

Geriatriekonzept Brandenburg



Arbeitsgemeinschaft der Chefärzte des
Landesverbandes Geriatrie Brandenburg
in Kooperation mit der
Geriatrischen Akademie Brandenburg e. V.

2. Auflage 05/2012

Medizin und demographische Entwicklung

Die Bevölkerungsstruktur in Deutschland ist einem tief greifenden Wandel unterworfen und wird auch im Bundesland Brandenburg das Gesundheits- und Sozialgefüge nachhaltig beeinflussen. Während die Anzahl jüngerer Menschen abnimmt, ist nach den letzten Prognosen in Brandenburg mit einem Anstieg der Zahl der älteren Menschen über 65 Jahre von heute (2010) von 563.000 über 652.000 im Jahr 2020 bis auf 795.000 im Jahr 2030 zu rechnen. Besonders hoch wird der Zuwachs der ältesten Bevölkerungsgruppen erwartet. Für die medizinische Versorgung resultieren hieraus einschneidende Veränderungen, aber auf die komplexen Probleme multimorbider Patienten ist unsere stark spezialisierte Medizin (z.B. Kardiologie, Neurologie, Orthopädie) nur unzureichend vorbereitet.

Angesichts dieser Problematik bietet die moderne Geriatrie eine Reihe von Lösungsansätzen, die sowohl zur Verbesserung der medizinischen Versorgung älterer Patienten als auch zur Wirtschaftlichkeit des Systems beitragen. Gefragt ist allerdings statt einer medizinischen Fokussierung auf einzelne Krankheiten („Organzentrierter Ansatz“) ein umfassendes Gesundheitsmanagement, das Problemlösungen mit der Aussicht auf Stabilität für möglichst lange Zeit verspricht. Wenn es gelingt, den älteren Menschen trotz chronischer Krankheiten ein weitgehend selbständiges Leben in ihrer häuslichen Umgebung zu ermöglichen, steigert dies ihre Lebensqualität und führt gleichzeitig zu erheblichen Kosteneinsparungen. Das solche Effekte auch in der breiten Versorgung erreichbar sind, konnte in wissenschaftlichen Untersuchungen wie zum Beispiel der Schleswig-Holstein-Studie eindrucksvoll nachgewiesen werden. In einem vernetzten geriatrischen System wurde gegenüber der konventionellen Versorgung für die entsprechenden Patienten neben einer deutlichen Verbesserung der Selbständigkeit und Lebensqualität eine Kosteneinsparung von 12% erzielt.

Zudem können durch individuelle patientenzentrierte Entscheidungen neben Unter- auch Überversorgungen vermieden werden. Prinzipiell muss für ältere und sehr alte Menschen die ganze Breite der modernen Heilkunst (hochtechnisierte Medizin bis zur Palliativmedizin) zur Verfügung stehen. Die individuelle Art ihrer Anwendung und ihr Umfang sollten jedoch immer in einem gemeinsamen Behandlungsziel mit Patienten und Angehörigen festgelegt werden.

Diese „Medizin mit Fingerspitzengefühl“ erfordert neben einer fundierten geriatrischen Ausbildung viel Erfahrung, Einfühlungsvermögen und einen von Vertrauen getragenen Dialog mit dem Patienten.

Geriatric in Brandenburg

Das Land Brandenburg hat schon in den frühen 90iger Jahren die Bedeutung der Geriatrie für die klinische Gesundheitsversorgung erkannt und Voraussetzungen für die flächendeckende Versorgung älterer Menschen geschaffen. Gab es im Jahr 2001 nur 11 geriatrische Kliniken, existieren im Jahr 2011 nunmehr 16 geriatrischen Kliniken bzw. Abteilungen, die in enger Kommunikation untereinander sowie mit Kostenträgern und der Landesregierung stehen. Sie arbeiten nach vergleichbaren Konzepten auf der Grundlage der Empfehlungen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Damit ist die vollstationäre Versorgung im Land Brandenburg flächendeckend gewährleistet.

Dies steht in Übereinstimmung mit dem KH-Bettenplan des Landes Brandenburg, dem auch die Kostenträger ohne Abschläge zustimmen. Bei evtl. erforderlicher Kapazitätserweiterung erfolgt eine Abstimmung zwischen Ministerium, Krankenkassen und bereits etablierten Geriatrien.

Mit einer Ausnahme, der Geriatrischen Abteilung im Krankenhaus Lehnin, die nach § 111 SGB V betrieben wird, arbeiten alle geriatrischen Kliniken bzw. Abteilungen nach § 109 SGB V. Sie sind im Krankenhausplan des Landes Brandenburg integriert und werden in den regelmäßigen Planungen des Ministeriums berücksichtigt.

Geriatrische Einrichtung	Betten vollstationär	Tagesklinik- Plätze
Klinikum Niederlausitz GmbH 01968 Senftenberg	50	12
Asklepios Klinikum Uckermark 16303 Schwedt	40	8
Evangelisches Zentrum für Altersmedizin 14469 Potsdam	100	20
St. Marienkrankenhaus 14770 Brandenburg/Havel	90	15
Evangelisches Krankenhaus Lutherstift 15232 Frankfurt/Oder	72	10
Evangelisches Krankenhaus Woltersdorf 15569 Woltersdorf	126	20

Geriatrische Einrichtung	Betten vollstationär	Tagesklinik- Plätze
Städt. Krankenhaus Eisenhüttenstadt GmbH 15890 Eisenhüttenstadt	30	16
Ruppiner Kliniken GmbH 16816 Neuruppin	54	10
Luise-Henrietten-Stift Lehnin 14797 Lehnin	70	10
Oberhavelkliniken GmbH 16761 Hennigsdorf	44	10
Havellandkliniken GmbH 14712 Rathenow	20	0
Krankenhaus Forst GmbH 03149 Forst	58	10
Evangelisches Krankenhaus Luckau 15926 Luckau	29	0
Klinikum Barnim GmbH 16225 Eberswalde	38	16
KMG Klinikum Pritzwalk 16928 Pritzwalk	47	0
Carl-Thiem-Klinikum 03048 Cottbus	40	0

Die Bedeutung des Faches Geriatrie fand im Land Brandenburg besondere Anerkennung in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung in Form der bundesweit erstmaligen Einführung des Schwerpunktes „Geriatrie“ in der Inneren Medizin. Hierdurch besteht unter anderem die Verpflichtung, die geriatrische Medizin immer dem jeweils aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand anzupassen und dieses Wissen im Rahmen einer strukturierten Weiterbildung an die nachfolgenden Ärzte weiterzugeben.

Ziele dieses Konzeptes

- Darstellung der Prinzipien der geriatrischen Behandlung und aktueller Strukturelemente
- Entwicklung von Perspektiven für die Versorgung geriatrischer Patienten
- Vorschläge für die Organisation vernetzter geriatrischer Strukturen

Der geriatrische Patient

Der geriatrische Patient definiert sich nicht allein über das Lebensalter („kalendarisches Alter“), sondern über eine charakteristische Problemkonstellation bei einem gealterten Organismus („biologisches Alter“). Für die gemeinsame Grundlage geriatrischen Handelns in Deutschland haben die beiden wissenschaftlichen Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), sowie der Bundesverband Geriatrie folgende Definition erarbeitet:

Geriatrische Patienten sind definiert durch:

- Geriatrietypische Multimorbidität und
- höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre und älter)
die geriatrietypische Multimorbidität ist hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen;

oder durch

Alter 80+

- aufgrund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z.B. wegen
- des Auftretens von Komplikationen und Folgererkrankungen,
- der Gefahr der Chronifizierung sowie
des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus

Hieraus ergeben sich funktionsorientierte Handlungsansätze, die sich grundlegend von den Strategien organzentrierter Medizin unterscheiden.

Inhalte geriatrischer Versorgung

Der geriatrischen Medizin steht eine Reihe von Handlungsoptionen zur Verfügung, die an die individuellen Bedürfnisse des Patienten anzupassen sind.

Hierzu gehören:

- kurative Behandlungen,
- rehabilitative Maßnahmen,
- palliative Behandlungen,
- (sekundär-) präventive Maßnahmen,
- Maßnahmen zur Sicherung der weiteren Versorgung (Entlassungsmanagement mit Hilfsmittelversorgung, Wohnraumanpassung und sozial flankierenden Maßnahmen)

Für geriatrische Patienten ist es von größter Bedeutung, dass alle für sie notwendigen Maßnahmen gleichzeitig berücksichtigt und frühzeitig koordiniert werden. Die klassische zeitliche Trennung von kurativen, rehabilitativen und sozial flankierenden Maßnahmen wird den Bedürfnissen der geriatrischen Patienten nicht gerecht.

