



**Mitteilungen der Deutschen
Gesellschaft für Gerontologie
und Geriatrie e.V.**

Mitglied der International
Association
of Gerontology (IAG)

Korrespondenzadresse:

Klaus Ingo Giercke
(Sekretär DGGG)
Arbeiterwohlfahrt
Bezirksverband Mittelrhein
Rhonestraße 2 a
50765 Köln
Tel.: +49(0)2 21/57 99 81 70
Fax: +49(0)2 21/57 99 81 60
E-Mail:
klaus-ingo.giercke@awo-
mittelrhein.de

Geschäftsstelle der DGGG

Porstmann Kongresse GmbH
Alte Jakobstr. 77
10179 Berlin
Tel.: +49 (0)30/28 44 99-24
Fax: +49 (0)30/28 44 99-34
E-Mail: gs@dggg-online.de

Diese Mitteilungsseiten sind
im Internet abrufbar unter
der Homepage der DGGG:
www.DGGG-online.de

1. Bericht des Präsidenten

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

von einem erfolgreichen und gut gestalteten **Kongress der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie** im April 2005 gilt es zu berichten. Den österreichischen Kollegen ist es in guter Weise gelungen, einen thematisch vielfältigen Kongress zu organisieren, der auf über 600 registrierten Teilnehmern eine äußerst positive Resonanz hatte. Unsere Gesellschaft war mit einem Symposium zur Integrierten Versorgung vertreten, das bei den österreichischen KollegInnen auf interessierte Resonanz stieß und die gemeinsamen Herausforderungen in der Umsteuerung der nationalen Gesundheitsversorgungssysteme deutlich werden ließ.

Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie und die Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie werden in der Zukunft ihre großen Jahreskongresse gemeinsam durchführen und dies im Kongressortwechsel Wien und Berlin. Der enge Zusammenschluss und die binationale Kooperation der beiden geriatrischen Gesellschaften scheint in hohem Maße sinnvoll: Auf diese Weise gelingt es, die Position der Geriatrie im deutschsprachigen Raum zu stärken und gegenseitig Impulse aufzunehmen: Man scheint im Österreich kurz vorm Facharzt für Geriatrie zu sein.

Für unsere Gesellschaft zeichnete sich damit deutlich ab, dass sie ihre Rolle als Motor der Interdisziplinarität weiter profilieren wird und dies auch unter Einbeziehung der Kollegen aus Österreich und der Schweiz. Um eine Plattform für einen echten interdisziplinären Diskurs für zentrale Fragen der alternden Gesellschaft zu sein, hierin liegt sicherlich eine der zentralen Aufgaben unserer Gesellschaft – bei großem

Respekt gegenüber der Arbeit der Schwesterngesellschaften, die immer auch eine berufspolitische Zielsetzung mitverfolgen müssen. Für 2006 steht nunmehr auch fest, dass es keinen gemeinsamen Kongress mit der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie geben wird. Die enge Zusammenarbeit ist gleichwohl weiter wichtiges Anliegen beider Gesellschaften.

Die Gerontologie ist eine immer noch vergleichsweise junge Wissenschaft bzw. ein junges Forschungsfeld. Gleichwohl kommen nun noch einige der wichtigen Institutionen der Gerontologie „in die Jahre“ so etwa das Institut für Medizinsoziologie an der Universität Hamburg und dort der Arbeitsbereich Soziale Gerontologie, geleitet von Hanneli Döhner. Am 10. Mai feierte Hanneli Döhner mit ihrem Forschungsteam das 25-jährige Bestehen und präsentierte einen eindrucksvollen Überblick über die Projekte der vergangenen Jahre und ihre Entwicklung. In bemerkenswerter Weise ist es den Hamburger KollegInnen gelungen, an international geachteten Projekten der interdisziplinär angelegten sozialgerontologischen Forschung zu wirken. Hans Joachim von Kontratowitz betonte in seiner Festrede die Notwendigkeit für die deutsche Gerontologie, sich stärker als bislang in die internationalen Forschungs- und Diskurszusammenhänge in der Gerontologie einzubringen und wollte dies auch als Appell an unsere Gesellschaft verstanden wissen. Er wünschte sich weiterhin, dass es der organisierten Gerontologie in Deutschland gelinge, wieder mehr die „Hoheit“ über die Diskussion demographischer Veränderungen und anderer gerontologisch relevanter Fragestellungen in der öffentlichen Diskussion zurückzugewinnen und diese nicht dem

„Methusalem Komplott“ zu überlassen. Hier an dieser Stelle noch einmal recht herzlichen Dank an Hanneli Döhner für ihr Engagement an unserer Gesellschaft und Glückwunsch zum 25-jährigen Bestehen.

Das Thema „hochschulgebundene Qualifikation in der Gerontologie“ gewinnt an Konturen: Im Juli 2005 wird sich eine Arbeitsgruppe erstmals in Berlin treffen, die sich mit einer Bestandsaufnahme der bisherigen Ausbildungsgänge im deutschsprachigen Raum beschäftigt und Vorschläge für Eckpunkte erarbeiten wird, die sowohl Orientierung stiften sollen, als auch bestimmte Mindeststandards enthalten sollen. Es ist zu beobachten, dass es aktuell sowohl auf der universitären als auch auf der Fachhochschulebene ein schwer übersehbarer und in jedem Fall nicht gut abgestimmter Prozess eingesetzt hat, neue Studiengänge und Studiengangskonzeption zu profilieren und auf den Markt zu bringen. Auf den Seiten unserer Gesellschaft wurden die Informationen über die aktuell angebotenen Studiengängen auf den neuen Stand gebracht.

