

GERIATRIE aktuell

aus dem Landesverband Hessen - Thüringen

Ausgabe 8 - Dezember 2012

Herausgeber:

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

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



In eigener Sache:

Vor Ihnen liegt der vierte Geriatrie Newsletter des zu Ende gehenden Jahres.

Der Vorstand des Landesverbandes Geriatrie Hessen/Thüringen freut sich, dass wir Ihnen nun seit zwei Jahren kontinuierlich interessante Aspekte aus dem Gebiet der Alter(n)smedizin darstellen können und möchten uns an dieser Stelle bei allen Autoren für ihre Zuarbeit bedanken.

Auch für das Neue Jahr haben sich wieder Autorengruppen gebildet, so dass unsere Informationsbroschüre weiter geführt werden kann und wir Sie auf dem Laufenden halten können.

In der vorliegenden Ausgabe werden Grenzerfahrungen – teils sehr persönlich – beschrieben, die zum Nachdenken anregen – vielleicht eine geeignete Lektüre in der vorweihnachtlichen Zeit.

Wir wünschen Ihnen und Ihren Angehörigen ein friedvolles Weihnachtsfest und alles Gute für 2013.

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





Das **19. Wiesbadener Geriatrie Kolloquium** der Asklepios Paulinen Klinik fokussierte in diesem Jahr thematisch Notfälle im Alter. Dabei sollte nicht nur derjenige Fall gemeint sein, der mit Sirene und Blaulicht in das Krankenhaus kommt.

Als Veranstalter ging es mir insbesondere darum, den im Mittelpunkt der gemeinsamen Bemühungen stehenden **homo patiens** immer wieder ins Bewußtsein zu holen:

Für den leidenden Mitmenschen, der zu uns kommt und sich von unserer Behandlung Hilfe, Wiederherstellung vielleicht sogar Heilung verspricht, stellt gerade ein Krankenhausaufenthalt im hohen Alter im individuellen „Er-Leben“ oftmals einen besonderen Einschnitt dar, der verständlicherweise nicht selten auch mit Nöten verbunden ist. Die Zuhörer unseres diesjährigen

Kolloquiums wurden auf diese Erfahrungsebene durch eine ehemalige Patienten der geriatrischen Abteilung eingestimmt, mit dem sie durch ganz persönliche Erfahrungen gefesselt wurden.

Auch nach dem Kolloquium wurde ich auf diesen gelungenen Kolloquiumsauftritt so oft angesprochen, dass es nahe lag, das Manuskript in diesem Newsletter zu veröffentlichen, wofür ich Frau Dr. I. Löwenthal sehr dankbar bin.

Dr. W. Knauf, Wiesbaden

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-Colitis (Typ O27). Und dazu kam dann schließlich durch planlosen

Flüssigkeitsersatz auch noch 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

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 Erkrankungen - und Abnutzungserscheinungen des Alters spielen meist eine besondere Rolle.

Dennoch bleibt festzuhalten:

Alter an sich ist keine Krankheit. Es ist ein Lebensabschnitt, der von Erfah-

ungen und manchen Lebensumständen geprägt wurde und in dem durch körperlichen Verschleiß gewisse Einschränkungen im Laufe des Lebens hingenommen werden müssen.

Mir hat übrigens während der Behandlung in der Geriatrischen Klinik das Angebot der psychologischen Betreuung und die Möglichkeit zur Selbsthilfe mit Autogenem Training, Atementspannung und auch die körperliche Mobilisierung geholfen, zu versuchen, aktiv das Tief zu überwinden. Vielleicht ist die Unterstützung hierdurch sogar ein wichtiger Versuch, nach einem geriatrischen 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 post-traumatischen Überlegungen schließen allerdings nicht aus, dass sich auch allgemeine Feststellungen zur Altersentwicklung aufrängen. Das Bundesministerium des Inneren hat 2011 über die demografische 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 unter anderem 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 internistischen Stationen erfahren können und bin dankbar dafür.

