

GERIATRIE aktuell

aus dem Landesverband Hessen - Thüringen

Ausgabe 2 - Juli 2011

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

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



In eigener Sache:

Das zurückliegende zweite Quartal dieses Jahres war für die Klinische Geriatrie geprägt durch intensive Fort- und Weiterbildungsangebote: So fand im Juni im Beisein des Hessischen Sozialministers Stefan Grüttner in Darmstadt der traditionelle Geriatrietag unseres Landesverbandes statt:

Unter dem Thema "QUO VADIS GERIATRIE" wurden einerseits erneut die bestehenden und langjährig bewährten Kernpunkte der geriatrischen Versorgung in Hessen ministeriell bestätigt. Andererseits wurden neue Behandlungsmöglichkeiten in der Altersmedizin vorgestellt, wie etwa die Zusammenarbeit zwischen Klinischer Geriatrie und Chirurgie / Orthopädie, wie aber auch mobile geriatrische Therapieformen.

Die Landesärztekammer Hessen veröffentlicht ausführlich seit dem Frühjahr im Hessischen Ärzteblatt in regelmäßiger Folge verschiedene Artikel zu geriatrisch relevanten Themen, wofür der Landesverband Geriatrie Hessen-Thüringen sehr dankbar ist. Aufgrund der prinzipiellen Bedeutung wollen wir diese Artikel in unserem Newsletter in den nächsten Ausgaben erneut abdrucken.

Nicht zuletzt fand am 5. März das erste südhessische Symposium für Hospizarbeit und Palliativversorgung statt, wovon wir ebenfalls berichten.

Viel Spaß beim Lesen
wünschen Ihre

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

Wichtiges Thema: Geriatrie

Martin Leimbeck;
Vizepräsident der
Landesärztekammer Hessen



Für das Altern darf man nicht feige sein, um eine ehemals berühmte amerikanische Schauspielerin zu zitieren, die damit einen nach ihren Beschwerden fragenden Journalisten kurz beschied. Die für das Alt-werden normalen biologischen Vorgänge und physiologischen Veränderungen wie Sarkopenie und nachlassende Leistungsfähigkeit der Organe, Stoffwechsellangsamung bei reduzierter Entgiftungsfunktion und relatives „Austrocknen“ der Verteilungsräume, alterierte Schlaf-Wach-Rhythmik und Verlangsamung von Reaktionen und kognitiven Funktionen in Verbindung mit abnehmender Gedächtnis-

leistung und psychischer Resilienz-minderung gehen fließend von altersbedingten Beschwerden in Symptome von Krankheiten, in plötzliche Exazerbationen, in Schäden und schließlich Behinderungen über.

Mit zunehmendem Alter gewinnen die „Fünf I“ (Immobilität, Intelligenzminderung, Inkontinenz, Instabilität, iatrogene Folgen; sog. Geriatric Giants) zunehmend an Bedeutung. Wir geraten häufiger an unsere Leistungsgrenze, zu deren Überschreiten es oft nur eine in jüngeren Jahren bedeutungslose Kleinigkeit braucht, um durch akute Dekompensation die eigene Selbstständigkeit im gewohnten psychosozialen Gefüge des Alltages plötzlich in Abhängigkeit zu verwandeln.

In den nächsten 35 Jahren wird der Anteil der über 65-jährigen an der Gesamtbevölkerung von derzeit ca. 1/6 auf knapp 25 % steigen – dabei die Kohorte „80+“ mindestens 10 % betragen. Aus dieser demographischen Entwicklung folgt zwingend eine erhebliche Zunahme altersassoziierter Beschwer-

den und altersrelevanter Erkrankungen.

Sind wir in Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge für diesen gravierend wachsenden Bedarf an geriatrischer Versorgung ausreichend gerüstet?

