

GERIATRIE aktuell

aus dem Landesverband Hessen - Thüringen

Ausgabe 12 – Februar 2014

Herausgeber:

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

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



Sehr geehrte Damen und Herren,
sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wir freuen uns, Ihnen den ersten Newsletter Geriatrie aktuell in 2014 vorlegen zu können.

Im ersten Teil wird das Delir als ein wichtiges Krankheitsbild des älteren Patienten im interdisziplinären Kontext beleuchtet (Herr Reuling, Kreiskrankenhaus Weilburg).

Anschließend fasst Herr Dr. Knauf die Beiträge des 20. Wiesbadener Geriatrie-Kolloquiums zusammen, in dem unter vielen anderen interessanten Aspekten von Seiten der Politik ein eindeutiges Bekenntnis zum Hessischen Geriatriekonzept gegeben wird.

Wir wünschen Ihnen allen viel Freude beim Lesen

Der Vorstand des Landesverbandes Geriatrie
Hessen-Thüringen

Delir - ein interdisziplinäres Problem

G. Reuling

Einleitung

Neuropsychiatrische Krankheitsbilder gewinnen in der täglichen Arbeit am betagten älteren Patienten zunehmend an Bedeutung. Ein Kernelement stellt hierbei das Krankheitsbild des Delirs mit seinen unterschiedlichen klinischen Facetten dar. Dem Fachgebiet der Geriatrie kommt hierbei als vermittelndes Gebiet im „Mehrkampf der Disziplinen“ eine besondere Schlüsselfunktion zu. Operativ und nicht operativ vorbetreute Patienten kommen mit unterschiedlichem Risikoprofil in die geriatrisch stationäre Betreuung. Frühzeitige ärztliche und pflegerische Detektion des schwierigen älteren Patienten sind hierbei gefragt. Das Delir stellt ein schwerwiegendes, häufig lebensbedrohliches Syndrom dar, dem sowohl im klinischen Krankenhausalltag als auch in den Heiminstitutionen herausfordernd zu begegnen ist.

Geschichte

Die historische Entwicklung der Begrifflichkeit des Verwirrtheitszustandes (Delirs), lat. delirare = aus der Spur geraten, reicht bis in die Antike zurück. Bereits der medizinische Schriftsteller Aulus Cornelius Celsus (100 v.Chr.) benutzte den Begriff zur Beschreibung eines bedrohlichen, fieberhaften Krankheitszustands. Galen (2.Jahrh. n.Chr.) unterschied zwischen einem primären und sekundären Delir. In der französischen Psychiatrie des 19. Jahrh. wird das Delir als Sammelbegriff für alle Störungen der Intelligenz erwähnt. Der deutsche Neurologe und Psychiater Karl Bonhoeffer beschreibt 1917 das Delir als akuten exogenen Reaktionstyp. Die ICD 10 Klassifikation als auch die DSM IV - Kriterien bündelt die Delirien als akute psychische Veränderungen, die mit Bewusstseinsstörungen und kognitiven Störungen einhergehen.

Der Begriff des **Delir** wurde vielfach unterschiedlich verwendet, so dass weiterhin noch verschiedene Synonyme existieren: akuter Verwirrtheitszustand, Durchgangssyndrom (akute kognitive Dysfunktion), akuter exogener Reaktionstyp, postoperative Psychose, acute brain syndrom, amnestisches Syndrom, Intensiv-Psychose, Intensiv-Syndrom, septische Encephalopathie. In der deutschen Psychiatrie wurde der Begriff lange Zeit hauptsächlich im Sinne des Delirium tremens verwendet.

Epidemiologie

Das Delir älterer Patienten ist ein nicht zu unterschätzender Begleitfaktor der Krankenhausbehandlung und wird häufig von belastenden Folgeproblemen (z. B. Stürzen, Inkontinenz, verschlechterte stationäre Therapieführbarkeit etc.) begleitet.

Bei den über 65-Jährigen weisen bereits ca. 20 % aller Patienten in Allgemeinkrankenhäuser ein Delir auf bzw. entwickeln in 30 % der Fälle im Verlauf ein entsprechendes Syndrom. Die Häufigkeitsverteilung beläuft sich bei konservativen Fächern auf ca. 40 % und bei operativen Fächern auf ca. 60 %. Die Wahrscheinlichkeit zur Delirentwicklung wird durch einen post-operativen Status und zusätzlich erforderlich werdenden Intensivaufenthalt nochmals erhöht.

