

GERIATRIE aktuell

aus dem Landesverband Hessen - Thüringen

Ausgabe 6 - Juni 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,

kurz vor der Sommerpause möchten wir Sie wieder aus dem Gebiet der Geriatrie – natürlich auch aus spezifisch hessisch-thüringischer Sicht informieren:

Im Mai fand in Jena der dies-jährige **Hessisch-Thüringische Geriatrietag** statt; Herr Kollege Braun hat die inhaltlichen Schwerpunkte zusammengefasst.

Des weiteren gründeten sich im Rahmen eines Treffens in Fulda Mitte März sowohl eine „**AG-Therapie**“ als auch eine „**AG-Pflege**“ unseres Landesverbandes. Dies soll insbesondere die Interdisziplinarität der Klinischen Geriatrie widerspiegeln; der Vorstand erwartet mittelfristig neben diesen beiden neu

gegründeten Arbeitsgruppen und der schon langjährig etablierten „**AG-Medizin**“ eine vierte aus dem Bereich der Sozialarbeit. Ziel ist es, die gemeinsamen Anliegen noch stärker zu bündeln und interdisziplinäre Projekte voranzutreiben. Zu den erfolgten Neugründungen finden sich erste Informationen ebenfalls in diesem Newsletter.

Fachlich knüpft der vorliegende Newsletter an der vorigen Ausgabe an (Artikel über First pass effect) und nimmt zudem zu dem Problem der multiresistenten Keime Stellung.

Wie immer wünschen wir Ihnen viel Freude beim Lesen

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

MRSA in der Geriatrie

J.Andreef, Lampertheim

Der Umgang mit resistenten Keimen stellt in der stationären geriatrischen Behandlung eine besondere Herausforderung dar. Eine Diskriminierung der betroffenen Patienten gilt es zu vermeiden. Die Isolierung verhindert die Behandlung in den speziell ausgestatteten Therapieräumen. Patienten und alte Angehörige verstehen teilweise die erforderlichen Maßnahmen nicht, und nicht zuletzt ist die strenge Isolierung von dementen, nicht absprachefähigen Patienten unmöglich. Dazu kommt der erhöhte personelle und finanzielle Aufwand. Es gibt allerdings keinen Zweifel daran, dass zur Vermeidung der MRSA-Ausbreitung die Vorgaben des Robert Koch Institutes umgesetzt werden sollten.

Screening

Im St. Marien Krankenhaus Lampertheim findet seit Jahren ein Eingangs-Screening auf MRSA statt. Außerdem nehmen wir seit dem Jahr 2010 am Modul MRSA des NRZ (Nationales Referenz-

zentrum für Surveillance von nosokomialen Keimen) teil. Bis in die Mitte des Jahres 2010 erfolgte das MRSA-Screening bei allen Patienten mit entweder einer MRSA-Anamnese, einer offenen Wunde (Dekubitus Wundheilungsstörung) oder bei Mitpatienten, die länger als 24 Stunden mit einem bis dahin nicht bekannten MRSA-Patienten in einem Zimmer lagen. Bei den Einbestellungen wurden grundsätzlich das Vorhandensein von resistenten Keimen bzw. offenen Wunden erfragt, mit der Vorgabe, dass in diesen Fällen bereits in der verlegenden Klinik die entsprechenden Abstriche (Nase-Rachen und Wunde) durchgeführt werden. Leider fanden sich häufig bei Aufnahme offene Wunden, die von der Vorklinik beim Einbestellungsgespräch nicht angegeben wurden.

Seit Oktober 2010 werden sämtliche Patientengruppen nach der RKI-Vorgabe gescreent. Da nahezu jeder Patient in den letzten 12 Monaten einen stationären Aufenthalt aufzuweisen hat,

erfolgt das Screening quasi bei allen Patienten. Nach wie vor versuchen wir bei den telefonischen Einbestellungsgesprächen besondere Risikogruppen zu identifizieren (langer Intensivaufenthalt,

offene Wunden), um dann um Abstriche bereits in der verlegenden Klinik zu bitten. Das Procedere der Abstriche ergibt sich aus folgender Tabelle:

| Wer wird <u>gescreent</u> ? | Was | Sofortige Isolation |
|---|--|---------------------|
| Screening bei Aufnahme | | |
| Anamnestisch bekannter MRSA Patient (auch erfolgreich sanierter Patient, dann aber keine sofortige Isolation) | Nase/Rachen ggf. Wunden, <u>Axilla/Leiste</u> | Ja |
| Pat. mit stat. Aufenthalt in einem anderen Krankenhaus in den letzten 12 Monaten bzw. Heimbewohner | Nase/Rachen ggf. Wunde | Nein |
| Patienten mit zwei oder mehr der folgenden Risikofaktoren: - chron. Pflegebedürftigkeit - Antibiotikatherapie in den letzten 6 Monaten - liegender Katheter (z.B. DK, PEG- Sonde) - Dialysepflichtigkeit - Hautulcus, Gangrän, chron. Wunden | Nase/Rachen ggf. Wunde /Einstichstelle | Nein |
| Screening während des Aufenthaltes | | |
| bei pos. Nase/Rachen-Abstrich | <u>Axilla/Leiste</u> ggf. PEG-Sonde, SP-DK | Ja |
| Bei pos. Zufallsbefund z.B. in Blut- oder Urinkultur | Nase/Rachen <u>Axilla/Leiste</u> , ggf. PEG-Sonde, SP-DK, Wunden | Ja |
| MRSA Kontaktpatient (länger als 24 Std.) | Nase/Rachen | Nein |

