

GERIATRIE aktuell

aus dem Landesverband Hessen - Thüringen

Ausgabe 4 - Dezember 2011

Herausgeber:

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

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



In eigener Sache:

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Landesverband Geriatrie Hessen Thüringen freut sich, Ihnen hiermit seinen vierten Newsletter überreichen zu können.

Für das kleine Redaktionsteam war es anfangs gar nicht selbstverständlich, ob die kurzfristig geborene Idee eines eigenen Newsletters Gestalt annehmen könnte und der eigene Anspruch von quartalsweise erscheinenden Ausgaben realisiert werden könnte.

Eine anlässlich unserer Mitgliederversammlung Anfang November diesen Jahres durchgeführte Befragung der 39 geriatrischen Einrichtungen in Hessen und Thüringen gibt der Initiative

aber Recht und Kraft für das Neue Jahr, in gleicher Form diese Kommunikationform fortzuführen,

In dem aktuellen Heft wird sowohl der Blick zurück auf das zu Ende gehende Jahr gelenkt als auch nochmals ein Plädoyer für die moderne Altersmedizin formuliert.

Darüber hinaus wird über neue Möglichkeiten einer adäquaten Versorgung von demenzkranken Patienten berichtet.

Verbunden mit den besten Wünschen zum Weihnachtsfest und dem Neuen Jahr grüßen Sie herzlich

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

Rückblick auf 2011:



W. Vogel, Hofgeismar

Liebe Leserin, lieber Leser,

ein für die Geriatrie ereignisreiches Jahr neigt sich dem Ende zu.

Besonders schön finde ich, dass Sie nun schon die vierte Ausgabe dieses Newsletters in der Hand haben, dank dem Fleiß der rotierenden Redaktionsteams, die dem unermüdlichen Koordinator Dr. Knaut pünktlich ihre Beiträge zuspiesen. Allen sei für die Mühe und Disziplin herzlich gedankt. So können Sie die geriatrischen Einrichtungen kennen lernen und die Aktivitäten unseres rührigen Landesverbands (LV) mit verfolgen.

Einer der diesjährigen Höhepunkte war der 13. Hessisch-Thüringische Geriatrietag am 28. Mai in Darmstadt. Staatsminister

Stefan Grüttner gab sich die Ehre, persönlich die Bedeutung der geriatrischen Versorgung herauszustellen, wie sie sich seit über 40 Jahren als (fallabschließende) Krankenhausbehandlung bewährt. Die von seinem Ministerium in Auftrag gegebene vergleichende Versorgungsstudie soll bis Ende 2012 Klärung darüber bringen, ob diese fachlich gute Versorgungsform auch der kritischen Wirtschaftlichkeitsprüfung standhält.

In Thüringen traf sich der Vorstand unseres Landesverbands mit der Thüringer Sozialministerin Heike Taubert, die in Kürze einen „runden Tisch“ organisieren wird, um die Weiterentwicklung des modernen Thüringer Geriatriekonzepts dem aktuellen Bedarf anzupassen. In Thüringen hat ein in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie entwickeltes Curriculum „Hausärztliche Geriatrie“ große Resonanz gefunden, ein wichtiger Schritt zur dringend notwendigen Vernetzung ambulant-stationär – modellhaft für ganz Deutschland!

Der Arbeitskreis Geriatrie in der Hessischen Ärztekammer kümmert sich um die Vereinheitlichung der ärztlichen Weiterbildung im Fach Geriatrie und die Aktualisierung des Hessischen Geriatriekonzepts. Die letzte LV- Mitgliederversammlung in Wiesbaden war von einer intensiven multidisziplinären Diskussion geprägt. Die Geriatrie hat ihre Aufbruchstimmung bewahrt – passend zum Advent.

Mit herzlichen Wünsche zum Weihnachtsfest und für ein gutes neues Jahr bin ich

Ihr W. Vogel

Plädoyer für die Altersmedizin¹

Rupert Püllen, Frankfurt;
Thorsten Nikolaus, Ulm

Die heutige Medizin ist durch eine organbezogene Spezialisierung geprägt. Davon können ältere Patienten aber nur profitieren, wenn die Behandlung in eine umfassende geriatrische Versorgung eingebettet ist.