Symptomatologie

Im Vordergrund des klinischen Erscheinungsbildes finden sich als Hauptsymptome Störungen des **Bewusstseins** und **kognitive Funktionsveränderungen**. Die Veränderungen treten relativ **akut** auf und zeigen einen **fluktuierenden** Verlauf:

Störungen von ...

- **Bewusstsein**
- **Aufmerksamkeit**
- **Umgebungswahrnehmung mit akutem Beginn und Fluktuation**
- **Kognition**
- **Orientierung**
- **Denkfähigkeit**
- **Psychomotorik**
- **Schlaf-Wach-Rhythmus**
- **Optional Halluzinationen**
- **Vegetative Symptome**

Man unterteilt die deliranten Syndrome in die Delirtypen der hyperaktiven Form (ca. 25 %), hypoaktiven Form (ca.40 %) und in gemischte Formen (ca. 35 %). Hyperaktive Erscheinungsbilder mit gesteigerter motorischer Aktivität, Unruhe, Agitation und Gefahr von Stürzen sowie möglichen Halluzinationen sind vermeintlich leichter zu erkennen. Dagegen bedürfen hypoaktive Bilder mit lethargisch wirkenden, „nestelnden“ oder still im Bett liegenden Patienten einer

besonders geschulten Aufmerksamkeit, um im klinischen Alltag ausreichend wahrgenommen zu werden. Hieraus resultiert, dass insbesondere die letztere Form sowie Mischvarianten teilweise fehlinterpretiert und unerkant bleiben (bis zu 50%).

Pathogenese/Ätiologie

Das Delir weist ein multifaktorielles Entstehen auf und ist ätiologisch unspezifisch. Der reduzierte Hirnstoffwechsel (z.B. Hypoxie) führt zur Dysbalance der Neurotransmitter (Acetylcholin, Dopamin, Serotonin, Glutamat, Noradrenalin, GABA). Es resultieren ein cholinerges Defizit sowie ein aminenerger Überschuss. Dopaminerge Projektionen finden sich in möglichen Störungen der exekutiven Funktionen des präfrontalen Cortex. Eine besondere Bedeutung liegt in dem anticholinergen Auslösungspotential der laufenden Medikation. Ebenso erscheinen Entzündungsvorgänge mit verstärkter Zytokineproduktion und Aktivierung von Mikrogliazellen von Bedeutung. Mikrogliazellen werden ebenso durch vermehrte Freisetzung von Glucocorticoiden infolge sympathischer Stressfaktoren aktiviert, woraus eine vermehrte Nervenschädigung resultieren kann. Je nach Grad der Hirnvorschädigung bedarf es letztlich u. a. nur einer unterschiedlich stark ausgeprägten akuten Noxe, um ein Delirbild auszulösen.

Prädisponierende Risikokonstellationen

- Alter > 65 Jahre
- Männliches Geschlecht
- Demenz, Depression
- Funktionelle Defizite (Motorik, Sehen, Hören)
- Mangelernährung, Dehydratation
- Multimedikation (insbesondere psychotrope Substanzen)
- Komorbidität

Auslöser des Delirs:

- Infektionen
 - Intensivstation
- Cerebrovaskuläre Ereignisse
 - Umgebungswechsel
- Schmerzzustände
 - Reizüberflutung

- Chirurgische Eingriffe
 - Fixierung
- Dehydratation
- Vorhandensein Blasenkatheter
- Metabolische Entgleisung
- Schlafmangel
- Malignome - sensorische Deprivation
- Alkohol- und Medikamentenentzug - Konflikte mit Bezugspersonen
- Medikation

Delir fördernde Medikamente:

- Antidepressiva
- Antihistaminika
- Neuroleptika
- Spasmolytika (Urologika)
- Antiparkinsonmedikamente
- Kortikosteroide
- Antiepileptika
- Glykoside
- Analgetika
- Diuretika
- Antibiotika (Chinolone)
- Calciumantagonisten

Die wichtigste Differentialdiagnose in der Abgrenzung neurogeriatrischer Krankheitsbilder stellt die Demenz dar. Hierbei bestehen allerdings mögliche zeitliche und inhaltliche Überschneidungen. Die noch nicht diagnostizierte Demenzform oder ein frühes Anfangsstadium stellt ein Risikofaktor zur Entwicklung eines Delirs dar. Des Weiteren werden Delirsymptome bei Demenzpatienten häufig fehlinterpretiert. Ebenso verschlechtert ein Delir die Prognose der Demenzentwicklung. Die wesentliche Unterscheidungsmerkmale sind die beim Delir akut rasch entwickelnde Symptomatik, der fluktuierende Verlauf und die vorhandene Bewusstseinsstörung.