Grundprinzipien geriatrischen Handelns

Grundprinzip der Geriatrie ist die ganzheitliche Betrachtungsweise und Behandlung des Patienten mit all seinen Bedürfnissen.

Hierzu bedarf es:

1. Der Erhebung eines multidimensionalen geriatrischen Assessments und Entwicklung eines individuellen Behandlungsplanes
2. Einer interdisziplinären Teamarbeit mit regelmäßiger Überprüfung der Behandlungsziele und des -erfolges
3. Der Zusammenarbeit aller erforderlichen Versorgungsstrukturen der engen Einbindung der Angehörigen.

Allein wegen des Alters darf keinem Patienten eine bestimmte Behandlung vorenthalten werden. Jedem Mitarbeiter in der Geriatrie sollte jedoch bewusst sein, dass es auch Grenzen medizinischen Handelns gibt, die den gesamten Einsatz der modernen Medizin in der Geriatrie im Einzelfall nicht mehr sinnvoll erscheinen lassen. Daher beinhaltet geriatrische Medizin ebenfalls immer palliativmedizinische Aspekte und würdevollen Umgang mit dem Sterben.

Geriatrisches Assessment

Grundlage der medizinischen Versorgung des geriatrischen Patienten ist neben der exakten Erhebung der Krankheitsvorgeschichte eine ausführliche körperliche Untersuchung zur Evaluation aller bestehenden Krankheiten und körperlichen Einschränkungen.

Mit Hilfe des Assessment werden an hand standardisierter Testverfahren vorhandene bzw. verloren gegangene Fähigkeiten eingeschätzt. Es erfolgt die systematische Erfassung der medizinischen, funktionellen und psychosozialen Probleme und Ressourcen älterer Patienten.

Das "multidimensionale Geriatrische Assessment" umfasst folgende Punkte:

1) Selbsthilfefähigkeit

Zur Einschätzung der Selbsthilfefähigkeit hat sich international der Barthelindex bewährt. Er ist wissenschaftlich validiert, weist nur eine geringe Untersucher-Variabilität auf und eignet sich gut für Verlaufskontrollen. Zur Verbesserung der einheitlichen Einstufung der Patienten ist das Hamburger Manual¹ entwickelt worden.

Homepage Bundesverband:

[//www.bv-geriatrie.de/Dokumente/041109.Barthel.Expose.UeberarbBAG.Web.pdf](http://www.bv-geriatrie.de/Dokumente/041109.Barthel.Expose.UeberarbBAG.Web.pdf)

2) Psychischer Status

Hierbei ist besondere Aufmerksamkeit den Störungen der Orientierung, Merkfähigkeit und Emotion zu widmen. Als standardisierte Testverfahren stehen beispielsweise zur Verfügung:

- Mini-Mental-State Examination (MMSE)
- Uhrentest
- Geriatrische Depressionsskala
- DemTect

3) Mobilität und Sturzrisiko

Fehlende Mobilität begrenzt Alltagskompetenz und Lebensqualität. Defizite in der Mobilität sind genau zu beschreiben und durch Testverfahren (z. B. Timed Up and Go, TINETTI-Test) zu objektivieren.

4) Soziales Umfeld

Entscheidenden Einfluss auf die Lebenssituation haben Angehörige und andere Bezugspersonen. Sie sollten in alle Überlegungen mit einbezogen werden. Dabei geht es ebenso um Alltagsfragen, wie der Unterstützung des Patienten in seinen Lebensbereichen, wie auch um die Störung der sozialen Beziehungen durch die Krankheit. Sorgen und Nöte der Angehörigen sind als wesentlicher Anteil der Gesamtproblematik zu identifizieren.

Die Erhebung des Sozialstatus umfasst:

- die persönliche Lebenssituation
- das soziale Umfeld
- die Wohnverhältnisse
- die ökonomischen Verhältnisse
- die rechtlichen Verfügungen

Dieses dargestellte Basisassessment zu den Dimensionen Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Affekt und Sozialstatus wird bei allen Patienten routinemäßig in der Geriatrie erhoben. Optional können Dimensionen wie Schmerz, Ernährung, Sturz- und Dekubitusrisiko zusätzlich durch Assessmentverfahren erfasst werden. Bei Auffälligkeiten ergeben sich zusammen mit der Anamnese und dem klinischen Befund weitere diagnostische und wenn nötig, therapeutische Schritte. Hierzu stehen weitere apparative und Laboruntersuchungen zur Verfügung, die jedoch unter Berücksichtigung der individuellen Gesamtsituation und der erreichbaren Lebensqualität des Patienten in ihrem Umfang kritisch abgewogen werden müssen.

Das multiprofessionelle Team der Geriatrie

Angesichts der multidimensionalen Problematik sind die Aufgaben nur durch ein multiprofessionelles therapeutisches Team zu bewältigen. Dabei benötigt jede einzelne Berufsgruppe neben einer umfassenden Berufsausbildung zusätzliche geriatrische Kompetenz.

Der Personalschlüssel soll sich an den vom BV Geriatrie vorgegebenen Anhaltzahlen orientieren und diese nicht unterschreiten.

Zum Team gehören:

Ärzte

Aufgaben der Ärzte sind die medizinische Behandlung der Patienten und die Leitung des therapeutischen Teams als „primus inter pares“.

Der Geriater benötigt profunde Kenntnisse in den Bereichen Innere Medizin, Chirurgie, Neurologie, Psychiatrie sowie in Akut- und Notfallmedizin, Rehabilitation, Prävention und Palliativmedizin. Darüber hinaus erfordert die Altersmedizin besondere Kompetenz in den Bereichen der Angehörigenführung, der psychosozialen Versorgungssicherung und der Koordination der multiprofessionellen Teamarbeit.

Die Leitung einer geriatrischen Abteilung/Klinik ist nur mit dem Nachweis einer speziellen geriatrischen Qualifikation möglich. Als Nachweis dieser Qualifikation fungiert die Schwerpunktweiterbildung „Geriatrie“ für das Gebiet Innere Medizin, die Zusatzweiterbildung „Geriatrie“, die Facharztausbildung „Innere Medizin und Schwerpunkt Geriatrie“, Allgemeinmedizin und Geriatrie, Zusatzbezeichnung Geriatrie und die

Fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“. Wesentliche zusätzliche Aufgaben der ärztlichen Leitung im Bereich einer Geriatrie sind die Verantwortung für die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement sowie die strukturierte Durchführung von Fort- und Weiterbildungen.

Für die im ambulanten Bereich tätigen Ärzte wird ein geriatrisches Curriculum (120 Stunden-Basiskurs Geriatrie) zur Verbesserung der geriatrischen Kompetenz angeboten.

Physiotherapie (Krankengymnastik und Physikalische Therapie)

Wesentlicher Bestandteil der Lebensqualität älterer Menschen stellt die selbständige und sichere Mobilität dar. Sie ist eine entscheidende Voraussetzung für das Leben in der eigenen Häuslichkeit. Daher kommt der systematischen Mobilisierung der geriatrischen Patienten eine zentrale Bedeutung in der Behandlung zu. Transfers aus den verschiedenen Ausgangspositionen werden ebenso geübt wie das Gehen auf unterschiedlichen Böden, das Treppensteigen und der korrekte Umgang mit Hilfsmitteln. Des Weiteren werden Koordination, Gleichgewicht und Kraft im Rahmen des Sturzpräventionsprogrammes trainiert. Entgegen einer weit verbreiteten Meinung können selbst hochbetagte Menschen nach schweren Erkrankungen so unter kompetenter Anleitung durch speziell ausgebildete Therapeuten Mobilität zurückgewinnen und wieder in die Selbständigkeit geführt werden.

