

GERIATRIE aktuell

aus dem Landesverband Hessen - Thüringen

Ausgabe 5 - März 2012

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

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



In eigener Sache:

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Landesverband Hessen-Thüringen des Bundesverbandes Geriatrie e.V. freut sich, Ihnen auch im Neuen Jahr wieder in vier „Newslettern“ Aktuelles und Wissenswertes aus dem Bereich der Alter(n)smedizin darstellen zu können.

Im vorliegenden Heft geht es inhaltlich einerseits um erste Erfahrungen zu dem bundesweiten Projekt eines **Qualitätsnetzwerkes Geriatrie**, welches die Mitglieder des Bundesverbandes Geriatrie kontinuierlich in den nächsten Monaten aufbauen werden. Über erste Erfahrungen aus Hessen berichten wir.

In einem zweiten Beitrag werden nochmals die viel-

fältigen Probleme des hochbetagten Patienten fokussiert, die gerade auch in den Notfallambulanzen der Krankenhäuser eine besondere geriatrische Expertise erfordern.

Bereits heute möchten wir auf den diesjährig am 12. Mai in Jena stattfindenden **Hessisch-Thüringischen Geriatrietag** unseres Landesverbandes hinweisen: Frau Dr. Kwetkat, Chefärztin der Klinik für Geriatrie der Universität Jena, hat ein hochinteressantes Programm zusammengestellt und wir würden uns freuen, wenn wir Sie möglichst zahlreich in Jena begrüßen könnten.

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

Qualitätsnetzwerk Geriatrie

L. Fricke, Frankfurt

B. Manus, Seligenstadt

Erfahrungsbericht über den kollektionalen Austausch zwischen der Geriatrischen Klinik des Sankt Katharinen Krankenhauses am Hufelandhaus in Frankfurt und der Klinik für Akutgeriatrie und Geriatrische Frührehabilitation in Seligenstadt

Nach Abschluss der Pilotphase ist im Juni 2011 vom Bundesverband Geriatrie der Startschuss zum Regelbetrieb „Qualitätsnetzwerk Geriatrie“ gefallen. Das Qualitätsnetzwerk Geriatrie ist ein weiterer Baustein des Qualitätssicherungssystems Geriatrie des Bundesverbandes. Das Ziel des Qualitätsnetzwerkes Geriatrie ist es, durch gegenseitige Visitationen ein verbandsinternes Netzwerk zu bilden, das zur Förderung des Erfahrungsaustausches beiträgt und das direkte Lernen vom Anderen ermöglicht. Die sich aus der abschließenden Auswertung abzeichnenden Problemfelder sollen mit den Aufgabengebieten anderer Instrumente des Qualitätssicherungssystems verknüpft werden (z. B. Aufnahme in den

Bundesverband, Qualitätssiegel Geriatrie) und in die konkrete Arbeit des Bundesverbandes einfließen.

Das Sankt Katharinen Krankenhaus Frankfurt und die Asklepios Klinik Seligenstadt sind in die Besuchsgruppe 35 zusammen mit dem Geriatriezentrum Würzburg im Bürgerspital und der Klinik Main-Spessart eingeteilt worden. In der ersten Phase, die für Juli bis Oktober 2011 geplant war, hat das Team des Hufelandhauses die Klinik in Seligenstadt besucht. Die besuchte Klinik hat im Juli 2011 für die Visitation im September 2011 eingeladen und ihrerseits Themen vorgeschlagen, wie Überprüfung der organisatorischen Abläufe in einer neuen geriatrischen Klinik, die Einbindung von externen Leistungsanbietern/Kooperationspartnern in das geriatrische Team und die Einführung und Entwicklung von Pflegestandards in der Geriatrie.

Die Agenda ist dann vom Visitatorenteam um den Themenschwerpunkt Zusammenarbeit/ Verzahnung mit

internistischen Kliniken im Hinblick auf den darzustellenden Bereitschaftsdienst ergänzt worden. Das Team der besuchten Klinik und das Visitationsteam bestanden jeweils aus dem Chefarzt der Klinik, der Verantwortlichen für die Patientenadministration, einer verantwortlichen Therapieleitung und einer Mitarbeiterin aus dem Bereich Pflege in Leitungsposition.