Häufigkeit MRSA - kolonisiertter Patienten:

Die folgende Tabelle zeigt unsere MRSA-Prävalenzzahlen aus 2010 und 2011.

| | Gesamtzahl Patienten | Anzahl patientenbereinigte Abstriche* | MRSA-Prävalenz | MRSA positiv Anzahl | davon nosokomial |
|------|----------------------|---------------------------------------|----------------|---------------------|------------------|
| 2010 | 622 | 144 | 3,1% | 19 | 7 |
| 2011 | 671 | 412 | 2,8% | 19 | 2 |

* nicht erfasst: Screening aus verlegender Klinik

Die Häufigkeit der beim MRSA-Screening positiv detektierten Patienten liegt seit 2010 unabhängig von den unterschiedlichen Screening-Auswahlkriterien bei etwa 3% des Gesamtkollektivs. Der Anteil der nosokomialen Fälle, der 2010 noch bei 1,1% lag, hat sich nach Erfassen des Eingangsstatus auf 0,3% reduziert. Bei den zwei Fällen in 2011, die formal als nosokomiale Fälle gezählt werden, handelte es sich um Patienten, die im Eingangsscreening negativ waren und im Verlauf eine Dehiscenz einer anfangs geschlossenen Naht nach Fraktur aufwiesen, die sich MRSA positiv zeigte. Die Abnahme der nosokomialen Fälle in 2011 ist vermutlich durch das konsequente Erfassen des Eingangsstatus zu erklären.

Einen interessanten Vergleich mit einer etwas geringeren Prävalenz zeigt eine Erhebung zum MRSA-Prävalenzscreening in Akut- und Reha-Kliniken im Kreis Siegen-Wittgenstein von 2008, veröffentlicht im Epidemiologischen Bulletin Nr.18 vom

10.05.2010 des Robert-Koch-Institutes. Die MRSA-Prävalenz lag in den Akutkliniken bei 1,2% und in den Reha-Kliniken bei 2,1%, wobei als Hauptrisikofaktor in den Reha-Kliniken der vorangegangene stationäre Aufenthalt gewertet wurde.

Kosten des Screenings und Zeitdauer bis zum Ergebnis

Die durchgeführten Abstriche werden zweimal täglich per Taxi in das mikrobiologische Labor gebracht. Die Ergebnisse der PCR-Untersuchung liegen 6 Stunden nach Eintreffen im Labor vor, die Kultur auf MRSA dauert 48 Stunden, wobei im positiven Fall ein Verdacht bereits 24 Stunden nach Anlegen der Kultur geäußert wird. Die Kultur kostet ca. 5 €, die PCR etwa 40 €. Um Kosten einzusparen wird grundsätzlich Rachen und Nase nur mit einem Watteträger, ebenso Axilla und Leiste mit nur einem Watteträger abgestrichen. Dieses Vorgehen wurde mit dem leitenden Mikrobiologen abgestimmt und zeigt zuverlässige Ergebnisse. Nach zweijähriger Erfahrung mit

PCR- und Kulturuntersuchungen (je nach Risikowahrscheinlichkeit wurden bei Patienten mit Wunden PCR-Untersuchungen durchgeführt) werden aktuell nur Kulturen angefordert, da auf Grund einer partiellen Miterfassung von MSSA in der PCR derzeit der positiv prädiktive Wert der PCR-Untersuchung bei nur 50% liegt.

Aus baulichen Gründen ist es uns nicht möglich, Neuzugänge bis zum Vorliegen des Ergebnisses in Einzelzimmern unterzubringen, sodass das Risiko für den Mitpatienten in Kauf genommen wird. Erfreulicherweise konnte seit dem konsequenten Screening aller Patienten kein einziger nosokomialer Fall nachgewiesen werden, d.h. alle Kontaktpatienten blieben bei Testwiederholung negativ. Dies ist sicher auch auf die im Laufe der Zeit sehr gute Händehygiene der Mitarbeiter zurückzuführen.

Therapie bei MRSA- Patienten

Grundsätzlich versuchen wir, keinen Patienten wegen eines

resistenten Keimes abzulehnen. Allerdings muss häufig eine verlängerte Wartezeit in Kauf genommen werden, bis ein entsprechendes Einzelzimmer, bzw. ein Zweitbettzimmer für eine Kohortenisolierung frei ist. Außer den Patienten mit isoliertem Nachweis von MRSA in der Wunde, die das Zimmer mit Wundverband bedeckter Wunde verlassen dürfen, müssen MRSA-Patienten im Zimmer bleiben. Die Therapieeinheiten werden von Therapeuten in Schutzkleidung im Zimmer durchgeführt. Glücklicherweise verfügen wir über großzügige Patientenzimmer, in denen auch eine Gehschule sinnvoll durchführbar ist. Bei Bedarf werden Hilfsmittel wie Stehbrett, Bewegungstrainer oder Stepper im Patientenzimmer eingesetzt und verbleiben für die Zeit des Aufenthaltes dort.