Neben der Unterweisung und Anleitung im Gebrauch der notwendigen Hilfsmittel ist die Einbeziehung der Angehörigen für den Erfolg der physiotherapeutischen Maßnahmen oft entscheidend. So müssen auch die Bezugspersonen, die die weitere Versorgung des geriatrischen Patienten später mit übernehmen, Tipps und Tricks erfahren im Umgang mit den verbleibenden Behinderungen, z. B. einer Hemiparese nach Schlaganfall. Gemeinsam mit den Angehörigen üben die Physiotherapeuten den richtigen Umgang mit den Hilfsmitteln, z. B. mit einem Rollstuhl oder mit einer Extremitäten-Prothese. Oftmals betrifft der Prozess der Hilfsmittelversorgung verschiedene Aktivitäten des täglichen Lebens, so dass auch die Ergotherapeuten und die Pflegekräfte involviert sind. Für die korrekte finanzielle Abwicklung ist häufig auch noch die Mitarbeit des Sozialdienstes erforderlich.

Die Physiotherapeuten verfügen immer über eine staatliche Anerkennung. Zusatzqualifikationen z.B. nach Bobath, Vojta, PNF, MT, Craniosacrale-Osteopathie, MLD, KPE, Redression, K-Tape, Atemtherapie und weitere neurologische Techniken zur Behandlung häufiger geriatrischer Krankheitsbilder sollten möglichst vorhanden sein oder gehören zu den vorrangig geförderten Weiterbildungen.

Unterstützend zur klassischen Physiotherapie werden in der Geriatrie gezielt physikalische Maßnahmen eingesetzt. Hierzu zählen die verschiedenen Formen der Massage, medizinische Bäder, Bewegungsbad sowie Elektrotherapie. Diese Methoden können auch von medizinischen Bademeistern oder Masseuren angewendet werden.

In den letzten Jahren haben sich auch in der Geriatrie neue Diagnostik- und Therapieverfahren etabliert, in die die Physiotherapie mit einbezogen wird. So überprüfen die Krankengymnasten im Rahmen der multidimensionalen Demenz-Diagnostik die Mobilität, das individuelle Sturzrisiko, den Bedarf an Hilfsmitteln und das Instruktionsverständnis im Umgang mit den Hilfsmitteln bei den vermutlich dementen Patienten.

Zum Konzept der palliativmedizinischen Komplextherapie zählt ebenfalls die Physiotherapie, die in diesem Zusammenhang vor allem schmerzlindernde und entspannende Maßnahmen anwendet.

Alle aufgeführten physiotherapeutischen Angebote werden sowohl im vollstationären, als auch im teilstationären wie auch im ambulanten Bereich der Geriatrie in Brandenburg umgesetzt.

Physiotherapeutische Behandlungsmethoden:

- Kontrakturprophylaxe und -behandlung
- Tonusregulation und Hemmung unphysiologischer Aktivitäten
- Anbahnung von physiologischen Bewegungsmustern (PNF)
- Funktionelles Training und Muskelaufbau
- Gangschulung
- Gleichgewichtsschulung/ Sturzprophylaxe
- Hilfsmittelversorgung hinsichtlich der Mobilität
- Prothesenversorgung und -training
- Bewegungsbäder
- manuelle Lymphdrainage und Kompressionstherapie
- Inhalation und Atemtherapie
- Anleitung von Angehörigen

Ergotherapie

Ergotherapie will Menschen bei der Durchführung für sie bedeutungsvoller Tätigkeiten in den Bereichen Selbstversorgung und Alltagskompetenz stärken. Die Ziele sind Erhalt, Kompensation, Wiederherstellung oder Verbesserung der gestörten Funktionen und Fähigkeiten.

So werden auf der Basis von Wahrnehmung und Wiedererlernen von Planung und Durchführung die alltagsentsprechenden Tätigkeiten wie z.B. Ankleiden, Essen, Körperpflege, aber auch die Bewältigung von Aufgaben im häuslichen Bereich geübt.

Dabei stehen folgende Verfahren zur Verfügung:

1. Motorische und funktionelle Verfahren zum Erhalt und der Wiedergewinnung der Grob- und Feinmotorik
2. Neurophysiologische Verfahren zum Abbau pathologischer und zur Erarbeitung physiologischer Bewegungsmuster z.B. nach einem Schlaganfall
3. Neuropsychologische Behandlungsverfahren z.B. bei Hirnleistungsstörungen
4. Psychosoziale Verfahren bei psychischer Erkrankung oder Begleitsymptomen
5. Adaptierte Verfahren z.B. Hilfsmittelversorgung

Krankenpflege

Der pflegerische Dienst setzt sich zusammen aus Fachkräften der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Altenpflege und Pflegehelferinnen, jeweils mit zusätzlichen speziellen Kenntnissen in der aktivierend-therapeutischen Pflege. (z.B. Bobath Konzept, Kinästhetik, basale Stimulation, Zercur Geriatrie)

Ziele der aktivierend-therapeutischen Pflege sind es, die individuell optimal erreichbare Mobilität, Selbstständigkeit und Teilhabe in der Form, wie diese vor der aktuellen Verschlechterung bestanden haben,

wieder zu erreichen. Dies beinhaltet, den geriatrischen Patienten trotz und mit seiner aktuellen und chronischen Einschränkung die Möglichkeiten seines Handelns selbst erfahren zu lassen und dahin gehend

zu motivieren, mit pflegerischer Unterstützung vorhandene Aktivitäten zu erhalten und die verloren gegangenen wieder zu erlernen.

Die Zielformulierung und Bestimmung der erforderlichen Interventionen im Rahmen der aktivierend-therapeutischen Pflege werden gemeinsam mit dem Betroffenen im interdisziplinären geriatrischen Team und ggf. mit den Angehörigen erarbeitet, umgesetzt und evaluiert.

Zu den Aufgaben des pflegerischen Dienstes zählen die 24-Stunden-Verantwortung in der geriatrischen Pflege (basierend auf etablierten Pflegemodellen und neurophysiologischen Pflegekonzepten wie z. B. nach Bobath), die spezielle Behandlungspflege inklusive regelmäßiger Pflegevisiten, die Orientierung des pflegerischen Handelns an aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen und den Expertenstandards. Des Weiteren zählt auch die Interaktion, d.h. die Unterstützung der Beziehung zwischen Patient, Therapeuten und der aktivierend-therapeutischer Pflege zusammen.

Sozialarbeit

Zu den Aufgaben des Sozialdienstes gehören die Erhebung einer Sozialanamnese, die Aufklärungs- und Beratungsarbeit mit dem Patienten bzw. seiner Angehörigen in sozialen, sozialrechtlichen und finanziellen Angelegenheiten, verbunden mit Antragstellungen und gegebenenfalls Kostenabklärungen.

Mit dem Ziel der sozialen Sicherung der Therapieergebnisse im nachstationären Umfeld erfolgt vor Entlassung die Organisation von notwendigen ambulanten oder stationären Hilfsangeboten („Essen auf Rädern“, Weiterbetreuung durch ambulante Dienste, Kurzzeitpflege, u. ä.).

Weiterhin gehören die Beratung zu betreuten Wohneinrichtungen und die Vermittlung von ambulanten Betreuungsangeboten und Selbsthilfegruppen zu den Aufgabengebieten des Sozialdienstes.

Im Rahmen des geriatrischen Teams kommt dem Sozialarbeiter eine koordinierende Rolle bei der Überleitung in eine geeignete nachstationäre Versorgungsform zu.

Sprachtherapie

Die Sprachtherapie in der Geriatrie diagnostiziert und therapiert Patienten mit erworbenen Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Behandelt werden Aphasien, Dysarthrien, Dysphonien, Sprechapraxien und Dysphagien.

Zum Aufgabengebiet gehören weiterhin die Beratung und Schulung der Angehörigen, spezielle Hilfsmittelversorgung wie z.B. computergestützte Kommunikation und Trachealkanülenmanagement, sowie das Entlassungsmanagement mit Informationsüberleitung an Angehörige bzw. weiterversorgende Einrichtungen und die Organisation der ambulanten Weiterbehandlung.

In der Sprachtherapie arbeiten Logopäden, Sprachheilpädagogen und Therapeuten mit einer gleichwertigen sprachtherapeutischen Ausbildung, die fundierte Kompetenzen in den oben genannten Störungsbildern erworben haben.

Psychologie

Die Aufgaben der Psychologen umfassen neuropsychologische, medizinisch-psychologische, psychoonkologische, psychologisch-algesiologische und Notfallpsychologische Interventionen in den Bereichen Diagnostik, Beratung, Krisenintervention und Therapie.