Am vereinbarten Besuchstermin hat sich die gastgebende Klinik dann kurz vorgestellt, im Anschluss daran sind in einer lebhaften roundtable-Diskussion die Themenschwerpunkte angegangen worden, wobei neben den gesetzten Themen eine Vielzahl anderer Punkte besprochen worden sind. Im Anschluss an die Gespräche ging es zu einem Rundgang durch die Klinik, auch hierbei sind noch vielfältig einzelne Themen entweder in der gesamten Gruppe oder im Austausch zwischen den einzelnen Professionen diskutiert worden, sodass die vorher veranschlagte Dauer der Visitation von drei Stunden

doch deutlich überzogen wurde. Nach einer gemeinsamen abschließenden Kaffeepause hat sich das Visitatorensteam verabschiedet, und es ist ein informeller Gegenbesuch außerhalb des Regelbetriebs Qualitätsnetzwerk Geriatrie verabredet worden.

Im November hat dann der verantwortliche Visitor den Rückmeldebogen an den Bundesverband Geriatrie geschickt.

Das Kernstück des Rückmeldebogens ist eine Vierfelder-Tafel mit den Punkten

- Zufriedenheit,
- Verbesserungspotential,
- Probleme und
- Bedrohlichkeiten

und weitere Fragen, die im Freitext zu beantworten sind.

Dem Team der besuchten Klinik und dem Visitatorensteam hat der kollegiale Austausch sehr viel Spaß gemacht und die Ziele des Qualitätsnetzwerks Geriatrie -komplexer interdisziplinärer Dialog, Schaffung einer Plattform für das konstruktive Gespräch,

interprofessioneller Austausch und Etablierung einer Vernetzung - sind nach der Einschätzung der Autoren umfänglich erreicht worden. Die Zusammenarbeit findet bereits jetzt bei der gemeinsamen Veröffentlichung dieses Erfahrungsberichtes statt.

Die zweite Besuchsphase ist für das erste Quartal 2012 geplant: Das Sankt Katharinen Krankenhaus wird dann von dem Team der Geriatrie Marktheidenfeld besucht, die Abordnung der Geriatrie Seligenstadt fährt nach Würzburg. Die Art des Versorgungsauftrages der Einrichtungen ist vom Bundesverband Geriatrie bewusst nicht bei der Auswahl der Konsultationspartner berücksichtigt worden.

Nach der Auswertung der Feedbackbögen durch den Bundesverband Geriatrie wird die Präsentation der ersten Ergebnisse im Mai 2012 erwartet.

Autoren:

Dr. med. Leonhard Fricke,
Chefarzt der Geriatrischen Klinik des
Sankt Katharinen
Krankenhauses Frankfurt

Dr. med. Beate Manus,
Chefärztin der Klinik für Akut-geriatrie
und Geriatrische Früh-rehabilitation
der Asklepios Klinik Seligenstadt

Geriatrische Notfallmedizin

W. Mühlberg, Frankfurt

Biomedizinische Veränderungen im höheren Lebensalter

Über 65 Jahre alte Menschen sind unter den Patienten, die in die Zentrale Notaufnahme (ZNA) einer Klinik eingewiesen werden, deutlich überrepräsentiert. Die Komplikationsrate und die Wahrscheinlichkeit, mit notfallmäßiger Dringlichkeit diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei der Aufnahme einzuleiten, ist bei älteren Patienten deutlich erhöht. Das Durstgefühl, der wichtigste Schutzmechanismus des Körpers gegen Flüssigkeitsverlust und Exsikkose, ist im höheren

Alter vermindert. Die Exsikkose ist bei älteren Patienten mit die häufigste Ursache für Verwirrtheit und delirante Zustandsbilder, aber auch für Eintrübung und Somnolenz. Auch die Gegenregulationsmechanismen gegen einen Blutdruckabfall sind beim geriatrischen Patienten eingeschränkt: Es besteht eine verminderte Ansprechbarkeit der Barorezeptoren und ein reduzierter peripherer Venentonus im Alter. Die Nierenfunktion des älteren Menschen ist eingeschränkt: mit dem Alter nimmt die Creatinin-, Inulin- und PAH-Clearance ab, die Nierendurchblutung ist vermindert. Je älter der Patient, umso geringer ist die diagnostische Aussagekraft des Serum-Creatinins als Parameter der Nierenfunktion. Grund: Mit dem Alter nimmt die Muskelmasse und damit die endogene Creatininproduktion ab, so dass trotz verminderter Creatinin-Clearance das Serum-Creatinin normal sein kann.

