

Leben ist Bewegen!



22. Deutscher Geriatriekongress der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) e. V.

22.–24. September 2011

Klinikum Bad Bramstedt

Heftherausgeber: Werner Hofmann



Organ der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)



Organ des Bundesverbands Geriatrie e. V. (BV Geriatrie)



Organ der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) e. V.



Organ der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG)

Herausgeber

Prof. Dr. Gertrud M. Backes, Universität Vechta, Forschungszentrum Altern und Gesellschaft, Gertrud.backes@uni-vechta.de

PD Dr. Clemens Becker, Robert-Bosch-Krankenhaus, Fachabteilung für Altersmedizin und Rehabilitation, Stuttgart, clemens.becker@rbk.de

Prim. Dr. Peter Dovjak, LKH Gmunden, Zentrum für Akutgeriatrie/Remobilisation, Gmunden, Österreich, Peter.Dovjak@gespag.at

Oberarzt Dr. Thomas Frühwald, KH Hietzing, Abteilung für Akutgeriatrie, Wien, Österreich, thomas.fruehwald@wienkav.at

Dr. Manfred Gogol, Klinik für Geriatrie, Krankenhaus Lindenbrunn, Coppenbrügge, gogol@krankenhaus-lindenbrunn.de

OA Mag. Dr. Markus Gosch, Abt. für Innere Medizin und Akutgeriatrie, Landeskrankenhaus Hochzirl, Zirl, Österreich, markus.gosch@tilak.at

Assoc. Prof. Dr. Johannes Grillari, Dept. für Biotechnologie, BOKU – Universität für Bodenkultur and Life Sciences Wien, johannes.grillari@boku.ac.at

Prof. Dr. Walter Hewer, Abteilung Gerontopsychiatrie, Vinzenz von Paul Hospital gGmbH, Rottweil, w.hewer@vvpfh.de

PD Dr. Werner Hofmann, Friedrich-Ebert-Krankenhaus, Klinik für Geriatrie, Neumünster, werner.hofmann@fek.de

Prof. Dr. Gerhard Igl, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel, Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik in Europa, Kiel, igl@instsociallaw.uni-kiel.de

Univ. Prof. Mag. Dr. Franz Kolland, Institut für Soziologie, Wien, Österreich, franz.kolland@univie.ac.at

PD Dr. med. Daniel Kopf, Agaplesion Bethanien Krankenhaus Heidelberg, dkopf@bethanien-heidelberg

Prof. Dr. Cornelia Kricheldorf, Katholische Hochschule Freiburg, Freiburg, kricheldorf@kfh-freiburg.de

Prim. Univ. Prof. Dr. Monika Lechleitner, Landeskrankenhaus Hochzirl, Anna Dengel Haus Zirl, Österreich, monika.lechleitner@tilak.at

Hon.-Prof. Dr. med. Dieter Lüttje, Medizinische Klinik IV, Geriatrie und Palliativmedizin, Osnabrück, dieter.luetje@bv-geriatrie.de

Prof. Dr. med. Dr.-Ing. Michael Marschollek, Peter-L.-Reichert-Institut für Medizinische Informatik der Technischen Universität Braunschweig und der Medizinischen Hochschule Hannover, michael.marschollek@plri.de

Prof. Dr. Thorsten Nikolaus, Bethesda Geriatrie Klinik, Universität Ulm, thorsten.nikolaus@bethesda-ulm.de

Prim. Dr. Katharina Pils, Sozialmedizinisches Zentrum Sophienhospital, Wien, Österreich, katharina.pils@wienkav.at

PD Dr. Rupert Püllen, Agaplesion Frankfurter Diakonie Kliniken, Frankfurt, rupert.puellen@fdk.info

Prof. Dr. Ralf-Joachim Schulz, St. Marien Hospital, Klinik für Geriatrie, Köln, ralf-joachim.schulz@st-marien-hospital.de

Prof. Dr. Cornel Sieber, Institut für Biomedizin des Alterns Universität Erlangen-Nürnberg, cornel.sieber@klinikum-nuernberg.de

Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. habil. Andreas Simm, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle, andreas.simm@medizin.uni-halle.de

Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer, Deutsches Zentrum für Altersfragen (DZA), Berlin, clemens-tesch-roemer@dza.de

Wissenschaftlicher Beirat: in Neubildung

Impressum • Imprint

Eigentümer & Copyright © Springer-Verlag 2010, **Springer Medizin c/o Springer-Verlag GmbH**, Tiergartenstr. 17, 69121 Heidelberg, Tel. +49 6221/487-0, www.springer.de

Springer Medizin ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media

Geschäftsführung Springer Medizin: Harm van Maanen (Executive Vice President), Stephan Kröck, Dr. Esther Wieland, Matthias Wissel

Leitung Fachzeitschriften: Dr. Paul Herrmann (v.i.S.d.P.)