Kinder werden im Krankenhaus von Kinderärzten behandelt, weil sich Kinder in vielen Aspekten von Erwachsenen unterscheiden: Sie sind vulnerabler, Erkrankungen präsentieren sich oft auf andere Art als im späteren Leben. Der Umgang mit Kindern erfordert Erfahrung und Wissen. Es gibt aber noch eine Gruppe, auf die Ähnliches zutrifft: Hochbetagte Menschen.

Auch sie sind vulnerabel, Krankheitsbilder präsentieren sich komplex, und der Umgang mit ihnen ist oft

¹ Nachdruck Deutsches Ärzteblatt; Dtsch Arztebl 2011; 108(30): A 1622–3

schwierig. Doch werden diese Patienten – gerade in Krankenhäusern der Maximalversorgung – meist von Ärzten behandelt, die keine spezifische Ausbildung haben.

Ist das gerechtfertigt – oder brauchen wir eine spezifische altersmedizinische Versorgung?

Ein Editorial des „Lancet“ spricht sich für einen Ausbau altersmedizinischer Betreuung aus. Bei dieser Einschätzung stützt sich der Autor auf eine Untersuchung zu perioperativen Problemen älterer Patienten. Zugrunde liegen die Daten älterer Patienten (ab 80 Jahre), die von April bis Juni 2008 in einem britischen Krankenhaus operiert wurden und innerhalb von 30 Tagen nach der OP starben. Ausgewertet wurden 820 Patientenakten und etwa 2000 Fragebögen, die von den behandelnden Ärzten ausgefüllt wurden. Die Gutachter kamen zu dem Schluss: Nur etwa ein Drittel (36 Prozent) der Patienten erhielt eine Behandlung, die sich als gut oder angemessen bezeichnen ließ.

Klassische altersmedizinische Probleme wurden nicht dokumentiert: Ein schlechter Ernährungszustand wurde in 43 Prozent der Fälle übersehen, eine kognitive Beeinträchtigung in 25 Prozent und eine bedeutsame Mobilitätseinschränkung bei 20 Prozent. 43 Prozent der Patienten litten bereits vor dem Klinikaufenthalt an Einschränkungen bei einfachen Alltagsverrichtungen. Zwei Drittel der Patienten wiesen die Kriterien von Gebrechlichkeit (frailty) auf.

Alte Menschen sind anfälliger für Komplikationen

Die Gutachter verwiesen auf die Komplexität bei älteren chirurgischen Patienten: Nur vier Prozent waren bei Aufnahme frei von Begleitkrankheiten. Die Multimorbidität korrelierte wiederum mit einer Multimedikation. So erhielten 62 Prozent der Patienten vor Aufnahme mehr als fünf Medikamente, 20 Prozent sogar mehr als zehn. Die Gutachter bemängelten, dass weniger als ein Viertel der Patienten von einem altersmedizinisch erfahrenen Arzt gesehen

wurde. Natürlich erlaubt diese retrospektive Beobachtungsstudie keinen Überblick über die stationäre Behandlung älterer chirurgischer Patienten. Doch sie lenkt den Blick auf die Schwachstellen.

Die hier geschilderten Probleme beschränken sich wahrscheinlich nicht auf Großbritannien und auch nicht auf chirurgische Patienten. Auch bei hochbetagten, internistischen Patienten werden ähnliche Schwierigkeiten bei der Behandlung auftreten. Wer die Versorgung älterer Patienten verbessern will, muss nach ihren Besonderheiten fragen. Dazu zählen insbesondere folgende Problemfelder:

Vulnerabilität, Komplexität und Aktivitäten des täglichen Lebens.

