriatrischen Versorgung in Wiesbaden. Wissenschaftlich begleitet wird die Arbeit durch das Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg.

Über diese Strategien kann erreicht werden, dass es eine enge Kooperation zwischen der Altenhilfe und dem Gesundheitswesen gibt, bei denen die Hausärzte unmittelbar mit eingebunden sind. Profiteure dieser Versorgungsstruktur sind insbesondere die pflege- und hilfsbedürftigen Menschen und deren Angehörige.

Korrespondenzadresse
Johannes Weber
Ulrich Wunderlich
Amt für Soziale Arbeit der Landeshauptstadt Wiesbaden
Konradinallee 11
65189 Wiesbaden
E-Mail: amt-fuer-soziale-arbeit@wiesbaden.de

Literatur:

1. Besche A. Die Pflegeversicherung, 1. Auflage, Köln 2009.
2. BKK Bundesverband. Faktenspiegel – Pflege 07/2012.
3. BMG. Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 05.12.2011.
4. GKV Spitzenverband. Kennzahlen der sozialen Pflegeversicherung (SPV), Oktober 2011.

Der geriatrische Notfall aus Sicht des Amtsgerichts

R. Bartnik

Besteht oder entsteht im Rahmen eines geriatrischen Notfalls der Bedarf nach einem juristischen Stellvertreter des Patienten, hat das Amtsgericht von Amts wegen die notwendigen Ermittlungen hierzu vorzunehmen und das als notwendig Erkannte, in der Regel also die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers, zu veranlassen.

Häufig wird, mit Rücksicht auf die aktuelle Lage des Patienten, hierbei nicht genügend Zeit verbleiben, um alle gesetzlichen Verfahrensgarantien eines sogenannten Hauptsache-Verfahrens einzuhalten.

Den Bedürfnissen des Patienten, schneller zu einem notwendigen gesetzlichen Betreuer zu kommen, werden zwei verschiedene betreuungsrechtliche Eil-Verfahren gerecht, welche jeweils zu einer zunächst vorläufigen Bestellung führen können. Entscheidend für die richtige Verfahrensauswahl ist die Einschätzung des Gerichts, wie eilig die Angelegenheit ist.

In jedem Eil-Fall muss als Entscheidungsgrundlage ein ärztliches Zeugnis vorliegen, aufgrund dessen der Richter gegebenenfalls am Schreibtisch entscheiden kann.

Besteht hingegen noch mehr Zeit, muss er den Patienten vorher persönlich im Krankenhaus anhören oder, sollte sich dies aufgrund dessen Zustands als nicht möglich erweisen, einen dann noch zu bestellenden Verpfleger.

In allen Verfahrensarten hat das Gericht das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu beachten. Dieses kann insbesondere bereits ausgeübt worden sein durch

- die Erteilung einer Vollmacht, welche häufig die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers entbehrlich werden lässt, oder
- eine schriftliche Festlegung von Vorschlägen zur gerichtlichen Auswahl des Betreuers oder von Wünschen zur Wahrnehmung der Betreuung (Betreuungsverfügung), an welche das Gericht bzw. der gesetzliche Betreuer grundsätzlich gebunden sind, oder
- eine schriftliche Festlegung, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), welcher der gesetzliche Betreuer Ausdruck und Geltung zu verschaffen hat.

In allen Verfahrensarten hat der Patient einen Anspruch auf staatliche Fürsorge. Das bedeutet insbesondere, dass ein Betreuer-Kandidat aus Sicht des Gerichts geeignet sein muss, seine Aufgaben zu erfüllen. Zweifel gehen hier zu dessen Lasten, und das Gericht wird dann ggf. zunächst einen anderen, ggf. neutralen, evt. Berufs-Betreuer bestellen. Je nach Grad der Eilbedürftigkeit und Umfang und voraus-

sichtlicher Dauer der Betreuertätigkeit wird man dem Gericht hierbei einen gewissen Ermittlungs- und Ermessensspielraum zuzubilligen haben.

Das Krankenhaus kann das Gericht durch Art und Umfang seiner Informationen, sei es im Rahmen seiner Betreuungs-Anregung, sei es auf gerichtliche Nachfrage, bei den angesprochenen Tätigkeiten unterstützen und so zur Qualität des Betreuungsverfahrens und zu dessen Beschleunigung beitragen.

Je besser alle Beteiligten die Arbeitsweise des jeweils anderen hinreichend kennen und die Absprachen über die Zusammenarbeit sind, desto besser wird dem Patienten geholfen werden. Ggf. sollte man mal darüber reden!

Korrespondenzadresse

R. Bartnik
Richter am Amtsgericht Wiesbaden
Justizzentrum Wiesbaden
Mainzer Straße 124
65189 Wiesbaden

Weitere Themen der Tagung:

Der geriatrische Patient in der Krankenhausnotaufnahme

Prof. Dr. D. Lüttje, Ärztlicher Direktor Klinikum Osnabrück und Chefarzt der Medizinischen Klinik IV

Der geriatrische Notfall aus nephrologischer Sicht

Dr. Peter Jensen, Nierenarztpraxis Wiesbaden