Die Delirdauer mit seiner bestehenden Fluktuationspotenz kann sich von wenigen Stunden bis Tagen erstrecken, allerdings sind auch nicht selten längere Verlaufsformen von Wochen bis zu sechs Monaten beschrieben.

Diagnostik

Als Grundvoraussetzung zur Erkennung des Delirs ist eine sorgfältige Beobachtung der vorliegenden Krankheitssymptome erforderlich. Es gilt die sich klinisch zu erfassenden Zustandsformen am Patienten möglichst genau zu erkennen und zu beschreiben.

Die ergänzende **Labordiagnostik** zum Ausschluss relevanter Stoffwechselstörungen beinhaltet folgende Bestimmungen:

Blutbild, Elektrolyte, Nierenretentionsparameter, Blutzucker, CRP, TSH, Vit. B12, Folsäure

Bildgebung: Röntgen-Thorax, CCT, evtl. MRT-Schädel + **EKG**-Diagnose

Als diagnostisches bzw. Monitorinstrument hat sich in der klinischen Anwendung der **CAM-Test (Confusion Assessment Method, Inouye 1990)** und der **CAM-ICU** für Intensivstationen bewährt. Die praktische Anwendung lässt sich in der klinischen Anwendung auch auf einer peripheren Allgemeinstation ermöglichen. Der CAM –Test wird am häufigsten angewendet und verknüpft eine hohe Sensitivität (86%) und Spezifität (97%).

Für die Intensivanwendung ist ein zweistufiges Vorgehen mit zunächst zu erfassender Sedierungstiefe erforderlich. Je nach erfasstem Score-Wert lässt sich dann im nächsten Schritt die Delireinstufung fortführen mit evtl. abzuleitender Therapieoption.

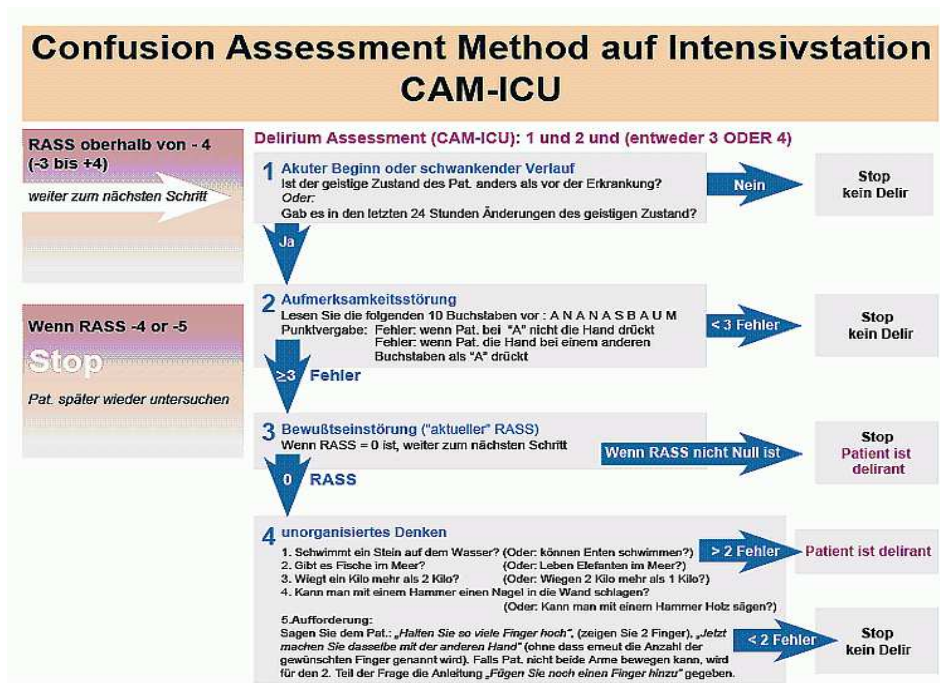
Die Sedierungsform kann mit der **Richmond Agitation and Sedation Scale RASS** überprüft werden.