Das wesentliche Merkmal des Alters besteht in der Zunahme der Vulnerabilität. Je älter ein Mensch wird, desto schwieriger wird es, die Homöostase aufrecht zu erhalten. Unter normalen Bedingungen reicht die funktionelle Kapazität der Organsysteme auch beim älteren Menschen. Anders

sieht es unter Belastung aus – und jede Krankenhausaufnahme bedeutet eine Belastung. Kann ein jüngerer Mensch auf Reserven und Ressourcen zurückgreifen, so stehen diese dem älteren Menschen nicht mehr zu Verfügung, da die maximalen Organkapazitäten abnehmen. Das macht ältere Patienten anfälliger für Komplikationen aller Organsysteme.

Die eingeschränkten Reserven sind bei stationären Aufnahmen älterer Patienten meist nicht offenkundig. Der Blick richtet sich auf das akute Problem, wie beispielsweise auf eine Fraktur oder ein akutes Abdomen. Dabei werden vorbestehende Einschränkungen übersehen, wie zum Beispiel eine leichte kognitive Beeinträchtigung oder eine Gangstörung. Unter dem Stress der Akuterkrankung und der Klinikaufnahme können sich die Organsysteme in ihrer Funktion verschlechtern. Dann treten die für ältere vulnerable Patienten so typischen Komplikationen auf: Die kognitive Funktion verschlechtert sich bis hin zum Delir. Die Gangstörung führt zu Stürzen. Oftmals

gelingt es zwar, das akute medizinische Problem zu beheben. Der Verlauf wird jedoch bestimmt durch die Dekompensation anderer Organsysteme mit funktionellen Defiziten wie Verwirrtheit oder Immobilität. Dieser Umstand kann dazu beitragen, dass ein älterer Patient trotz erfolgreicher Akutbehandlung nicht mehr nach Hause zurückkehren kann, sondern pflegeabhängig wird.

Viele Fortschritte in der Medizin sind einer Spezialisierung zu verdanken. Immer mehr Ärzte beherrschen hochspezialisierte Prozeduren. Diese Fertigkeiten bedeuten eine große Hilfe für Patienten mit genau diesem einen Problem.

Die Wirklichkeit hochbetagter Patienten sieht anders aus: Multimorbidität und Multimedikation. Dies bedingt eine große Komplexität. Sie wird durch den individuellen psychosozialen Kontext gesteigert. Doch wird diese Komplexität bislang im Krankenhaus wenig berücksichtigt, nicht zuletzt, weil sie die Grenzen des einzelnen –

meist organbezogenen-Fachgebietes sprengt.

Multimorbidität macht die Behandlung komplex

Wie wenig gerade hochspezialisierte Kliniken auf die Komplexität vorbereitet sind, erkennt man, wenn solche Patienten stationär aufgenommen werden. In welche Fachabteilung kommt ein gebrechlicher, hochbetagter Patient mit kognitiven Beeinträchtigungen, ausgeprägter Gangstörung und Gewichtsabnahme? Ist es ein Zeichen für gute Medizin, wenn schließlich ein leicht erhöhter Kreatininwert dazu führt, dass ein solcher Patient in eine nephrologische Abteilung kommt?

Evidenzbasierte Leitlinien geben Hilfe beim Umgang mit einzelnen Erkrankungen. Doch ist es sinnvoll, bei einem 85-jährigen Patienten mit sechs behandlungsbedürftigen Krankheiten tatsächlich sechs Leitlinien zu anzuwenden?

Ärzte müssen geriatrisch geschult werden

Hauptsache gesund – dieser oft zitierte Wunsch verliert für ältere Menschen an Bedeutung. Ab einem bestimmten, individuell unterschiedlichen Alter findet man bei jedem medizinisch gut untersuchten Menschen mindestens eine Erkrankung. Die meisten älteren Menschen sind realistisch genug, zu wissen, dass viele Krankheiten sie auf Dauer begleiten werden. Etwas anderes ist ihnen wichtiger: Unabhängigkeit und Selbstständigkeit – trotz ihrer Erkrankungen. Eine patientenorientierte Medizin muss sich an diesem Wunsch orientieren. Für ältere Patienten heißt es deshalb: Hauptsache selbstständig.