Atypische Symptomatik bei geriatrischen Notfällen

Belastungsabhängige pectanginöse Beschwerden, als typisches Symptom der koronaren Herzkrankheit, werden von älteren Patienten in ihrem Beschwerdebild weniger präzise bzw. charakteristisch geschildert. Eine Anamnese bei geriatrischen Patienten mit Demenz oder Verwirrtheit ist oft nicht möglich. Nach Beginn einer belastungsabhängigen ST-Senkung im EKG empfinden ältere und hochbetagte Patienten subjektive Schmerzen später als jüngere. Andere pectanginöse Akut-Symptome wie Palpitationen, Dyspnoe, Schwitzen und Blässe treten bei älteren Patienten seltener und weniger intensiv auf. Auch die Symptomatik des akuten Myokardinfarktes ist im Alter verändert:

Häufig fehlt der typische retrosternale Schmerz, bei über 85-jährigen Patienten ist er nur noch in 38 % der Fälle vorhanden. Starke Schmerzen, Blutdruckabfall und Hypoxämie äußern sich bei einem geriatrischen Patienten häufig nur als akuter Verwirrheitszustand oder als Delir. Auch plötzliche Dyspnoe, Synkopen, Schwin-

del, allgemeine Schwäche und abdominelle Schmerzen mit Erbrechen können im Alter die initialen Symptome eines akuten Myokardinfarktes sein.

Verändert ist im Alter auch die Symptomatik der Lungenembolie. Häufig treten bei älteren Patienten zunächst nur Symptome auf wie eine isolierte Synkope ohne thorakale Schmerzen. Oder einfach nur Luftnot.

Typische klinische Prädiktoren einer Bakteriämie bzw. Sepsis können im Alter ausbleiben. Fieber kann bei 20 bis 30 % aller geriatrischen Patienten zunächst fehlen! Erste Symptome sind häufig Verwirrheitszustände oder Erbrechen. Schwere Krankheitsverläufe und multiresistente Keime sind bei älteren Patienten wesentlich häufiger. Die am häufigsten übersehene Infektion bei hochbetagten Patienten ist die Pneumonie.

Eine akute Appendizitis kann sich bei Hochbetagten (>80 Jahre) ebenfalls untypisch präsentieren, häufig fehlen die typische Schmerzwanderung

und der Druckschmerz im rechten Unterbauch. Aus diesem Grund kommen hochbetagte Patienten oft verspätet zu der notwendigen Operation, die Mortalität ist fast ums vierfache erhöht.

Das Risiko einer letalen akuten Magenblutung nach Einnahme von NSAR ist bei älteren Patienten deutlich erhöht.

In einer Studie auf einer Notfallaufnahme war das am häufigsten übersehene Krankheitsbild (75% aller Fälle) bei älteren Patienten ein Delir oder delirante Zustandsbilder. Dies wohl auch deshalb, weil das Delir bei älteren Patienten mit einer ausgeprägten Hypoaktivität assoziiert war. Die sonst so auffällige psychomotorische Aktivitätssteigerung bis hin zum Randalieren fehlt meist im Alter. Ein Delir bei geriatrischen Patienten ist häufig assoziiert mit einer vorbestehenden Demenz, einem schweren Krankheitsbild, multiplen Begleiterkrankungen und Einschränkungen der Selbstversorgung des Patienten.

Geriatrische Patienten mit vorbestehender Demenz sind für den Notfallmediziner relevant, da im Rahmen verschiedener Begleiterkrankungen (Myokardinfarkt, Sepsis, Exsikkose) bei diesen Patienten sehr häufig (oft nicht erkannte) delirante Zustandsbilder auftreten.

Stürze, Frakturen, Immobilisierung, Sarkopenie und Malnutrition: Definition des Begriffs „Frailty“

Sarkopenie, der Verlust an Muskelmasse und Muskelstärke, ist ein mit dem Alter kontinuierlich zunehmender Prozess. Physiologische altersabhängige Veränderungen (die Abnahme des Wachstumshormones (GH), von IGF-1, die Meno- und die Andropause) führen zu einer Verminderung der Proteinsynthese, zu einer Abnahme der Muskelmasse und -kraft sowie der Knochendichte. Eine schwerwiegende Konsequenz der Sarkopenie im Alter ist der Verlust an Muskelkraft, der seinerseits eine Einschränkung der Mobilität, eine Ver-

schlechterung des neuromuskulären Status und Gleichgewichts- und Gangstörungen verursacht. Alle diese durch die Sarkopenie bedingten Einschränkungen sind wichtige Ursachen für die grössere Häufigkeit von Stürzen und Frakturen bei älteren Patienten. Sowohl Stürze als auch Frakturen führen zu einer Krankenhauseinweisung und zu einer Immobilisation, welche ihrerseits wieder die Sarkopenie verstärkt.