Note	Bezeichnung	Beschreibung	
+4	streitsüchtig	offen streitsüchtig, gewalttätig, direkte Gefahr für das Personal	
+3	sehr unruhig	zieht oder nimmt aggressiv Schlauch/Schläuche oder Katheter ab	
+2	unruhig	häufige Bewegungen ohne Sinn und Zweck, Schattenboxen	
+1	ruhelos	aufgeregt, aber keine aggressiven oder heftige Bewegungen	
0	wach und ruhig		
-1	schläfrig	nicht ganz munter, hat aber fortwährend wache Momente (offene Augen/Blickkontakt) auf Stimme (> 10 Sekunden)	} verbale Stimulation
-2	leichte Sedierung	kurze Aufwachphasen mit Blickkontakt auf Stimme (< 10 Sekunden)	
-3	moderate Sedierung	Bewegung oder Augenöffnen auf Stimme (aber kein Blickkontakt)	
-4	tiefe Sedierung	keine Reaktion auf Stimmen, aber Bewegung oder Augenöffnen auf physische Stimulation	} physische Stimulation
-5	nicht erweckbar	keine Reaktion auf verbale oder physische Stimulation	

Ely, E.W.et al., Jama 2003; deutsche Version, modifiziert nach Schäfer BU, Massarotto P. et al., Pflege 2009

falls RASS - 4 oder - 5: keine aktuelle Weiteruntersuchung möglich, spätere Untersuchung
 falls RASS über - 4: Fortsetzung der Delireinstufung möglich

Delireinstufung



Ely, E.W. Crit. Care Med. 2001/2002; Putensen, C; primär Inouye 1990

Ein Delir liegt vor, wenn 1, 2 und 3 oder 1, 2 und 4 positiv sind

Eine regelmäßige Wiederholungsanwendung des Screening-Instrument **CAM** wird in der täglichen Neubewertung des vorliegenden Status deliranter Symptome auf Normalstationen und Intensivstationen empfohlen. Auf den Intensivstationen sollte ein mindestens achtstündiges Intervall eingehalten werden.

Alternative Assessmentverfahren stehen mit der **ICDSC** (Intensiv Care Delirium Screening Checklist, **NU-DESC** (Nursing Delirium Screening Scale) und **DDS** (Delirium Detection Scale) zur Verfügung.

Therapie

Die Behandlung der Delirsyndrome mit den unterschiedlichen Ausprägungsvarianten stellt eine tägliche therapeutische Herausforderung dar. Infolge einer möglichen cerebralen Vorschädigung, wie z. B. begleitender Demenz, kann das aufsetzende Delir zum potentiellen Störfaktor werden, der im Alltag eine „kollektive Stressreaktion“ auf der Station auslöst. Hieraus erwächst einerseits ein zu begehrender therapeutischer Behandlungsbedarf als auch ein oftmals vermittelter „Behandlungsdruck“ (Personal, Angehörige etc.). Es empfiehlt sich daher ein möglichst strukturiert gestaltetes, umsichtiges Vorgehen. Die Schulung aller therapeutischen Mitglieder stellt eine unabdingbare Grundvoraussetzung dar.

Delirsyndrome sollten daher nicht als unvermeidbares Geschehen angesehen werden.

Primärvoraussetzung ist das Erkennen der auslösenden Erkrankung, anschließende ergibt sich der Bedarf zu gezielten pflegerischen und milieutherapeutischen Maßnahmen. Es folgen begleitende Symptom orientierte medikamentöse Verordnungen.

Vorbildhaft bleibt das gelebte perioperative Versorgungsmodell am St. Franziskus Hospital Münster unter Leitung von Fr. Dr. S. Gurlit.

Die Empfehlungen beinhalten neben der intensiven Personalschulung eine verstehende (Pflege-)diagnostik, Nutzung von Assessment-Instrumenten, Erinnerungspflege, Validationsformen, Einsatz basaler Stimulation und Snoezelen und das Fortführen der Bewegungsförderung.

Es gilt zunächst präventive, nicht pharmakologische Maßnahmen auszuschöpfen:

- Milieugestaltung, Vermeiden von Raumwechsel
- Konstante Bezugspersonen
- Angenehme physikalische Umgebung (Beleuchtung, Vermeiden Lärm, Geräusche)
- Orientierungshilfen (Uhr, Kalender etc.)
- Ausgleich sensorischer Beeinträchtigungen (Brille, Lesehilfe, Hörgeräte)
- Vermeiden Magensonde, Infusionsschläuche, Blasendauerkatheter)
- Frühmobilisation
- Musiktherapie, Vorlesen