Die neuropsychologische Tätigkeit beinhaltet die Diagnostik und Therapie erworbener cerebraler Funktionsbeeinträchtigungen (wie Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen) bei Patienten mit Schlaganfällen oder anderen neurologischen Akutereignissen. Weiterhin werden Hirnleistungsstörungen im Rahmen dementieller Prozesse unter Abgrenzung zur Depression und zum Delir abgeklärt und entsprechende Empfehlungen zur medikamentösen Therapie ausgesprochen. Zusätzlich nehmen die Psychologen Stellung zu den Fragen der Fahrtauglichkeit und des individuellen Betreuungsbedarfes. Patienten mit reaktiven (bzw. durch aktuelle Belastungen verstärkten oder reaktivierten) affektiven oder psychosomatischen Beschwerden erhalten psychologisch-therapeutische Hilfe bei der Bewältigung von aktuellen Belastungssituationen.

Dabei kommen verschiedene Therapiemethoden u. a. aus den Bereichen Gesprächs- und Verhaltenstherapie, sowie Entspannungsverfahren zum Einsatz.

Von großer Bedeutung sind auch die psychologische Schmerztherapie (als wesentlicher Bestandteil einer multidisziplinären Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen) sowie Notfallpsychologische bzw. traumatherapeutische Interventionen bei geriatrischen Patienten.

Die Erhebung der Vorgeschichte, die Aufklärung über erhobene Befunde und die Abstimmung der weiteren Behandlung und Betreuung des geriatrischen Patienten erfordert eine enge Einbeziehung der Angehörigen.

Seelsorge

Nahezu alle Patienten sind wegen ihrer Erkrankungen mit einschneidenden Änderungen ihres Lebens konfrontiert. Bei der Bewältigung der schwierigen Lebensfragen, insbesondere zu den Themen „Verlust der Selbstständigkeit“ und „Lebensende“ kann der Seelsorger zu einem wichtigen Mitglied des therapeutischen Teams werden.

In Abhängigkeit von der speziellen Struktur der einzelnen Klinik gehören noch andere Berufsgruppen direkt oder durch Konsultationen zum therapeutischen Team in der Geriatrie, beispielsweise sind dies

- Diätberatung
- Musiktherapie
- Kommunikationstherapie
- Kunsttherapie
- Orthopädietechnik

Das therapeutische Team sieht sich in der Rolle des fachkundigen Beraters und Begleiters im gesamten Behandlungsprozess.

Selbstverständlich für die Behandlung geriatrischer Patienten ist die Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachdisziplinen (z.B. Chirurgie, Urologie, Neurologie, Gynäkologie oder Psychiatrie), die konsiliarisch bei besonderen Problemkonstellationen hinzugezogen werden können.

Geriatrische Versorgungsstrukturen

Es gehört zu den Prinzipien der geriatrischen Medizin, Patienten möglichst wohnortnah zu behandeln, da sich der durch Krankheit veränderte Lebensrhythmus und die Entfremdung vom bisherigen Umfeld komplizierend auf den Krankheitsverlauf bzw. die Genesung auswirken können.

Dabei sind folgende Grundsätze zu berücksichtigen:

- Rehabilitation vor Pflege (SGB V)
- Abgestuftes Versorgungskonzept: ambulant vor teilstationär vor vollstationär

Aus diesem Grund stehen für die Behandlung geriatrischer Patienten unterschiedliche medizinische Versorgungsformen zur Verfügung:

- Geriatrische Klinik bzw. Abteilung (vollstationäre Versorgung),
- Geriatrische Tagesklinik (teilstationäre Versorgung),
- Ambulante geriatrische Rehabilitation einschließlich Mobiler geriatrischer Rehabilitation
- niedergelassener Hausarzt mit geriatrischer Kompetenz

Die Geriatrische Klinik bzw. Abteilung (vollstationäre Versorgung)

Die akut auftretende schwere Krankheit geriatrischer Patienten macht häufig eine vollstationäre Therapie in der geriatrischen Klinik erforderlich. Um die Vorteile einer komplexen geriatrischen Therapie vollständig ausschöpfen zu können, sollte die Aufnahme in eine geriatrische Klinik möglichst frühzeitig realisiert werden. Dieses kann als Direktaufnahme erfolgen, wenn schon bei der Klinikeinweisung die geriatrische Problematik (Multimorbidität) erkennbar ist, oder als Verlegung aus einer anderen Abteilung, sobald die Notwendigkeit geriatrischer Kompetenz erkennbar wird.

Nicht geeignet für eine Direktaufnahme in der Geriatrie sind Patienten, bei denen mit gewisser Sicherheit eine chirurgische Intervention notwendig ist (z. B. Schenkelhalsfraktur oder akutes Abdomen). Weiterhin können Patienten im Zustand einer akuten Psychose mit der Gefahr der Selbst- und Fremdgefährdung erst nach Stabilisierung in der (Geronto-)Psychiatrie in der Geriatrie weiter behandelt werden. Auch bei erkennbarem intensivmedizinischem Handlungsbedarf sind die Möglichkeiten der in Frage kommenden geriatrischen Abteilung zu beachten. Ansonsten sind geriatrische Kliniken grundsätzlich in der Lage, alle

relevanten medizinischen und flankierenden Maßnahmen für die Gesundheitsversorgung multimorbider Patienten anzuwenden.

Wesentliches Kennzeichen der Altersmedizin ist der kompetente Umgang mit geriatrischen Syndromen, wie z. B. Sturz, Schwindel, Schmerzzuständen, Inkontinenz/ Obstipation, Demenz und Verwirrtheit, Frailty, chronischen Wunden, Dekubitalulcera, Exsikkose und Mangelernährung, Dysphagie, Depression und Schlafstörungen.

Bei Feststellung eines oder mehrerer solcher Symptomkomplexe sollte möglichst frühzeitig die Verlegung in die geriatrische Klinik erfolgen (Etablierung von Behandlungspfaden). Dieses Vorgehen senkt die Verweildauer und damit auch die Kosten. Unbedingt vermieden werden sollte ein längerer Aufenthalt hochbetagter Patienten in organzentrierten Kliniken, in denen ein multiprofessioneller Therapieansatz nicht gewährleistet ist. Die Folgeprobleme (z.B. akutes Delir, Kontrakturen, muskuläre Schwäche, Dekubitalgeschwüre, Apathie, Immobilität, weiterer Verlust an Selbsthilfefähigkeit) bedingen einen in der Regel längeren Aufenthalt in der Geriatrischen Klinik, als dies bei frühzeitiger Einbeziehung eines Geriaters notwendig wäre.

Ziel der stationären geriatrischen Therapie ist die Wiederherstellung bzw. Erhaltung der größtmöglichen Alltagskompetenz und daraus resultierend eine Verbesserung der Lebensqualität.

Neben akutmedizinischer Behandlung erfolgen im vollstationären Bereich nach exakter Problemanalyse (geriatrisches Assessment) gleichzeitig rehabilitative Maßnahmen, die konsequent am Entlassungsziel ausgerichtet sind.

Die geriatrische Tagesklinik

In einem modernen geriatrischen Konzept ist eine Tagesklinik unverzichtbar. Sie ist einer geriatrischen Klinik/Abteilung angegliedert und stellt ein wichtiges Bindeglied zwischen der vollstationären und ambulanten Behandlung dar.

Charakteristisch für die Behandlung in der geriatrischen Tagesklinik ist die werktägliche medizinische und rehabilitative Therapie unter Einbeziehung täglicher ärztlicher Visiten, kombiniert mit dem Wohnen und Schlafen in der Häuslichkeit unter Nutzung und Beibehaltung der bisherigen Lebensgewohnheiten und der sozialen Kontakte.

Für die primär vollstationär behandelten Patienten besteht der Vorteil dieser Therapieform im schrittweisen Übergang in das gewohnte Umfeld. Bei einer Einweisung durch den Hausarzt kann häufig ein vollstationärer Aufenthalt verhindert und eine drohende Pflegebedürftigkeit vermieden werden. Während des Aufenthaltes in der Tagesklinik steht dem Patienten das gesamte diagnostische und therapeutische Angebot des Krankenhauses zur Verfügung.