Der klinische Alltag vieler Krankenhäuser berücksichtigt diesen Wunsch wenig. Hier geht es mehr um Krankheiten als um Defizite bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL). Natürlich sind klinisch chemische Parameter wie das Gesamtcholesterin, das Blutbild und der arterielle Blutdruck wichtig. Aber ebenso wichtig

ist die Frage nach Alltagsaktivitäten: Kann ein älterer Mensch allein aufstehen, gehen, essen und die Toilette benutzen? Der medizinische Betrieb ist sehr auf Diagnosen ausgerichtet. Das Vergütungssystem für stationäre Leistungen basiert auf den Diagnosis Related Groups (DRGs). In Studium und Weiterbildung werden Krankheiten vermittelt. Bei Visiten hochbetagter Patienten achtet man eher auf den Verlauf der Akuterkrankung und weniger auf den funktionellen Status. Entlassbriefe zahlreicher Kliniken bieten oft viele Befunde zu Krankheiten, lassen aber nicht erkennen, ob ein Patient überhaupt gehen oder stehen kann.

Das Dilemma wird durch die immer noch unzureichende Verankerung in der universitären Lehre verstärkt. Zwar ist das Querschnittsfach Altersmedizin im Curriculum des Medizinstudiums mittlerweile Pflicht. Vielfach gibt es jedoch keine geriatrischen Fachabteilungen oder akademisch ausgebildete Geriater als Dozenten. Versorgungsforschung sowie die wissenschaftliche Ausein-

andersetzung mit geriatrischen Syndromen und Besonderheiten im Alter sind nur an wenigen Universitäten etabliert. Bei einer repräsentativen Umfrage an den deutschen Hochschulen Ende der 90er Jahre existierten an vier Standorten geriatrische Lehrstühle und an einer Universität eine Honorarprofessur. Seither ist an den 37 Fakultäten nur ein Lehrstuhl hinzugekommen.

Die Medizin muss sich an den Bedürfnissen der Patienten orientieren. Folgende Punkte können zu einer besseren Versorgung älterer Patienten beitragen:

- stärkere Berücksichtigung altersmedizinischer Inhalte in Aus- Weiter- und Fortbildung
- geriatrischer Konsildienst und Etablierung geriatrischer Fachabteilungen an Krankenhäusern, die hochbetagte Patienten behandeln
- Schwerpunkt Geriatrie in der Inneren Medizin unter Beibehaltung der Zusatzweiterbildung Geriatrie für Ärzte anderer Gebiete
- Zertifikate für Ärzte, die ältere Patienten betreuen (zum Beispiel Pflegeheimmedizin für Hausärzte)
- Verankerung der Geriatrie an den Universitäten.

Priv.-Doz. Dr. med. Rupert Püllen,
Chefarzt der Medizinisch-
Geriatrischen Klinik AGAPLESION
Frankfurter Diakonie-kliniken
Holzhausenstraße 72–92, 60322
Frankfurt

@Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit3011

Serie (Fortsetzung 4) Geriatrien in Hessen und Thüringen stellen sich vor:

<p>FRANKFURT</p>  <p>Telefon: 069 / 7939 2637 Telefax: 069 / 7939 2638 Homepage:</p> <p>Email: MKBach@gmx.de</p>	<p>Name der Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Geriatrische Abteilung des St. Elisabethenkrankenhauses Frankfurt <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Katharina Kaspar gGmbH <p>Chefarzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dr. med. Matthias Bach <p>Facharzttitel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin <p>Zusatzweiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klinische Geriatrie ➤ Physikalische Therapie <p>Weiterbildungsermächtigung für</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin ➤ Allgemeinmedizin ➤ Geriatrie
 	<p>Abteilungsgröße:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anzahl stationäre Betten 50 Betten ➤ Anzahl Tagesklinikplätze 20 Plätze <p>Zertifizierung nach</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ nach ISO 9000