Bezüglich einer symptomorientierten medikamentösen Therapie lassen sich keine allgemeinen Empfehlungen treffen. Prinzipiell hat es sich im Alltag bewährt, möglichst mit einem strukturiertem Stufenschema vorzugehen, wenige Substanzen zu verwenden und selbige in ihrem Wirkungs- und Nebenwirkungsprofil zu kennen. Einige „Mischcocktails“ sollten unbedingt vermieden werden. Alle Substanzen weisen ein unterschiedliches Risikoprofil auf und können selbst Delirpotential aufweisen. Alle Antipsychotika (1-Generation Neuroleptika und 2-Generation Neuroleptika=Atypika) können mit einem erhöhten allgemeinen Mortalitäts-risiko bei älteren Patienten einhergehen. Beim Einsatz von Neuroleptika sollte primär als auch im Verlauf eine Ruhe-EKG Ableitung erfolgen, um kritische QTc- Zeit Veränderungen frühzeitig zu erkennen. Relevante Veränderungen können unter Umständen erst nach Monaten oder Jahren wirksam werden (Clozapin, Olanzapin).

Bereiche der QTc-Dauer

- | | |
|----------------|------------------------------|
| • Bis 450 msec | normal |
| • 450-500 msec | Grenzbereich |
| • > 500 msec | hohes Risiko
für Torsaden |

Zurzeit ist in Deutschland lediglich alleine Risperidon bei Demenzpatienten mit Indikation zur Behandlung herausforderndes Verhalten bei schwerer, chronischer Aggressivität zugelassen. Alle weiteren atypischen Neuroleptika sind off-label.

Medikamentöse Optionen:

Dosierung z. B.

Neuroleptika :

Melperon:	niederpotent	3 x 25 mg/ die	p.o.
Pipamperon:	niederpotent	3 x 40 mg/die	p.o.
Prothipendyl:	niederpotent	2-4 x 40-80 mg /die	p.o.
Haloperidol:	hochpotent		
	leicht agitiert 0,5 mg	2 -3 x/ die	p.o.
	mittelschwer agitiert 1,0 mg	alle 4-6 Std.	p.o.; s.c.; i.m.; i.v.
	schwer agitiert 2,0 mg	alle 4 -6 Std.	p.o.; s.c.; i.m.; i.v.
Risperidon:	0,25 - 0,5 mg	bis zu 3x /die	p.o.
Quetiapin:	Atypika 12,5-25 mg	1 -3 x /die	p.o.

Benzodiazepine : möglichst kurze HWZ

Lorazepam:	0,5 – 2,5 mg	bis zu 3x/die	p.o.
Midazolam:	7,5 mg		p.o.
	1 – 2,5 mg, bis zu 7,5 mg/die		i.v.
Clomethiazol:	192 mg	3 x 1-2 Kps/die	p.o.

Zentraler Alpha 2-Agonist :

Clonidin:	bis zu 8 x 0,075 mg		p.o.
-----------	---------------------	--	------

Acetylcholinesterasehemmer:

Donepezil
Galantamin
Rivastigmin

Die jeweilige Auswahl der Substanzen richtet sich nach den evtl. vorliegenden Begleiterkrankungen und dem zu erwartenden Nebenwirkungsprofil unter jeweils strenger Indikationsstellung. Es besteht Aufklärungspflicht, hier insbesondere an den bevollmächtigten Angehörigen. Gerade beim betagten Patienten mit veränderter Stoffwechselsituation sollte das Prinzip der geringstmöglichen Einzeldosis mit **start low and go slow** eingehalten werden.

Unter der laufenden Medikation ist eine regelmäßige Reevaluation des aktuellen klinischen Status unabdingbar. Nach erneuter Messung der Zielsymptome und bei ausreichendem Wirkungseintritt kann nach einigen Tagen möglicherweise eine Dosisreduktion angestrebt werden. Eine unkritische Langzeittherapie sollte vermieden werden. Stets sind eine kritische Überprüfung der Weiterführungsnotwendigkeit und Absetzversuche einzubeziehen. Ein abrupte Beendigung ist allerdings zu vermeiden.