Und nun noch zum Schluss ein Wort von Pablo Casal, 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.

Geriatrien in Hessen und Thüringen stellen sich vor: (Fortsetzung 8)

| | |
|---|---|
| <p>MARBURG</p>  <p>Telefon: 06421 / 808113 Telefax: 06421 / 808504 Homepage:</p> <p>Email: dr.w.gleichmann@dkh-wehrda.de</p> | <p>Name der Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Geriatrische Fachabteilung am Diakoniekrankenhaus Marburg <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Deutscher Gemeinschaftsdiakonieverband <p>Chefarzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dr.med. Walter Gleichmann <p>Facharzttitel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin <p>Zusatzweiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Kardiologie ➤ Geriatrie ➤ Osteologie <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 40 Betten ➤ Anzahl Tagesklinikplätze 0 Plätze <p>Zertifizierung nach</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ KTQ <p>Besonderheiten der Fachabteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Angebot von geriatricspezifischen CME-Fortbildungen ➤ Teilnahme an ZERCUR ➤ Mobiles ambulantes geriatrisches Team |

| | |
|---|---|
| <p>RÜSSELSHEIM</p>  <p>Telefon: 06142 / 881857 Telefax: 06142 / 881440 Homepage: www.gp-ruesselsheim.de Email: haas@gp-ruesselsheim.de</p> | <p>Name der Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Geriatrische Klinik am GPR-Klinikum <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ GPR-Gesundheits- und Pflegezentrum Rüsselsheim gemeinnützige GmbH <p>Chefarzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dr. med. Stefan Haas <p>Facharzttitel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin ➤ Physikalische Therapie und Rehabilitation <p>Zusatzweiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klinische Geriatrie <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 40 Betten ➤ Anzahl Tagesklinikplätze 0 Plätze <p>Zertifizierung nach</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ KTQ <p>Besonderheiten der Fachabteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Mainz |

| | |
|--|--|
| <p>SCHLÜCHTERN</p>  <p>Telefon: 06661 / 812290 Telefax: 06661 / 812425 Homepage: www.mkkliniken.de Email: geriatrie@mail.mkkliniken.de</p> | <p>Name der Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klinik für Geriatrie - Krankenhaus Schlüchtern - Main-Kinzig-Kliniken gGmbH <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Main-Kinzig-Kreis <p>Chefarzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dr. med. Alexander Große <p>Facharzttitel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin <p>Zusatzweiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klinische Geriatrie ➤ Physikalische Therapie ➤ Diabetologie <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 40 Betten ➤ Anzahl Tagesklinikplätze 0 Plätze <p>Zertifizierung nach</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ KTQ ➤ Geriatrie Siegel Bundesverband Geriatrie <p>Besonderheiten der Fachabteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Angebot von geriatricspezifischen CME-Fortbildungen ➤ Teilnahme an ZERCUR ➤ Strukturierte geriatrische Diabetikerschulung ➤ Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Frankfurt ➤ Lehrauftrag des Chefarztes an der Universität Frankfurt |

Palliativmedizin und Geriatrie – Konkurrenz oder Ergänzung?

M. Schunck, Groß-Umstadt;
J. Zeeh, Meiningen

Als medizinische Fachrichtung ist die Palliativmedizin noch relativ jung – 1983 wurde in Köln auf Initiative der deutschen Krebshilfe die erste Krankenhausabteilung für Palliativmedizin gegründet. Der Begriff Palliativmedizin geht zurück auf das lateinische „pallium“ = Mantel und meint, „den Schwerkranken in einen „Mantel“ zu hüllen, der ihn schützt und Symptome, wie z.B. Schmerz, Angst oder Unruhe lindert. Ein Therapieansatz also, der als oberstes Ziel nicht die Verlängerung des Lebens hat, sondern versucht, unter den gegebenen Umständen ein Optimum an Lebensqualität herzustellen. So oder so ähnlich könnte man auch Geriatrie definieren. Beide Fachgebiete bedienen sich des Teamansatzes, weil die medizinischen, psychologischen, sozialen und seelsorgerischen Behandlungsnotwendigkeiten zwingend ein spezialisiertes und multiprofessionelles Behandlungs-