<p>FRANKFURT</p>  <p>Telefon: 069 / 4704 - 400 Telefax: 069 / 4704 - 415 Homepage:</p> <p>Email:geriatrie@sankt-katharinen-ffm.de</p>	<p>Name der Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Geriatrische Klinik und Tagesklinik im Hufelandhaus <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sankt Katharinen Krankenhaus GmbH Frankfurt am Main <p>Chefarzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dr. med. Leonhard Fricke <p>Facharzttitel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin <p>Zusatzweiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klinische Geriatrie ➤ Physikalische Therapie <p>Weiterbildungsermächtigung für</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin ➤ Geriatrie
 	<p>Abteilungsgröße:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anzahl stationäre Betten 50 Betten ➤ Anzahl Tagesklinikplätze 6 Plätze <p>Zertifizierung nach</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ nach KTQ <p>Besonderheiten der Fachabteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Angebot von geriatricspezifischen CME-Fortbildungen ➤ Teilnahme an ZERCUR ➤ Lehrauftrag des Chefarztes an der Universität Frankfurt am Main

<p>FRANKFURT-HÖCHST</p>  <p>Telefon: 069 / 31062963 Telefax: 069 / 31062546 Homepage:</p> <p>Email: w.muehlberg@skfh.de</p>	<p>Name der Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klinik für Innere Medizin 4 (Geriatric und Geriatrische Tagesklinik) Frankfurt-Höchst <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Stadt Frankfurt am Main <p>Chefarzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ PD Dr. med. Dr. med. habil. Wolfgang Mühlberg <p>Facharzttitel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin ➤ Zusatzweiterbildung: Geriatric <p>Weiterbildungsermächtigung für</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin ➤ Allgemeinmedizin ➤ Geriatric
 	<p>Abteilungsgröße:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anzahl stationäre Betten 45 Betten ➤ Anzahl Tagesklinikplätze 24 Plätze <p>Besonderheiten der Fachabteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Frankfurt ➤ Lehrauftrag des CA an der Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Biomedizin des Alterns ➤ Lehrauftrag des CA an der Universität Frankfurt / Main

<p>FRIEDBERG</p>  <p>Telefon: 06031 / 89-481 Telefax: 06031 / 89-492 Homepage:</p> <p>Email: Joern.kuntsche@gz-wetterau.de</p>	<p>Name der Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Geriatrische Abteilung des Gesundheitszentrums Wetterau, Bürgerhospital Friedberg <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kliniken des Wetteraukreises und Stadt Bad Nauheim <p>Chefarzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dr.med. Jörn Kuntsche <p>Facharzttitel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin <p>Zusatzweiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Geriatrie ➤ Diabetologie ➤ Palliativmedizin <p>Weiterbildungsermächtigung für</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Allgemeinmedizin ➤ Geriatrie ➤ Diabetologie DDG
 	<p>Abteilungsgröße:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anzahl stationäre Betten 40 Betten ➤ Anzahl Tagesklinikplätze 0 Plätze <p>Zertifizierung nach</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ KTQ <p><u>Besonderheiten der Fachabteilung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Angebot von geriatricspezifischen CME-Fortbildungen ➤ Teilnahme an ZERCUR mit den geriatrischen Kliniken Mittelhessens ➤ strukturierte geriatrische Diabetikerschulung

<p>LENGENFELD unterm Stein</p>  <p>Telefon: 036027 / 75 570 Telefax: 036027 / 75 459 Homepage:</p> <p>Email: u.franke@kh-lengelfeld.de</p>	<p>Name der Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fachklinik für Geriatrie am St. Elisabeth Krankenhaus Lengelfeld unterm Stein <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Katholische Hospitalvereinigung Thüringen gGmbH <p>Chefarzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dr.med. Ulrich Franke <p>Facharzttitle:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Allgemeinmedizin <p>Zusatzweiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klinische Geriatrie ➤ Palliativmedizin <p>Weiterbildungsermächtigung für</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin ➤ Allgemeinmedizin ➤ Geriatrie
 	<p>Abteilungsgröße:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anzahl stationäre Betten 75 Betten ➤ Anzahl Tagesklinikplätze 10 Plätze <p>Zertifizierung nach</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ KTQ ➤ proCumCert ➤ Geriatrie Siegel Bundesverband Geriatrie <p>Besonderheiten der Fachabteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Angebot von geriatricspezifischen CME-Fortbildungen ➤ Teilnahme an ZERCUR

Spezialstationen für Demenzpatienten in der Geriatrie

Klaus Weil,
Wiesbaden - Bad Schwalbach

Die steigende Lebenserwartung im Kontext der vielzitierten demographischen Veränderungen führt analog zu einer steigenden Zahl dementiell betroffener Krankenhauspatienten. Dies macht veränderte Strukturen und organisatorische Abläufe im Krankenhaus erforderlich.

