



WEBSITE-LESEPROBE · GERIATRISCHE AKUTVERÄNDERUNGEN

Warum Notfälle im Alter anders aussehen können

Physiologische Reserve, Frailty und unspezifische Akutpräsentationen

Viele zeitkritische Erkrankungen treten in allen Altersgruppen auf. Mit höherem Alter können sich jedoch Risikoprofil, physiologische Reserve, Begleiterkrankungen und sichtbare Präsentation verändern; klassische Zeichen können fehlen oder durch Funktions- und Verhaltensänderungen überlagert werden.

AUTOR	Dominik Allwardt
FASSUNG	Website-Leseprobe 2.0 · BESTE Framework 2.1.1 · 25. August 2026
STATUS	Öffentliche Manuskriptprobe · fachlich-redaktionelle Projektfassung
SCHWERPUNKT	Reserve · Frailty · Delir · Funktionseinbruch · Medikamente · Safety Override

SICHERHEITS- UND STATUSHINWEIS Diese Leseprobe ist Lehrmaterial in Entwicklung. BESTE ist weder ein validierter Score noch ein Triage-, Diagnose- oder Therapieinstrument und keine klinische SOP. Lokale Notfallwege, ABCDE, gültige Standards, Zuständigkeiten und individuelle fachliche Beurteilung haben Vorrang.

Pflegeausbildung · Praxisanleitung · Fortbildung

Nicht das Lebensalter allein entscheidet

Chronologisches Alter beschreibt Jahre. Klinische Vulnerabilität entsteht aus Reserve, Frailty, Multimorbidität, Funktion, Kognition, Medikation und dem aktuellen Stressor.

BEGRIFF	PRÄZISE EINORDNUNG	WAS DARAUS NICHT FOLGT
Physiologische Reserve	Fähigkeit, Belastungen zu kompensieren und sich zu erholen	keine direkt messbare Einzahl im BESTE-Modell
Frailty	klinisches Vulnerabilitätssyndrom; mehrere anerkannte Modelle	weder Synonym für Alter noch automatische Dringlichkeitsstufe
Multimorbidität	mehrere chronische Erkrankungen mit konkurrierenden Erklärungen und Risiken	neue Symptome dürfen nicht reflexhaft einer Vorerkrankung zugeschrieben werden
Funktionseinbruch	neue Abnahme von Mobilität, Selbstversorgung, Aufnahme oder Kommunikation	unspezifisch, aber potenziell klinisch bedeutsam

Fried-Phänotyp: ein Modell, keine Kurzdiagnose

Der häufig zitierte Frailty-Phänotyp nach Fried umfasst unbeabsichtigten Gewichtsverlust, Erschöpfung, geringe körperliche Aktivität, langsame Gehgeschwindigkeit und verminderte Kraft. Seine Erhebung folgt definierten Operationalisierungen. Die fünf Merkmale dürfen nicht ohne die definierte Erhebung als Frailty klassifiziert werden.

KERNSCHLUSS Eine geringe Belastung kann bei reduzierter Reserve zu einem großen Funktionsdelta führen. Umgekehrt beweist ein kleines oder unspezifisches Delta noch keine bestimmte Ursache – es begründet strukturierte Klärung.

02 · WARNZEICHEN KÖNNEN LEISER ODER ANDERS WERDEN

Unspezifisch bedeutet nicht unwichtig

Ein Zeichen kann viele Ursachen haben und dennoch zeitkritisch sein. Klinische Bedeutung entsteht aus Kombination, Dynamik, Baseline und Gefährdung.