Nach Angaben des Veranstalters waren etwa 4000 Teilnehmer auf dem **18. Internationalen Gerontologiekongress** in Rio registriert worden. Ein Kongress mit großer Resonanz, vielfältigen Themen und einer interessanten Fokussierung gerontologischer Fragen und Forschungen aus Lateinamerika. Gut zwanzig Kollegen und Kolleginnen aus Deutschland haben Rio bereist,

um in Keynotes, auf Symposia oder im Rahmen von Posterausstellungen ihre Ergebnisse zu präsentieren. Dazu gehörten auch zwei Kollegen aus der Student Section, denen wir aus Mitteln der DGGG zu einer Reise nach Rio verhelfen konnten: Damit haben wir auch die Impulse der IAG aufgenommen, uns intensiver als bislang um Nachwuchswissenschaftler zu bemühen. Die beiden „Stipendiaten“ werden über ihre Summa aus dem Besuch des Rio-kongresses berichten.

Für eine Reihe der Kolleginnen und Kollegen wurde der Riokongress auch von Enttäuschungen begleitet: Leider sind dem Veranstalter in nicht ganz unbeträchtlichem Umfang angemeldete Vorträge, die zunächst bestätigt wurden, „abhanden“ gekommen, so dass eine Reihe von Teilnehmern „umsonst“ nach Rio gereist sind. Das betraf auch deutsche Kollegen. Es ist bedauerlich und wir haben es den Kongressorganisatoren mitgeteilt. Leider bestand keine Möglichkeit im Rahmen einer „lost and found“-Veranstaltung, den „Vergessenen“ eine Chance zur Präsentation zu geben.

Der IAG Council tagte ausführlich. Es wurden recht umfangreiche Satzungsänderungen beschlossen, etwa hinsichtlich der Aufnahme weiterer nationaler Gesellschaften, der Namensänderung: Die IAG wurde ähnlich wie die Deutsche Gesellschaft 1992 um den Zusatz Geriatrie ergänzt. Die Diskussion um die Satzungsänderungen wurden kontrovers geführt, aber dank des amtierenden Präsidenten aus

Brasilien und der tatkräftigen Unterstützung der kanadischen Kollegen aus Vancouver, die die bisherige Präsidentschaft und den bisherigen Vorstand bestellten „über die Bühne gebracht“. Traditionell wird der Tagungsort für den übernächsten Kongress auf dem jeweiligen IAG-Kongress ausgewählt. Es bewarben sich Hong Kong und Seoul: Recht klar fiel die Entscheidung zugunsten von Südkorea, die eine hochprofessionelle Präsentation vorlegten, mit großer Stimmenmehrheit der Delegierten. In interessanter Weise konnten die Südkoreaner ein Kongresskonzept präsentieren, das die wesentlichen nationalen Wissenschaftsakteure weit über den engeren Bereich der Gerontologie mit in den Kongress und seine Vorbereitung, involviert. Dies scheint auch für nationale Kongresse ein wichtiger Ansatz und eine vielversprechende Strategie zu sein.

Kurz vorher tagte auch unser Präsidium und hat sich hinsichtlich des nächsten Tagungsortes für den Jahreskongress auf Freiburg verständigt. Wir dürfen sie also 2006 im Zeitraum vom 28. bis zum 30. September herzlich nach Freiburg einladen und bitten Sie, sich diesen Termin schon einmal vorzumerken.

Mit kollegialen Grüßen verbleibe ich,

Ihr
Prof. Dr. Thomas Klie

Kontakt
Prof. Dr. Thomas Klie
klic@efh-freiburg.de

2. Bericht des Sekretärs

Kontakt

Klaus Ingo Giercke
Klaus-Ingo.Giercke@awo-mittelrhein.de

3. Aus den Sektionen

3.1 Sektion I: Experimentelle Gerontologie

Liebe Mitglieder,

Die Programmvorbereitungen für unsere Sektionstagung vom 13.–15.10.05 in Lübeck liegen in den letzten Zügen. Insgesamt wird uns ein abwechslungsreiches Programm mit fast 40 Vorträgen erwarten, wobei erfreulicherweise viele renommierte Redner gewonnen werden konnten. So werden wissenschaftsorganisatorische Darstellungen, Vorträge über Alterungsvorgänge an Modellorganismen, über die Telomere, den oxidativen Stress, Morbus Alzheimer, Protein- und Enzymveränderungen mit steigendem Lebensalter sowie eine Reihe interessanter klinischer Studien präsentiert werden. Mitglieder, die am Kongress teilnehmen wollen, werden

gebeten, sich möglichst schnell anzumelden, damit die Organisatoren einen groben Überblick über die zu erwartenden Teilnehmerzahlen bekommen.

Während auf EU-Ebene bereits biogerontologische Förderprogramme ins Leben gerufen worden sind und noch werden, scheint langsam auch in Deutschland das Bewusstsein zu reifen, dass biogerontologische Altersforschung gestützt werden sollte. So soll das BMBF planen, Altersforschungsprojekte zu fördern. Es wird auch Aufgabe aller Tagungsteilnehmer sein, über Konzepte und Strukturen der deutschen Biogerontologie nachzudenken. Die momentane Zeit bietet sicher die Chance, mit vereinten Kräften

von Grundlagenforschern, Klinikern und der Politik eine mit Blick auf das Wohl der Allgemeinheit sinnvolle Ausgestaltung zukünftiger Programme zu erreichen.

Allen Mitgliedern wünsche ich einen schönen Sommerurlaub und wünsche mir, Sie möglichst zahlreich bei der Tagung begrüßen zu können.