Geriatric als medizinische Spezialdisziplin, die sich mit somatischen, funktionellen, mentalen, psychischen und sozialen Dimensionen der präventiven, akuten, chronischen Behandlung und Pflege des Älteren und meist Multimorbiden befasst, wird flächendeckend angeboten und gewährleistet sein müssen.

Sehr unterschiedlich, symptomarm und vom Lehrbuchwissen abweichend präsentierte Erkrankungen mit dadurch oft schwieriger Diagnostik, verzögertes Ansprechen auf therapeutische Bemühungen bei gleichzeitig erhöhter Vulnerabilität und regelhaft Bedarf an sozialer, häufig auch psychischer Unterstützung erfordern ganzheitliche Behandlungsansätze.

Geriatrische Medizin überschreitet als Querschnittsfach unsere organzentrierte Medizin und kann nur im Setting einer multidisziplinären Team-Umgebung wirksam werden. Die Ziele sind Optimierung des funktionellen Status' Älterer, Erhalt/Besserung von Lebensqualität und Autonomie, Verbleib/Rückkehr in selbstbestimmtes Leben, Ressourcenstabilisierung und Erhalt/Stärkung der Fähigkeit für die einfachen und höheren Aktivitäten des täglichen Lebens, Minimierung des Pflege-, Betreuungs- und Versorgungsaufwandes und Behandlung der typischen (Multi-) Morbidität älterer Patienten inklusive Reduktion des erhöhten Risikos für dauerhafte Behinderungen. Diese Ziele orientieren sich absolut individuell am Einzelnen, erweisen sich aber auch in der volkswirtschaftlichen Betrachtungsweise schon mittelfristig als effiziente Strategie.

Verwirklichen lassen sich die notwendigen spezifischen Angebote nur unter Beteiligung der Regionen und Krankenkassen. Regionale Versorgungsstrukturen be-

nötigen die Entwicklung und Förderung von interdisziplinären und suprasektoralen Kooperationsmodellen zwischen niedergelassenen Ärzten, Krankenhäusern, Pflegediensten, Pflegeheimen, Heilmittelerbringern, Sozialdiensten und Hilfsmittelversorgern. Die Versorgungskonzepte dürfen ein kooperatives, möglichst IT-gestütztes, redundantes Schnittstellenmanagement zur Koordination und verbesserten Organisation der Übergänge zwischen Akutversorgung, Rehabilitation, ambulanter/ stationärer Pflege und Nachsorge nicht vermissen lassen.

Der eingangs zitierte, zum Alt- und Älterwerden benötigte Mut sollte auch uns veranlassen, Mut für neue Versorgungsformen zu entwickeln, Berührungspunkte zu den anderen Disziplinen abzubauen und (finanzierte) therapeutische Teams unter ärztlicher Leitungsverantwortung zu fordern. Zusätzliches wie Tages- und Nachtbetreuung im prä-stationären Bereich inklusive Angehörigenbetreuung, kassen- oder kommunal finanzierte

Fahr- und Transportdienste zu ambulanten Untersuchungen und Therapien usw. müssen eine Selbstverständlichkeit werden.

Quelle:
Hessisches Ärzteblatt Nr.3/2011

QUO vadis Geriatrie? Bericht vom Geriatrietag

Zu einer richtungsweisenden Veranstaltung, in deren Mittelpunkt die gesundheitspolitische Frage nach der Zukunft der Geriatrie in Hessen stand, hatte der Landesverband Geriatrie Hessen-Thüringen am Samstag, 4. Juni, auf das Gelände des Agaplesion Elisabethenstifts in Darmstadt eingeladen. Der 12. Hessisch-Thüringische Geriatrietag 2011 stand unter dem Titel „Quo vadis Geriatrie in Hessen?“.