BEOBACHTUNG	MÖGLICHE BEDEUTUNG	SICHERE NÄCHSTE FRAGE
neu ungewöhnlich still / hypoaktiv	Delir, Infektion, metabolische oder neurologische Ursache, Arzneimittelwirkung u. a.	Ist Aufmerksamkeit/Wachheit akut verändert? Welche Organfunktionszeichen liegen vor?
plötzlich weniger mobil	kreislaufbezogene, neurologische, schmerz-, infektions- oder medikamentenbezogene Ursachen u. a.	Wann zuletzt sicher üblich? Fokal oder global? Sturz/Trauma?
reduzierte Nahrungs-/Flüssigkeitsaufnahme	unspezifisches Delta; Ursache und Folge können parallel relevant sein	Seit wann, wie viel, Begleitzeichen, Schlucken, Mund, Schmerz, Übelkeit?
kein ausgeprägtes Fieber	Infektion/Sepsis nicht ausgeschlossen	Temperaturmethode, Baseline, Verlauf, Atmung, Kreislauf, Kognition, Funktion?
kein Thoraxschmerz	ACS nicht ausgeschlossen	Dyspnoe, Übelkeit, Schwäche, Synkope, kalter Schweiß, Funktionsdelta?

Delir: akute Veränderung statt Etikett ‚Demenz‘

Delir ist ein akutes, meist fluktuierendes Syndrom mit Störung von Aufmerksamkeit und Bewusstsein sowie weiteren kognitiven Veränderungen. Hypoaktive Verläufe können besonders leicht übersehen werden. Eine vorbestehende Demenz erhöht das Risiko, erklärt aber eine neue Abweichung nicht automatisch. Validierte Erfassung und weiterführende Diagnostik erfolgen nach lokalem Standard und Zuständigkeit.

DENKREGEL ‚Das ist die Demenz‘ ist keine ausreichende Erklärung für eine neue Aufmerksamkeits-, Vigilanz-, Funktions- oder Verhaltensänderung. Gefragt wird: Was ist gegenüber der bekannten Baseline neu – und seit wann?

03 · MEDIKAMENTE UND BEOBACHTUNGSKONTEXT

Maskieren, auslösen, verstärken – ohne Kausalität zu erfinden

Medikamente und Umfeld können Präsentationen verändern. Sie liefern Risikokontext, aber nicht automatisch die Ursache.

KONTEXT	MÖGLICHE WIRKUNG AUF DIE PRÄSENTATION	SICHERE FORMULIERUNG
Betablocker / frequenzsenkende Mittel	kompensatorische Tachykardie kann geringer ausfallen	„fehlende Tachykardie schließt schwere Erkrankung nicht aus“
Analgetika / Sedativa / Psychopharmaka	Schmerzäußerung, Wachheit, Gang und Reaktion können verändert sein	Dosis, Zeitpunkt, Änderung, Wirkung und neue Abweichung nennen
Antikoagulation	Blutungsrisiko nach Trauma oder spontan erhöht	Risikokontext; eine Blutung bleibt Differentialgefahr, nicht Diagnose
Anticholinergika / Polypharmazie	Delir-, Sturz-, Retentions- oder Kreislauftrisiken möglich	Medikationsänderung und Organfunktion fachlich klären lassen
Hör-/Sehbeeinträchtigung, Sprache, Umgebung	Interaktion und Testbarkeit können verändert sein	Hilfsmittel/Kommunikationsweg optimieren, akutes Delta dennoch prüfen

Analgesie ist kein ‚Maskierungsproblem‘, das durch Vorenthalten gelöst wird

Schmerzlinderung wird nicht zurückgehalten, um Symptome besser beobachten zu können. Relevant sind sichere Durchführung im Kompetenzrahmen, Dokumentation von Ausgangsbefund, Maßnahme, Wirkung, Nebenwirkung und Verlauf sowie zeitgerechte fachliche Rücksprache.

KAUSALITÄTSGRENZE Ein zeitlicher Zusammenhang macht eine Arzneimittelwirkung plausibel, beweist aber keine alleinige Ursache. Parallel werden andere Gefährdungen geprüft.

Baseline und Delta vor vorschnellen Diagnoseannahmen

BESTE bündelt Wahrnehmung, systematische Einschätzung, Tempo, Hilfe und Reevaluation – ohne einen Score oder eine Diagnose zu erzeugen.