Freundliche Grüße
Christoph Meißner

Kontakt

PD Dr. med. C. Meißner
Institut für Rechtsmedizin
Kahlhorststr. 31–35, 23562 Lübeck
E-Mail:
meissner@rmed.mu-luebeck.de

3.2 Sektion II: Geriatriische Medizin

Kontakt

Dr. med. Manfred Gogol
gogol@krankenhaus-
lindenbrunn.de

3.3 Sektion III: Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie und Sektion IV: Soziale Gerontologie und Altenarbeit

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir möchten auf diesem Wege noch einmal Ihre Aufmerksamkeit auf die gemeinsame Tagung der Sektionen III und IV mit dem Titel „Generationen in Familie und Gesellschaft in einem zusammenwachsenden Europa“ vom 29.–30.09.2005 in Mannheim lenken.

Weitergehende Informationen sowie das vollständige Programm der Tagung finden Sie auf unserer Internetseite unter www.dggg-online.de oder www.dggg.org.

Herzliche Grüße

PD Dr. Susanne Zank
– Vorsitzende Sektion III –

Kontakt

PD Dr. Susanne Zank
zank@ipg-berlin.de

Prof. Dr. Astrid Hedtke Becker
– Vorsitzende Sektion IV –

Kontakt

Prof. Dr. Astrid Hedtke-Becker
astrid@hedtke-becker.de

4. Wir gratulieren

Vorstand und Präsidium der DGGG gratulieren herzlichst folgenden Mitgliedern, die zwischen dem 1.06.2005 und dem 31.07.2005 ihren „runden“ Geburtstag feiern konnten:

zum 60. Geburtstag

Herr Dr. von Kondratowitz aus Berlin (01.06.1945)
Frau Stefanie Völkemann aus Dortmund (04.07.1945)

Herr Prof. Dr. Heinz Jürgen Kaiser aus Erlangen (15.07.1945)
Frau Antje Indorf-Fischer aus Münster (19.07.1945)
Herr Dr. med. Clemens Bamberg aus Schmalkalden (22.07.1945)

zum 65. Geburtstag

Herr Univ.-Prof. Dr. Hans Niedermüller aus Wien (10.06.1940)
Herr Dr. med. Roland Urban aus Berlin (21.06.1940)

Herr Prof. Dr. Manfred Stosberg aus Nürnberg (20.07.1940)

zum 70. Geburtstag

Herr Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Pesch aus Erlangen (13.06.1935)
Herr Dr. Karl-Gustav Werner aus Düsseldorf (19.07.1935)

zum 75. Geburtstag

Frau Prof. Dr. Dr. Ursula Lehr aus Bonn (05.06.1930)

5. Wir suchen weiter: Aktuell nicht auffindbare Mitglieder

Vielen Dank an die vielen Mitglieder, die sich gemeldet haben oder die uns Adressen von anderen mitgeteilt bzw. Hinweise dazu geliefert haben. Leider sind auch dieses Mal wieder einige neue dazu gekommen, bei denen unsere Post nicht zustellbar war. Bitte geben Sie Ih-

re Informationen direkt an die Geschäftsstelle: gs@dggg-online.de. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!
Heide Bittner
Elzbieta Malewski
Viktoria Boit
Joachim Matthes

Sabine Brenner
Peter Schöttler
Jürgen-Michael Ebel
Margret Schumacher
Hanna Hermanova
Gerhard Vogel
Jörg Herrmann
Ursula Weinkötz-Wedemeyer

6. Kongresskalender

September 2005

21.–24.09.05

4. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung in Verbindung mit den Wiss. Jahrestagungen der DGMS und DGSMP
www.zvfk.de
Berlin

22.–24.09.05

6. Bundeskongress soziale Arbeit Zur Produktivität des Sozialen – Den sozialen Staat aktivieren
bundeskongress@uni-muenster.de
www.bundeskongress-soziale-arbeit.de
Münster

23.–24.09.05

2. Norddeutscher Pflegekongress
www.pflegekongress.de
Lübeck

27.–29.09.05

Pflegemesse Leipzig – Fachmesse und Kongress für ambulante und stationäre Versorgung
info@pflegemesse.de
www.pflegemesse.de
Leipzig

28.–29.09.05

8. DEVAP-Bundeskongress „Suchet der Pflege Bestes“
www.devap.de
Berlin

29.–30.09.05

Fachtagung der Sektionen III und IV der DGGG
„Generationen in Familie und Gesellschaft in einem zusammenwachsenden Europa“
wd@sozial-holding.de
www.dggg.org
Mannheim

29.–30.09.05

3. Tölzer HirnTage – Auf dem Weg ins Sozialparadies – „Mitwirkung (Teilhabe/Partizipation) an einer Gesellschaft ohne Erwerbsarbeit“
nre@rehazentrum-isarwinkel.de
www.rehazentrum-isarwinkel.de
Bad Tölz

30.09.–02.10.05

XVIII. Internationaler EURAG-Kongress 2005
janja.drole@infos.si
Ljubljana, Slowenien

Oktober 2005

8. 10. 2005

5. Wiener Rheumatag – Neues und Bewährtes in der Rheumatologie
 azmedinfo@media.co.at
 Wien, Österreich

12. 10. 2005

5. Konsensus-Konferenz in der Pflege – Kontinenzförderung
 j.schemann@fh-osnabrueck.de
 www.dnqp.de
 Osnabrück

13. 10. 2005

„Teilhabe behinderter Menschen gezielt fördern! Die ICF als globaler Maßstab“
Workshop der DVfR im Rahmen der RehaCare International 2005
 info@dvfr.de
 Düsseldorf

13.–15. 10. 05

Tagung der Sektion I der DGGG
„From Bench to Bedside“
 tychsenl@rmed.mu-luebeck.de
 www.dggg.org
 Lübeck