Schnelle und umfassende Hilfe ist gerade beim alten, multimorbiden Patienten notwendig. Dies muss mit Hilfe innovativer Versorgungsprogramme und medizinischer Zentren weiter intensiviert werden. „Aus diesem Grund haben wir beschlossen, unsere seit 13 Jahren bestehende „Klinik für Geriatrie“ in das „Zentrum für Geriatrie Medizin“ weiterzuentwickeln“ erklärte

Michael Keller, Geschäftsführer der Agaplesion Elisabethenstift gGmbH und Vorstandsmitglied des Deutschen Evangelischen Krankenhausverbandes.

„Diese Veränderung berücksichtigt Innovationen wie beispielsweise den Neubau unserer geriatrischen Tagesklinik mit Memory Clinic oder die interdisziplinäre Alterstraumatologie. In unserem ebenfalls bald neu eröffneten ambulanten Therapiezentrum werden wir dann auch gezielte Angebote der Sturzprävention für sturzgefährdete ältere Menschen anbieten können. Unser Ziel ist es, gemeinsam mit anderen ein geriatrisches Versorgungsnetzwerk in der Region zu etablieren, in dem ambulante und stationäre Angebote angepasst auf die individuellen Bedürfnisse des geriatrischen Patienten ohne Versorgungsbrüche und mit möglichst wenig Reibungsverlust erbracht werden.“

Eindeutiges politisches Signal

„Die Vielfältigkeit der Perspektiven hat die Geriatrie zu dem gemacht, was sie heute ist – ein Fachgebiet, das zum Paradebeispiel für Interdisziplinarität und Vernetzung geworden ist“, betonte der Hessische Sozialminister Stefan Grüttner. Dieses Prinzip entspreche den Zielen der Hessischen Gesundheitspolitik, die sehr stark vom Gedanken der Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen, auch über die Sektorengrenzen hinweg, geprägt sei. „Dieser Vernetzungsgedanke“, so Grüttner weiter, „wurde im neu aufgelegten Hessischen Krankenhausgesetz 2011 als eindeutiges politisches Signal festgeschrieben.“ Und deshalb stehe die Hessische Regierung absolut zum Hessischen Geriatriekonzept der fallabschließenden Behandlung. „Ich bin sehr davon überzeugt, dass wir in Hessen ein zukunftsweisendes Konzept in der

Geriatrie verfolgen und werde Sie darin unterstützen, weitere Verbesserungen und Entwicklungen der bestehenden Konzepte umzusetzen“, schloss der Minister.

Prof. Dr. Werner Vogel, Vorsitzender des Landesverbandes Geriatrie Hessen-Thüringen, warnte: „Die hohe Leistungsfähigkeit der deutschen Medizin droht zu kippen, wenn es nicht gelingt, die medizinische Versorgung vor allem für ältere Menschen nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen dem rasch wachsenden Bedarf anzupassen.“ Ziel sei, den Betroffenen ein Höchstmaß an Selbstständigkeit zu erhalten und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. „Hessen gehört zu den Vorreitern der Klinischen Geriatrie in Deutschland: Ein Netzwerk von 32 Kliniken hat sich planmäßig über Jahre entwickelt, nachhaltig unterstützt durch Sozialpolitik, Ärzteschaft und Kostenträger. Geriater fordern daher in Hessen wie in anderen

Bundesländern Forschung, Lehre und Weiterbildung in den medizinischen Berufen zum Erhalt der bisherigen hohen Leistungsstandards. Ein wichtiger Schritt ist die Anerkennung des „Facharztes für Innere Medizin und Geriatrie“ und der „Zusatzweiterbildung Geriatrie“ für andere, in der Altersmedizin engagierte Ärztinnen und Ärzte“, führte Vogel weiter aus. „Rund ein Prozent der 330.000 Ärzte Deutschlands sind Geriater, und rund ein Prozent der Krankenhausbetten sind geriatrische Betten. Das steht im krassen Widerspruch zum zirka zehnfach höheren Bedarf mit Blick auf die demographische Entwicklung.“