Bereichsleitung Wissenschaftliche Zeitschriften Heidelberg: Sabine Ibkendanz

Chef vom Dienst/Redaktion: Dr. Frank Sommerauer

Redaktion „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“: Susanne Denskus, Tel. -8819, Fax -68819, susanne.denskus@springer.com

Leitung Copy-Editing/Lektorat: Sabine Hofmann, Tel. -8468, sabine.hofmann@springer.com

Technische Redaktion: Bernd Wieland, Tel. -8231, Fax -68231, bernd.wieland@springer.com

Leitung Herstellung: Alison Hepper, alison.hepper@springer.com

Chef vom Dienst/Herstellung: Jutta Daum, jutta.daum@springer.com

Gesamtleitung Sales & Marketing: Stephan Kröck;

Anzeigen: Jens Dessin (Leitung Sales & Advertising); Sabine Weidner (Anzeigenleitung, verantwortlich), sabine.weidner@springer.com, Tel. +49 6221/487-8106, springeronline.com/wikom

Gesamtleitung Corporate Publishing: Ulrike Hafner

Druck: Stürtz GmbH, Alfred-Nobel-Str. 33, 97080 Würzburg, Printed in Germany

Erscheinungsweise: Die „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“ erscheint 6-mal jährlich, 6 Hefte bilden einen Band.

Papierausgabe: ISSN 0948-6704, gedruckt auf säurefreiem Papier.

Elektr. Ausgabe: ISSN 1435-1269, Titel-Nr. 391, CODEN: ZGGEFQ. Die elektronische Version finden Sie unter www.zgg.springer.de. Die Formulierungen der Beitragsinhalte können zwischen Online- und Druckausgabe geringfügig voneinander abweichen. springerlink@springer.com, Tel.: +49-6221/345-4303, Fax: -4229

Online Version: Abonnenten der Print-Ausgabe können sich unter <http://springerlink.com/content/1435-1269> für einen kostenlosen Online-Zugang registrieren.

Bezugspreise: Vorzugspreis für persönliche Abonnenten inkl. Online-Basis-Lizenz 2011: EUR 165,- (unverb. Preisempfehlung inkl. 7% deutscher MwSt.) zzgl. Versandkosten.

Institutspreis inkl. Online-Basis-Lizenz 2011: EUR 651,63 (unverb. Preisempfehlung inkl. 7% deutscher MwSt.) zzgl. Versandkosten (Deutschland: EUR 21,-, Ausland: EUR 36,-). Der Bezugspreis ist im Voraus zu zahlen. Das Abonnement kann bis zwei Monate vor Ende des Bezugszeitraums gekündigt werden.

Einzelheftpreis 2011: EUR 33,- (unverb. Preisempfehlung inkl. 7% deutscher MwSt.) zzgl. Versandkosten.

Gesellschaftspreise: Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft. Mitglieder der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie erhalten 20% Nachlass. Mitglieder der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie (SGG) können die Zeitschrift zu einem Sonderpreis bestellen. Auskunft erteilen die Geschäftsstellen.

Bestellungen oder Rückfragen nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Springer Customer Service Center GmbH, Haberstr. 7, 69126 Heidelberg, Tel. +49 6221/345-4303, Fax +496221/345-4229, Leserservice@springer.com (Mo.-Fr. 8.00 Uhr bis 18.00 Uhr)

Die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e.V. trägt keine Verantwortung für namentlich gekennzeichnete Beiträge und für Anzeigen innerhalb der „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“. Beiträge, die namentlich gekennzeichnet sind, geben die Meinung des Verfassers wieder und stehen außerhalb der Verantwortung der Schriftleitung.

Copyright & allgemeine Hinweise: Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Autoren können unter bestimmten Voraussetzungen an der Ausschüttung der Bibliotheks- und Fotokopiertantiemen teilnehmen. Einzelheiten bei VG WORT, Abt. Wissenschaft, Goethestr. 49, 80336 München.

Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen sind anhand anderer Literaturstellen oder der Packungsbeilage auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Der Verlag übernimmt keine Gewähr.

Review Alle Artikel der „Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie“ unterliegen einem Reviewprozess.

Inhaltsverzeichnis

Vorsitzende und Präsidenten befreundeter Verbände als Mitorganisatoren	4
Grußwort des Präsidenten, PD Dr. W. Hofmann	5
Grußadressen	6
Allgemeine Informationen	13
Informationen zur Anmeldung	14
Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) e.V.	16
Key Note Speakers	18
Programmübersicht	24
Curricula	30
Posterausstellung	31
Posterführung und Posterpreise	32
Preisausschreibungen	33
Arbeitsgruppensitzungen	34
Aussteller und Sponsoren	35
Ausstellerverzeichnis	36
Abstractverzeichnis	37
Referentenverzeichnis	83

Vorsitzende und Präsidenten befreundeter Verbände als Mitorganisatoren

Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung
der Ärztekammer Schleswig-Holstein

Dr. Henrik Herrmann

Brunsbüttel

Bundesverband Geriatrie (BVG)

Prof. Dr. Dieter Lüttje

Osnabrück

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie e. V. (DGGG)

Dr. Manfred Gogol

Coppenbrügge

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie-
und Psychotherapie e. V. (DGPP)

Prof. Dr. Hans Gutzmann

Berlin

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)

AG Geriatrische Gastroenterologie

Prof. Dr. Werner-J. Mayet

Sanderbusch

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (DGU)

AG Alterstraumatologie

Prof. Dr. Erich Hartwig

Karlsruhe

Deutsche Kontinenz Gesellschaft e. V.