Gebrechlichkeit („frailty“), ein Begriff, der nicht exakt definiert ist, resultiert aus diesen verschiedenen Circuli vitiosi, welche Sarkopenie, Verschlechterung des neuromuskulären Status, Stürze und Frakturen, Immobilisierung, Malnutrition, Verminderung der Proteinsynthese und eine verminderte Proteinreserve einschließen.

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Interaktionen im höheren Lebensalter

Bei der Pharmakotherapie älterer Menschen sind einige Besonderheiten zu beachten. Diese betreffen altersabhängige Veränderungen der

Pharmakokinetik und Pharmakodynamik und den Einfluss der mit dem Alter zunehmenden Multimorbidität. Meist ist mit der Multimorbidität mehr oder weniger zwangsläufig auch eine Polypragmasie verbunden. Aus all diesen Faktoren resultiert weltweit eine deutlich erhöhte Rate unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) und Interaktionen bei älteren Patienten. Unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen mit dem Charakter einer akuten Erkrankung sind bei älteren Menschen ein ernst zunehmendes gesundheitspolitisches und finanzielles Problem. Sie sind bei älteren Patienten in 5 bis 23% der Fälle der Grund für eine stationäre Einweisung in eine Notfall-Aufnahmestation, bei 1,75% der Anlaß für einen ambulanten Arztbesuch und bei einem von 1000 Patienten die Todesursache. Von den Krankenhauseinweisungen wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen waren 19 bis 36% auf Irrtümer bzw.


Kunstfehler bei der ärztlichen Verschreibung zurückzuführen.

Verschiedene internationale Studien kamen zu dem Schluss, daß ältere Patienten geradezu eine Domäne für iatrogene Erkrankungen darstellen. In ihrer Untersuchung waren bei Patienten über 65 Jahre fast 8% aller Krankenhauseinweisungen durch unerwünschte Arzneimittelwirkungen bedingt. Bei 87 älteren Patienten manifestierten sich diese Nebenwirkungen in Form von Elektrolytentgleisungen (21 Fälle), Leberschäden und gastrointestinalen Beschwerden (19 Fälle), kardiologischen (16 Fälle) und neurologischen Komplikationen (13 Fälle) sowie endokrinen (10 Fälle) und hämatologischen Erkrankungen (6 Fälle). Die am häufigsten beteiligten Pharmaka waren Antihypertensiva (36%, davon 20,5% Diuretika), Psychopharmaka (24,8%) und entzündungshemmende Pharmaka (17,8%).

< Fortsetzung Seite 15 >

MAGDA e. V.

Multiprofessionelle ArbeitsGruppe DemenzAmbulanzen
Der Zusammenschluss deutscher Memory Kliniken




Vorstand der MAGDA:

Päsidentin
Dr. Brigitte Grass-Kapanke

Vize-Präsidenten
Prof. Dr. Pasquale Calebrese
Peter Klotz

Schatzmeister
Dr. Sascha Marrakchi

Sekretär
Dr. Wolfgang Knauf



Die MAGDA ist ein Zusammenschluss von in Demenzambulanzen tätigen Klinikern. Das Ziel der MAGDA ist die Förderung der multiprofessionellen Diagnostik und Therapie der Demenzen. Dieses Vereinsziel soll erreicht werden durch:

- Förderung der multiprofessionellen Zusammenarbeit von Ärzten, Psychologen und Angehörigen verwandter Disziplinen, die professionell auf dem Gebiet des Vereins tätig sind
- Interne konzeptuelle Arbeit und kontinuierliche Fortbildung
- Förderung der Zusammenarbeit der beteiligten Demenzambulanzen im Sinne eines Netzwerkes
- Initiierung und Förderung gemeinsamer Forschungsprojekte und Teilnahme an Verbundprojekten
- Interessensvertretung gegenüber Organisationen und Institutionen sowie allen Einrichtungen, deren Tätigkeit die Interessen des Vereins berührt

www.magda-ev.de

Ein zentrales Thema der MAGDA ist die Ausbildung regionaler und überregionaler Netzwerkstrukturen.

Die Regionalgruppen bieten auf kollegialer Ebene den persönlichen, fachlichen Austausch. In den regelmäßigen Treffen werden Themen diskutiert, die für die tägliche Arbeit von Relevanz sind, die bei großen Kongressen aber häufig zu kurz kommen.