20.–23. 10. 05

4. International Congress on Vascular Dementia
 www.kenes.com/vascular
 vascular@kenes.com
 Porto, Portugal

21.–22. 10. 05

2. EUGMS-Symposium
„Geriatric Cardiology“
 www.eugms.de
 Madrid, Spanien

November 2005

03.–05. 11. 05

13. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG)
 www.dggeriatrie.de
 Fulda

03.–04. 11. 05

19. SGG-Kongress „Gepflegtes Altern“
 www.sgg-ssg.ch/deutsch/veranstaltungen/kongress.html
 Bern, Schweiz

03.–07. 11. 05

Vorab Workshops der
6. Bad Arolser Studientage der Altenpflege
 08.–10. 11. 05
6. Bad Arolser Studientage der Altenpflege
 www.innovative-qualifikation.de
 info@innovative-qualifikation.de
 Bad Arolsen

10.–12. 11. 05

EUPHA 2005 Conference
 www.eupha.org
 Graz, Österreich

Dezember 2005

01.–02. 12. 05

1. Nationaler Präventionskongress in Deutschland der DVGHP und der DGPH
 cstolz@intercom-dresden.de
 Dresden

02.–03. 12. 05

17. Symposium Psychoanalyse und Altern – „Altern, Visionen und Illusionen“
 teising@t-online.de
 Kassel

Juni 2006

5. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung
 www.zvfk.de
 Mannheim/Ludwigshafen

Juli 2009

05.–10. 07. 09

XIX World Congress of Gerontology
 bforette@noos.fr
 Paris, Frankreich

Mehr unter:

www.medizinische-kongress.de
 www.sfu.ca/iag/calendar/index.htm

Mitteilungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Klinisch-Geriatriischen Einrichtungen e.V.

Vorstandsvorsitzende
Prof. Dr. E. Steinhagen-Thiessen
Bundesarbeitsgemeinschaft
der Klinisch-Geriatriischen
Einrichtungen e.V.
Ev. Geriatriezentrum Berlin
gGmbH
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin
Telefon: (0 30) 45 94-19 00
Fax: (030) 45 94-19 38
E-Mail: Elisabeth.Steinhagen-
Thiessen@charite.de

Geschäftsführer
Dirk van den Heuvel
Geschäftsstelle der Bundes-
arbeitsgemeinschaft der Klinisch-
Geriatriischen Einrichtungen e.V.
(im EGZB)
Reinickendorfer Straße 61
13347 Berlin
Internet: www.bag-geriatrie.de
Telefon: (0 30) 45 94-15 05
Mobil: 0177-7476971
Fax: (0 30) 45 94-20 29
E-Mail: Dirk.van-den-Heuvel@charite.de

Referentin
Antje Quicker
Telefon: (030) 45 94-15 06
Fax: (0 30) 45 94-20 29
E-Mail: Antje.Quicker@charite.de

Bürozeiten:
Mo-Do 8.00–16.00 Uhr

Workshop Geriatrie im Ministerium für Gesundheit und Soziales in Magdeburg am 15. 6. 2005

Am 15. 6. 2005 lud das Ministerium für Gesundheit und Soziales zum Workshop Geriatrie nach Magdeburg ein. Anlass war das vor 10 Jahren verabschiedete Geriatriekonzept Sachsen-Anhalts. Unter der Leitfrage „Welche Versorgung benötigt der geriatrische Patient?“ sollte der Stand der Geriatrie in Sachsen-Anhalt analysiert und mit allen Beteiligten über die Weiterentwicklung diskutiert werden.

Der **Minister für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt, Herr Gerry Kley** zog Bilanz hinsichtlich der Umsetzung des Geriatriekonzeptes von 1995 unter besonderer Berücksichtigung der Entwicklung im Krankenhausbereich. Er berichtete neben den zu erwartenden epidemiologischen Fakten in diesem Land und der wachsenden Bedeutung der Geriatrie, über die flächendeckende Versorgung im akutstationären Bereich. **Herr Neugebauer** von der **Landessenio-
renvertretung** sprach zu den Anforderungen an die geriatrische Versorgung aus Sicht der Betroffenen und betonte besonders die qualitativen Aspekte und das Respektieren der Eigenverantwortung bei der Betreuung alter Menschen. **Herr Dr. Lübke vom Kompetenzzentrum Geriatrie Hamburg des MDS** verwies zunächst auf die Probleme bei der Identifikation des geriatrischen Patienten, weiterhin erläuterte er sehr anschaulich die Ansprüche an eine qualitativ hochwertige geriatrische Behandlung. Der **Vorsitzende der KV Sachsen-Anhalt, Herr Dr. John**, berichtete in seinem Vortrag „Ambulant vor stationär“ über das Konzept der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt zur Weiterentwicklung der ambulanten geriatrischen Versorgung. Vorgesehen sind unter anderem geriatrische Schwerpunktpraxen.

Als Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung stellte **Herr Deh (AOK-Landesverband)** Vernetzung und neue Versorgungsformen in der Geriatrie vor und **Frau Dr. Perpeet-Kasper** reflektierte im Namen der **AG sachsen-anhaltischer geriatrischer Einrichtungen** über die Rolle der Geriatrie in der stationären Versorgung. Hier wurde explizit auf die Problematik der Struktur- und Prozessqualität als notwendige Voraussetzung für eine fachlich und ökonomisch vertretbare Ergebnisqualität eingegangen.