Prof. Dr. Klaus-Peter Jünemann

Kiel

Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG)

Frau Primaria Dr. Katharina Pils

Wien

Paul-Ehrlich-Gesellschaft (PEG)

Prof. Dr. Michael Kresken

Rheinbach

Grußwort des Präsidenten

Sehr geehrte, liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich lade Sie zum 22. Deutschen Geriatriekongress nach Bad Bramstedt, in das Land „zwischen den Meeren“, unmittelbar nördlich Hamburgs, ein. Insgesamt 231 Key Note Speakers, Moderatoren, Vortrags- sowie Posterreferenten erwarten Sie zu dem wichtigsten Ereignis der Altersmedizin im Jahr 2011.

Besonderer Dank gebührt der Deutschen Rentenversicherung Nord dafür, dass sie ihr Klinikum Bad Bramstedt der Geriatrie für diese Tagung zur Verfügung stellt. Das Motto „Leben ist Bewegen!“ hat dort bereits seit über 100 Jahren Tradition.

Jeder wünscht sich, möglichst viele Lebensjahre frei von Handicaps zu bleiben. Zwar ist zunächst der eigene Lebensstil dafür entscheidend, wie sich das Alter später gestaltet. Aber wir brauchen auch eine gute Medizin für ein langes Leben, nämlich eine Geriatrie, die auf dem aktuellen Wissen und deren Fortschritt basiert. Geriatrie ist an nicht einmal 10% der medizinischen Fakultäten Deutschlands vertreten – ein hochkarätiger Skandal im internationalen Vergleich!

Jedes zweite heute geborene Mädchen wird voraussichtlich 100 Jahre alt werden (Key Note Andersen-Ranberg). Auf die Zukunftschancen aber auch auf die gleichzeitig bestehenden Risiken der Gerontotechnologie geht Becker ein. Diese steht ganz im Mittelpunkt neuer Entwicklungen von AAL-Systemen („ambient assisted living“) über robotergestützte Rehabilitation bis zum Einsatz von gezielter Lichtanwendung in der Altersmedizin.

Mobilitätsfördernde Themen, Sport- und Bewegungstherapie, Möglichkeiten der Orthopädie und vieles andere mehr stehen im Programm. Motorisch-kognitive Trainingsmöglichkeiten sind wirksam, trotz bereits bestehender Demenz (Hauer). Geriatriisches Assessment leistet einen wesentlichen Beitrag zur Entscheidungsfindung (Stuck).

Wir werden nicht darum herumkommen, unter ethischen als auch ökonomischen Verteilungsgesichtspunkten Prioritäten zu setzen. Eine Priorisierung sollte aber werte- und kriterienbasiert sein (Raspe). Die Grenzen von Autonomie und Ökonomie werden aus der Sicht der Schweiz beleuchtet (Stoppe). Versorgungsforschung könnte dazu beitragen, hier ein Gleichgewicht aufrecht zu erhalten (Lübke). Künftig wird es notwendig werden, die Geriatrie bereits in die Notaufnahme des Krankenhauses zu integrieren und Versorgungsketten bis in die Gemeinde und in das Pflegeheim zu schaffen (Lüttje). Abschließend geht Hendriksen in seiner Key Note auf Fragen der Prävention ein.

Erstmals bietet die Akademie der Ärztekammer Schleswig-Holstein innerhalb einer DGG-Tagung ein ganztägiges Curriculum speziell für Hausärzte an, das auch für Studenten bestens ge-

eignet ist. Studenten können in „meet the professor“ mit akademischen Lehrern ins Gespräch kommen, um Informationen über Promotionsarbeiten, Stipendien und Praktika zu erhalten.

Nachwuchsfragen beschäftigen Hausärzte gerade in den Flächenländern. Die Versorgung in den Heimen leidet besonders darunter. Auf Grund mangelnder universitärer Ausbildung fehlt den Hausärzten wie auch den Geriatern an den Krankenhäusern der Nachwuchs. Inwieweit können Konzepte der sog. Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliche Berufsgruppen eine gewisse Hilfe schaffen? Es sind besonders schwierige und strittige Themen, die Hausärzte und Geriater gleichermaßen betreffen – und künftig vielleicht noch mehr verbinden könnten.

Auf dem Kongress werden neueste, internationale und deutsche Forschungsergebnisse vorgestellt. Neben Wissensvermittlung und Fortbildung erwartet Sie fachlicher Austausch in entspannender Atmosphäre. Vorsitzende und Präsidenten von neun befreundeten Verbänden und Organisationen (s. S. 4) wirken an unserer Tagung aktiv mit. Nirgendwo sonst finden Sie eine derartige Plattform für persönliche Gespräche, neueste Informationen und daraus resultierende strategische Ideen.

Kommen Sie zum Regenerieren, Kommunizieren und Präsentieren Ihrer Forschungsergebnisse gerne nach Bad Bramstedt. Wir freuen uns darauf!