Besonders aktiv sind die Regionen Rhein/Ruhr sowie Hamburg. In Kürze startet die Regionalgruppe im Gebiet Rhein/Main, weitere Regionalgruppen sind in Vorbereitung und orientieren sich am Bedarf und dem bekundeten Interesse.

Doch die Aktivitäten der MAGDA beschränken sich nicht auf die regionale Ebene. Übergeordnete Ziele sind die Verbesserung der Rahmenbedingungen in den Demenzambulanzen und die Gewährleistung der Diagnostik und Behandlung von Demenzen auf hohem qualitativen Niveau.

So war die MAGDA in den Prozess der Entwicklung der S-3 Leitlinien

zu Demenzen involviert. Wir beobachten die Aktivitäten des IQWiG und nehmen ggf. Stellung zu dessen Berichten. Wir organisieren Tagungen mit praxisrelevanten Themen und engagieren uns in praxisnahen Forschungsprojekten. 2007 haben wir eine Bestandsaufnahme der Demenzambulanzen veröffentlicht, derzeit ist ein Projekt zur Beurteilung der Fahrtauglichkeit von Demenzpatienten in Vorbereitung. Auch erste Kontakte mit einer großen Krankenkasse haben wir geknüpft.

Wir pflegen enge Kontakte zur "Swiss Memory Clinic Association" und zur "European Memory Clinic Association – EMCA". Diese Vereine haben bei Ihrer Gründung auf die beispielhafte Satzung der MAGDA zurückgegriffen. Gemeinsam mit einem noch zu gründenden österreichischen Verein bilden wir die Gemeinschaft der seit langem aktiven Bewegung der "deutschsprachigen Memory Kliniken" ab.

.....Antrag auf Mitgliedschaft

MAGDA
Multiprofessionelle
Arbeitsgruppe
der Demenzzambulanzen




• Aktueller jährlicher Beitrag - 30 Euro
 Name
 Beruf
 E-Mail
 Fon → → → → → Fax
 Privatadresse
 Institution
 .
 Ort, Datum → → → → → Unterschrift
 → → → →
Einzugsermächtigung
 Ich bevollmächtige die MAGDA e.V. bis auf Widerruf, den Jahresbeitrag von meinem Konto abbuchen zu lassen.
 Bankverbindung
 Bankleitzahl → → → → → Kontonummer
 Ort, Datum → → → → → Unterschrift
 → → → →
Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per Fax an 02151-3347901
 oder an: Dr. B. Grass, Gerontopsychiatrisches Zentrum, Oberdießener Straße 136, 47805 Krefeld

Geriatrien in Hessen und Thüringen stellen sich vor: (Fortsetzung 5)

<p>FULDA</p>  <p>Telefon: 0661 / 151102 Telefax: 0661 / 151103 Homepage:</p> <p>Email: w.behringer@herz-jesu- krankenhaus.de</p>	<p>Name der Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda - Klinik für Geriatrie und Rheumatologie <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ St.Vinzenz Krankenhaus gGmbH <p>Chefarzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dr. med. Walter Behringer <p>Facharzttitel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin ➤ Rheumatologie <p>Zusatzweiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Geriatrie ➤ Physikalische Therapie ➤ Osteologie ➤ Palliativmedizin <p>Weiterbildungsermächtigung für</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin ➤ Allgemeinmedizin ➤ Geriatrie ➤ Rheumatologie
 	<p>Abteilungsgröße:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anzahl stationäre Betten 61 Betten ➤ Anzahl Tagesklinikplätze 30 Plätze <p>Zertifizierung nach</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ KTQ <p>Besonderheiten der Fachabteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Angebot von geriatricspezifischen CME-Fortbildungen ➤ Zentrum für Bereich Rheumatologie und Osteologie mit Ambulanz ➤ Lehrauftrag des Chefarztes an der Hochschule Fulda