Als wichtige Entscheidungen und Vorhaben für eine bedarfsgerechte und zukunftsfähige Versorgung in der Geriatrie in Sachsen-Anhalt konnte zusammenfassend konstatiert werden:

- Entstehung von geriatrischen Zentren, die in einer fallabschließenden Behandlung und mit klar definierten Voraussetzungen die geriatrische Versorgung auf einem qualitativ hohen Niveau absichern werden.
- Die Verabschiedung des Schwerpunktes Geriatrie im Rahmen der neuen WBO der Inneren Medizin verspricht in absehbarer Zeit den derzeitigen bedenklichen Engpass an geriatrisch qualifizierten Ärzten zu beheben.
- Analog bzw. kompatibel zu den stationären geriatrischen Zentren soll die ambulante geriatrische Versorgung auf- und ausgebaut werden.
- Im regionalen Bezug zu geriatrischen Zentren sind Kooperationen mit anderen Gesundheitseinrichtungen zu erarbeiten. Ein wesentlicher Aspekt dabei ist die frühestmögliche Weiterleitung der Patienten in die qualifizierte geriatrische Behandlung. Dafür ist die Identifikation des geriatrischen Patienten eine wesentliche Voraussetzung.

Ziel aller am geriatrischen Behandlungsprozess Beteiligter muss es sein, die geriatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt in den nächsten Jahren durch Zentralisierung

und Spezialisierung auf einem hohen qualitativen Niveau finanzierbar zu gestalten.

Dr. Susanne Perpeet-Kasper

Arbeitsgemeinschaft geriatrischer Einrichtungen, Sachsen-Anhalt
E-Mail:
susanne.perpeet-kasper@harz-klinikum.de)

Zertifiziertes Curriculum Geriatrie („Zercur Geriatrie“)

Bereits in der letzten Ausgabe haben wir Sie über den neuen Fortbildungslehrgang „Zercur Geriatrie“ informiert. Im Nachgang zu dieser Information erreichten uns eine Vielzahl von Anfragen zu diesem Thema. Diese positive Resonanz freut uns natürlich und bestärkt uns in unserer Einschätzung, dass der Bereich Fortbildung bei unseren Mitgliedern eine wichtige Rolle einnimmt.

In der Zwischenzeit wurde intensiv an der Organisation der Pilotphase und damit an der praktischen Umsetzung des Lehrganges gearbeitet. In der Zeit vom Herbst dieses Jahres bis zum Frühjahr des kommenden Jahres wird es über

die ganze Bundesrepublik verteilt Zercurlehrgänge geben. Dabei ist geplant, den organisatorischen Rahmen jeweils etwas zu variieren, um so verschiedene Erfahrungen für das spätere Regelangebot zu sammeln. Es wird daher sowohl Blockveranstaltungen geben, als auch zeitlich gesplittete Lehrgänge.

Auf Grundlage des bundesweit einheitlichen Ausbildungsplans, der die Ausbildungsinhalte vorgibt, wird derzeit von den Pilotphasenteilnehmern ein konkreter Lehrplan erarbeitet, der den zeitlichen Ablauf und die Zuordnung der Themen zu den einzelnen Dozenten enthält. Auch bei dieser

Umsetzung wird die grundlegende Zielsetzung, das Wirken im therapeutischen Team zu vermitteln, besonders berücksichtigt.

Die ersten Kurse werden voraussichtlich Mitte Oktober starten. Im Rahmen der Mitgliederversammlung im März 2006 soll dann eine Auswertung der Pilotphase erfolgen und anschließend ab Mitte 2006 „Zercur Geriatrie“ als Regelangebot starten. Wenn Sie Interesse haben, einen der Lehrgänge als Teilnehmer zu besuchen, so können Sie die Kursorte und die genauen Termine in der Geschäftsstelle erfahren.

D. van den Heuvel, Berlin

Sturzprävention in geriatrischen Kliniken –

Erste Ergebnisse des bundesweiten Benchmarking-Projekts GEMIDAS-QM

Seit Herbst 2003 nehmen 23 GEMIDAS-Einrichtungen an dem vom Bundesministerium für Gesundheit und Sozialordnung (BMGS) geförderten Projekt Benchmarking in der Patientenversorgung – GEMIDAS-QM teil. Unter mehr als 100 Bewerbern wurde damals der von der Forschungsgruppe Geriatrie der Charité (Dr. M. Borchelt) und dem Institut für Gesundheits- und Sozialforschung IGES (Dr. S. Loos) zusammen erarbeitete Projektvorschlag ausgewählt.

Ziele des Projekts und Vorgehen

Primäres Projektziel ist die Verbesserung der Ergebnisqualität in den drei Problembereichen ‚Stür-

ze‘, ‚Malnutrition‘ und ‚Schmerzen‘. Dazu wurde ein einrichtungsübergreifender, kontinuierlicher Benchmarking-Prozess mit den folgenden Elementen etabliert:

- Erhebung von Daten zur Beurteilung der Ergebnisqualität der geriatrischen Versorgung mit besonderer Fokussierung auf die drei ausgewählten Problembereiche der geriatrischen Versorgung
- Eine Stärken- und Schwächenanalyse der Einrichtungen
- Identifikation der „besten Praxis“ zu ausgewählten Problembereichen
- Formulierung und Realisierung von Zielen und Maßnahmen zur Verbesserung der Patien-

tenversorgung und Erhöhung der Ergebnisqualität

Das Projekt setzt auf der GEMIDAS-Plattform auf. Damit kann auf ein etabliertes System zur routinemäßigen einrichtungsübergreifenden Datenerhebung und -analyse zurückgegriffen werden, das zudem hinreichend erweiterungs- und anpassungsfähig ist, um solche zusätzlichen Projekte kurzfristig zu integrieren.

Das Projekt erstreckt sich über den Zeitraum von Oktober 2003 bis September 2006. In der Startphase wurde u. a. die Projektinfrastruktur auf Verbund- und Einrichtungsebene etabliert.