Sehr wohl ist die Isolierung für viele Patienten eine starke psychische Belastung, die deshalb wünschenswerten häufigeren Kontakte durch das Pflegepersonal sind meist nicht möglich. Um eine gewisse Normalität für die Patienten zu

erreichen, haben wir seit zwei Jahren das Regime für Besucher geändert. Bei absprachefähigen Angehörigen wird der Besuch im Patientenzimmer ohne Schutzkleidung erlaubt, allerdings muss vor Verlassen des Zimmers eine gründliche Händedesinfektion erfolgen und gewährleistet sein, dass die Angehörigen ohne Umwege über z.B. andere Patientenzimmer oder die Cafeteria das Krankenhaus verlassen.

Bei dementen Patienten stoßen wir allerdings häufig an unsere Grenzen, wenn ihnen entweder die Isolierungsmaßnahmen nicht verständlich gemacht werden können und sie deshalb ungeschützt andere Patientenzimmer aufsuchen, oder engmaschiger Aufsicht bedürfen, da sie sich z. B. selbst mobilisieren und dabei sturzgefährdet sind. Hier wird eine vorzeitige Entlassung angestrebt.

Abschließend betrachtet zeigt sich die MRSA-Prävalenz in

ihrer Ausprägung stabil und die Übertragbarkeit bei Einhaltung der Händehygiene gering. Noch offen und deshalb nicht einschätzbar ist das Risiko, das sich aus der Zunahme von weiteren resistenten Keimen wie MRGN und VRE ergeben wird. Ein Screening hierfür wird vom RKI noch nicht empfohlen.

Autorin:

Dr.med. Jutta Andreef
Chefärztin der Geriatrischen Klinik
Lampertheim

First-Pass-Effekt Besonderheiten im Alter

Klaus Peter Reetz, Hofheim

In der Ausgabe 5/2012 der „**GERIATRIE aktuell**“ hatte Dr. Mühlberg die vielfältigen Probleme und Besonderheiten der Pharmakotherapie des geriatrischen Patienten dargestellt. Diese begründen sich einerseits aus der Polypharmakotherapie bei der geriatrischen Multimorbidität mit ihren komplexen Interaktionsmöglichkeiten, andererseits in der unter anderem im Alter veränderten Pharmakokinetik und -dynamik.

Pharmakogenetisch bedingte Varianten verschiedener Mitglieder der Cytochrom P 450-Familien mit unterschiedlichen Phänotypen komplizieren die medikamentöse Therapie. Hier muss auch in unseren geriatrischen Kliniken zunehmend die unterschiedliche Verteilung in verschiedenen ethnischen Gruppen berücksichtigt werden.

Von den im Alter veränderten Organveränderungen - unter anderem von Niere und Leber - soll der Fokus nun auf den

First-Pass-Effekt gelegt werden.

Der First-Pass-Effekt ist keine Besonderheit des Alters, jedoch gilt es mögliche Veränderungen im Alter in unserer Therapie zu berücksichtigen.

Der Effekt selbst kommt dadurch zustande, dass oral aufgenommene Stoffe auf ihrem Weg über die Magen-Darmschleimhaut und Pfortader bei ihrer ersten Leberpassage einem Metabolismus unterliegen. Hierbei können im Falle aktiver Medikamente inaktive Metabolite gebildet werden und somit eine verminderte Wirkung die Folge sein, die Bioverfügbarkeit des Medikamentes also gering sein. Andererseits lässt sich der First-Pass-Effekt dadurch nutzen, dass verabreichte Prodrugs in aktive Wirkstoffe verwandelt werden, oder wie im Falle des inhalierten Budesonids geschluckter Wirkstoff „entgiftet“ wird.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass der First-Pass-Effekt durch die verabreichten

Stoffe induziert oder auch gehemmt werden kann, dies mit möglicher veränderter Wirkung im Laufe der Therapie.

Dieser First-Pass-Effekt ist jedem jungen Arzt geläufig, spritzt er doch beim Einsatz von Verapamil nur langsam 5 mg der Substanz in 10 ml Kochsalzlösung verdünnt, während bei oraler Aufnahme in aller Regel 80 oder 120 mg verwendet werden. Bei der direkten intravenösen Gabe wird eben die erste Leberpassage umgangen und die volle Wirkdosis steht zur Verfügung, wohingegen von der oral verabreichten Menge weniger 10–20% als Wirkdosis übrigbleibt bleibt. Umgehen lässt sich der Effekt durch parenterale Gabe, etwa intravenös, über sublingual, rektale Gabe oder durch transdermale Systeme.

Was ist nun oft im Alter anders?

Die aktive Leberzellmenge und die Durchblutung nehmen mit zunehmendem Alter ab und dadurch die Kapazität der Metabolisierung. Unklar noch

ist die Aktivitätsänderung der einzelnen Cytochrome.

Und was bedeutet dies für geriatrische Patienten?

Werden unmittelbar wirksame Medikamente gegeben, die normalerweise einem hohen First-Pass-Effekt unterliegen, so werden diese weniger abgebaut und der Wirkspiegel wird höher als erwünscht und nötig. Eventuelle unerwünschte Wirkungen sind möglich und dürfen nicht übersehen werden. Entsprechend reichen dann niedrigere Mengen aus, die geplante Wirkung zu erreichen. Dies entspricht dem Rat und der Erfahrung in der geriatrischen Medikation: **Start low, stay low oder go slow**. Im Falle des Einsatzes von Prodrugs kann es dazu kommen, dass eine zu geringe Metabolisierung die gewünschte Wirkung vermissen lässt. Hier benötigt der geriatrische Patient gegebenenfalls höhere Dosierungen.