<p>GIESSEN</p>  <p>Telefon: 0641 / 7002-320 Telefax: 0641 / 7002-366 Homepage: www.jok-gi.de Email: Ehlenz@jok-gi.de; Geriatric@jok-gi.de</p>	<p>Name der Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ St.Josefs Krankenhaus <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ TGE - gTrägergesellschaft mbH für die Einrichtungen der Schwestern vom Göttlichen Erlöser (Niederbronner Schwestern), Provinz Deutschland, Kloster St.Josef, Neumarkt <p>Chefarzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ PD Dr. med. Klaus Ehlenz <p>Facharzttitel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin <p>Zusatzweiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Endokrinologie ➤ Angiologie ➤ Diabetologie <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 40 Betten ➤ Anzahl Tagesklinikplätze 0 Plätze <p>Besonderheiten der Fachabteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Angebot von geriatricspezifischen CME-Fortbildungen ➤ Teilnahme an ZERCUR mit den geriatrischen Kliniken Mittelhessens ➤ Lehrauftrag des Chefarztes an der Universität Marburg/Giessen

<p>GROß-UMSTADT</p>  <p>Telefon: 06078 / 79321 oder 790 Telefax: 06078 / 79365 Homepage: www.kreiskliniken-dadi.de Email: geriatrie@kkh-dadi.de</p>	<p>Name der Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Geriatrische Abteilung der Kreisklinik Groß-Umstadt der Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Landkreis Darmstadt-Dieburg <p>Chefarzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dr. med. Martin Schunck <p>Facharzttitel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin <p>Zusatzweiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klinische Geriatrie ➤ Spezielle Schmerztherapie ➤ Palliativmedizin ➤ 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 34 Betten ➤ Anzahl Tagesklinikplätze 6 Plätze <p>Besonderheiten der Fachabteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Angebot von geriatricspezifischen CME-Fortbildungen ➤ Teilnahme an ZERCUR

<p>RONNEBURG</p>  <p>Telefon: 036602 / 550 Telefax: 036602 / 55 203 Homepage:</p> <p>Email: Post@Krankenhaus- Ronneburg.de</p>	<p>Name der Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fachklinik für Geriatrie und Innere Medizin gGmbH des Kreiskrankenhauses Ronneburg <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Landratsamt Greiz <p>Chefarzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dr.Ralf Oswald <p>Facharzttitel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin <p>Zusatzweiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klinische Geriatrie <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 118 Betten ➤ Anzahl Tagesklinikplätze 10 Plätze <p>Besonderheiten der Fachabteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Teilnahme an ZERCUR

<Fortsetzung von Seite 8>

Im Alter ist bei Gabe von Statinen die Gefahr einer UAW (Rhabdomyolyse) durch Interaktionen erhöht. Ursache ist vor allem die Polymedikation älterer Patienten. CAVE: Zusätzliche Gabe von Pharmaka, die über CYP3A4 metabolisiert werden! In einer britischen Studie erhielten 301 geriatrische Patienten in 11 Pflegeheimen im Durchschnitt gleichzeitig vier Pharmaka. 42% der Patienten hatten Medikamente, die potentiell miteinander interagieren! Bei älteren Patienten, die wegen UAW stationär behandelt werden müssen, sind nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) die häufigste Ursache. Das Risiko einer Ulcusblutung mit letalem Ausgang ist bei älteren Patienten um den Faktor 4 erhöht! Erhöht ist auch die Gefahr eines akuten Nierenversagens im Alter bei hochdosierter Diuretika-therapie und gleichzeitiger NSAR-Gabe.

Ebenso besteht bei älteren Patienten ein stark erhöhtes Risiko eines Atem- und Herz-

stillstands bei gleichzeitiger Gabe von Midazolam (Dormicum) und einem Opioid.

Eine Autorengruppe untersuchte den Zusammenhang zwischen Medikamenten und der Häufigkeit von Stürzen bei älteren Patienten. Sie verglichen 100 Patienten mit Stürzen mit einer gleich großen Kontrollgruppe. Die gestürzten Patienten hatten im Vergleich zur Kontrollgruppe einen doppelt so hohen Benzodiazepinverbrauch. Zudem wurden bei diesen Patienten Benzodiazepine in weit höherer Dosierung als üblich verordnet. Ferner wurden bei diesen Patienten überzufällig häufig eine Herzinsuffizienz, eine Therapie mit Herzglykosiden oder die Verordnung von mehr als drei psychoaktiven Pharmaka beobachtet.

Wichtigste Risikofaktoren für unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) im Alter

Gebrechlichkeit:

Die physiologischen Kompensationsmechanismen sind erschöpft. So führt z.B. eine Blutungsanämie unter der

Gabe von Antiphlogistika bei vorbestehender Herzinsuffizienz rascher zur Dekompensation.

Multimorbidität:

Durch zahlreiche gleichzeitig eingenommene Medikamente wird die Interaktions- und Nebenwirkungswahrscheinlichkeit gesteigert.