Aufgrund ihrer spezifischen hochaltrigen Klientel finden sich insbesondere in geriatrischen Fachabteilungen und Kliniken zunehmend dementiell betroffene Patienten. Die Prävalenz dementieller Syndrome steigt mit zunehmendem Lebensalter stark an, so daß im Segment der über-90-jährigen fast jeder zweite Patient von einer dementiellen Erkrankung betroffen ist. Viele ältere, dementiell betroffene Patienten sind durch eine stationäre Krankenhausbehandlung von einem weiteren Ressourcenverlust bedroht.

Im Krankenhausbereich werden je nach Größe, Struktur und fachlicher Ausrichtung des jeweiligen Hauses unterschiedliche Versorgungsansätze dementieller Patienten gewählt. Im Bereich geriatrischer Fachabteilungen und Kliniken zeichnet sich in den letzten Jahren ein zunehmender Trend ab, den besonderen Bedürfnissen dieser Patienten durch spezielle segregierte, geschützte Bereiche gerecht zu werden. In den letzten 3-4 Jahren wurde bundesweit eine zweistellige Zahl entsprechender Spezialstationen im Bereich Geriatrie eröffnet. Diese Stationen zeichnen sich durch umfassende Behandlungskonzepte aus, die im Wesentlichen neben der Identifizierung und Auswahl geeigneter Patienten umfangreiche Schulungs- und Qualifizierungsmaßnahmen der Mitarbeiter sowie architektonische Veränderungen umfassen. Man greift hier u.a. auf positive Erfahrungen mit einer speziellen architektonischen Gestaltung zurück, die in Einrichtungen der Altenhilfe gemacht wurden. In unterschiedlichen Publikationen werden einer-

seits eine positive Beeinflussung von Verhaltensstörungen beschrieben und andererseits Verbesserungen von Gesamtbefindlichkeit, nicht-kognitiven Symptomen und Lebensqualität.

Neben einer Verbesserung der Behandlungsqualität intendieren diese Spezialbereiche für Demenzpatienten durch ihren segregativen Ansatz eine Entlastung der Mitarbeiter auf anderen Stationen. Des Weiteren wird eine Reduktion des Psychopharmakaverbrauches beschrieben sowie eine Vermeidung freiheitsentziehender Maßnahmen, so daß häufig ein weiterer Ressourcenverlust vermieden werden kann. Die Abschirmung zur Aussenwelt erfolgt meist über weiche Sicherungssysteme wie optische Barrieren oder Sensoren. In der Regel befinden sich diese Spezialstationen in einem separaten, ruhigen geschützten Bereich des jeweiligen Krankenhauses, der vom Restkrankenhaus abgegrenzt ist.

Bereits 1990 eröffnete das Elisabeth-Krankenhaus in Essen erstmalig eine Station

mit einem spezifischen Ansatz zur Versorgung dementer Patienten, weitere Stationen folgten ab 2001. Teilweise sind diese Spezialbereiche in Zentren für Ältere integriert bzw. befinden sich im Schnittstellenbereich Geriatrie / Gerontopsychiatrie.

Hinsichtlich der Namensgebung findet sich eine breite Varianz, die sowohl Akronyme wie z.B. „GISAD“ in Heidelberg, Eigennamen von Förderern wie z.B. „Silvia“ in Köln als auch numerische Bezeichnungen wie z.B. „Ü76“ in Neumünster oder Abkürzungen wie z.B. „ID 23“ in Hamburg umfasst. Im eigenen Haus wurde die Bezeichnung „Geriatrie Spezial“ gewählt.