Verapamil ist die bekannteste Substanz im Zusammenhang mit dem First-Pass-Effekt, jedoch keinesfalls die einzige. Eine Reihe weiterer Medi-

kamente reihen sich hier ein, so einige weitere Calcium-antagonisten, Antiarrhythmika, Nitrate, Neuroleptika, Opioide und Trizyclika. Da offenbar auch beim First-Pass-Effekt große individuelle Unterschiede bestehen, ist es nicht möglich den Substanzen feste Werte zuzuordnen. In den Fachinformationen ist meist nur die Rede von einem hohen First-Pass-Effekt. Dieser wird beim Verapamil - als einer der wenigen Substanzen mit Zahlenangaben - auf 10-20 % geschätzt.

Welche Schlussfolgerungen müssen wir für unsere Patienten ziehen?

Neben den schon erwähnten Grundsätzen, des niedrig-dosierten Beginns, der langsamen Steigerung oder des Verharrens auf niedrigem, aber wirksamen Level sollte gelten, dass manchmal weniger Medikamente mehr Vorteil für die Patienten bedeuteten, wir entsprechend so viel wie nötig und so wenig wie möglich geben sollten. Bei jeder Änderung oder Erweiterung einer Therapie sollten bekannte und abzusehende Interaktionen oder Besond-

erheiten der Metabolisierung berücksichtigt werden. Darüber hinaus ist der Patient gut zu beobachten und zu entsprechender Selbstbeobachtung anzuhalten, jedoch möglichst ohne ihn so zu verunsichern, dass placebo-bedingte unerwünschte Wirkungen in den Vordergrund rücken. Zu Bedenken ist in diesem Zusammenhang auch, dass Nahrungsmittel – beispielsweise Grapefruit oder Ingwer- wie auch Stoffe der grünen Apotheke wie Ginkgo oder Sonnenkraut-Extrakte Grund für erhebliche Interaktionen sein können.



Es gilt also wach zu sein, sobald Patienten Auffälligkeiten bei geänderten Lebensumständen (Medikamente, Nahrung, neu aufgetretene Leiden) bieten. Dann lohnt es Ursachenforschung zu betreiben, um den Patienten eine sichere und individualisierte Therapie bieten zu können.

Autor:

Dr.rer.nat. Dr.med. Klaus Peter Reetz,
Chefarzt der Geriatrischen Klinik
Kliniken des Main Taunus Kreises
Betriebssteil Hofheim

Geriatrien in Hessen und Thüringen stellen sich vor: (Fortsetzung 6)

| | |
|---|--|
| <p>HANAU</p>  <p>Telefon: 06181-272344 Telefax: 06181-272584 Homepage:</p> <p>Email: geriatrie@vinzenz-hanau.de</p> | <p>Name der Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau gGmbH <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ St. Vinzenz-Krankenhaus Fulda gGmbH <p>Chefarzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dr.med. Uwe Jander-Kleinau <p>Facharzttitel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin <p>Zusatzweiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 54 Betten ➤ Anzahl Tagesklinikplätze 6 Plätze <p>Zertifizierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ nach KTQ und Procumcert <p>Besonderheiten der Fachabteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Angebot von geriatricspezifischen CME-Fortbildungen ➤ Teilnahme an ZERCUR ➤ Memory Clinic ➤ Palliative Versorgung |

| | |
|--|--|
| <p>HOFHEIM</p>  <p>Telefon: 06192-984404 oder 984468 Telefax: 06192-984492 Homepage: www.kliniken-mtk.de</p> <p>Email: kreetz@kliniken-mtk.de</p> | <p>Name der Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Geriatrische Klinik der Kliniken des Main-Taunus-Kreises GmbH <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Main-Taunus Kreis <p>Chefarzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dr.Dr.Klaus-Peter Reetz <p>Facharzttitel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Arzt für Innere Medizin ➤ Lungen- und Bronchialheilkunde <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 40 Betten ➤ Anzahl Tagesklinikplätze 0 Plätze <p>Zertifizierung</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ nach ISO 9000 <p>Besonderheiten der Fachabteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Angebot von geriatricspezifischen CME-Fortbildungen ➤ Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Frankfurt |

| | |
|---|---|
| <p>KASSEL</p>  <p>Telefon: 0561 / 1002-1015 Telefax: 0561 / 1002-1005 Homepage:</p> <p>Email: h-j.harhoff@diako-kassel.de</p> | <p>Name der Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Zentrum für Klinische Geriatrie der Diakonie-Kliniken Kassel <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Diakonie Kliniken Kassel <p>Chefarzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dr.med. Heinz-Jürgen Harhoff <p>Facharzttitel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin ➤ Physik. Therapie und Rehabilitative Medizin <p>Zusatzweiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Geriatrie ➤ Physikalische Therapie und Balneologie ➤ Rehabilitationswesen ➤ 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 60 Betten ➤ Anzahl Tagesklinikplätze 10 Plätze <p>Zertifizierung nach</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ KTQ <p>Besonderheiten der Fachabteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Angebot von geriatricspezifischen CME-Fortbildungen ➤ Teilnahme an ZERCUR ➤ Zentrum für Bereich Schluck- und Sprachstörungen |