Ihr




Werner Hofmann
Präsident Deutsche Gesellschaft
für Geriatrie (DGG) e. V.

Grußadressen

European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS)

Die demographische Entwicklung in den westlichen Industrienationen ist eine der großen Errungenschaften des ausgehenden 20. Jahrhunderts. Die zunehmende Überalterung der westlichen Bevölkerungen bedingt in ihrer komplexen Anforderung an die Gesellschaften große neue Herausforderungen. Der Fachbereich Geriatrie, als Teil der medizinischen Versorgungsstruktur der alternden Bevölkerung, wurde entwickelt, um den anstehenden Herausforderungen, die mit der Versorgung multimorbider Menschen mit funktionellen und sozialen Defiziten einhergehen, gerecht zu werden.

Um den einzelnen nationalen Entwicklungen in diesem jungen medizinischen Fachbereich einen internationalen europäischen Fokus zu geben, wurde im August 2001 die European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS) in Paris gegründet. Diese Organisation, als Dachverband der europäischen nationalen Fachgesellschaften für Geriatrie, vereint derzeit 27 nationale Organisationen und 7 EU-Länder im Beobachterstatus. Das Ziel der EUGMS, mit ihrem Hauptsitz in Brüssel, ist ein politisches, aber auch ein akademisches. Das komplette Mission Statement der EUGMS wurde im *Journal of Nutrition, Health and Aging* publiziert und ist dort nachzulesen [*J Nutr Health Aging 2004; 8(3) 190–195*]. Wesentliche Hauptanliegen der EUGMS sind die Entwicklung von geriatrischen Strukturen und deren umfassende Verfügbarkeit für alte Menschen in allen Mitgliedsländern, zusätzlich die Entwicklung von evidenzbasierten Leitlinien zu geriatrischen Themen, die fundierte Aus- und Weiterbildung, aber auch die politische Verankerung von fachspezifischen Anliegen und Bedürfnissen auf Basis der europäischen Gesetzgebung. Das unmittelbare Tagesgeschäft wird unter Leitung des Präsidenten der EUGMS, derzeit Prof. Dr. Desmond O'Neill vom Trinity College in Dublin, und dem Executive Board übernommen (s. www.eugms.org). Die Mitglieder dieses Boards werden nach einem Bewerbungsverfahren gewählt und vom Full Board bestätigt. Dem Executive Board angeschlossen ist das Academic Board der EUGMS, dem derzeit Prof. Dr. Stefania Maggi, Universität Padua, vorsteht. Unter Führung dieser Gruppe werden transeuropäische Forschungsprojekte durchgeführt und auch entsprechende Leitlinien erarbeitet. Bisher sind Empfehlungen zu folgenden Themen verfügbar: „Behandlung des Typ2-Diabetes in der Hochaltrigkeit“ (2004), „Synkope“ (2006), „Impfungen bei Menschen älter als 60 Jahre in Europa“ (2009), und „Lebenslanges Impfen – Auswirkungen auf eine alternde Bevölkerung“ (2009). Das Full Board der EUGMS setzt sich aus, von den nationalen Fachgesellschaften entsandten ExpertInnen zusammen. Die Funktionsperiode der Entsandten beträgt in der Regel 4 Jahre. Das Full Board

tagt zweimal im Jahr, gibt Impulse für die Arbeit in der Fachgesellschaft, und kontrolliert die Tätigkeit des Executive Boards.

Die politischen Anliegen der EUGMS werden ebenfalls in einer eigenen Gruppe behandelt. Die Zielsetzungen sind u. a. die Einbringung von Anliegen im Bereich Geriatrie und auch Pflege in die Tagesagenda des EU Parlaments und die Hebung des Bewusstseins für die Anliegen der Spezialdisziplin „Geriatrie“ auf EU Ebene. Die EUGMS nimmt dabei eine proaktive Rolle ein, und versucht in unterschiedlichen Bereichen konkrete strategische, aber auch praxisrelevante Aktivitäten zu setzen, welche in Abstimmung mit EU relevanten politischen Entwicklungen stehen. Zur Information der nationalen Fachgesellschaften werden Newsletter und vierteljährlich ein Update der Aktivitäten in Brüssel versandt. Zudem liefert das Executive Board regelmäßig Berichte über seine Aktivitäten und neueste Entwicklungen an die Fachgesellschaften der Mitgliedsstaaten. Diese werden auch über die neue Internetseite der DGG veröffentlicht. Nähere Informationen erhält man über das EUGMS Booklet, welches die Geschichte aber auch das „Mission Statement“ beschreibt (erhältlich über die Homepage der EUGMS www.eugms.org).

Die EUGMS wünscht dem 22. Deutschen Geriatriekongress einen guten Verlauf!