Fazit:

Das Delir stellt ein häufiges, nicht zu unterschätzendes Problem älterer geriatrischer Patienten dar. Es ergibt sich die Gefahr von Folgekomplikationen mit möglicher Verlängerung des Krankenhausaufenthaltes und Erhöhung der Kostenressourcen. Des Weiteren ist das Risiko zur nachfolgenden Heimeinweisung nahezu verdreifacht. Ebenso kann eine dauerhafte kognitive Störung drohen. Eine frühzeitige Problemerkennung und gezielte anamnestische Symptomwahrnehmung stellen eine wichtige Grundvoraussetzung dar. Der Medikamentenerhebung kommt hierbei besondere Bedeutung zu. Die Behandlung und stationäre Begleitung sollte mit umsichtig geschultem Personal als interdisziplinäre Verknüpfung im multiprofessionellem Team umgesetzt werden. Der verantwortungsvolle und gezielte Umgang mit deliranten Patienten bedeutet letztlich auch ein Qualitätsmerkmal in der modernen Krankenhaus- und Heimversorgung.

Autor:

Gunter Reuling
Leitender Arzt Geriatrie
Kreiskrankenhaus Weilburg gGmbH
Am Steinbühl 2
35781 Weilburg

20. Wiesbadener Geriatrie-Kolloquium

W. Knauf

Ende November 2013 veranstaltete die Geriatriische Fachabteilung der Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden zum 20. Mal ihr Geriatrie Kolloquium im Biebricher Schloss. Jahr für Jahr werden durch die schon traditionellen Wiesbadener Geriatrie Kolloquien geriatrische Themen in die Gesellschaft getragen und bilden in der hessischen Geriatrieszene jährlich einen besonderen fachlichen Kristallisationspunkt.



Mitveranstalter war auch diesmal – und nun schon bereits zum vierten Mal das Amt für Soziale Arbeit der hessischen Landeshauptstadt, welches ebenfalls ein Jubiläum feiern konnte – wurden die „Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter“ doch 30 Jahre alt. Insofern war es logisch, dass das Kolloquium unter dem Titel: **„Klinische Geriatrie und Soziale Arbeit – Erfolge durch Gemeinsamkeit“** zusammen zu veranstalten. Aufgrund der Themenvielfalt fand das 20. Kolloquium an zwei Tagen statt, wobei sich nach Fachvorträgen für „das Fachpublikum“ am ersten Tag sich am Folgetag weitere Referate und interaktive Workshops für die interessierte Öffentlichkeit anschlossen.

Die Veranstalter, Herr Chefarzt Dr. Knauf und Herr Johannes Weber (Abteilungsleiter im Amt für soziale Arbeit der Stadt Wiesbaden) waren stolz, viel politische Prominenz am ersten Kolloquiumstag im Biebricher Schloss begrüßen zu können. Neben Herrn Sozialminister Stefan Grüttner waren sowohl der neue Wiesbadener Oberbürgermeister Gerich, wie auch der Sozialdezernent und Bürgermeister Arno Goßmann anwesend.

In den einleitenden Beiträgen des neu gewählten Oberbürgermeisters Gerich und des Bürgermeisters Goßmann wurde ersichtlich, dass aus kommunaler Sicht der „Wiesbadener Weg“ mittlerweile als Vorreiter und Vorbild nicht nur auf Landesebene sondern auch auf Bundesebene gilt, da es gelungen sei, bei der Behandlung alter Menschen und Bürger gesundheitliche und soziale Fragestellungen miteinander zu verknüpfen. Wichtig und notwendig sei es, dass – zukünftig noch mehr als bereits heute – die Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe eng mit den Akteuren im Gesundheitswesen, mit Pflegediensten, ärztlichen Praxen, geriatrischen Fachkliniken und Akutkrankenhäusern kooperieren.



Aus Sicht des Asklepios Konzern betonte Herr Dr. Coy als Konzerngeschäftsführer die Bedeutung der Geriatrie für die Asklepios“kette“ und pries dabei die Vorreiterrolle der geriatrischen Fachabteilung in Wiesbaden.

In seinem Grußwort unterstrich auch Professor Dr. med. K.-R. Genth von der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, dass die geriatrische Medizin weit über eine organzentrierte Behandlung hinausgehe:

Neben der Behandlung akuter und chronischer Leiden gebe es eine präventive und rehabilitative Zielsetzung, eingeschlossen palliativer Fragestellungen. Als Querschnittsfach verlange die geriatrische Medizin eine „hohe Ausbildungsqualität“.

Genth dankte Knauf und seinen Kollegen, die als Referenten und Kursleiter die Akademie unterstützen mit dem Ziel der Stärkung der geriatrischen Kompetenz, um altersbedingte Erkrankungen immer besser behandeln zu können.

