

Tischversion

Geriatric I - Teil 1

Körperliche Aktivität im Alter

Mit zunehmendem Alter kommt es zu einem Verlust an körperlicher Leistungsfähigkeit (Fitness). Für die Fitness sind Kraft, Koordination, Ausdauer und Beweglichkeit maßgeblich. Im höheren Lebensalter nehmen vor allem Kraft und Koordination, weniger die Ausdauer ab. Daher sollte man geriatrischen Patienten ein Training empfehlen, das vor allem diese Qualitäten berücksichtigt.

Hinweise

- Vor Aufnahme des Trainings Anamnese im Hinblick auf **kardiovaskuläre Risiken**, klinische Untersuchung, EKG, ggf. Ergometrie, ggf. kleines Labor (keine GKV-Leistungen).
- Die motorische Funktionsfähigkeit lässt sich durch einfache Tests beurteilen (s. geriatrisches Basisassessment: Aufstehen vom Stuhl, Gehen über eine definierte Strecke, Treppensteigen, Gleichgewichtstest: beid- und einbeinig, mit offenen und geschlossenen Augen)

Krafttraining

- Vor Belastung gewissenhafte Erwärmung (lockernde Gymnastik, leichtes Traben)
- Festlegung der Trainingsbelastung nach einer dem Alter angepassten Pulsfrequenz (180 minus Lebensalter bei physiologischer Kreislaufregulation)
- Mit Belastungen von etwa 60% der Maximalkraft gegen einen Widerstand trainieren (dies entspricht einem Gewicht, nach dessen 10-maligem Heben der Trainierende erschöpft ist)
- Jede Übung (je Durchgang: 8-10 Wiederholungen) sollte nach 1 Minute Pause einmal bis dreimal durchgeführt werden
- Ein Abstand von 2-3 Tagen zur nächsten Trainingseinheit ist sinnvoll.
- Maximalbelastung vermeiden

- Schnellkraftübungen, z. B. Sprint und Sprung vermeiden, länger andauernde Haltebeanspruchungen vermeiden

Zunächst ist häufig ein Krafttraining notwendig, um Ausdauerbelastung zu ermöglichen.

Günstige Seniorensportarten für Ausdauertraining

- Spaziergehen, Walking, Wandern, Bergwandern, Schwimmen, Radfahren, Laufen, Joggen, Heimtraining, Tischtennis, Tanzen

Sport unter Anleitung

- Gymnastik, Rücken-, Wassergymnastik, Fitnessgymnastik, Entspannungstraining, Nordic-Walking, Skilanglauf, Skiwandern, Tennis, Golf

Link <http://www.richtigfitab50.de>

Hausärztliches geriatrisches Basisassessment

Untersuchung und Dokumentation von Funktions- und Fähigkeitsstörungen mit Quantifizierung der Störung mittels standardisierter Testverfahren. Beurteilt werden

- Sturzgefahr
- Hirnleistung (Demenz)
- Fähigkeit zur selbstständigen Erfüllung der Kriterien der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) unter Berücksichtigung des kardiopulmonalen und neuromuskulären Globaleindrucks sowie der Kognition und Affekte, inkl. Sehen und Hören und der Beurteilung auf Depression, der Nutrition und Kontinenz.

Links (Assessment) <http://www.afgib.de>
(Sturzprophylaxe) <http://www.betanet.de/>

Verfahren zur Funktions- und Fähigkeits-einschätzung

- Barthel Index (von Leitliniengruppe empfohlen)
- Nürnberger Altersinventar (NAI)
- Pflegegesetzadaptiertes Basisassessment (PGBA)

Verfahren zur Beurteilung der Sturzgefahr

- Timed up & go
- Chair rising (Aufsteh-Test)
- Tandemstand/Tandemgang

Stürze

- häufig: ein Drittel der Menschen über 65 Jahre stürzt pro Jahr einmal und öfter
- alterstypisch: in der seitlichen Sturzrichtung nahezu exklusiv ein Altersphänomen

Bei alten Menschen regelmäßig das Risiko für Stürze überprüfen (geriatrisches Assessment) sowie nach Stürzen oder Beinahestürzen in den letzten Monaten fragen.

Ziele des Sturzrisikoassessments

- Indikationsstellung zu therapeutischen und präventiven Maßnahmen
- individuelle Therapieplanung (differenziert nach multifaktoriell bedingten Balancestörungen)

Diagnostik/Instrumente

- Anamnese: Fragen nach Tätigkeit/Aktivität unmittelbar vor dem Sturz, nach Tageszeit Früheren Stürzen, empfundener Gangunsicherheit Nach Einschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens
- Medikamentenanamnese
- Internistischer/neurologischer Status
- Geriatrisches Assessment
- Sturzrisiko ermitteln (Verfahren, Internetlinks s.o.)
- Ggf. weitere Diagnostik

Sturzfolgen

- in 5% Frakturen, in 12 - 20% weitere schwere Verletzungen, dauerhafte Pflegebedürftigkeit
- Sturzangst, Verlust von Selbstvertrauen
- soziale und lokomotorische Reduktion / Dekonditionierung

Risiken und Präventionsmaßnahmen

Sturzassoziierte Merkmale und Risiken	Präventionsmaßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Schlechte Beleuchtung ■ Bodenbelag, Stolperschwellen ■ Fehlende Handläufe ■ Ungeeignete Schuhe ■ Positive Sturzanamnese 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wohnraumbegehung und Anpassung der häuslichen/institutionellen Umgebung, z.B. bessere (Nacht-)Beleuchtung, Handgriffe; Anti-Rutschmatten ■ Feste Schuhe, Stoppersocken, Gehhilfen ■ Frakturpräventive Maßnahmen, Überprüfung der Ernährung, ausreichende Vitamin D/Kalzium-Aufnahme
<ul style="list-style-type: none"> ■ Balance- und Gangstörung (Tandemgang/stand, Timed up & go) ■ Kraftdefizit (Aufstehetest) ■ Visus- und Hörminderung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Balance- und Krafttraining ■ Kontrolle von Visus und Hörvermögen
<ul style="list-style-type: none"> ■ Erkrankungen mit Sturzrisiken wie Parkinson, Demenz, Depression, Zustand nach Apoplex, Muskelatrophie, Kachexie, Schwindel, Alkoholabusus 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ggf. Mitbehandlung/Konsil durch Spezialisten
<ul style="list-style-type: none"> ■ Psychopharmaka und/oder andere sturz-begünstigende Medikamente: Trizyklische Antidepressiva, SSRI, Benzodiazepine, Antikonvulsiva; sind kausal, dosisabhängig 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Überprüfung / Anpassung der Medikation
<ul style="list-style-type: none"> ■ Ungeeignete Aufbewahrung von Alltagsgegenständen ■ Verwendung riskanter Hilfsmittel (Stuhl statt Trittleiter), unsicherer Umgang mit Hilfsmitteln 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beratung, präventive Hausbesuche ■ Techniktraining