B	E	S	T	E
Baseline Was ist üblich?	Erkennen Was ist neu?	Systematisch Was liegt vor – was fehlt?	Tempo & Handlung Was muss jetzt geschehen?	Eskalieren & evaluieren Wer übernimmt – wann erneut prüfen?

- Eine neue Veränderung nicht mit dem Alter erklären; Beginn und Dynamik erheben.
- Funktionseinbruch, Hypoaktivität und reduzierte Aufnahme als reale klinische Information behandeln.
- Fehlende klassische Zeichen nur mit begrenztem Ausschlusswert interpretieren.
- Messwerte, Populationsschwellen und individuelle Baseline ergänzend nutzen – keines ersetzt das andere.
- Bei möglicher unmittelbarer oder drohender Vitalbedrohung den lokalen Notfallweg ohne Verzögerung aktivieren.

ZEITKRITISCHE DIFFERENTIALGEFAHREN Bei vermuteter Infektion und akuter Organfunktionsstörung muss an Sepsis gedacht werden. Fehlendes Fieber schließt eine Sepsis nicht aus; neue Verwirrtheit oder ein Funktionsabfall können Warnzeichen sein, beweisen für sich allein jedoch keine Sepsis. Fehlender Thoraxschmerz schließt ein akutes Koronarsyndrom nicht aus; plötzlich neue fokale Sprach-, Gesichts-, Arm-, Seh- oder Koordinationsstörungen sind als Schlaganfall- oder TIA-Verdacht zeitkritisch. BESTE darf Alarmierung, lokale Stroke-/ACS-Wege, 12-Kanal-EKG oder andere erforderliche Notfallmaßnahmen nicht verzögern.

Selbstcheck

Fiktiver Lehrfall: Eine 88-jährige Bewohnerin ist seit dem Frühstück neu still, braucht beim Aufstehen zwei Personen statt einer und hat keinen Appetit. Temperatur tympanal 36,8 °C; unter Bisoprolol Puls 70/min. Welche drei Schlussfehler sind zu vermeiden?

ERWARTUNGSKERN Nicht aus fehlendem Fieber oder fehlender Tachykardie entwarnen; die Veränderung nicht pauschal Demenz oder Alter zuschreiben; keine Diagnose aus der Unspezifik ableiten. Baseline, letzter sicherer Zustand, Wachheit/Aufmerksamkeit, Atmung, Kreislauf, Aufnahme, Schmerz, Medikamente und weitere Gefahren werden systematisch geprüft. Die erforderliche fachliche Klärung wird kompetenzgerecht eskaliert und der Verlauf mit klarer Zeitgrenze reevaluiert.

Fachliche Quellenbasis

1. Fried LP et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A. 2001;56:M146–M156. doi:10.1093/gerona/56.3.M146. [Quelle](#)
2. AWMF S3-Leitlinie ‚Delir im höheren Lebensalter‘, Reg.-Nr. 109-001, Version 1.1, Stand 30.04.2025, veröffentlicht 07.01.2026, gültig bis 29.04.2029. [Quelle](#)
3. AWMF S3-Leitlinie ‚Sepsis – Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge – Update 2025‘, Reg.-Nr. 079-001, Version 4.0, Stand 30.04.2025, veröffentlicht 25.07.2025, gültig bis 29.04.2030. [Quelle](#)
4. ESC 2023 Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2023. doi:10.1093/eurheartj/ehad191. [Quelle](#)
5. Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft: Warnzeichen und FAST – plötzlich auftretende fokale Symptome sind zeitkritisch. [Quelle](#)
6. Douw G et al. Nurses' worry or concern and early recognition of deterioration: systematic review. Crit Care. 2015;19:230. doi:10.1186/s13054-015-0950-5. [Quelle](#)

EVIDENZ- UND ENTWICKLUNGSGRENZE Die Quellen stützen einzelne klinische und didaktische Aussagen. Eine klinische Wirksamkeit des BESTE-Gesamtmodells ist nicht nachgewiesen; externe Fachreviews, Pilotierung und Evaluation bleiben erforderlich.