Niedriges Körpergewicht, eingeschränkte Nierenfunktion:

führt zu einem kleineren Verteilungsvolumen, einer längeren Halbwertszeit und einem höheren Plasmaspiegel des betreffenden Pharmakons.

Häufigste medikamenten-induzierte Krankheitsbilder bei älteren Patienten

Anticholinerge Syndrome:

Zahlreiche Medikamente haben anticholinerge Wirkungen. Diese können zu schweren Beeinträchtigungen führen wie Mundtrockenheit, Mydriasis, verminderter Darmperistaltik, Obstipation, Harnverhaltung, Tachykardie, Unruhe, Verwirrtheit, Halluzinationen, Delirium, Krampfanfällen und Bewusstseins-trübung.

Verwirrheitszustände:

Alterstypische, aber dennoch oft schwierig zu identifizierende Nebenwirkungen von Pharmaka sind außerdem kognitive Störungen und Verwirrheitszustände. Besonders gefährdet sind Patienten mit vorbestehenden Schädigungen des Gehirns (Multiinfarktsyndrom, Zustand nach abgelaufenem apoplektischem Insult, M. Alzheimer, Parkinson-Syndrom) sowie sehr alte Patienten, die viele Medikamente einnehmen.

Stürze und Frakturen:

Stürze sind eine wichtige Ursache für die Morbidität alter Menschen. Von rüstigen 65jährigen Bewohnern eines Altenheims stürzten während eines Jahres ca. 40%, von zuhause lebenden über 75jährigen 32%. Obwohl nur 3,5-6% aller Stürze zu einem Knochenbruch führen, resultieren absolut gesehen aus den Stürzen hohe Frakturzahlen: Für eine Großstadt mit einer Million Einwohnern und einem Anteil an alten Menschen von 20% bedeutet dies pro Jahr über 3000 sturzbedingte Frakturen. Häufiges Stürzen führt zu einem Verlust an Selbst-

vertrauen und behindert das Leben in der Gesellschaft. Oft werden die Patienten hilfs- und schließlich pflegebedürftig. Besonders ungünstig ist die Prognose nach einer Hüftfraktur im hohen Alter. 20% dieser Patienten sterben innerhalb eines halben Jahres.

Synkopen (orthostatische Dysregulation, Blutdruckabfall) treten im Alter häufig auf nach Gabe von

- *Diuretika*: verstärkter Flüssigkeitsverlust wegen vermindertem Durstgefühl im Alter, über Hypovolämie überschießender Druckabfall wegen verminderter Ansprechbarkeit der Barorezeptoren im Alter.
- *Digitalis und Diuretika*: Erhöhte Gefahr der Bradykardie wegen erniedrigter Reizschwelle des Vagus im Alter. Über Hypokaliämie zusätzlich gesteigerte Digitalisempfindlichkeit und Rhythmusstörungen!
- *Antihypertensiva*: verminderte Ansprechbarkeit der Barorezeptoren und reduzierter peripherer Venentonus im Alter.
- *Psychopharmaka, Nitrate*: besonders hohes Risiko bei zerebrovaskulärer Insuffizienz und lange bestehendem Hochdruck

(gestörte Autoregulation der zerebralen Durchblutung).

Akutes Nierenversagen

Besonders gefährlich bei älteren Patienten mit Herzinsuffizienz ist die Kombination eines Schleifen-diuretikums mit einem Thiazid-Präparat und NaCl-arter Kost. Bei nicht-steroidalen Analgetika besteht die Gefahr einer Vasokonstriktion der Niere wegen der fehlenden vasodilatatorischen Wirkung der Prostaglandine.

Kaliumsparende Diuretika (Triamteren, Amilorid), besonders in Kombination mit Thiaziden, erniedrigen die glomeruläre Filtrationsrate, die im Alter ohnehin erniedrigt ist.

Akute Traumata

Die typischen geriatrischen Syndrome – Sturz, Immobilisierung, Inkontinenz und Verschlechterung der mental-kognitiven Funktionen – beeinflussen massiv das klinische Erscheinungsbild hochbetagter Patienten mit einem akuten Trauma. So wurden in einer Studie an 107358 Patienten einer Notfall-Aufnahmeklinik festgestellt, dass bei Patienten

mit einem akuten Trauma 47% der jüngeren (<65 Jahre), aber nur 36,6% der älteren Patienten rechtzeitig in eine spezialisierte unfallchirurgische Abteilung verlegt wurden. Dabei ist eine verspätete Einweisung in die Unfallchirurgie – neben Kopfverletzungen und sehr schwerem Krankheitsbild – ein typischer Prädiktor für eine erhöhte Sterblichkeit bei hochbetagten Patienten (>80 Jahre).