Besonders interessiert hörten die Gäste den Ausführungen des Hessischen Sozialministers Stefan Grüttner zu, der über die Aufgaben und Anforderungen der Geriatrie in Hessen aus Sicht der Landesregierung referierte. Grüttner begann seinen Vortrag, dessen Inhalte partiell bereits schon im Hessischen Ärzteblatt¹ veröffentlicht wurden, unter Bezugnahme auf bekannte demographische Herausforderungen:



Die prognostizierte Überalterung der Bevölkerung in Deutschland stelle Politik und Gesellschaft schon jetzt vor neue Herausforderungen. So seien aktuell in der Altersgruppe 65 Jahre und älter schon mehr Menschen in Hessen pflegebedürftig als es Kinder unter drei Jahren gibt. Die Zahl der über 80-Jährigen wird sich bis zum Jahr 2050 verdreifachen. „Die Gesundheitspolitik muss darauf Antworten finden“, so Grüttner. Gefordert seien komplexe Versorgungsstrukturen, um die Selbständigkeit der Senioren so lange wie möglich zu erhalten und Pflegebedürftigkeit zu verringern, so Grüttner. In diesem Zusammenhang wies der Minister auf die Grundlage des Geriatriekonzepts aus dem Jahr 1992 hin, mit welchem in Hessen das Konzept der fallabschließenden Behandlung im Krankenhaus eingeführt wurde.

¹ Hessisches Ärzteblatt Heft 2/2014

Die Ganzheitlichkeit, die Interdisziplinarität, die sektorenübergreifende Versorgung und die Netzwerkbildung könnten –laut Aussagen des Ministers- nur optimal funktionieren, wenn ein Krankenhaus im Mittelpunkt des Geschehens stehe. Dementsprechend wurde das Konzept der fallabschließenden Behandlung Kernstück des Geriatriekonzepts, auch weil nur so gewährleistet ist, dass zum frühestmöglichen Zeitpunkt stationäre Krankenhausbehandlung durch frührehabilitative Behandlung ergänzt wird und sich teilstationäre und ambulante Angebote anschließen können. Eine Zweiteilung, die die akutmedizinische Behandlung im Krankenhaus und die Weiterbehandlung des betroffenen Patienten in einer Rehabilitationsklinik vorsähe, würde den beschriebenen fachlichen Anforderungen nicht gerecht. Dies ist und dies bleibe – so Minister Grüttner - auch weiterhin die Grundlage des Hessischen Geriatriekonzepts.

In den weiteren Vorträgen wurde immer wieder deutlich, dass eine optimale geriatrische Versorgung, eine gute Kooperation zwischen Hausärzten, den Beratungsstellen für Senioren und ihren Angehörigen, ambulanten Hilfs- und Pflegediensten sowie den geriatrischen Fachkliniken bzw. -abteilungen erfordere. In Wiesbaden wurden bereits vor 30 Jahren mit dem Aufbau der „Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter“ die Grundlagen für ein geriatrisches Netzwerk gelegt. Im Jahr 1993 entstand an der Asklepios Paulinen Klinik auf der Grundlage des Hessischen Geriatriekonzeptes als Modellprojekt des Landes Hessen und des Bundes die geriatrische Fachabteilung. Seinerzeit begonnen mit 60 vollstationären Betten und 15 teilstationären Plätzen hat sich dieser Bereich in den letzten zwei Jahrzehnten deutlich vergrößert, so dass seither die Zahl der dort jährlich behandelten Patienten von 550 im ersten Jahr auf heute über 1700 gestiegen ist. Bei dieser erheblichen Mengenausweitung waren für den Erfolg der Geriatrie in Wiesbaden die multiprofessionelle Teamarbeit unter stetiger Berücksichtigung qualitativer Aspekte essentiell, so der Gastgeber, Dr. Knauf. Die moderne geriatrische Behandlung umfasse dabei –je nach individuellem Bedarf- kurative, rehabilitative, präventive und auch palliativmedizinische Aspekte – auch resultierend aus dem allgemeinen Wunsch nach einem langen Leben in materieller Sicherheit, dem Wunsch nach einem Altern in Würde, „wozu auch ein würdevolles Sterben zählt“.

Nach den politischen Grundsatzreferaten, die alle eine hohe Affinität für das Gebiet der Geriatrie zeigten, wurden in medizinischen Fachvorträgen aktuelle medizinische Standards in der Geriatrie vorgestellt und diskutiert:

Professor Hamann (Wiesbaden) stellte die aktuellen Behandlungsmöglichkeiten beim cerebralen Insult dar. Professor Ferrari (Wiesbaden) berichtete über die Möglichkeiten der interventionellen Kardiologie beim geriatrischen Patienten und Professor Kreutz von der Charité referierte über das Problem der Polypharmakotherapie im Alter.