Univ. Prof. Dr. Regina Roller-Wirnsberger
Medizinische Universitätsklinik Graz
Österreich
EUGMS Executive Board Member



Univ. Prof. Dr. Ralf-Joachim Schulz
Lehrstuhl für Geriatrie
der Universität zu Köln
Klinik für Geriatrie
am St. Marien-Hospital Köln
EUGMS Full Board Member

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich sehr, dass mir die Möglichkeit gegeben wurde, Sie zur Eröffnung des 22. Deutschen Geriatriekongresses begrüßen zu dürfen. Bevor ich in das Europäische Parlament gewählt wurde, war ich 15 Jahre lang Geschäftsführer des Hamburger Arbeiter-Samariter-Bundes. Eines der wichtigsten Hauptbetätigungsfelder des ASB ist die Unterstützung von alten Menschen, wenn sie nicht mehr alle Dinge des Alltags eigenständig erledigen können oder wenn sie pflegebedürftig werden. Insofern haben geriatrische Mediziner und Wohlfahrtsverbände das gleiche Anliegen, nämlich dem alten, aber vor allem dem sehr alten Menschen zu einem besseren Leben zu verhelfen. Der ASB hat durch die konkreten Erfahrungen bei der Arbeit mit alten Menschen selber viele Kompetenzen erworben und gerne die Ergebnisse der Gerontologie und Geriatrie aufgegriffen. Forscher, geriatrische Mediziner und in der Altenpflege Aktive können aber nur dann den Herausforderungen der Zukunft gerecht werden, wenn auch die Politik die richtigen Weichen stellt. Obwohl der demographische Wandel in Europa schon seit Jahren bekannt ist, wurden Fragen, die mit alten Menschen zu tun haben, zu lange vernachlässigt – vor allem auch deshalb, weil es hohe Kosten verursacht. Alte Menschen haben in unserer Gesellschaft keine Lobby und das gilt leider für ganz Europa, auch wenn die EU laut ihrer Charta der Grundrechte das Recht älterer Menschen auf ein würdiges und unabhängiges Leben und auf Teilnahme am sozialen und kulturellen Leben anerkennen und achten soll.

Der Umgang mit dem demographischen Wandel wird in den nächsten Jahrzehnten neben dem Klimawandel und den anstehenden Ressourcenkonflikten eine der größten Herausforderungen für die europäische Bevölkerung sein – mit allen medizinischen, sozialen, wirtschaftlichen und politischen Implikationen. Auf europäischer Ebene ist diese Erkenntnis in den letzten Jahren auch angekommen. Als ein Indiz dafür könnte man sehen, dass das Jahr 2012 zum „Europäischen Jahr für aktives Altern“ ausgerufen wurde. Die Initiative soll bessere Beschäftigungsmöglichkeiten für die zunehmende Zahl älterer Menschen in Europa schaffen, ihnen helfen, eine aktive Rolle in der Gesellschaft zu übernehmen, und ein gesundes Altern fördern. Was über diese doch eher symbolische Aktion hinausgeht, ist die Tatsache, dass die Europäische Kommission auch in ihrer Strategie „Europa 2020“ die Alterung der europäischen Gesellschaft als eine der drei wichtigsten Herausforderungen identifizierte. In diesem Zusammenhang hat die Kommission die Innovationspartnerschaft „Aktives und gesundes Altern“ initiiert. Unter diesem Programm werden Forschungsprojekte gefördert und Forschungs koordinierungen übernommen.

Hier können und müssen die Gerontologie und die Geriatrie eine wichtige Rolle spielen. Als Abgeordneter des Europäischen Parlaments und Vorsitzender des Arbeiter-Samariter-Bundes Deutschland kann ich Sie nur auffordern, sich an den europäischen Forschungsprogrammen zu beteiligen.

In diesem Sinne möchte ich Ihnen viel Erfolg für Ihren Kongress „Leben ist Bewegen!“ wünschen und hoffe, dass ich Sie zu ihrem nächsten Kongress wieder in der Metropolregion Hamburg begrüßen darf.

Mit besten Wünschen



Knut Fleckenstein, MdB
Bundesvorsitzender des
Arbeiter-Samariter-Bundes
Deutschland e.V. (ASB)

Sehr geehrte Damen und Herren,

vor dem Hintergrund der bekannten demographischen Entwicklung ist das Thema der Pflege, die Frage wie wir sie gestalten, organisieren und nicht zuletzt auch finanzieren können, eines der zentralen gesellschaftlichen und politischen Aufgabenfelder. Dies betrifft Deutschland ebenso wie die anderen großen Industrienationen. Auf europäischer Ebene wurde z. B. im Januar 2011 die Initiative zur Alzheimer-Krankheit und zu anderen Demenzerkrankungen vom Europäischen Parlament verabschiedet. Die Bekämpfung der Demenz und die Versorgung der davon Betroffenen wird erneut zu einer gesundheitspolitischen Priorität der EU erklärt. Die Mitgliedsstaaten sind aufgefordert, ihre Bevölkerung über die Möglichkeiten der Prävention durch gesunde Ernährung, Bewegung, geistige Aktivität und die Behandlung bzw. Vermeidung von Risikofaktoren aufzuklären.

In dem anstehenden Pflegereformgesetz werden wir den Begriff der Pflegebedürftigkeit ausdehnen, so dass er künftig auch die an Demenz Erkrankten umfasst. Während bislang allein die körperlichen Einschränkungen maßgeblich für die Einordnung in Pflegestufen war, werden künftig kognitive und gesundheitliche Einschränkungen bei der Leistungsbemessung der Pflegeversicherung berücksichtigt. Die Verbesserungen für Demenzerkrankte und pflegende Angehörige haben für uns eine hohe Priorität.