| | |
|---|---|
| <p>KAUFUNGEN</p>  <p>Telefon: 05605 / 945 0 Telefax: 05605 / 945 127 Homepage:</p> <p>Email: info@drk-klinik-kaufungen.de</p> | <p>Name der Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Geriatrisches Krankenhaus und Tagesklinik DRK Klinik Kaufungen <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ DRK Heime und Anstalten Kreis Kassel e.V. <p>Chefarzt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dr. Hans Milerski <p>Facharzttitel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin <p>Zusatzweiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Geriatrie ➤ Spezielle Schmerztherapie ➤ Palliativmedizin <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 90 Betten ➤ Anzahl Tagesklinikplätze 10 Plätze <p>Zertifizierung nach</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ KTQ <p>Besonderheiten der Fachabteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Teilnahme an ZERCUR |

| | |
|---|---|
| <p>SONDERSHAUSEN</p>  <p>Telefon: 03632 / 671290 Telefax: 03632 / 671019 Homepage:</p> <p>Email: innere@khsdh.de</p> | <p>Name der Einrichtung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Krankenhaus Sondershausen – Abteilung für Alterskrankheiten <p>Träger:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ DRK gemeinnützige Krankenhausgesellschaft Thüringen Brandenburg mbH <p>Chefärztin:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dr. med. Liane Grützner <p>Facharzttitle:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Innere Medizin <p>Zusatzweiterbildung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Klinische Geriatrie ➤ Palliativmedizin <p>Weiterbildungsermächtigung für</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ I |
|   | <p>Abteilungsgröße:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Anzahl stationäre Betten 30 Betten ➤ Anzahl Tagesklinikplätze 10 Plätze (im Bau) |

13. Hessisch-Thüringischer Geriatrietag in Jena

B.Braun, Rudolstadt

„Geriatrie interdisziplinär“ – diese Thematik zog sich wie ein roter Faden durch das abwechslungsreiche Programm des 13. Hessisch-Thüringischen Geriatrietags, der dieses Jahr turnusgemäß in Thüringen unter Federführung von Frau Dr. Kwetkat, der Chefärztin der Klinik für Geriatrie des Universitätsklinikums Jena, stattfand.

„Interdisziplinär“ – dieses Prädikat verdiente in besonderem Maße die in Kooperation mit der Mitteldeutschen Gesellschaft für Gastroenterologie durchgeführte Auftaktveranstaltung. Unter dem Vorsitz von Frau Kwetkat (Jena) und Herrn Masri-Zada (Frankfurt/Main) referierten so-wohl Gastroenterologen als auch Geriater in informativen Vorträgen zu vielfältigen Aspekten gastroenterologischer Probleme beim älteren Patienten. Herr Sultzer aus Zwenkau unterstrich in seinem Vortrag zu „Differentialdiagnosen des Gewichtsverlustes im Alter“

das Risiko einer Verschlechterung der Ernährungssituation durch einen Krankenhausaufenthalt. Kalorische Unterversorgung, häufige – durch Diagnostik begründete – Nüchternphasen, unappetitliche Zubereitung der Mahlzeiten aber auch fehlende personelle Hilfe zum Anreichen der Nahrung sind – durchaus vermeidbare – Ursachen einer resultierenden Mangelernährung. Neben der Berücksichtigung ernährungsrelevanter Begleiterkrankungen im Rahmen der Multimorbidität sind das Ernährungsassessment und die Kommunikation im therapeutischen Team über das Essverhalten der Schlüssel zur Diagnostik und Therapie der Malnutrition. Ebenso forderte Frau Roeb aus Giessen in ihrem Vortrag über Schluckstörungen ein konsequentes Screening und Assessment zur Dysphagie. Immerhin treten Schluckstörungen bei über 60-Jährigen in gleicher Häufigkeit auf wie ein Typ II – Diabetes, Aspirationen sind die wichtigste Todesursache im ersten Jahr nach einem Schlaganfall. Liegen den neurologisch bedingten Dys-

phagien in der Regel oropharyngeale Störungen zugrunde, so dürfen ösophageale Ursachen einer Schluckstörung nicht vernachlässigt werden. Diese zu diagnostizieren ist wiederum die Domäne der Gastroenterologie.

Herr Keymling aus Bad Hersfeld ging in seinem Vortrag zur Indikation einer PEG-Anlage auch auf die Rehabilitation von Schluckstörungen ein. Hier ist eine PEG als intermittierend eingesetzte Therapiemaßnahme bei reversiblen Schluckstörungen indiziert, wenn im Rehabilitationsverlauf absehbar für mehr als vier Wochen eine künstliche Ernährung erforderlich ist. Die parallele Durchführung eines Schlucktrainings ist zwingend. Bei irreversiblen Schluckstörungen, wie bei der ALS, dient die frühzeitige PEG-Anlage der Vorbeugung der Aspiration und Malnutrition. Nicht empfohlen, und so auch in den Leitlinien der DGEM und DGG formuliert, wird die PEG-Anlage bei weit fortgeschrittener Demenz.