Ein „Weiter so“ gibt es nicht

Thomas Göbel von der AOK Hessen stellte die Perspektive der Kostenträger dar. Die demographische Entwicklung mache die wachsende Bedeutung der geriatrischen Versorgung deutlich. Die Umsetzung des

medizinischen Fortschritts werde erhebliche Kosten verursachen. Daraus folge: Ein einfaches Fortschreiben der derzeitigen Leistungsanspruchnahme sei weder sinnvoll noch finanziell möglich. „Wir müssen Ergebnisqualitätsindikatoren entwickeln, um die Behandlungsqualität nachhaltig abzusichern“, so Göbel weiter. So ist ein Benchmark der hessischen Krankenhäuser auch im Bereich der Geriatrie in der Diskussion. Qualitätsmerkmale könnten dabei u. a. sein: Wie viele der Patienten können nach Fallabschluss nach Hause statt ins Pflegeheim entlassen werden, wie hoch ist die Oberschenkelhalsbruch-Quote nach der Entlassung, wie sieht der Zeitraum von der Entlassung bis zu einer Höherstufung in der Pflegeversicherung aus? Zudem, so Göbel, sei ein Hinterfragen der bestehenden Versorgungsangebote erforderlich. „Wir brauchen eine Vernetzung der ambulanten und stationären Angebote, und

wir müssen die Heterogenität in der geriatrischen Versorgung kritisch unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsaspekten hinterfragen.“

Ausbildung zum Geriater in 18 Monaten

Martin Leimbeck, Vizepräsident der Landesärztekammer Hessen, unterstrich dies mit einem Zitat aus dem Hessischen Landesgeriatriekonzept: „Geriatric ist Rehabilitation und soziale Wiedereingliederung vom ersten Tag der Behandlung an.“ Die prinzipiellen Forderungen an die geriatrische Behandlung, nämlich fallabschließend, ganzheitlich und die Selbstständigkeit fördernd, finden sich in der Ausbildung der geriatrischen Fachärzte wieder. Diese 18-monatige Zusatz-Weiterbildung, die an 32 Kliniken bzw. Abteilungen in Hessen durchgeführt wird, umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung, konservative und inter-

ventionelle Behandlung und Rehabilitation körperlicher und seelischer Erkrankungen im biologisch fortgeschrittenen Lebensalter mit dem Ziel der Erhaltung und Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit.

Dass die Geriatrie Zukunft hat, zeigt neben der eindeutig in diese Richtung weisenden Demographie auch das wachsende Interesse der Mediziner: „Wir müssen allerdings nicht nur unsere Ärzte vom Benefit der Geriatrie überzeugen, sondern vor allem auch die den gesellschaftspolitischen Willen – also die Öffentlichkeit –, die Ökonomie und die Krankenversicherungen repräsentieren“, schloss Martin Leimbeck.

Fachliche Kurzvorträge über innovative Konzepte in der Geriatrie ergänzten das Programm. Dr. Wolfgang Knauf, Internist, Geriater, Palliativmediziner, Chefarzt der Geriatrischen Abteilung der Asklepios Paulinen Klinik

Wiesbaden und Vorstandsmitglied im Landesverband Geriatrie Hessen-Thüringen, referierte über die Mobile geriatrische Rehabilitation als eine komplexe, aufsuchende Behandlungsform durch ein interdisziplinäres Team unter ärztlicher Leitung und Verantwortung. Anhand aktueller Daten konnte der Behandlungsgewinn bei demenzten Patienten, die zu Hause bzw. im Heim geriatrisch behandelt werden, eindrucksvoll belegt werden. Ebenso ließ sich durch eine - im Rahmen einer Dissertationsarbeit erarbeiteten Längsschnittuntersuchung - die Beibehaltung der erzielten Erfolge nach sechs Monaten deutlich nachweisen.