Zudem muss der Grundsatz „Reha vor Pflege“ gestärkt werden. Dies kann z. B. in der Form geschehen, dass die Pflegekassen die Rehakosten übernehmen und im Gegenzug die Krankenkassen die Kosten von medizinischer Behandlung in Heimen tragen. Wir wollen auch die medizinische Versorgung in Heimen verbessern. Dies kann z. B. auf der Basis von Verträgen zur integrierten Versorgung mit Pflegeheimen oder durch regionale Arztnetzwerke erfolgen.

Unsere finanziellen wie personellen Ressourcen sind begrenzt und wir werden dies im Zuge des demographischen Wandels immer deutlicher spüren. Im gesamten Gesundheitsbereich werden wir in den kommenden Jahren und Jahrzehnten knapp eine Million Fachkräfte zu wenig haben, nach Schätzungen werden schon ab 2020 an die 56.000 Ärzte und 140.000 Fachkräfte im nichtärztlichen Bereich fehlen.

Es ist im Interesse der älteren Menschen, dass sie möglichst lange selbstständig und in ihrer angestammten Umgebung leben können. Wir brauchen altersgerechte Wohnungen und den Abbau bürokratischer Hemmnisse bei neuen Wohnformen im Alter. Wir müssen vermehrt die Telemedizin zum Einsatz bringen, denn sie bietet gute Möglichkeiten, einen Heimaufenthalt hinauszuzögern. Des Weiteren sind technische Hilfen einzusetzen bis zu Haushalts- oder Assistenzrobotern, die z. B. Hol- und Bringdienste übernehmen, an die Medikamenteneinnahme erinnern, im Notfall Hilfe rufen oder das Pflegepersonal von schwerem körperlichem Einsatz wie z. B. dem Heben der Pflegebedürftigen entlasten.

Bei realistischer Betrachtung ist es nicht zu ignorieren, dass der Pflegebereich unter einem hohen finanziellen und personellen Druck steht. Dies verschärft sich in den kommenden Jahren und Jahrzehnten. Es ist deshalb nach meiner Einschätzung im Pflege- wie im Gesundheitsbereich unumgänglich, dass der Einzelne trotz sozialer Pflege- und Krankenversicherung künftig deutlich mehr Eigenverantwortung und das heißt auch Eigenbeteiligung übernimmt.

Die Pflegeversicherung muss allen Bürgern eine verlässliche Teilabsicherung der Pflegekosten garantieren. Es ist unbestritten, dass dies durch die gegenwärtige Umlagefinanzierung alleine nicht gewährleistet ist.

Dies ist auch im christlich-liberalen Koalitionsvertrag von 2009 festgehalten, in dem es heißt: „Alle Bemühungen um eine finanzielle Absicherung des Pflegerisikos im Rahmen der Pflegeversicherung entbinden den Einzelnen aber nicht davon, seine Eigenverantwortung und Eigeninitiative zur Absicherung des Pflegerisikos und zur Gestaltung der Pflege wahrzunehmen.“

Ich freue mich, dass der Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie in diesem Jahr unter dem Motto „Leben ist Bewegen“ in meiner Heimatstadt Bad Bramstedt stattfindet und wünsche der Veranstaltung viel Erfolg und gute Diskussionen.



Dr. Rolf Koschorrek, MdB

Obmann der CDU/CSU-Fraktion
im Ausschuss für Gesundheit
des Deutschen Bundestages

Sehr geehrte Damen und Herren,

als schleswig-holsteinischer Gesundheitsminister freue ich mich sehr, dass die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. für ihren diesjährigen Kongress Bad Bramstedt gewählt hat. Allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern jetzt schon ein herzliches Willkommen bei uns in Schleswig-Holstein!

Der Fachbereich Geriatrie leistet einen entscheidenden und immer wichtiger werdenden Beitrag zur medizinischen Versorgung unserer älter werdenden Bevölkerung. Obwohl wir in Schleswig-Holstein mit einer hochqualifizierten Geriatrie bundesweit überzeugen können, wollen wir noch besser werden.

Dazu dient auch der bundesweite Austausch zwischen Fachleuten und neuen Impulsen zu neuen Erkenntnissen zur Behandlung älterer und multimorbider Patientinnen und Patienten. Fachtagungen und Kongresse sind dafür ein wichtiges Forum. Neben aktuellen wissenschaftlichen Fragestellungen steht dabei zu Recht auch die tägliche Umsetzung in Behandlung und Pflege von geriatrischen Patientinnen und Patienten im Vordergrund.

Im stationären Bereich weist der aktuelle schleswig-holsteinische Krankenhausplan 13 geriatrische Kliniken aus – jeweils mit angeschlossenen geriatrischen Tageskliniken. Damit stehen zusammen mehr als 800 stationäre Betten für die altersmedizinische Krankenhausbehandlung bereit. Das entspricht einer Dichte von 1,6 Betten je 1000 Einwohner über 65 Jahre. Ergänzt werden sie durch über 200 tagesklinische Plätze, also etwa 0,37 Plätze je 1000 Einwohner. Damit wurde im klinischen Bereich ein wohnortnahes und flächendeckendes Versorgungsangebot geschaffen.