Bereits nach kleineren Verletzungen kann es bei älteren Patienten mit Gebrechlichkeit (frailty) zu einer vorübergehenden Selbstversorgungs-Unfähigkeit (Einschränkung der ADL: Activities of Daily Living) kommen. Es ist deshalb auch für die Notfall-Aufnahme-Ärzte wichtig, die häusliche Versorgungssituation zu erfragen. Mit den etablierten geriatrischen Assessments lassen sich das Ausmaß der Gebrechlichkeit wie auch die häusliche Versorgungssituation rasch und sicher erfassen. Ein geriatrischer Konsil-Arzt ist in der Notfallaufnahmestation auch unentbehrlich, um eine stationäre geriatrische Früh-

rehabilitation rechtzeitig einzuleiten.

Intubation bei hochbetagten Patienten

Die Entscheidung für eine Intubation mit künstlicher Beatmung wird bei hochbetagten Patienten mehr durch den prämorbidem Zustand, die körperlich-geistige Fitness und die vorbestehenden Begleiterkrankungen vor dem Trauma bestimmt als durch das chronologische Alter selbst. Bei der Intubation selbst ist zu beachten, dass die protektiven Bronchialreflexe bei älteren Patienten abgeschwächt sind und es häufiger zu einer nicht erkannten respiratorischen Insuffizienz und zu einem Schockzustand kommt.

Autor:

PD Dr. med. Dr. med. habil. W. Mühlberg; Chefarzt der Klinik für Innere Medizin 4 (Geriatric und Geriatrische Tagesklinik) Klinikum Frankfurt Höchst
Lehrstuhl Innere Medizin-Geriatric & Institut für Biomedizin des Alterns der Universität Erlangen-Nürnberg

MITTEILUNGEN – TERMINE

- 29. Februar 2012, 19.00 Uhr
**44. Memory-CLINIC Gespräch:
 Rechtliche Probleme im Umgang mit Demenzkranken**
 Referentin: Frau RA´ B. Schönhof, Bochum
 Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden
- 5. März 2012;
Vorbeugung von Gicht und Harnsäuresteinen
 Referent: Dr. W. Behringer
 Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda
- 16. März 2012, 14.30 Uhr
AG Medizin des LV Geriatrie Hessen-Thüringen
 Herz Jesu Krankenhaus, Fulda
- 9. Mai 2012, 19.00 Uhr
**45. Memory-CLINIC Gespräch:
 Normaldruckhydrocephalus - eine mögliche Ursache der Demenz ?!**
 Referentin: Frau OA´ Dr. Dictus, Universität Heidelberg
 Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden
- 12. Mai 2012, Jena
Hessisch - Thüringischer Geriatrietag (siehe Rückseite)
- 4. Juni 2012
**Schlaganfallbehandlung in der Geriatrie – vom Notfall zur
 Wiederherstellung der Selbstversorgungsfähigkeit**
 Referent: Dr. W. Behringer
 Herz-Jesu-Krankenhaus Fulda
- **ZERCUR 2012 Südhessen
 zertifiziertes Curriculum Geriatrie**
 Beginn 17.08.2012
 Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden in Kooperation mit
 Gesundheits-und Pflegezentrum Rüsselsheim; Kliniken des Main-Taunus Kreises;
 Nähere Informationen: Tel. 0611- 53 166 834; Email: cathrin@otto-seminare.de

▪ **Hessisch- Thüringischer Geriatrietag in JENA**
12. MAI 2012



Der diesjährige Hessisch Thüringische Geriatrietag findet teilweise (8.00 bis 10.00 Uhr) in Kooperation mit dem Kongress der Mitteldeutschen Gesellschaft für Gastroenterologie statt, der sich inhaltlich in einem eigenen Themenblock (Nr. 4) mit gastroenterologischen Problemen beim älteren Patienten beschäftigt.

Im Anschluss (10.30 bis 12.00 Uhr) wird in eigenen Referaten über den Stand der geriatrischen Aus- und Fortbildung in Hessen und Thüringen berichtet.

Parallel (von 10.30 bis 12.00 Uhr) soll dann ein weiteres spezielles Fortbildungsangebot für Therapeuten dargestellt werden.

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