Dr. Fabian Schneider, Oberarzt des Zentrums für Geriatrische Medizin in Darmstadt, berichtete über „IDA“ (Interdisziplinäre Alters-traumatologie), ein neues interdisziplinäres Konzept, bei dem sich Unfallchirurgie, Orthopädie und Geriatrie auf

die Versorgung älterer verletzter Patienten spezialisieren. Das Spektrum der Betreuung reicht von der Notfallbehandlung über die operative Versorgung, die geriatrisch/internistische Behandlung von Begleit- und Grunderkrankungen bis zur Rehabilitation reichen. Einer der großen Vorteile von IDA für die Patienten: Verlegungen und Ärztewechsel entfallen. Das integrierte Behandlungsteam wird durch speziell ausgebildete Pflegekräfte, Physiotherapeuten und Sozialarbeiter komplettiert und betreut den Patienten bis zur Entlassung.

Dr. Michael Schwenk, Sportwissenschaftler mit dem Forschungsschwerpunkt „Entwicklung von körperlichen Trainingsprogrammen für demenziell erkrankte Patienten;“ berichtete über neue Wege der Sturzprävention durch körperliches Training. Obwohl zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen die Wirksamkeit ambulanter körperlicher

Trainingsprogramme zur Sturzprävention belegen, sind diese Programme bislang in Deutschland nicht flächendeckend verbreitet. Der am Geriatrischen Zentrum in Heidelberg gegründete Rehabilitations-sportverein in der Geriatrie (REGE e.V.) ist ein erfolgreiches Modellprojekt zur Implementierung eines qualitätsgesicherten Sturzpräventionsprogramms. Derzeit wird das bestehende Trainingsprogramm für demenziell erkrankte Patienten weiterentwickelt.

*Landesverband Geriatrie
Hessen-Thüringen*

**Bericht über den
5. Hessischen Palliativtag in
Darmstadt**

**„Gemeinsam sind wir
besser“**

Die Themen Krankheit und Tod und die damit verbundene drängende Frage, wie es unheilbar erkrankten Menschen ermöglicht werden kann, möglichst schmerzfrei und würdevoll aus dem

Leben zu scheiden, berühren immer mehr Menschen und nehmen aktuell im gesellschaftspolitischen Bewusstsein einen immer breiter werdenden Raum ein.


Gerade in der Geriatrie haben neben rehabilitativen, kurativen und präventiven Aspekten, palliative Zielsetzungen eine besondere Bedeutung. Auf Einladung des Zentrums für Hospiz- und Palliativversorgung und des Zentrums für Geriatrische Medizin am AGAPLESION ELISABETHENSTIFT Darmstadt fand am 5. März dieses Jahres das 1. Südhessische Symposium für Hospizarbeit und Palliativversorgung / 5. Hessischer Palliativtag im Kongresszentrum Darmstadtium statt.

In der im vergangenen Jahr verabschiedeten Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland fordern die Deutsche Gesellschaft



Fortsetzung auf Seite 17

Serie

Geriatrien in Hessen und Thüringen stellen sich vor: (Fortsetzung 2)

| | |
|---|--|
| <p>ALSFELD</p>  <p>Telefon: 06631 / 980 Telefax: 06631 / 1571 Homepage:</p> <p>Email: Dr.Martin.Boehm@t-online.de</p> | <p>Name der Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Abteilung für Geriatrie des Kreiskrankenhauses Alsfeld <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vogelsbergkreis <p>Chefarzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dr. med. Martin Böhm <p>Facharzttitel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin <p>Zusatzweiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Geriatrie ➤ Palliativmedizin ➤ Sportmedizin ➤ Notfallmedizin ➤ Ärztl. Qualitätsmanagement <p>Weiterbildungsermächtigung für</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin ➤ Allgemeinmedizin |
|  | <p>Abteilungsgröße:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anzahl stationäre Betten 20 Betten ➤ Anzahl Tagesklinikplätze 0 Plätze <p>Zertifizierung nach</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ KTQ <p><u>Besonderheiten der Fachabteilung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Angebot von geriatricspezifischen CME-Fortbildungen |