Seit dem 4. Quartal 2004 werden jeder teilnehmenden Einrich-

tung individuelle Benchmarkstatistiken zur Verfügung gestellt, in denen die Einrichtung sehen kann, wie sich die verschiedenen Indikatoren (z.B. Barthel-Index bei Aufnahme, Verweildauer, Anzahl der Stürze) im Zeitverlauf und im Vergleich zu anderen Einrichtungen entwickeln.

Zur einrichtungsübergreifenden Diskussion wurde ein Internetforum installiert (www.gemidas-qm.de), in dem sich bis Juli 2005 108 Nutzer registriert haben. In diesem Forum finden nicht nur die fachlichen Diskussionen und Abstimmungen statt; auch zentrale Projektdokumente, wie die erarbeiteten Erhebungsinstrumente, Sturzprotokolle, Best-Practice-Leitfäden und Sitzungsprotokolle sind hier verfügbar.

Als weiteres Instrument des kollegialen, einrichtungsübergreifenden Erfahrungsaustauschs findet etwa alle vier Monate ein Treffen der Vertreter aus den teilnehmenden Einrichtungen statt.

In den Einrichtungen wurden interdisziplinär besetzte Qualitätszirkel (QZ) etabliert, in denen Problemanalysen durchgeführt und Ansätze für gemeinsame „Best Practice“-Lösungen erarbeitet werden.

Das Projekt startete mit der Bearbeitung des Problembereichs ‚Stürze‘. Deshalb ist das Projekt in diesem Bereich auch schon so weit fortgeschritten, dass erste vorläufige Ergebnisse hier vorgestellt werden können. Mit vergleichbaren Ergebnissen für die beiden anderen Problembereiche ist Anfang 2006 zu rechnen.

Problembereich ‚Stürze‘

Sturzhäufigkeit: Als spezifisches Ziel wurde hier vereinbart, die Anzahl der Stürze und die Schwere der Sturzfolgen zu reduzieren. Dazu galt es zunächst, die Erhebung der Sturzinzidenz und der direkten Sturzfolgen in den Einrichtungen einheitlich zu imple-

mentieren. Hier einigte man sich auf ein vierstufiges Instrument:

- Stürze mit Fraktur,
- Stürze mit sonstigen Verletzungen,
- Stürze ohne Verletzung aber mit Intervention (bildgebende Diagnostik und/oder Medikation),
- Stürze ohne Verletzung und ohne Intervention.

Insgesamt kam es im Median zu 7,8 Stürzen auf 1000 Patiententage. Dabei lassen sich gegenwärtig drei Gruppen von Einrichtungen unterscheiden¹:

- 7 Einrichtungen mit insgesamt mehr als 12 Stürzen/1000 Patiententage
- 4 Einrichtungen mit insgesamt 8–10 Stürzen/1000 Patiententage
- 8 Einrichtungen mit insgesamt 3–6 Stürzen/1000 Patiententage

Sturzrisikoassessment: Um die Sturzhäufigkeit einrichtungsübergreifend vergleichen zu können und zudem das individuelle Sturzrisiko eines Patienten einschätzen zu können, wurde weiter ein Sturzrisikoassessment etabliert, das wesentliche intrinsische Sturzrisikofaktoren erfasst und bei jedem Patienten bei Aufnahme durchgeführt wird. Dazu wurde die STRATIFY-Skala für die Verwendung im Rahmen von Gemidas-QM so modifiziert, dass eine Erfassung relativ einfach möglich ist und Doppelerhebungen vermieden werden können. Mit der modifizierten sechsstufigen STRATIFY-Skala (von 0 bis 5) werden folgende Items (jeweils ja/nein) erfasst:

- Kürzlicher Sturz (bis 2 Monate vor Aufnahme)
- Mentale Alteration
- Sehbehinderung

¹ Für die vier übrigen teilnehmenden Einrichtungen lagen zum Auswertungszeitpunkt noch keine validen Daten vor.

- Toilettendrang
- Transfer/Mobilität 15–20 Punkte

Dieses Sturzrisikoassessment wurde im ersten Quartal 2005 bei rund 91% aller Patienten durchgeführt. Dabei hatte im Median rund ein Drittel aller Patienten einen kürzlichen Sturz, etwa ein Viertel wiesen Transferprobleme und/oder eine mentale Alteration auf. Im Median² wiesen 25,9% aller Patienten zwei dieser Risikofaktoren auf, 7,1% vier und 1,1% alle fünf Risikofaktoren.

Weiter zeichnet sich bereits ab, dass das im Rahmen des Projekts adaptierte Instrument zur Sturzrisikoerfassung prädiktiven Wert hat: Während von den Patienten mit einem Sturzrisiko-Score von 0 (n=537) nur 7% stürzten, waren es bei den Patienten mit einem Score von 2 (n=632) bereits 14% und bei den Patienten mit einem Score von 5 (n=63) gar 29%. Endgültige Ergebnisse dieser Analysen werden in Kürze vorliegen.

Best-Practice: Viele Einrichtungen haben als Ergebnis ihrer Qualitätszirkelarbeit individuelle Maßnahmen zur Sturzvermeidung ergriffen. Basierend auf diesen Erfahrungen und einer weiteren Literaturrecherche wurde im Frühjahr 2005 im Rahmen eines Delphi-Prozesses begonnen, ein Best-Practice-Modell für das Sturzrisikoassessment und die Sturzprophylaxe zu erarbeiten, das zunächst aus fünf Modulen besteht:

- Sturzanamnese bei geriatrischen Patienten (Screening)
- Funktionelles Mobilitätsassessment
- Erweitertes Sturzrisikoassessment
- Multidimensionale Sturzdiagnostik als Basis für gezielte Interventionen

² Wiederum 1. Quartal 2005.