Höhepunkt des ersten Kolloquiumstages war der Festvortrag von Bundesminister a.D. Dr. Heiner Geißler. Er betonte vor dem Hintergrund, dass Krankenhäuser heutzutage als Wirtschaftsunternehmen geführt werden, dass Medizin, einschließlich Altersmedizin, immer auch eine öffentliche Aufgabe sei.

Deshalb könne man sie nicht leichtfertig privatisieren. In einer Gesellschaft des langen Lebens dürfen ältere Menschen nicht zu Kostenfaktoren degradiert werden, mahnte Geißler. Die Zuhörer in der Rotunde des Biebricher Schlosses quittierten Geißlers Rede mit stehendem Applaus.



Der zweite Tag des Wiesbadener Jubiläumskolloquiums bot insbesondere interessierten Bürgern und Bürgerinnen alltagspraktische Informationen rund um das Thema einer modernen Alter(n)smedizin. Eindrücklich wurde die Alltagsarbeit der Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter anhand verschiedener Kasuistiken beleuchtet. Leicht erkennbar wurde für alle Zuhörer des Kolloquiums der Gewinn an Autonomie für die

betroffenen älteren Menschen durch die ineinandergreifenden, vernetzten Tätigkeiten unterschiedlicher Professionen.

Mitarbeiter der Asklepios Paulinen Klinik berichteten anschließend über verschiedene Versorgungs- und Behandlungsformen in der Geriatrie:

So wurden dezidiert die Möglichkeiten der **mobilen Geriatrie**, die Diagnostik in der **Memory-Clinic** und auch Möglichkeiten der **palliativmedizinischen Betreuung** beleuchtet.

In zwei weiteren Vorträgen wurden die Vorteile einer Vernetzung zwischen Orthopädie und Geriatrie am Beispiel der **Wiesbadener Sturzklinik** dargestellt.

Den Abschluss des Kolloquiums bildete dann die Verleihung des **Förderpreises 2013** des Fördervereins AGape² e.V. an das Team von Herrn PD Dr. Rapp der Geriatrischen Rehabilitationsabteilung des Robert-Bosch-Krankenhauses in Stuttgart. Hier war es in der Stadt Reutlingen gelungen, ein erprobtes Sturzpräventionsprogramm für alleinstehende Senioren zu implementieren. Ähnliches soll demnächst als Vorbild in Wiesbaden dienen.

² AGape = Altersmedizin, Geriatrie – aktivieren, pflegen, erhalten

Autor:

Dr. med. Wolfgang Knauf
Chefarzt der Medizinischen Klinik II des ZIGM
Asklepios Paulinen Klinik
Geisenheimer Str. 10
65197 Wiesbaden

TERMINE

Nächste Sitzungen AG Medizin des LV Hessen-Thüringen

- **04. April 2014**, 13.00 Uhr
Otto-Fricke-Krankenhaus, Bad Schwalbach
- **04. Juli 2014**, 15.30 Uhr
Asklepios Klinik Seligenstadt

Vorankündigung

- Am **24. bis 27. September 2014** findet der Jahreskongress der DGG und DGGG in der Universität Halle/ Saale statt, Informationen auf der Homepage der DGG. Um Einreichung von Abstracts wird gebeten.

Veranstaltungen

- **05. April 2014**
Symposium „Aktuelle Geriatrie“ anlässlich des Jubiläums 66 Jahre Otto-Fricke-Krankenhaus und 35 Jahre Geriatriische Fachklinik, Historischer Alleesaal, Goetheplatz 1, 65307 Bad Schwalbach
- **09. April 2014**
50. Memory Clinic Gespräch, Asklepios Paulinenklinik Wiesbaden
19 Uhr Filmvorführung „Vergiss mein nicht“, nähere Informationen über das Chefarztsekretariat Geriatrie, Asklepios Paulinenklinik Wiesbaden
- **05. Juli 2014**
15. Hessisch-Thüringischer Geriatrietag in Seligenstadt
Thema „Der ältere Schlaganfallpatient im Fokus der interdisziplinären und multiprofessionellen Behandlung“

Impressum:

Auflage: 1.000 Exemplare
Landesverband Geriatrie Hessen und Thüringen des Bundesverbandes Geriatrie e.V.
V.i.S.i.P: Dr. Beate Manus, Seligenstadt