Die mobile geriatrische Rehabilitation

Für eine bestimmte Gruppe von geriatrischen Patienten haben sich mobile Teams („Mobile geriatrische Rehabilitation“) in Modellprojekten bewährt. Seit 2007 ist die mobile geriatrische Rehabilitation als selbstständige Versorgungsform gleichrangig neben anderen rehabilitativen Angeboten in das Sozialgesetzbuch integriert. Es gilt die „Rahmenempfehlung zur mobilen geriatrischen Rehabilitation“, die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassenverbände und der Bundesarbeitsgemeinschaft „Mobile Rehabilitation“ erarbeitet wurde.

Die Behandlungsform „Mobile geriatrische Rehabilitation“ vereinigt Vorteile stationärer Therapie (koordiniertes, teammäßig organisiertes Vorgehen) mit den Bedingungen der individuellen Häuslichkeit. Die mobile geriatrische Rehabilitation ist eine für bestimmte geriatrische Patienten besonders geeignete Form der Rehabilitation, da diese in der persönlichen Umgebung des Rehabilitanden durchgeführt wird. Die Probleme werden dort gelöst, wo sie auftreten.

Geriatric im Bereich der ambulanten Medizin

Dem Hausarzt kommt von der ambulanten Regelversorgung über die Akutintervention, ggf. mit der Entscheidung zur stationären Behandlung, bis zur ambulanten Nachsorge eine Schlüsselrolle zu. Er ist daher ein wichtiger Kooperationspartner der geriatrischen Klinik. Eine enge Zusammenarbeit garantiert eine gezielte Zuweisung geriatrischer Patienten und eine Sicherung des Behandlungserfolges.

Neben dem Hausarzt gehören folgende Elemente zur ambulanten Versorgung geriatrischer Patienten, die bereits teilweise in lokalen Netzwerken organisiert sind:

- Fachärzte
- Physiotherapeuten,
- Ergotherapeuten,
- Sprachtherapeuten,
- Psychologen,
- ambulante Beratungsstellen für die Gesundheits- und Sozialversorgung,
- Beratungs- und Servicestellen für die Wohnraumanpassung.
- stationäre Pflege (Alten- und Pflegeheime),
- unterschiedliche betreute Wohnformen
- Tagespflegen,
- Kurzzeitpflegen,
- Verhinderungspflegen,
- andere Pflegeinstitutionen
- Hospizdienste
- Selbsthilfegruppen
- Pflegestützpunkte
- ambulante Hauskrankenpflegen und Sozialstationen

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

Die Durchführung der „geriatrischen frührehabilitativen Komplextherapie“ wird durch die Struktur- und Prozessbedingungen, die für den Kode 8-550.0-2 im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) festgelegt sind, vorgeschrieben.

Wesentliche Strukturanforderung ist die fachärztliche Behandlungsleitung (mit der Zusatzweiterbildung Klinische Geriatrie oder der Schwerpunktbezeichnung Geriatrie) mit überwiegender Anwesenheit des Leitenden Arztes in der geriatrischen Abteilung oder Fachklinik.

Der Prozess der geriatrischen Behandlung ist formal ebenfalls im OPS festgelegt. Für die Abrechnung dieser Prozedur wird ein geriatrisches Assessment in 4 Dimensionen bei Aufnahme und 2 Dimensionen bei Entlassung, wöchentliche strukturierte Teamsitzungen und eine Mindestanzahl von Therapien aus mindestens zwei Bereichen von wenigstens 30 Minuten Dauer gefordert. Des Weiteren wird aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal verlangt. Der definitive Prozeduren-Kode (5. Stelle) wird durch die tatsächliche Verweildauer des Patienten seit Aufnahme-Assessment und die Anzahl der erbrachten Therapieeinheiten bestimmt. Die korrekte Erbringung dieser Leistung wird regelmäßig an Einzelfällen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen überprüft.

Neben der genannten obligatorischen Struktur- und Prozessqualität wird die Ergebnisqualität der geriatrischen Behandlung unter anderem in verschiedenen freiwilligen Benchmarkprojekten überprüft. Als erstes ist hier die Teilnahme an dem bundesweiten Projekt GemidasPro zu nennen, in dem nach einem festgelegten Standard bestimmte Ergebnis-Kennzahlen der geriatrischen Behandlung über den Bundesverband Geriatrie(BVG) zentral ausgewertet werden. Hierdurch kann jede teilnehmende Einrichtung - Voraussetzung ist die Mitgliedschaft im Bundesverband Geriatrie oder die Entrichtung einer Nutzungsgebühr bei Nicht-Mitgliedschaft - Rückschlüsse über seine Behandlungsqualität ziehen. Darüber hinaus liefern Patientenbefragungen im Rahmen von Qualitätsmanagement-Systemen weitere Informationen zur Prozess- und Ergebnisqualität.

Wenn auch nicht alle geriatrischen Einrichtungen des Landes Brandenburg Mitglieder des Bundesverbandes Geriatrie sind, so orientieren sich doch alle Einrichtungen an dessen Qualitätsanforderungen und Empfehlungen. Über den Landesverband Geriatrie Brandenburg werden regelmäßig aktuelle Veränderungen und Richtlinien aus dem Bundesverband kommuniziert und dienen so der kontinuierlichen Qualitätssicherung.

Nichtmitglieder im Bundesverband können sich als Gastmitglieder aktiv in die Landesverbandsarbeit einbringen. Dadurch wird eine auf qualitativ hohem Niveau basierende Arbeit in allen 16 bestehenden Geriatrien Brandenburgs gewährleistet.

Der Bundesverband Geriatrie vergibt außerdem mit Unterstützung der akkreditierten Zertifizierungsstelle EqZert® das Qualitätssiegel Geriatrie, welches in Abstimmung mit den beiden Fachgesellschaften DGG und DGGG ein bundeseinheitliches Zertifizierungsverfahren für geriatrische Einrichtungen darstellt. Dieses kann seit 2009 einzeln als „Add-On“ bei bereits bestehender Basis-Zertifizierung nach KTQ, EFQM oder DIN EN ISO 9001 erworben werden oder gemeinsam mit einer Basiszertifizierung nach DIN EN ISO 9001: 2008. Bei der letzt genannten Variante ist auch die alleinige Zertifizierung der geriatrischen Fachabteilung unabhängig von der gesamten Einrichtung, in der die Fachabteilung integriert ist, möglich.

Folgende Aspekte finden im Rahmen des Qualitätssiegels Geriatrie besondere Beachtung:

- Geriatrie-spezifische Anforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
- Externes Benchmarking (z. B. GemidasPro)
- Patientenbefragungen
- Qualitätszirkelarbeit (intern und extern)
- Interne und externe Fortbildung

Palliativmedizin

Über den Anspruch hinaus, den älteren Patienten angepasst an seine eingeschränkte physiologische Reaktionsbreite medizinisch zu therapieren, seine Funktionalität, Alltagskompetenz und Autonomie zu erhalten oder zu verbessern, muss geriatrische Medizin auch der letzten Lebensphase des Menschen gerecht werden. In dieser hat im Unterschied zur übrigen Palliativmedizin, in der inkurable Tumorerkrankungen eine große Rolle spielen, wiederum die Multimorbidität eine besondere Bedeutung. Herz- und Kreislauferkrankungen, chronische Lungenerkrankungen, Schlaganfälle und Demenzsyndrome führen häufig zur Notwendigkeit des therapeutischen Paradigmenwechsels.

Wenn die Lebenserwartung absehbar begrenzt erscheint, wird das geriatrische zum palliativmedizinischen Behandlungsteam, welches sich der medizinisch angemessenen und menschlich würdevollen Begleitung von Todkranken und Sterbenden widmet. Dabei bildet die Erhaltung oder das Erreichen der bestmöglichen Lebensqualität durch Kontrolle der Symptome Schmerz, Übelkeit, Dyspnoe, Delir und durch sinnvolle rehabilitative Therapiemaßnahmen das Hauptziel aller Bemühungen.

An die besondere Lebenssituation im Alter und an die oft eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten angepasste Kommunikation mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen zur Bewältigung psychosozialer Probleme und seelischer sowie spiritueller Krisensituationen und die Klärung der nachklinischen Versorgungssituation sind weitere Säulen der geriatrischen Palliativmedizin.

Die oft gegebene Unfähigkeit des Patienten zur Urteilsbildung und zur Willensäußerung stellen dabei besondere Anforderungen an die ethische Kompetenz des therapeutischen Teams. Eine ethische Fallbesprechung tragen in diesen Fällen zur Festlegung des gemeinsamen Vorgehens und zur Entlastung des Einzelnen bei.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Moderne geriatrische Medizin erfordert eine Vielzahl von speziellen Kenntnissen und Fertigkeiten.