■ Patientenzentrierte Maßnahmen zur Sturzprävention

Auch hier liegen erste, abgestimmte Ergebnisse vor, die auf der Projekt-homepage (<http://www.gemidas-qm.de>) verfügbar sind.

Zusammenfassung und Ausblick

Insgesamt ist das Projekt bisher sehr erfolgreich verlaufen. Die Entwicklung der Erhebungsinstrumente zur Sturzinzidenz und zum Sturzrisiko sowie des Best-Practice-Modells erfolgte auf Basis der aktuellen Literatur und in Abstimmung mit anderen Expertengruppen (DNQP), hatte jedoch bei aller wissenschaftlichen Fundierung immer den Fokus auf der

praktischen Umsetzbarkeit im Klinikalltag. Erste Projektergebnisse wurden auf verschiedenen Veranstaltungen (u. a. 11. Jahrestagung der GQMG in Marburg 2004, Hauptstadtkongress 2005 in Berlin) präsentiert und haben so die ‚Sichtbarkeit‘ der Geriatrie in vielen Bereichen erhöht. Im Dezember 2005 wird GEMIDAS-QM zusammen mit dem BMGS zudem einen bundesweiten Kongress zum Benchmarking im Gesundheitswesen ausrichten, an dem auch 9 weitere vom BMGS geförderte Benchmarking-Projekte sowie Vertreter vieler Fachgesellschaften, Institutionen und Behörden teilnehmen werden.

Die zahlreichen Maßnahmen der teilnehmenden Einrichtungen haben zu einer Steigerung der Mitarbeiter-Kompetenz im Umgang mit dem Thema Sturz und mit Sturzrisikopatienten und somit sicherlich auch schon zu einer Senkung der Sturzinzidenz und -folgen beigetragen.

Anfang 2006 werden neben einem abgestimmten Best-Practice-Konzept für den Bereich ‚Stürze‘ auch Ergebnisse für die Bereiche ‚Malnutrition‘ und ‚Schmerzen‘ vorliegen, von denen zu berichten sein wird.

Dr. Stefan Loos,
Dr. Markus Borchelt, Berlin

Symposium ‚Altersmedizin 2005 in Praxis, Forschung und Lehre‘ am 30. 9./1. 10. 2005

anlässlich des 25-jährigen Bestehens des Albertinen-Hauses –
Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Hamburg

Freitag, 30. 9. 2005

9.15 Uhr:

Festakt mit Grußwort von Birgit Schnieber-Jastram,
Präses der Behörde für Soziales und Familie
Zweite Bürgermeisterin der Freien und Hansestadt Hamburg

11.00 Uhr – 17.00 Uhr
Wissenschaftliches Programm
(Änderungen vorbehalten)

Prof. Dr. W. von Renteln-Kruse,
Hamburg
Begrüßung

Prof. Dr. A. Kruse, Heidelberg
Von Ignoranz zu ‚Ageism‘ in unserer Gesellschaft

Prof. Dr. C. Sieber, Nürnberg
Zum Konzept der Gebrechlichkeit – von der Phänomenologie zu therapeutischen Ansätzen

Prof. Dr. I. Füsgen, Witten/Herdecke
Harn-Inkontinenz –
State of the Art

Prof. Dr. P. Oster, Heidelberg
Körperliches Training im Alter

Dr. M. Vass, Praestö und Kopenhagen
Medication in elderly patients –
aspects of rational therapy from the general practitioner's point of view

Prof. Dr. H. van den Bussche,
Hamburg
Medikamentöse Behandlungsoptionen der Demenzen – Anspruch und Evidenz

Fr. Prof. Dr. A. Wirz-Justice, Basel
Schlaf und zirkadiane Rhythmik im Alter

Fr. Prof. Dr. C. Bienstein, Witten/Herdecke
Therapeutisch-aktivierende Pflege – unabdingbare Säule klinischer Geriatrie

Dr. C. Becker, Stuttgart
Medizin im Altenheim –
eine „alte“ Domäne der Geriatrie

Prof. Dr. W. Vogel, Hofgeismar
Ethische Überlegungen im Jahr 2005 zur Situation am Lebensende

Prof. Dr. C. Hendriksen,
Kopenhagen
Preventive home visits for elderly persons in the community – insights from previous trials and future directions

Fr. Prof. Dr. E. Steinhagen-Thiessen, Berlin
Klinisch-geriatriische Versorgung aus Sicht der BAG – Entwicklung und Perspektiven

Dr. N. Lübke, Hamburg
Erforderliche Kompetenzen der
Geriatric aus Sicht des
Kompetenz-Centrums Geriatric

Prof. Dr. H. Stähelin, Basel
Das „Forschungskolleg Geriatric“
der Robert Bosch Stiftung –
wissenschaftlich geriatricischer
Nachwuchs aus deutscher Sicht

Fr. Prof. Dr. A. Kuhlmeiy/
Prof. Dr. R. Brennecke
Das Graduiertenkolleg
„Multimorbidität im Alter“
Zentrum für Human- und
Gesundheitswissenschaften der
Charité Universitätsmedizin
Berlin

Prof. Dr. Th. Nikolaus, Ulm
European Academy for
Medicine of Ageing (EAMA)