Unter der Überschrift „Geriatrische Onkologie“ ging Kollege Wedding aus Jena auf die Besonderheiten von Tumorerkrankungen im höheren Lebensalter ein. So zählen maligne Darmerkrankungen und Magenkarzinome zu den häufigsten Krebserkrankungen und tumorbedingten Todesursachen im Alter. Die Therapieentscheidungen bei geriatrischen Patienten setzt eine Risikostratifizierung voraus, die die Erfassung und Bewertung von Komorbiditäten, die Einschätzung der Toxizität, aber auch die Beurteilung des Funktionsstatus und der psychosozialen Faktoren durch die Erhebung des geriatrischen Assessments einschließt. Die Individualisierung der onkologischen Therapie berücksichtigt dabei physiologische und pathologische Organveränderungen, Medikamenteninteraktionen und Aspekte der Compliance.

Auf die Bedeutung einer individualisierten Nutzen-Risiko-Relation bei der pharmakologischen Therapie geriatrischer Patienten ging auch Kollege Weil aus Meiningen ein. Jeder zweite

Patient im Pflegeheim nimmt mehr als sechs Medikamente ein, der überwiegende Anteil der Arzneimittelkosten wird von alten und hochbetagten Patienten generiert. Trotzdem ist in speziellen Indikationsbereichen eine medikamentöse Unterversorgung zu beobachten. Andererseits verursachen vermeidbare unerwünschte Arzneimittelwirkungen, z.B. durch unangepasste Dosierung bei Niereninsuffizienz oder Missachtung von Kontraindikationen kostenintensive Krankenhausaufenthalte. Zusammenstellungen wie die Beers- oder Priscus-Liste helfen, unangemessene Medikamente bei geriatrischen Patienten zu vermeiden.

Den Besonderheiten gastro-intestinaler Blutungen im fortgeschrittenen Lebensalter widmete sich Herr Glaser aus Fulda in seinem Vortrag. Geringere Schmerzen, häufige Assoziation mit der Einnahme von NSAR oder Antikoagulantien, mehr Rezidivblutungen und eine höhere Komorbidität und Mortalität sind typische Merkmale bei geriatrischen Patienten. Der Stellenwert

endoskopischer Therapieverfahren unterscheidet sich nicht zu jüngeren Patientengruppen, bei Rezidivblutungen sind die transarterielle Embolisation oder Operation optionale Therapiealternativen. Im unteren GI-Trakt sind Divertikelblutungen, zumeist bei NSAR-Einnahme, und Angiodysplasien bedeutsam. Bei der endoskopischen Therapie muss bei geriatrischen Patienten mit einem höheren Sedierungs- und Perforationsrisiko gerechnet werden.

Frau Anders aus Hamburg demonstrierte eindrucksvoll anhand von Fallbeispielen den Nutzen des multidimensionalen Assessments zur Festlegung von Therapiezielen bei Multimorbidität im Vergleich zu konventionellen Behandlungsverläufen. Voraussetzung sind die zielgruppengerechte Auswahl der Assessmentinstrumente und die Bewertung der Assessmentergebnisse im therapeutischen Team zur Festlegung angemessener Therapiekonsequenzen. Die zum Teil dramatischen Unterschiede der Behand-

lungsergebnisse – insbesondere in Bezug auf den funktionellen Status – beeindruckten das gesamte Auditorium nachhaltig.

Der zweite Teil des Geriatrietages widmete sich der geriatrischen Aus- und Fortbildung in Hessen und Thüringen. Parallel dazu wurde – wiederum ausgesprochen interdisziplinär – ein Workshop zum Thema „Der schwierige Patient“ angeboten. In ihren Vorträgen stellten Frau Kwetkat aus Jena und Herr Püllen aus Frankfurt die Organisation und Durchführung der studentischen Ausbildung im Querschnittsbereich 7 „Medizin des Alterns und des alten Menschen“ vor und berichteten über Ergebnisse der jeweiligen Evaluationen.

An der Goethe-Universität Frankfurt sind insgesamt 5 geriatrische Einrichtungen aus Frankfurt, Darmstadt und Wiesbaden an der studentischen Ausbildung beteiligt. Die Vorlesungen erstrecken sich über zwei Semester, daran schließt sich ein Praktikum über 2 Tage an, wobei neben der Teilnahme an der Frühbe-

sprechung und der Visite die Therapieplanung für geriatrische Patienten und eine Einführung in die Behandlungsmöglichkeiten der verschiedenen Therapieabteilungen im Zentrum stehen. Die Daten zur Evaluation und des Praktikums spiegeln eine ausgesprochen positive Bewertung der Unterrichts- und Praktikumsqualität durch die Studenten wider. Im Rahmen einer Doktorarbeit wurde jetzt der Frage nachgegangen, inwieweit das Geriatriepraktikum die Einstellung von Studierenden gegenüber der Geriatrie beeinflusst. Die Ergebnisse zeigen, dass das Praktikum kurzfristig zu einer deutlich positiveren Bewertung der Geriatrie führt, dieser Effekt geht im Verlaufe des weiteren Studiums jedoch leider wieder verloren. Dementsprechend zeigt auch nur eine kleine Minderheit der Studenten vor dem PJ Interesse an einer geriatrischen Ausbildung nach dem Studium.