Die Grösse entsprechender Stationen schwankt zwischen 5 und 31 Betten. Die Mehrzahl dieser Stationen bietet im Bedarfsfall „Rooming-in“-Kapazitäten. Es handelt sich in der Regel um „offene“ Stationsbereiche, die auf freiheitsentziehende Maßnahmen verzichten und eher auf „weiche“ Sicherungssysteme zurück greifen.

Hier kommen optische Barrieren, kaschierte Türen sowie Sensormatten bzw. mit Sensoren bestückte Eingangstüren zum Einsatz, nur wenige Stationen verfügen über einen Rundlauf bzw. geschützte Aussenbereiche, die dem Bewegungsdrang der betroffenen Patienten entgegen kommen. Trotz beschriebener positiver Effekte einer hohen Beleuchtungsstärke bei dementiellen Erkrankungen verfügt die Mehrzahl der Stationen über kein spezielles Lichtkonzept.

Bezüglich der innenarchitektonischen Gestaltung verfügen die meisten Stationen über spezielle Aufenthaltsbereiche-/räume mit einer privatwohnungsartigen Möblierung, regelhaft wird ein dezentraler Therapieraum auf der Stationsebene zur Vermeidung kontraproduktiver Ortswechsel vorgehalten.

Neben den klassischen Angeboten des geriatrischen Teams werden häufig komplementär ergänzende Therapieformen wie z. B. Musik- / oder Kunsttherapie angeboten, des Weiteren sind vielfach Ehrenamtliche

sowie tagesstrukturierende Angebote in das Behandlungskonzept integriert. Konzeptionelle Schwerpunkte liegen im Bereich einer vermehrt biographisch ausgerichteten Behandlung, der Einbeziehung vertrauter Gegenstände sowie einer möglichst dezentralen therapeutischen Versorgung.

Ortswechsel sollten auf ein Minimum beschränkt bleiben, der Einsatz apparativer Diagnostik wird gezielt hinterfragt und bewusst reduziert.

Die Auswahl der Patienten erfolgt durch Direkteinweisung-/ aufnahme, interne Verlegung oder nach geriatrischer Konsiliarleistung. Aufnahmeindikationen stellen akute Erkrankungen bei vorbestehender dementieller Erkrankung dar, die einer stationären Krankenhausbehandlung bedürfen. In der Regel werden kognitiv eingeschränkte Patienten mit erheblichen Verhaltensstörungen und-/oder starker psychomotorischer Unruhe in diesen segregierten Bereichen versorgt. Die durchschnittliche Verweildauer schwankt erheblich und beträgt nach einer im letzten

Jahr publizierten Übersichtsarbeit 17,2 Tage, die Quote der geriatrischen, multimodalen Komplexbehandlung weist ebenfalls eine breite Varianz auf. Neben den basalen geriatrischen Assessmentparametern aus den Bereichen Selbsthilfe-situation, Mobilität, emotionale Befindlichkeit und Kognition werden vielfach weitere Assessments u.a. zur Erfassung einer bestehenden Schmerzsymptomatik, des Decubitusrisikos oder bestehender Verhaltensstörungen durchgeführt.

Die Auswahl der Mitarbeiter, die durch interne wie externe Weiterbildungsmaßnahmen qualifiziert werden, erfolgt in der Regel auf freiwilliger Basis.

Der Umgang mit dementiell betroffenen Patienten wird durch theoretische wie praktische Bedside-teachings häufig gezielt trainiert, zudem besteht meist die Möglichkeit einer neuropsychologischen Krisenintervention. Es erfolgt in der Regel eine prioritäre Zuordnung der therapeutischen Mitarbeiter, häufiger Personalwechsel wird organisatorisch ver-

mieden, um eine möglichst hohe personelle Kontinuität zu gewährleisten. Interne oder externe Supervisionen sind regelhaft in das Behandlungskonzept integriert.

Patienten mit Demenzdiagnose weisen im Krankenhaus vielfach einen schlechteren Funktions-, Selbsthilfe- und Ernährungsstatus auf, eine Demenz ist zudem ein unabhängiger Mortalitäts- und Prognosefaktor bei älteren Patienten mit anderen altersassoziierten Erkrankungen.