| | |
|---|---|
| <p>BAD ENDBACH</p>  <p>Telefon: 02776 / 803-0 Telefax: 02776 / 803-109 Homepage:</p> <p>Email: verwaltung@berglandklinik.de</p> | <p>Name der Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hessische Berglandklinik Bad Endbach <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hessische Berglandklinik Koller GmbH <p>Chefarzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Jochen Gehrke <p>Facharzttitel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin ➤ Kardiologie <p>Zusatzweiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Geriatrie ➤ Palliativmedizin ➤ Notfallmedizin |
|   | <p>Abteilungsgröße:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anzahl stationäre Betten 100 Betten ➤ Anzahl Tagesklinikplätze 0 Plätze <p>Besonderheiten der Fachabteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Teilnahme an ZERCUR mit den geriatrischen Kliniken Mittelhessens |

| | |
|--|---|
| <p>BAD HERSFELD</p>  <p>Telefon: 06621 / 88 1687 Telefax: 06621 / 88 1627 Homepage:</p> <p>Email: Geriatric@klinikum-hef.de</p> | <p>Name der Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Geriatrische Abteilung am Klinikum Bad Hersfeld <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klinikum Bad Hersfeld <p>Chefärzte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Prof. Dr.med. Markus Horn ➤ Dr. Majunke <p>Facharzttitel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Neurologie ➤ Innere Medizin <p>Zusatzweiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Geriatrie ➤ Rehabilitationswesen <p>Weiterbildungsermächtigung für</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin ➤ Neurologie ➤ Geriatrie |
|   | <p>Abteilungsgröße:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anzahl stationäre Betten 33 Betten ➤ Anzahl Tagesklinikplätze 7 Plätze <p>Zertifizierung nach</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ KTQ ➤ Geriatrie Siegel Bundesverband Geriatrie |

| | |
|--|--|
| <p>BAD HOMBURG</p>  <p>Telefon: 06172 / 143156 Telefax: 06172 / 143452 Homepage:</p> <p>Email: geriatrie@hochtaunus- kliniken.de</p> | <p>Name der Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Geriatrische Abteilung der Hochtaunus-Kliniken gGmbH Bad Homburg / Usingen <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hochtaunuskreis <p>Chefarzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dr. med. Stefan Nels <p>Facharzttitel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin <p>Zusatzweiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klinische 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"> ➤ DIN ISO 9000 |

| | |
|---|--|
| <p>BAD SCHWALBACH</p>  <p>Telefon: 06124 / 506-0 Telefax: 06124 / 506-532 Homepage: www.otto-fricke- krankenhaus.de Email: info@otto-fricke- krankenhaus.de</p> | <p>Name der Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Otto-Fricke-Krankenhaus Paulinenberg GmbH - Zentrum für Geriatrie und Orthopädie Wiesbaden - Bad Schwalbach <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ev.Krankenhaus Gesundbrunnen gGmbH Hofgeismar und Evangelischer Verein für Innere Mission in Nassau Wiesbaden <p>Chefarzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dr. med. Klaus Weil <p>Facharzttitel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin <p>Zusatzweiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Rehabilitationswesen, ➤ Klinische Geriatrie, ➤ spezielle Schmerztherapie ➤ Notfallmedizin <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 116 Betten ➤ Anzahl Tagesklinikplätze 12 Plätze <p>Zertifizierung nach</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ DIN ISO 9000 <p>Besonderheiten der Fachabteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Angebot von geriatricspezifischen CME-Fortbildungen ➤ Gedächtnisklinik ➤ Spezialbereich Demenz ➤ Zentrum für Sprach-/Sprech-/Schluckstörungen mit Ambulanz ➤ Lehrauftrag des Chefarztes (Hochschule Fresenius) ➤ Kurzzeitpflegeeinrichtung |