Das ist nicht wenig, reicht aber nicht, um alle älteren multimorbiden Menschen gut zu versorgen. Wir haben daher die systematische Erweiterung auf den bzw. Einbindung des ambulanten Bereiches auf den Weg gebracht. Ziel ist sowohl die Sicherstellung bedarfsgerechter, qualitativ hochwertiger klinischer Versorgung als auch optimaler Ressourceneinsatz und zukünftige Finanzierbarkeit. Ich bin überzeugt, dass die Zunahme an geriatrischem Behandlungsbedarf nicht nur Zuwachs an stationären Betten bedeuten darf. Dies wäre auch mit Blick auf das Ziel, Alltagskompetenz und Selbstständigkeit älterer Menschen in möglichst hohem Maß zu sichern, zu einseitig.

Die neue Versorgungsform für die alternde Bevölkerung wurde im Rahmen eines Modellprojektes „Ambulante geriatrische Versorgung“ drei Jahre erprobt. Dabei wird die ambulante Behandlung von geriatrischen Patientinnen und Patienten aus den klinischen Geriatrien heraus in Kooperation mit den niedergelassenen Ärzten der Region geplant und koordiniert. Es hat sich gezeigt, dass diese Kooperation verschiedener Versorgungsstufen neue qualitativ hochwertige und ganzheitliche Behandlungsstrategien erlaubt. Das neue Angebot ist alternativ, nicht additiv und trägt dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ Rechnung.

Seit April 2010 ist das Ganze mit der Landesrahmenvereinbarung zur geriatrischen Versorgung in Schleswig-Holstein in ein reguläres flächendeckendes Versorgungsmodell überführt worden. Beteiligte sind Kostenträger, Kassenärztliche Vereinigung und der Landesverband Geriatrie, der die beteiligten Krankenhäuser vertritt. Dieser Vertrag ist bisher bundesweit einmalig. Ziel einer rechtzeitigen Einleitung der ambulanten geriatrischen Versorgung ist zum einen die Vermeidung, Verringerung oder Verzögerung von stationärer und teilstationärer Behandlung. Aber auch die Festigung des funktionalen Behandlungserfolges und die Schaffung einer lückenlosen Behandlungskette. Übergeordnet geht es um möglichst dauerhafte Wiedergewinnung, Verbesserung bzw. Erhalt von Selbstständigkeit und Alltagskompetenz. Idealerweise manifestiert in Vermeidung oder Verminderung der Abhängigkeit von Pflegepersonal.

Das medizinische Zukunftsthema „Geriatrische Versorgung“ genießt in Schleswig-Holstein hohe Aufmerksamkeit. Das gilt auch für den 22. Deutschen Geriatriekongress. Ihm wünsche ich gutes Gelingen, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern einen gewinnbringenden Austausch mit neuen Einsichten.



Dr. Heiner Garg

Stellvertretender Ministerpräsident
und Minister für Arbeit,
Soziales und Gesundheit
des Landes Schleswig-Holstein

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich freue mich, Sie im September dieses Jahres zum 22. Deutschen Geriatrie-Kongress in Bad Bramstedt willkommen heißen zu dürfen.

Es ist nach dem 114. Deutschen Ärztetag das zweite ärztliche Großereignis, das in diesem Jahr in Schleswig-Holstein stattfindet und zeigt uns, dass unser schönes Bundesland hervorragend für große Kongresse geeignet ist.

Gerade in Schleswig-Holstein stellt sich der demographische Wandel in besonderer Weise dar, weswegen sowohl von medizinischer als auch von politischer Seite schon frühzeitig der wachsende Bedarf an geriatrischer Versorgung erkannt und umgesetzt worden ist. Flächendeckend ist in den letzten Jahrzehnten und insbesondere in den letzten Jahren eine eigenständige stationäre geriatrische Versorgung aufgebaut worden. Dazu gehören selbstverständlich auch teilstationäre Therapieangebote sowie als neuestes Modul auch die ambulante geriatrische rehabilitative Versorgung. Bei Letzterer ist geplant, diese nicht nur an den Geriatrischen Zentren anzubinden, sondern auch als aufsuchende mobile Versorgung den Betroffenen in seinem häuslichen Umfeld zu behandeln, was insbesondere in einem Flächenbundesland eine hohe Relevanz hat. Hier arbeiten die Ärztlichen Verbände sehr eng mit der Pflege, den Therapeuten, aber auch mit den Kostenträgern und der Landespolitik zusammen.