In der Berufsausbildung der meisten Mitglieder des therapeutischen Teams sind geriatrische Inhalte nur marginal vertreten. Diese müssen durch geriatriespezifische Qualifizierungsmaßnahmen und Fortbildungen erweitert werden.

Im ärztlichen Bereich wird an vielen Brandenburgischen Kliniken die Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie ermöglicht. Des Weiteren kann eine Zusatzweiterbildung Geriatrie erworben werden.

Da ein Großteil der medizinischen Versorgung geriatrischer Patienten im ambulanten Bereich erfolgt, erlangt die Weiterbildung und Schulung von Hausärzten, hausärztlich tätigen Internisten, aber auch die des ambulant tätigen Therapeuten- und Pflegepersonals eine große Bedeutung.

Die Geriatrische Akademie Brandenburg e.V. bietet ein breit gefächertes Fortbildungsprogramm für alle Professionalitäten an, unter anderem den Basiskurs Geriatrie für niedergelassene Ärzte.

Durch den Bundesverband Geriatrie wurde ein Fortbildungskonzept für alle Mitglieder des therapeutischen Teams (ZERCUR Geriatrie) erarbeitet. Kliniken in Berlin und Brandenburg bieten gemeinsam Fortbildungsveranstaltungen entsprechend diesem zertifizierten Curriculum an.

Ebenfalls durch den Bundesverband Geriatrie initiiert besteht ab 2010 die Weiterbildungsmöglichkeit zur „Fachkrankenschwester Geriatrie“.

Fortbildungsveranstaltungen der Geriatrischen Netzwerke (GeriNet), z. B. regelmäßige Qualitätszirkel, können landesweit genutzt werden.

Hausinterne Fortbildungen ergänzen die Möglichkeiten zur Erlangung geriatrischer Kompetenz.

Perspektiven

Die Weiterentwicklung des geriatrischen Versorgungssystems in Brandenburg erfordert das Zusammenwirken aller an der Versorgung geriatrischer Patienten beteiligten Institutionen. Das schließt neben den beschriebenen Kliniken, Tageskliniken, ambulanten, mobilen, pflegenden und koordinierenden Versorgungsstrukturen auch die Landesregierung, die Städte, Landkreise und die Kostenträger ein. Die offiziellen Vertreter der älteren Generation werden zunehmend wichtige Dialogpartner. Geriatrische Netzwerke haben sich dabei bereits in vielen Regionen etabliert und bewährt, müssen jedoch noch weiter ausgebaut werden. Vorbildliche Arbeit leisten im Land Brandenburg die verschiedenen Selbsthilfegruppen, deren Angebot noch zu wenig konsequent genutzt wird.

Den lokalen Besonderheiten der Ballungsräume bzw. der ländlichen Gebiete ist die geriatrische Behandlungsstruktur im Land Brandenburg anzupassen. Hierbei muss das abgestufte Versorgungssystem (ambulant-teilstationär-vollstationär) zur Anwendung kommen. Eine flächendeckende Vernetzung der verschiedenen Leistungsanbieter gewährleistet eine fachlich kompetente, wohnortnahe medizinische Versorgung geriatrischer Patienten.

In Ergänzung zu den bisherigen ambulanten Anbietern bedarf es eines strukturierten mobilen geriatrischen Therapieangebotes, das in der Häuslichkeit realisiert werden kann.

Geriatrische Schwerpunktpraxen (in Analogie zu anderen schon bestehenden Schwerpunktpraxen) sollen die notwendigen Maßnahmen zur Prävention und Behandlung multimorbider Patienten in Kooperation mit den Hausärzten ermöglichen. Hierfür sind noch entsprechende Vergütungsgrundlagen zu schaffen.

In Pflegeheimen muss neben der hausärztlichen Versorgung vor allem auch die fachärztliche Expertise und geriatrische Kompetenz gewährleistet sein, da auch die Pflegeheimbewohner Anspruch auf eine umfassende Gesundheitsversorgung haben. Neue Versorgungsformen, wie z.B. das Berliner Heimarztmodell, sind anzustreben. Dabei ist auf eine entsprechende geriatrische Qualifikation der Ärzte zu achten.

Lehre und Forschung

In Ermangelung einer medizinischen Fakultät im Land Brandenburg kann die Ausbildung auf dem Gebiet der Geriatrie für den ärztlichen Nachwuchs nur bedingt in Brandenburg erfolgen. Die Wahrnehmung eines Lehrauftrages an der Charité als externer Dozent für Geriatrie ist in geringem Umfang möglich, fördert aber nicht die Kenntnisse über die Geriatrie und ihre Möglichkeiten im Land Brandenburg. Die Verträge der akademischen Lehrkrankenhäuser in Brandenburg werden immer mehr von der Charité gekündigt, wobei nur 4 geriatrische Einrichtungen zu akademischen Lehrkrankenhäusern gehören. Sinnvoll ist es, Geriatern einen Lehrauftrag für die gerontologische Ausbildung an Brandenburger Universitäten mit geriatrisch-verbundenen Fächern, z. B. Pathologie, Sportmedizin, Psychologie, Sozialpädagogik zu erteilen, um so geriatrische Inhalte in die akademische Ausbildung per se einzuführen.

Bestrebungen, eine medizinische Fakultät im Einzugsbereich von Brandenburger Kliniken der Maximalversorgung, z. B. in Potsdam oder in Cottbus, einzurichten, müssen unbedingt unterstützt werden, nicht zuletzt vor dem Hintergrund der lokalen Bindung des ärztlichen Nachwuchses zur langfristigen Sicherung der medizinischen Versorgung im Flächenstaat Brandenburg

Vernetzte patientenzentrierte Strukturen - EDV

Zur Sicherung der multiprofessionellen geriatrischen Behandlung im ambulanten und stationären Bereich ist eine enge Abstimmung der beteiligten Berufsgruppen und Institutionen erforderlich. Dazu ist eine sorgfältige Dokumentation und zeitnahe sektorenübergreifende Weitergabe aller Informationen an alle Beteiligten Voraussetzung. Eine gemeinsame verbindliche Informationsplattform auf elektronischer Basis (elektronische Datenverarbeitung) könnte eine optimal abgestimmte Zusammenarbeit ermöglichen. Alle Beteiligten erhalten eine entsprechende Zugriffsberechtigung und können damit jederzeit auf die notwendigen Daten des Patienten zugreifen und diese bearbeiten.

Überalterung der Ärzte und fehlender ärztlicher Nachwuchs

Akuter Ärztemangel und die Überalterung der Ärzte beeinträchtigen bundesweit die optimale medizinische Versorgung. Brandenburg ist das Bundesland mit der geringsten Ärztedichte. Bereits 30% der Ärzte sind hier älter als 60 Jahre. In den insgesamt 50 Kliniken in Brandenburg fehlen ca. 160 Fachärzte (Stand Ende 2009). Hausarztpraxen in ländlichen Regionen können nicht mehr ausreichend besetzt werden. Bessere Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen sowie sichere wirtschaftliche Verhältnisse sind notwendig, um ausreichenden medizinischen Nachwuchs zu gewinnen und zu binden.



www.geriatric-brandenburg.de

St. Marienkrankenhaus

Anschrift:

Bergstraße 1 - 3
14770 Brandenburg (Havel)

Träger:

Caritas-Krankenhilfe Berlin e. V.