team erfordern. „Was der Sterbende (*und synonym auch der gebrechliche Hochbetagte*. *Anm. des Verfassers*) mehr als alles braucht, ist, dass wir Verständnis und Respekt für seine Person aufbringen. Vielleicht sollten wir mit den Todkranken (*und gebrechlichen Hochbetagten*. *Anm. des Verfassers*) weniger über Tod und Traurigkeit reden und stattdessen viel mehr tun, damit sie an das Leben erinnert werden“, so Stein Husebø, ein Pionier der Palliativmedizin aus Norwegen.

Oder in anderen Worten:

Es liegt an denen, die bleiben, den Gehenden Würde zu verleihen. (Anonymus).

Das Fachgebiet der Geriatrie hat ältere Wurzeln. Bereits 1909 hat der österreichische, in New York praktizierende Mediziner Ignaz Nascher den Begriff der Geriatrie geprägt. Aus seiner Sicht bedarf es beim älteren Menschen in seiner speziellen Lebenssituation mit besonderen alterstypischen Risiken und Symptomen eines der

Komplexität der Behandlungssituation älterer Menschen angepassten Behandlungsansatzes, ähnlich der des Pädiaters für die Patientengruppe der Kinder. Die von ihm geprägten Behandlungsgrundsätze gewinnen heute eher an Bedeutung. Die erste eigenständige deutsche geriatrische Einrichtung als „Spezialklinik für chronische Krankheiten und Altersleiden“ entstand bereits 1967 mit dem Evangelischen Krankenhaus Gesundbrunnen in Hofgeismar, 11 Jahre später die erste geriatrische Tagesklinik in Frankfurt-Höchst.

Laut WHO-Definition ist die Geriatrie der Zweig der Medizin, der sich mit der Gesundheit im Alter sowie mit den präventiven, klinischen, rehabilitativen und sozialen Aspekten von Krankheiten beim Älteren beschäftigt. Der geriatrische Patient ist gekennzeichnet durch vorrangig geriatrietypische Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) und

ein höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre und älter). Meist besteht eine erhöhte Vulnerabilität durch das Auftreten von Komplikationen und Folgeerkrankungen, der Gefahr der Chronifizierung und damit verbunden das erhöhte Risiko eines Verlustes der Autonomie und Verschlechterung des Selbsthilfestatus, insbesondere bei hochaltrigen Patienten (80+) (adaptierte Definition der gemeinsamen Arbeitsgruppe der DGG/DGGG/BV-Geriatrie). Auch die Geriatrie verfolgt über die Organmedizin hinaus einen ganzheitlichen Ansatz in einem multiprofessionellen therapeutischen Team. Neben der Komplexität der medizinischen Diagnostik und Therapie im Alter muss auch die gesamte gesundheitliche und soziale Situation multidimensional erfasst werden. Das Ziel ist eine Verbesserung des funktionellen Status, der Selbständigkeit und der Lebensqualität unter Einbeziehung der Ange-

hörigen und Adaption des sozialen Netzes. Dies lässt sich durch das Nebeneinander von akutmedizinischem Ansatz und (Früh-) Rehabilitation erreichen, so dass den meisten Patienten wieder ein selbstbestimmtes Leben im häuslichen Bereich ermöglicht wird.

Viele Problemstellungen und Herangehensweisen stimmen in beiden Fachgebieten also überein oder überlappen sich teilweise, auch die Tatsache, dass mit dem Zunehmen von Gebrechlichkeit, mit dem Verlust von Fähigkeiten und der zunehmenden Todesnähe spirituelle Fragen sowohl bei Patienten und Angehörigen, als auch im geriatrischen Team eine wichtige Rolle spielen.