In Jena ist die Geriatrie-Ausbildung aktuell ausschließlich an der Universität angebunden. Der Vorlesungspart wird inter-

disziplinär gestaltet, es sind u.a. Dozenten aus dem Bereich Psychologie, Onkologie, Palliativmedizin, Gynäkologie und Pharmakologie beteiligt. Praktischer Unterricht am Krankenbett ist auf Grund der Kapazität der Geriatrischen Klinik am Universitätsklinikum nicht möglich. Stattdessen ist für die Studenten die Teilnahme an einem Seminar und die Ausarbeitung eines Fallbeispiels in Form einer Computersimulation Pflicht. Ein Schwerpunkt des Seminars ist das „Instant Aging“, eine simulierte Selbsterfahrung von motorischen, funktionellen und sensorischen Einschränkungen. Durch das eigene Erleben der Behinderungen werden in eindrucksvoller Weise das Verständnis und Einfühlungsvermögen für multimorbide geriatrische Patienten gefördert. Dementsprechend positiv fallen auch die Evaluationsergebnisse für dieses Seminarangebot aus. Perspektivisch wird in Ergänzung des bisherigen Lehrangebotes auch praktischer Unterricht am Krankenbett anzustreben sein. Hier könnte, so Frau Kwetkat in

ihrem Vortrag, die in Hessen bereits etablierte Kooperation geriatrischer Einrichtungen Vorbildfunktion für die Thüringer Geriatrien haben.

Vorbildfunktion im Bereich der ärztlichen Fortbildung hat allerdings auch das erstmalig von der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung durchgeführte **Curriculum „Hausärztliche Geriatrie“**, über das Frau Dittrich von der Landesärztekammer Thüringen berichtete. Unter Leitung von Herrn Zeeh aus Meiningen waren zahlreiche Kolleginnen und Kollegen aus den hessischen und thüringischen Geriatrien an der Durchführung beteiligt. Die Inhalte des Basiskurses Geriatrie für Hausärzte der DGG waren die Grundlage der Themenschwerpunkte des Curriculums mit einem Umfang von 60 Stunden. Unterstützt und begleitet wurde das Curriculum durch die kassenärztliche Vereinigung Thüringens und den Thüringer Hausärzteverband. 25 Teilnehmer, darunter 21 Allgemeinmediziner erhielten nach Absolvierung des Kurses und bestandener

Erfolgskontrolle ihr Zertifikat. Auf Grund der hohen Nachfrage ist bereits das nächste Curriculum mit Beginn im November 2012 geplant. Beachtung hat das Curriculum aber auch beim Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung der Bundesärztekammer gefunden, der am 1. Februar 2012 den Vorstand der Bundesärztekammer empfohlen hatte, der Entwicklung einer strukturierten curricularen Fortbildung Geriatrie zuzustimmen. Dieser Empfehlung ist der Vorstand der Bundesärztekammer am 23./24. Februar 2012 gefolgt. Am 14. Mai, so der Ausblick von Frau Dietrich, wird eine Arbeitsgruppe bei der Bundesärztekammer zur Erstellung eines bundeseinheitlichen Curriculums „Geriatrische Versorgung“ unter Beteiligung Thüringens etabliert.

Nahezu alle Berufsgruppen des multidisziplinären geriatrischen Teams waren unter den Teilnehmern des Workshops vertreten, den die Neuropsychologin der Geriatrie Jena, Frau Walter-Walsh, gestaltete. Ein professioneller Umgang mit herausforderndem Verhalten

von Patienten setzt eine gute Kenntnis der zugrunde liegenden Erkrankungen voraus, aber auch das Erkennen der Mechanismen von Übertragung und Gegenübertragung. Frau Walter-Walsh vermittelte die Technik der Situationsanalyse, mit der über eine Modifikation der eigenen Herangehensweise die Chance zur Minimierung des „schwierigen Verhaltens“ gegeben ist.

Zum Abschluss bedankte sich Professor Vogel als Vorstandsvorsitzender des LV Geriatrie Hessen-Thüringen bei den Referenten für die informativen und interessanten Vorträge und würdigte die gelungene Organisation des Geriatrietages.



Auf der Mitgliederversammlung des Landesverbandes Geriatrie Hessen – Thüringen, am 4. und 5. November 2011, im Rahmen des 18. Wiesbadener Geriatriekolloquiums, wurde der Beschluss gefasst, künftig Vertreter aus den Bereichen Pflege und Therapie einzuladen, um somit die Multidisziplinarität in der Geriatrie zu unterstreichen.

Erstmals trafen sich Vertreter dieser Berufsgruppen mit der Arbeitsgruppe der Ärzte am 16.03.2012 in Fulda. Circa 20 Physio- und Ergotherapeuten, und Logopäden aus acht geriatrischen Einrichtungen bildeten den ersten Arbeitskreis Therapie. Schon in der Vorstellungsrunde wurden zahlreiche Problemfelder „andiskutiert“. Ganz offensicht-

lich besteht erheblicher Gesprächs – und Klärungsbedarf im Klinikalltag der Geriatrien. Die Wahl eines Sprechers wurde zunächst noch vertagt.

Die Geriatrie lebt von der Multiprofessionalität und hebt sich durch diese von vielen anderen medizinischen Fachrichtungen ab. Zum Wohle des geriatrischen Patienten ist die enge Zusammenarbeit aller Disziplinen unverzichtbar. Transparenz ist die Voraussetzung für effektive Zusammenarbeit und ein Garant für qualitativ hochwertige Therapie. Um den besonderen Stellenwert der Geriatrie innerhalb der Medizin weiter zu stärken, ist das Engagement aller Berufsgruppen erforderlich.