Fachklinik für Geriatrie:

Anzahl der Planbetten: 90
Plätze in der Tagesklinik: 15

Telefon: 03381/ 366-0

Telefax: 03381/ 366-400

E-Mail: info@marien-krankenhaus-brandenburg.de

k.schumann@marien-krankenhaus-brandenburg.de

Home-Page: www.marien-krankenhaus-brandenburg.de

Chefärztin:

Frau Dr. med. Katrin Schumann

Besonderheiten:

- anerkannte Weiterbildungsstätte für klinische Geriatrie
- Tagesklinik
- Kurzzeitpflege

Mitglied im Bundesverband Geriatrie und Landesverband Geriatrie Brandenburg



Carl-Thiem-Klinikum Cottbus**Anschrift:**

Thiemstraße 111
03048 Cottbus

Träger:

Carl-Thiem-Klinikum GmbH Cottbus

Fachabteilungen:

Klinik für Anästhesiologie, ITS und Palliativmedizin
 Chirurgische Klinik Hautklinik
 Frauenklinik Klinik für HNO
 Klinik für Neurologie Klinik für Nuklearmedizin
 Klinik für Orthopädie Unfallchirurgische Klinik
 Klinik für Neurochirurgie Klinik für Urologie
 Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
 Klinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
 1. Medizinische Klinik (Kardiologie, Angiologie, Intensivmedizin)
 2. Medizinische Klinik (Diabetologie, Nephrologie/ Klinikdialyse, Hämatookologie)
 3. Medizinische Klinik (Pneumologie, Geriatrie)
 4. Medizinische Klinik (Rheumatologie, Gastroenterologie)
 Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik



Institute: Radiologie, Pathologie, Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Krankenhaushygiene

3. Medizinische Klinik / Bereich Geriatrie

Anzahl der Planbetten: 40
 Plätze in der Tagesklinik: 10 (ab 2012)

Telefon: 0355/ 46-1202

E-Mail: e.bayer@ctk.de

Telefax: 0355/ 46-2486

Home-Page: www.ctk.de

Leitender Oberarzt:

Herr Dr. med. Eyke Bayer

Besonderheiten:

- Klinikinterne enge Kooperation mit Stroke unit und hochspezialisierten operativen Kliniken der Schwerpunktversorgung

Werner-Forßmann-Krankenhaus

Anschrift:

Breitscheidstraße 100
16225 Eberswalde

Träger:

Eberswalder Sozial- und Gesundheitsholding GmbH

Fachabteilungen:

Abteilung für Allgemeinchirurgie / Gefäßchirurgie
Abteilung für Unfallchirurgie
Abteilung für Neurochirurgie
Abteilung für Innere Medizin
Abteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Abteilung für Radiologie
Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin
Abteilung für Augenheilkunde
Abteilung für Urologie

Abteilung Geriatrie:

Anzahl der Planbetten: 40

Telefon: 03334/ 69-2217

Telefax: 03334/ 69-2171

E-Mail: geriatrie@wfk-ew.de

Home-Page: www.wfk-ew.de

Chefarzt:

Frau Dr. Ricarda Lang

Gastmitglied im Landesverband Geriatrie Brandenburg



**Städtisches Krankenhaus
Eisenhüttenstadt GmbH**

Anschrift:

Friedrich-Engels-Straße 39
15890 Eisenhüttenstadt

Träger:

Städtisches Krankenhaus
Eisenhüttenstadt GmbH

Fachabteilungen:

Abteilung für Innere Medizin
Abteilung für Anästhesie-, Intensiv-
und Notfallmedizin
Abteilung für Chirurgie-Traumatologie
Abteilung für Chirurgie-Visceralchirurgie
Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin
Abteilung für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Abteilung Geriatrie:

Anzahl der Planbetten: 35
Plätze in der Tagesklinik: 10

Telefon: 03364/ 54-3124
Telefax: 03364/ 54-3130

E-Mail: geriatrie@khehst.de
Home-Page: www.khehst.de

Chefarzt:

Herr Dr. med. Andreas Klobukowski

Besonderheiten:

➤ Tagesklinik

Mitglied im Bundesverband Geriatrie und Landesverband Geriatrie Brandenburg



Krankenhaus Forst GmbH

Anschrift:

Robert-Koch-Straße 35
03149 Forst

Träger:

Krankenhaus Forst

Fachabteilungen:

Abteilung für Innere Medizin
Abteilung für Chirurgie
Abteilung für Intensivmedizin
Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe
Abteilung für Urologie
Abteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Abteilung Geriatrie:

Anzahl der Planbetten: 67
Planung Tagesklinik: 10

Telefon: 03562/ 985-214

Telefax: 03562/ 985-294

E-Mail: geriatrie@krankenhaus-forst.de

Home-Page: www.krankenhaus-forst.de

Chefarzt:

Herr Dipl.-Med. Wolfgang Plettig

Gastmitglied im Landesverband Geriatrie Brandenburg



Besonderheiten:

- anerkannte Weiterbildungsstätte für Geriatrie
- Tagesklinik

Evangelisches Krankenhaus Lutherstift

Frankfurt (Oder) / Seelow

Anschrift:

Heinrich-Hildebrandt-Straße 22
15232 Frankfurt (Oder)

Träger:

Lutherstift gGmbH
Evangelisches Diakonissenhaus
Berlin Teltow Lehnin

Fachabteilungen:

Abteilung für Innere Medizin
Abteilung für Chirurgie
Abteilung für Anästhesie

Abteilung Geriatrie:

Anzahl der Planbetten: 56

Telefon: 0335/ 5542-201

Telefax: 0335/ 5542-209

E-Mail: geriatrie@lutherstiftung.de
stahl@lutherstiftung.de

Home-Page: www.lutherstiftung.de

Chefarzt:

Herr Dipl.-Med. Ralf Stahl

Besonderheiten:

- Therapiegarten (im Bau)
- Betreutes Wohnen und Altenheim

Mitglied im Bundesverband Geriatrie und Landesverband Geriatrie Brandenburg



Havelland-Kliniken

Klinik für Geriatrie
Havelland-Klinik Rathenow

Anschrift:

Forststraße 45
14712 Rathenow

Träger:

Landkreis Havelland

Fachabteilungen:

Medizinische Klinik / Stroke Unit
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie
Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Klinik für Urologie
Psychiatrische Klinik und Tagesklinik



Klinik für Geriatrie:

Anzahl der Planbetten: 20

Tel: 03385 - 5553104 / 3124

Fax: 03385 – 5553109

E-mail: peter.thomassen@havellandkliniken.de

Hhome-page: www.havelland-kliniken.de

Chefarzt:

Herr Dr. med. Peter Thomaßen
Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie
Palliativmedizin

Besonderheiten:

- Gastmitglied im Landesverband Geriatrie e.V.
- Mitglied im Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser

Gastmitglied im Landesverband Geriatrie Brandenburg

Oberhavel Kliniken GmbH

Standort: Hennigsdorf
Abteilung Geriatrie

Anschrift:

Marwitzer Straße 91
16761 Hennigsdorf

Träger:

Kliniken Oberhavel GmbH

Fachabteilungen:

Abteilung für Innere Medizin
Abteilung für Chirurgie
Abteilung für Anästhesie
und Intensivmedizin
Abteilung für Neurologie
Abteilung für Psychiatrie
Abteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde



Abteilung Geriatrie:

Anzahl der Planbetten: 44

Telefon: 03302/ 545-4284

Telefax: 03302/ 545-4289

E-Mail: drschadow@aol.com
sigrid.schadow@oberhavel-kliniken.de
Home-Page: www.oberhavel-kliniken.de

Chefarzt:

Frau Dr. med. Sigrid Schadow

Besonderheiten:

- Tagesklinik
- Interdisziplinäre Schlaganfall-Spezialeinheit
- Gerontopsychiatrische Abteilung

Mitglied im Bundesverband Geriatrie und Landesverband Geriatrie Brandenburg

Klinikum Niederlausitz

Geriatrische Klinik - Klinikbereich Lauchhammer
Geriatrische Tagesklinik – Klinikbereich Klettwitz
Klinikbereich Lauchhammer

Anschrift:

Calauer Straße 8
01968 Senftenberg

Träger:

Landkreis OSL

Fachabteilungen:

Medizinische Klinik I und II
Chirurgische Klinik I und II
Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Urologische Klinik
Neurologische Klinik/Stroke Unit
Psychiatrische Klinik und Tagesklinik

Geriatrie Klinik:

Anzahl der Planbetten: 50
Plätze in der Tagesklinik: 12
Tel.: 03573/752900
Fax: 03573/752902
E-Mail: karin.schmidt@klinikum-niederlausitz.de
Home-Page: www.klinikum-niederlausitz.de

Chefärztin:

Frau Dr. med. Karin Schmidt

Besonderheiten:

- Tagesklinik
- Stroke Unit im KB Senftenberg
- Beratungsstelle für Demenzkranke in Zusammenarbeit mit dem Verein Neue Wege e.V.