Was versteht man unter Spiritualität?

Jeder versteht darunter etwas anderes, es ist eine Art Oberbegriff, der geistige Werte umfasst und übermaterielle, nicht vernunftmäßig zu erfassende Über-

zeugungen berücksichtigt und den Geist meint, der als Grundmelodie in den Lebensäußerungen eines Menschen schwingt und aus dem heraus Menschen ihr Leben sehen und ihr Leiden und Sterben zu bewältigen suchen. Es spielen der Glaube eine wichtige Rolle, Religion, der Sinn des Lebens und der Krankheit sowie Rituale, die das Unfassbare erfassbarer machen oder zumindest den Umgang damit erleichtern sollen. Spiritualität also könnte man sich vorstellen als einen Container, der alles an Verbundenheitsgefühlen, Lebenshaltung, Erhabenheit, Religion und Transzendenz aufnimmt und damit einen für das einzelne Individuum stimmigen (nicht jedoch allgemein verbindlichen!) Sinnzusammenhang darstellt, der Halt gibt, Orientierung und Hoffnung an ein Höheres, das einen inspiriert und zu der Gewissheit trägt „ich bin mehr als ein abgemagerter, von Schlaganfall, Unterernährung oder Chemo-

therapie gezeichneter Mensch im Flügelhemd“.

Palliativmedizin im Alter

Noch nie kamen in Deutschland so wenige Kinder zur Welt – 2010 standen 665.000 Neugeborenen etwa 855.000 Verstorbene gegenüber. Dieser Saldo ist schon seit 1972 negativ. Deutschland schrumpft und altert – was zwar per se nicht negativ sein muss, was aber Konsequenzen hat für die in den nächsten 20 bis 30 Jahren erforderlichen Strukturen unseres Gesundheitssystems. Neben Tumorleiden werden typische Alterskrankheiten (s. Tabelle 1) dann eine viel größere Bedeutung gewinnen als dies heute schon der Fall ist. Eine zukunftsfähige medizinische Versorgung muss alte Menschen also dort auffangen, wo Krankheit und Selbstständigkeitsverlust in einander überzugehen drohen. Es genügt nicht, die Senioren mit Herzschritt-

machern, Herzklappen, künstlichen Gelenken und anderen Errungenschaften der Hochtechnologie-Medizin auszustatten – und dann aber die Segel zu streichen, wenn drei Wochen Bettruhe den alten Menschen immobil gemacht haben oder postoperativ ein Verwirrheitszustand aufgetreten ist, der nun Autonomie und Selbstversorgungsfähigkeit bedroht. Nach ihren Vorstellungen zu einem würdigen Lebensende befragt, äußern die meisten, dass sie frei von belastenden Symptomen (Schmerzen, Atemnot, Angst) und bis zuletzt zu Hause sein wollen. Das Verschontwerden vor heroischen medizinischen Interventionen (z.B. vor einer Magensonde bei demenzbedingter Schluckstörung oder der Einweisung auf eine Intensivstation bei einer weit fortgeschrittenen Erkrankung) stellt darüber hinaus für viele ältere Menschen das dar, was die sich unter einem würdigen Sterben vorstellen. „Vor dem Tod habe ich keine Angst, aber vor dem Sterben“

– so hört man es oft, wenn man mit hoch betagten Menschen über ihre Zukunft spricht. Ein Viertel von uns stirbt einst an einem Tumorleiden, ein weiteres Viertel an Organversagen (z.B. Herzinsuffizienz, Schlaganfall), etwa vierzig Prozent sterben an Gebrechlichkeit, zu der häufig auch nachlassende geistige Fähigkeiten bis hin zur Demenz zählen und nur etwa 10% sterben den von allen so erwünschten plötzlichen Tod aus dem vollen Leben heraus.