| | |
|--|---|
| <p>JENA</p>  <p>Telefon: 03641 / 934901 Telefax: 03641 / 934902 Homepage:</p> <p>Email: anja.kwetkat@med.uni-jena.de</p> | <p>Name der Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klinik für Geriatrie <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Universitätsklinikum Jena <p>Chefärztin:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dr.med. Anja Kwetkat <p>Facharzttitle:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin <p>Zusatzweiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klinische Geriatrie ➤ Physikalische Therapie <p>Weiterbildungsermächtigung für</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin ➤ Geriatrie |
|   | <p>Abteilungsgröße:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anzahl stationäre Betten 39 Betten ➤ Anzahl Tagesklinikplätze 0 <p>Zertifizierung nach</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ DIN ISO 9000 <p>Besonderheiten der Fachabteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Angebot von geriatricspezifischen CME-Fortbildungen ➤ Teilnahme an ZERCUR ➤ Lehrauftrag der Chefärztin an der Universität Jena |

<Fortsetzung von Seite 10 >

für Palliativmedizin, der Deutsche Hospiz- und Palliativverband, die Bundesärztekammer, die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie und viele weitere Institutionen: „Schwerstkranke und sterbende Menschen bedürfen einer Versorgung, die je nach individueller Situation multi-professionelles, interdisziplinäres, sektoren- und berufsgruppenübergreifendes Handeln in enger Kooperation mit allen Beteiligten erfordert. Dazu bedarf es regionaler Vernetzungsstrukturen.“ Diese weiter auszubauen war ein wichtiges Ziel dieses Symposiums.

Kompetente Referenten, aber auch zahlreiche interessante Workshops und ein Film waren u.a. Garanten für eine äußerst erfolgreiche und spannende Veranstaltung. Als Hauptreferentin konnte Frau Professor Dr. Margot Käßmann, frühere Ratsvorsitzenden der evangelischen Kirche in Deutschland (EKD), gewonnen werden. „Das Tabu des Sterbens muss gebrochen werden“, lautete

eine ihrer Forderungen. Es müssten Wege gefunden werden, Menschen einen würdigen und möglichst schmerzfreien Tod zu gewährleisten, um den Befürwortern der aktiven Sterbehilfe den Wind aus den Segeln zu nehmen. Käßmann kritisierte vor rund 850 Zuhörern, Deutschland sei in der Palliativmedizin noch ein Entwicklungsland.

Manche Mediziner und viele Palliativpatienten fordern immer wieder die aktive Sterbehilfe, um Menschen, die ihre Schmerzen nicht mehr ertragen können oder nur noch durch eine medizinische Maschinerie am Leben gehalten werden, von ihren Leiden zu erlösen. Die Kirchen, das betonte auch der Kirchenpräsident der Evangelischen Kirche in Hessen und Nassau, Dr. Volker Jung, wollen einen Kontrapunkt zu diesen Forderungen setzen und die Palliativmedizin fördern sowie Hospize unterstützen.

Unser Credo lautet: In einer der schwierigsten Phasen des Lebens eines Menschen müssen die Versorgungsgrenzen überwunden, Kom-

petenzen gebündelt und Kooperationen zwischen allen Beteiligten erzielt werden, um sehr eng und ohne Zeit- und Reibungsverluste zusammenarbeiten zu können.

Deshalb stand der 5. Hessische Palliativtag und das 1. Südhessische Symposium für Hospizarbeit und Palliativversorgung unter dem Motto „Gemeinsam sind wir besser!“. In diesem Sinne freuten sich die Veranstalter sehr darüber, dass zu ihren Kooperationspartnern bei dieser erfolgreichen Veranstaltung das Hessische Sozialministerium, die Stadt Darmstadt und die angrenzenden Landkreise, die Landesarbeitsgemeinschaft Palliativversorgung Hessen, der Landesverband Hessen des Bundesverbandes Geriatrie und andere mehr gehörten.