Mitglied im Bundesverband Geriatrie und Landesverband Geriatrie Brandenburg



Geriatrische Rehabilitationsklinik Lehnin***Anschrift:***

Klosterkirchplatz 1 -19
14797 Lehnin

Träger:

Evangelisches Diakonissenhaus
Berlin Teltow Lehnin

Klinik für Geriatrische Rehabilitation:

Anzahl der Planbetten: 70
Plätze in der Tagesklinik: 10
Betten im Hospiz: 12

Telefon: 03382/ 768-284

Telefax: 03382/ 768-289

E-Mail: hans-joachimmoeller@stift-lehnin.de

Home-Page: www.stift-lehnin.de

Chefarzt:

Herr Dr. med. Hans-Joachim Möller

Besonderheiten:

- Tagesklinik
- Betreutes Wohnen in Altenhöfen
- Altenhilfezentrum mit Gerontopsychiatrischer Tagesstätte und Kurzzeitpflege

Mitglied im Bundesverband Geriatrie und Landesverband Geriatrie Brandenburg



Ev. Krankenhaus Luckau GmbH

Klinik für Geriatrie

Anschrift:

Berliner Str. 24
15925 Luckau

Träger:

Ev. Krankenhaus Luckau gGmbH

Im Verbund des Ev. Diakonissenhauses
Berlin Teltow Berlin
Berliner Str. 24
15926 Luckau

Fachabteilungen des Hauses:

Klinik für Urologie
Klinik für Chirurgie (Visceralchirurgie, Traumatologie)
Klinik für Innere Medizin



Anzahl der Planbetten: 30
Plätze in der Tagesklinik: 15 (voraussichtlich 2012)

Chefarzt:

Herr Dipl.-Med. H. Wulsche
FA für Allgemeinmedizin ZB Geriatrie
FA für Innere Medizin SP Geriatrie

Tel. 03544 / 58-400 (Sekretariat)
-402 (Chefarzt)
-401 (Fax)

E-Mail: h.wulsche@ekh-luckau.de
Homepage: www.ekh-luckau.de

Gastmitglied im Landesverband Geriatrie Brandenburg

Ruppiner Kliniken

Neuruppin

Anschrift:

Fehrbelliner Straße 38
16816 Neuruppin

Träger:

Ruppiner Kliniken GmbH

Fachabteilungen:

Medizinische Kliniken
Klinik für Pneumologie
Klinik für Urologie und Kinderurologie
Klinik für Allgemeine und Viszeral-Chirurgie
Klinik für Gefäßchirurgie
Klinik für Thoraxchirurgie
Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Klinik für Neurologie
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie
Psychiatrische Kliniken
Zentrum für Bildgebende Diagnostik



Abteilung Geriatrie:

Anzahl der Planbetten: 45
Plätze in der Tagesklinik: 10
Telefon: 03391/ 39-3290
Telefax: 03391/ 39-3299

E-Mail: g.schoppa@ruppiner-kliniken.de
Home-Page: www.ruppiner-kliniken.de

geriatrie@ruppiner-kliniken.de

Chefärztin:

Frau Dr. med. Kerstin Andrehs
Mitglied im Bundesverband Geriatrie und Landesverband Geriatrie Brandenburg

Evangelisches Zentrum für Altersmedizin
Potsdam

Anschrift:

Weinbergstraße 18/19
14469 Potsdam

Träger:

Klinik Betriebsgesellschaft am Weinberg gGmbH

Klinik für Innere Medizin / Geriatrie:

Anzahl der Planbetten: 100
Plätze in der Tagesklinik: 20

Telefon: 0331/ 2777-400

Telefax: 0331/ 2777-444

0.8001.GERIATRIE

0.8001.437 428 743 Kostenfreie Hotline!

E-Mail: info@altersmedizin-potsdam.de

Home-Page: www.altersmedizin-potsdam.de

Chefärztin:

Frau Dr. med. Christine Eichler

Besonderheiten:

- Tagesklinik
- Diagnostik und Therapie von Demenz-Erkrankungen
- Ernährung im Alter
- Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen
- Interdisziplinäre Therapie von chronischen Wunden
- Behandlung und Beratung zur Sturzprävention
- Palliativmedizinische Behandlung
- interdisziplinäre Behandlung chronischer Schmerzen

Weitere Bereiche des Zentrums:

- Beratungsstelle rund um's Alter
- Lesetreff mit Vortagsreihe „Rund ums Alter“
- Bürgerstift: Pflegeheim mit stationärer Pflege, Kurzzeitpflege, Betreutes Wohnen und Tagespflege
- Lehre: umfangreiches Fort- und Weiterbildungsangebot für alle in der Altersmedizin tätigen Berufsgruppen

Mitglied im Bundesverband Geriatrie und Landesverband Geriatrie Brandenburg



KMG Klinikum Mitte GmbH
Klinikum Pritzwalk
Geriatrische Klinik
(Prignitz)

Anschrift:

Giesensdorfer Weg 2 A
16928 Pritzwalk

Träger:

KMG Klinikum Mitte GmbH

Fachabteilungen:

Klinik für Traumatologie und Unfallchirurgie
Klinik für Allgemein-, - Visceral- und Gefäßchirurgie
Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin
Klinik für Plastische Chirurgie
Belegabteilung für Gynäkologie

Geriatrische Klinik:

Anzahl der aufgestellten Betten: 29
geplante Bettenzahl: 50

Tel.: 03395/685292

Fax.: 03395/685291

E-Mail: a.bialojan@kmg-kliniken.de

Home-Page: www.kmg-kliniken.de

Chefärztin: Frau Dr. med. Anne-Grit Bialojan

Besonderheiten:

- Diagnostik und Therapie von Ernährungsstörungen im Alter
- Behandlung chronischen Schmerzsyndrome
- Sturzevaluation und Beratung zur Sturzprävention
- Diagnostik und Therapie von Demenzerkrankungen
- Interdisziplinäre Therapie von chronischen Wunden
- ambulante Angebote für Ergo- und Physiotherapie, Logopädie
- Palliativmedizinische Behandlung
- Seniorenheim auf dem Gelände des Klinikums
- Computergestütztes Hirnleistungstraining

Gastmitglied im Landesverband Geriatrie Brandenburg



Adklepios Klinikum Uckermark

Krankenhaus der Schwerpunktversorgung

Anschrift:Auguststraße 23
16303 Schwedt**Träger:**Asklepios Kliniken Verwaltungsgesellschaft mbH
Stadt Schwedt**Fachabteilungen:**

Medizinische Kliniken	Chirurgie Klinik
Gefäßchirurgische Klinik	Frauenklinik
Unfallchirurgische Klinik	Geriatrische Klinik
Nuklearmedizinische Klinik	Hautklinik
Blutspendezentrale	HNO-Klinik
Mikrobiologie	Neurologische Klinik
Orthopädische Klinik	Urologische Klinik
Klinikapotheke	Radiologie
Medizinische Klinik	Labor
Klinik für Kinder und Jugendliche	

**Klinik für Geriatrie:**

Anzahl der Planbetten: 40

Telefon: 03332/ 53-2900

Telefax: 03332/ 53-4030

E-Mail: m.kinder@asklepios.comHome-Page: www.klinikum-uckermark.de**Ltd. Oberarzt:**[Herr Dr. med. M. Kinder](#)**Besonderheiten:**

- degenerative Gelenkerkrankungen
- Amputationspatienten (Diabetes mellitus)
- ambulante physiotherapeutische und logopädische Behandlung
- Schlaganfallpatienten

Mitglied im Bundesverband Geriatrie und Landesverband Geriatrie Brandenburg

Anschrift:

Schleusenstraße 50
15569 Woltersdorf

Träger:

Evangelisches Krankenhaus
Woltersdorf GmbH

Klinik für Innere Medizin / Geriatrie:

Anzahl der Planbetten: 110
Plätze in der Tagesklinik: 20

Telefon: 03362/ 779-200
Telefax: 03362/ 779-209

E-Mail: h.scherzer@krankenhaus-woltersdorf.de
Home-Page: www.krankenhaus-woltersdorf.de

Chefarzt:

Herr Dr. med. Frank Naumann

Besonderheiten:

- Intermediate Care (IMC)
- Tagesklinik
- Mobiler Rehabilitationsdienst Woltersdorf
- Ambulante Angebote für Physio- / Ergotherapie und Logopädie
- Tagespflege
- Geriatrische Akademie Brandenburg e. V.



Mitglied im Bundesverband Geriatrie und Landesverband Geriatrie Brandenburg