Palliativmedizin befasst sich traditionell mit Tumorpatienten und deren medizinischer Versorgung, wird sich in Zukunft aber vermehrt auch mit Alterskrankheiten wie Schlaganfall, Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz und vor allem Demenz auseinandersetzen müssen. Diese Kranken haben in den letzten Lebensmonaten einen oft sehr hohen Leidensdruck. Eine unlängst publizierte Untersuchung an fortgeschritten Demenzkranken

zeigte, dass ca. 50% von ihnen innerhalb der nächsten sechs Monate versterben und dies häufig unter belastenden Symptomen wie Atemnot, Schmerzen und Unruhe. Obwohl eine Demenzerkrankung im fortgeschrittenen Stadium (erkennen von Angehörigen nicht mehr gewährleistet, Schluckstörungen beim Essen) letztlich „tödlicher als Krebs“ ist und die letzten Monate eines Demenzkranken häufig unter einem hohen Leidensdruck stehen (Atemnot, Schmerzen, starke Unruhe), werden Demenzkranke signifikant seltener palliativmedizinisch behandelt als vergleichbar leidende Krebspatienten. Die Palliativmedizin der Zukunft muss sich also auf die demografischen Veränderungen und damit vermehrt auf die Versorgung von Patienten mit Demenz, schwerem Schlaganfall, Herzinsuffizienz und anderen Alterserkrankungen einstellen und sollte sich dazu mit der Altersmedizin partnerschaftlich verbünden.

Tabelle 1: Typische Alterskrankheiten und Folgezustände

- Herzinsuffizienz
 - Schlaganfall
 - Demenz
 - Arthrose
 - Osteoporose und Knochenbrüche
- Mangelernährung, Fehlernährung und Sarkopenie (Muskelschwund)
- Flüssigkeitsmangel durch Verlust des Durstgefühls und unzureichende Flüssigkeitszufuhr
- Diabetes mit Schädigung von Augen, Nieren und Arterien
 - Parkinson-Syndrom
 - Nebenwirkungen von Medikamenten



Immobilität, Stürze, Verwirrtheit, Inkontinenz



**Verlust von Autonomie und Alltagsselbständigkeit
Pflegebedürftigkeit
Notwendigkeit, in ein Pflegeheim zu übersiedeln**

Verfasser: Dr. Joachim Zeeh, Facharzt für Innere Medizin; Klinische Geriatrie / Palliativmedizin, Geriatriische Fachklinik Georgenhaus, Meiningen

Mitverfasser: Dr. Martin Schunck, Facharzt für Innere Medizin; Klinische Geriatrie / Palliativmedizin / Spezielle Schmerztherapie, Klinik für Geriatrie der Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg / Kreisklinik Groß-Umstadt

MITTEILUNGEN – TERMINE

- **ZERCUR 2013 Südhessen**
 zertifiziertes Curriculum Geriatrie
Beginn 25.1.2013
 Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden in Kooperation mit
 Gesundheits-und Pflegezentrum Rüsselsheim; Kliniken des Main-Taunus Kreises;
 Informationen: Tel. 0611- 53 166 834; Email: cathrin@otto-seminare.de

- **ZERCUR 2013**
 zertifiziertes Curriculum Geriatrie
Beginn: 4.3.2013
 St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau,
 Martin-Luther-Stiftung Hanau
 Informationen: Tel.: 06181-272206; Email: ibf@vinzenz-hanau.de

- **ZERCUR 2013 Nordhessen**
 zertifiziertes Curriculum Geriatrie
Beginn 15./16.3.2013
 Diakonie-Kliniken Kassel
 Christl. Bildungsinstitut für Gesundheitsberufe
 DRK-Klinik Kaufungen; Vituos Kurhessen;
 Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen Hofgeismar
 Informationen: Tel. 0561/316760; Email: sekretariat cbg-net.de

- **13. Hessisch-Thüringischer Geriatrietag – 25. Mai 2013**
 Hofgeismar, Festhalle des Ev. Altenhilfe Gesundbrunnen e. V.

Impressum:

Auflage: 2.000 Exemplare

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