Am wichtigsten war aber die Beteiligung vieler Hospizvereine und Hospize, die ihre Arbeit auch im Foyer des Kongresszentrums vorstellten. Sie zeigte deutlich, dass die Hospiz-Bewegung effektive Netzwerke mit ehrenamtlichen und professionellen Komponenten hervor

gebracht und relevante Korrekturen im Gesundheitswesen bewirkt hat.

Ein kleiner Film über den 5. Hessischen Palliativtag und das 1. Südhessische Symposium für Hospizarbeit und Palliativversorgung ist im Internet zu sehen: (www.youtube.com/watch?v=hrRucisFW14)

Der Erfolg der Veranstaltung war so überzeugend, dass am 16. März 2013 das 2. Südhessische Symposium veranstaltet wird

Priv.-Doz. Dr. med. M. Pfisterer
Zentrum für Hospiz- und Palliativversorgung
Zentrum für Geriatrische Medizin
AGAPLESION
ELISABETHENSTIFT Darmstadt

**FÖRDERPREIS des
Fördervereins AGape e.V.**



AGape e.V.

Alter(n)smedizin · Geriatrie
aktivieren · pflegen · erhalten

Der Förderverein **AGape e. V.** wurde im Jahr 2005 von verschiedenen Fachleuten in der hessischen Landeshauptstadt Wiesbaden gegründet, die sich aufgrund ihrer beruflichen Ausbildung tagtäglich mit Problemen des Alterns und des Alters beschäftigen. Erstmals wird im Jahr 2011 der **AGape-Förderpreis** in Höhe von 2.000 € ausgeschrieben, mit dem jährlich jeweils ein innovatives, in der Praxis

umgesetztes, alltagsrelevantes kommunales Projekt aus dem Bereich der Alter(n)smedizin / Gerontologie / Altenhilfe (also z.B. zu den Themen Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation, Pflege, etc.) ausgezeichnet werden soll. Bewerben können sich Einzelpersonen, Teams oder Institutionen. Für die Verleihung des Preises gelten folgende Richtlinien:

| | |
|--------------------------------|--|
| Einreichfrist: | 30. September 2011 |
| Einreichort und evtl Nachfrage | Förderverein AGape e.V. Sekretariat der Medizinischen Klinik II Geisenheimer Straße 10 in 65197 Wiesbaden Telefon: 0611-8472802 |
| Einreichunterlagen | <ol style="list-style-type: none"> 1. Formloses Bewerbungsschreiben 2. Projektbeschreibung (<i>max 3 DIN A4 Seiten</i>): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Projektziel, Projektergebnisse ▪ Diskussion, Zusammenfassung 3. Lebenslauf (<i>1 DIN A4 Seite</i>) 4. Erklärung zur eigenständigen Erstellung |

MITTEILUNGEN

- **ZERCUR Süd Hessen**
zertifiziertes Curriculum Geriatrie
12.08.2011 bis 10.12.2011
Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden in Kooperation mit
Gesundheits- und Pflegezentrum Rüsselsheim
Kliniken des Main-Taunus Kreises
Otto-Fricke Krankenhaus Bad Schwalbach
Asklepios Klinik Seligenstadt
Nähere Informationen: Tel. 0611- 53 166 834; Email: cathrin@otto-seminare.de

- **18. Wiesbadener Geriatrie Kolloquium Wiesbaden;**
4./5. November 2011 Biebricher Schloss Wiesbaden
Thema: Malnutrition im Alter
Anmeldung / Nähere Informationen: Tel.:0611-8472802

- **Mitgliederversammlung Landesverband Geriatrie
Hessen/Thüringen**
4. November 2011, 11.00 Uhr Biebricher Schloss

Impressum:

Auflage: 2.500 Exemplare
Landesverband Geriatrie Hessen und Thüringen des
Bundesverbandes Geriatrie e.V.
V.i.S.i.P: Dr.Walter Behringer, Fulda; Dr.Wolfgang Knauf, Wiesbaden