Autor:

Wilfried Wagner
Therapeutischer Leiter
Asklepios Paulinen Klinik
Wiesbaden



Während des Geriatrie-Kolloquiums im vergangenen November in Wiesbaden wurde von verschiedenen Seiten der Wunsch geäußert, den Arbeitskreis Pflege wieder zu reaktivieren. Da ein Arbeitskreis in der Regel dann gute Ergebnisse produzieren kann wenn das Interesse daran groß ist und sich ausreichend Mitglieder finden, wurde zunächst eine Umfrage unter den Pflegedienstleitungen bezüglich Interesse und Mitarbeit gestartet. Die Resonanz war erfreulich positiv, so dass sich am 16.03.12 in Fulda ein Arbeitskreis „Pflege in der Geriatrie“ gegründet hat.

Die Mitglieder werden sich dreimal jährlich an wechselnden Orten treffen. Das nächste Treffen findet am 20.Juni zwischen 13:00 Uhr und 15:00 Uhr in der Asklepios Paulinenklinik

Wiesbaden statt. Zur Sprecherin des Arbeitskreises wurde Fr. I. Stapf gewählt.

Neben der Erarbeitung erster Strukturen wurde in der ersten Sitzung eruiert, welche Themen bearbeitet werden sollten und damit auch, welche Ziele der Arbeitskreis verfolgt. Schwerpunktthemen werden u.a die zunehmend schwierigere Personalgewinnung und die Personalbindung sein.

Daneben wird u.a. die Abbildung des Geriatriischen Patienten in den verschiedenen Pflegeklassifikationen Thema sein (zB. PKMS). Da die Geriatrie ein Fachgebiet ist, in dem eben nicht die dreijährige Grundausbildung in der Pflege ausreichend ist, wird sich die AG mit Fragen zur Weiterbildung befassen. Sollten Kolleginnen und Kollegen, die nicht in Fulda waren Interesse an einer Mitarbeit in der AG haben, würden wir uns sehr freuen.

Kontaktadresse i.stapf@asklepios.com

Stellenausschreibungen:



Stellenmarkt

Das Asklepios Klinikum Uckermark sucht zum **01.06.2012**

Chefarzt (m/w)

Klinik für Geriatrie

Wir sind:

Das Asklepios Klinikum Uckermark ist ein modernes Krankenhaus der Schwerpunktversorgung mit 435 Betten und 38 Tagesklinikplätzen in Schwedt an der Oder und gehört zur Asklepios Gruppe. Das Klinikum ist Lehrkrankenhaus der Pommerschen Medizinischen Akademie in Stettin. Wir betreiben außerdem ein Medizinisches Versorgungszentrum mit derzeit acht Fachpraxen.

Die Klinik für Geriatrie besteht seit 1995 und hat einen Versorgungsauftrag nach § 109 SGB V. Es bestehen enge Kooperationsbeziehungen zu allen Kliniken des Hauses und benachbarten Klinikstandorten. Die Klinik verfügt derzeit über 32 vollstationäre Betten und 10 Betten in der Geriatrischen Tagesklinik.

Wir suchen:

Die Bewerberin/Der Bewerber sollte
 Facharzt für Innere Medizin oder
 Facharzt für Allgemeinmedizin oder
 Facharzt für Neurologie oder
 Facharzt für Psychiatrie

mit absolvierter Weiterbildung zum Geriater sein. Sie/Er ist der Chefarzt und übernimmt auch die Leitung der Tagesklinik.

Wir erwarten:

- Fachkompetenz
- einen ruhigen, menschlichen und kompetenten Umgang mit Patienten und Angehörigen sowie die Fähigkeit zur fach- und klinikübergreifenden Kooperation mit anderen Abteilungen und Hausärzten
- sicheres Auftreten, ein Gespür für das richtige Maß an Durchsetzungsvermögen, Eigeninitiative, Leistungsbereitschaft und Engagement

Wir bieten:

- eine verantwortungsvolle Position mit vielfältigen Gestaltungsmöglichkeiten
- einen zeitgerechten Chefarztvertrag mit konstanten und variablen Anteilen - frei verhandelbar
- weitreichende Unterstützung im Umzugsfalle und bei der Wohnungssuche

Kontakt:

Wir hoffen, Ihr Interesse geweckt zu haben und freuen uns auf Ihre Bewerbungsunterlagen, schriftlich an Asklepios Klinikum Uckermark GmbH, Personalabteilung, Auguststr. 23, 16303 Schwedt oder per Mail an personal.schwedt@asklepios.com. Rückfragen beantwortet gern der Geschäftsführer des Hauses, Herr Jürgensen - erreichbar über das Sekretariat, Frau Runtze, Tel. (03332) 532316.

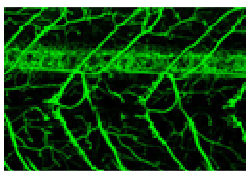
MITTEILUNGEN – TERMINE

- 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

12. bis 15. September 2012 World Conference Center Bonn

Gemeinsamer Gerontologie- und Geriatriekongress 2012 Altersforschung: Transnational und translational



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