Dr. D. Lüttje, Osnabrück
Akademische Stellung
der Geriatric

Prof. Dr. W. von Renteln-Kruse,
Hamburg
Abschluss und Ausblick

Samstag, 1. 10. 2005

9.00–13.15 Uhr

**Workshops mit Mitarbeitern des
Albertinen-Hauses**
(Änderungen vorbehalten)

Frau F. Bartels und Mitarb.
Geriatriche Pflege

H. Lessmann, Dr. O. Tesch
Neurogene Schluckstörungen –
Möglichkeiten zur therapeuti-
schen Einflussnahme im Alltag

Fr. B. Küllsen, Fr. E. Girsig
Der wahrnehmungsgestörte
Patient in der Geriatric –
Einblicke in das Affolter-Modell
(mit Selbsterfahrung; auf 16 Teiln.
begrenzt)

Dr. A. Rösler, R. Guder,
U. Technow
Neurologie und Neuropsychologie
der Syndrome Demenz und
Neglect

Fr. M. Brune, U. Herrmann,
Fr. T. Plodeck
Die Beobachtung der Physio-
therapie in der Geriatric in drei
Bereichen:
Das Bobath-Konzept
Das Brügger-Konzept
Medizinische Trainingstherapie

H. Reinhard
Die autonome stationäre Wohn-
gemeinschaft – neue Wohnfor-
men in stationären Pflegeeinrich-
tungen

Rückfragen/Anmeldungen:
Sekretariat Ralf Zastrau
Tel: (0 40) 55 81-13 01
Fax: (0 40) 55 81-13 04
E-Mail: erika.luth@albertinen.de

Ralf Zastrau, Hamburg

3. Demenz-Symposium am EGZB

Am 23. 9. 2005 findet das 3. De-
menz-Symposium am Ev. Geriatric-
zentrum Berlin statt. Das zent-
rale Thema der Veranstaltung
lautet

„Belastungen durch familiäre
Pflege – Hilfen für die Helfer“.

Inhalte sind u. a. Belastungen
pflegender Angehöriger, Probleme
von Migrantenfamilien, psycho-
therapeutische Interventionen im
Einzel- und Gruppensetting und
Selbsthilfe via Internet.

Preis: 45,- € inkl. Mittagessen.

Information und Anmeldung:
E-Mail:
gernot.laemmler@charite.de

Dr. Lämmeler, Berlin

12. Wiesbadener Geriatric-Kolloquium

**Herz-/Kreislaufkrankungen
beim hochbetagten Patienten**
Samstag, den 19. November 2005,
Biebricher Schloss

Programmentwurf
(Stand 10. Juni 2005)

9.15–9.30 Uhr

Begrüßung und Einführung
in die Thematik
Dr. Knauf

9.30–9.40 Uhr
Grußwort der Stadt Wiesbaden
Herr Oberbürgermeister Diehl

9.40–10.00 Uhr
Altersherz und Altersdiabetes –
zwei Seiten einer Medaille ???
Dr. Zeyfang, Ulm

10.05 –10.25 Uhr
Arterielle Hypertonie: Therapie
und Diagnostik beim Hochbetag-
ten
Prof. Dr. Sigmund, HSK Wiesbaden

10.30–10.50 Uhr
KHK/Herzinfarkt:
Interventionsmöglichkeiten beim
Hochbetagten
Prof. Dr. Kaspar, Joho Wiesbaden

10.55–11.15 Uhr
Systolische und diastolische Herz-
insuffizienz beim alten Patienten
Dr. Werner, Darmstadt

11.20–11.40 Uhr
Körperliche Belastbarkeit in der kardiologischen Rehabilitation beim alten Patienten
Dr. Jonas, Bad Wildungen

11.45–12.45 Uhr
BRUNCH

13.00–13.15 Uhr
Die Bedeutung des Diabetes mellitus in der Geriatrie
Dr. Knauf

13.20–13.40 Uhr
Diabetikerschulung bei Hochbetagten
Dr. Omland, APK Wiesbaden

13.45–14.15 Uhr
Der diabetische Fuß – eine interdisziplinäre Herausforderung – Probleme und Lösungen
Dr. Herber, Wiesbaden-Biebrich

14.15–14.45 Uhr
Die orthopädietechnische Versorgung des diabetischen Fußes
A. Kunze, Wiesbaden

15.00 Uhr
Ausklang bei Kaffee, Obst und Kuchen
Beginn des neuen Schulungsprogramms für Diabetiker und deren Angehörige
Fr. Pöhler, Dr. Herber, Dr. Omland

Dr. Knauf, Wiesbaden

Fortbildung über Demenzerkrankungen – Programm

Termin: 24. 9. 2005

Veranstalter:
Ärzteverein Braunschweig
An der Petrikirche 1
38100 Braunschweig

9.00–9.30 Uhr
Pathophysiologie der Demenzerkrankungen – was bringt Liquordiagnostik?
Prof. Wildfang, Erlangen

9.45–10.15 Uhr
Veränderung von Sprachverständnis und Sprache bei Demenz
Prof. Schecker, Freiburg

10.30–10.50 Uhr
Pause

10.50–11.20 Uhr
Demenzerkrankungen: notwendige Diagnostik und therapeutische Konsequenzen
Prof. Koller, Göttingen

11.30–12.00 Uhr
Konzept Gedächtnissprechstunde Charité Berlin (angefragt)

12.15–12.45 Uhr
Selbsthilfegruppe Braunschweig
Bedeutung der Angehörigen und der Selbsthilfeorganisationen

(Die Veranstaltung wird von den Firmen Pfizer und Fresenius unterstützt.)

Dr. Meyer zu Schwabedissen, Braunschweig

14. BAG-Mitgliederversammlung am 14. und 15. November 2005 in Lingen

Wir möchten an dieser Stelle noch einmal an unsere Mitgliederversammlung vom 14. (Beginn

9.00 Uhr) bis 15. November 2005 (Ende ca. 16.00 Uhr) in Lingen erinnern. Eine Hotelliste finden

Sie auf den Mitteilungsseiten der letzten beiden Ausgaben.