Im Bereich der Altenhilfe wurden positive Erfahrungen mit einer speziellen architektonischen Gestaltungen für Menschen mit Demenzerkrankungen gemacht. Insofern scheint die Errichtung spezieller Stationen für akut krankenhausbehandlungsbedürftige Patienten mit Demenzerkrankung eine logische Konsequenz zu sein.

Inwieweit positive Erfahrungen einzelner Häuser im Sinne eines Rückgangs von Verhaltensstörungen, einer Verbesserung der

Mobilität, einer Reduktion von Verweildauer und Verlegungsquote, einer geringeren Komplikations- und Institutionalisierungsquote, eines Rückgangs des Psychopharmakaverbrauchs oder auch einer resultierenden Entlastung anderer Patienten und Mitarbeiter durch den gewählten segregativen Ansatz im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie belegbar sind, müsste durch eine bundeslandübergreifende, geriatri-

sche Multicenterstudie überprüft werden.

(Literatur beim Autor)
Dr. med. Klaus Weil
Otto-Fricke-Krankenhaus
Paulinenberg GmbH
Zentrum für Geriatrie und
Orthopädie
Wiesbaden – Bad Schwalbach

MITTEILUNGEN

Hausärztekurs Geriatric in Jena erfolgreich gestartet

Im Bewusstsein für eine dringend erforderliche „Geriatrisierung“ der ambulanten Medizin wurde auf Anregung der Thüringer Landesärztekammer ein Kurs für 25 Hausärztinnen und Hausärzte aus der Taufe gehoben.

Vom 16.11. bis 19.11.2011 fand in Jena Teil 1 des curricularen 60-Stunden-Kurses „Hausärztliche Geriatric“ zur Erlangung der ankündigungsfähigen Qualifikation statt.

Themen waren u.a. Besonderheiten des gebrechlichen hochbetagten Patienten, das geriatric Assessment, geriatric

Syndrome wie z.B. Stürze Schwindel, Sarkopenie und Frailty.

Weiterhin wurden Aspekte der Pharmakotherapie im hohen Lebensalter, Strategien zur Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen aus Pflegeheimen dargestellt sowie praktische Übungen zur Hilfsmittelversorgung unter Simulation alterstypischer Einschränkungen und Behinderungen („instant ageing“) angeboten.

Teil 2 des Kurses findet statt vom 22. bis 25.2.2012. Der Kurs ist ausgebucht, es existiert eine Warteliste.

Weitere Informationen über
Dr. Joachim Zeeh, Meiningen

TERMINE

- 10. Dezember 2011
Tag der offenen Tür und Eröffnung des neuen ambulanten Therapiezentrums
AGAPLESION Elisabethenstift Darmstadt
PD Dr. med. Mathias H.-D Pfisterer

- 28. Februar 2012
„Cortison – Fluch oder Segen?“
Abteilung für Geriatrie des Herz-Jesu-Krankenhauses Fulda
Dr. W. Behringer

- 16. März 2012, 14.30 Uhr
AG Medizin des Landesverbandes Geriatrie Hessen-Thüringen
Herz Jesu Krankenhaus, Fulda

- 12. Mai 2012
Hessisch-Thüringischer Geriatrietag
Klinik für Geriatrie des Universitätsklinikums Jena
Dr. A. Kwetkat

- **ZERCUR 2012 Südhessen**
zertifiziertes Curriculum Geriatrie
Beginn 17.08.2012
Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden in Kooperation mit
Gesundheits- und Pflegezentrum Rüsselsheim; Kliniken des Main-Taunus Kreises;
Asklepios Klinik Seligenstadt und weiteren Kliniken.
Nähere Informationen: Tel. 0611- 53 166 834; Email: cathrin@otto-seminare.de

Impressum:

Auflage: 2.500 Exemplare

Landesverband Geriatrie Hessen und Thüringen des Bundesverbandes Geriatrie e.V.

V.i.S.i.P: Dr. Walter Behringer, Fulda; Dr. Wolfgang Knauf, Wiesbaden