Vor diesem Hintergrund ist es uns eine besondere Freude, dass der diesjährige Deutsche Geriatrie-Kongress unter der Leitung von Priv.-Doz. Dr. Hofmann Schleswig-Holstein als Tagungsort ausgesucht hat. Es erwartet uns ein sehr interessantes Kongressprogramm, welches umfassend alle Bereiche der Geriatrie abbildet. Dies zeigt auch die Interdisziplinarität und die vielfältigen Aspekte dieses Schnittstellenfaches an. Besonderer Wert wird dabei auf die Gerontotechnologie, aber auch auf die hausärztliche Versorgung geriatrischer Patienten gerichtet. Ganz besonders freue ich mich, dass hier am Samstag Vormittag ein spezielles Curriculum für Hausärzte in Zusammenarbeit mit unserer Akademie angeboten wird. Dies unterstreicht einmal mehr den hohen Stellenwert der Geriatrie in der Versorgung unserer älteren Mitbürger.

Ich wünsche Ihnen eine interessante und erfolgreiche Tagung und einen angenehmen Aufenthalt in Schleswig-Holstein mit vielfältigen Begegnungen und Eindrücken.



Dr. med. Franz-Joseph Bartmann

Präsident der Ärztekammer

Schleswig-Holstein

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer
des 22. Deutschen Geriatriekongresses,

im Namen der Stadt Bad Bramstedt begrüßen wir Sie herzlich und freuen uns, dass sich die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie für die mitten im Holsteiner Auenland gelegene Kur- und Rolandstadt Bad Bramstedt als Tagungsort entschieden hat. Zugleich würdigen Sie damit die positive Entwicklung, die das Klinikum Bad Bramstedt – vielen von Ihnen noch unter dem Namen Rheumaklinik ein Begriff – auf dem Gebiet der angewandten Altersheilkunde vollzogen hat. Nicht erst seitdem die Auswirkungen des demographischen Wandels für alle offenkundig geworden sind, stehen Quantität und Qualität der Gesundheitsangebote für ältere Menschen im Fokus. Dies gilt neben den neuen für die Generation der Best Ager konzipierten und im Wesentlichen privat finanzierten Präventionsangeboten selbstverständlich für alle Felder von Akutmedizin und Rehabilitation. Mit Ihrem Kongress erfüllen Sie somit neben dem unverzichtbaren fachlichen Diskurs – mit Blick auf laufende politische und gesellschaftliche Debatten – eine wichtige Lobbyfunktion.

Die Traditionen unserer Stadt als Gesundheitsstandort reichen schon Jahrhunderte zurück, auch wenn wir erst im vergangenen Jahr die 100-jährige Wiederkehr der Zuerkennung des Namenszusatzes „Bad“ feiern konnten. Der Heilbadstatus hat die Entwicklung von Bad Bramstedt stark geprägt, wobei es Geschick und Glück der Verantwortlichen der letzten Jahrzehnte zu verdanken ist, dass wir mit dem Klinikum Bad Bramstedt und der Schön Klinik gleich zwei weit über die Grenzen der Metropolregion Hamburg hinaus angesehene Häuser vorweisen können. So wie sich die gesetzliche Definition und die öffentliche Wahrnehmung des Kur-Begriffes über die Jahre gewandelt haben, so unterliegt auch die Nachfrage nach Angeboten großen Veränderungen. Letztlich ist es ein Gebot der Menschenwürde, dass die Institutionen des Gesundheitswesens dieser Entwicklung die richtigen Antworten entgegensetzen. Allen Bürgerinnen und Bürgern erschließt sich sofort, dass dies sehr viel mit den Lebensbedingungen in einer kleinen Stadt wie Bad Bramstedt zu tun hat. So ist es im wohl verstandenen Eigeninteresse, dem Deutschen Geriatriekongress einen erfolgreichen Verlauf zu wünschen.

Auf gute Ergebnisse und Gespräche – gern auch bei Ihrem Besuch im Bad Bramstedter „Schloss“ (historisches Torhaus am Roland-Steinbild) – freuen sich schon jetzt, Ihre



Annegret Mißfeldt

Bürgervorsteherin Bad Bramstedt



Hans-Jürgen Kütbach

Bürgermeister Bad Bramstedt

Sehr verehrte Damen und Herren,

auf diesem Wege möchte ich Sie herzlich zum 22. Deutschen Geriatriekongress der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V. vom 22. bis 24. September 2011 in Bad Bramstedt willkommen heißen. Die 1985 gegründete Gesellschaft für Geriatrie ist mit über 1600 Mitgliedern die heute größte Fachgesellschaft auf dem Gebiet der Geriatrie.

Es freut mich, Sie hier in Bad Bramstedt begrüßen zu dürfen. Das Klinikum Bad Bramstedt mit seiner Kompetenzaussage „Leben in Bewegung“ hat sich dem Kongress-Motto „Leben ist Bewegen!“ in besonderer Weise verschrieben. Schon seit den 1990er Jahren hat sich das Klinikum den individuellen Behandlungsanforderungen älterer Menschen mit Multimorbidität (Mehrfachkrankungen) angenommen.

Vor dem Hintergrund, dass die Menschen dank der anhaltend besseren medizinischen Versorgung immer älter werden, möchte ich betonen, dass das Fachgebiet der Geriatrie die Medizin der Zukunft ist. Denn die Bevölkerung in Deutschland und den Industriestaaten ist schon heute älter als noch vor 20 Jahren. Bereits im Jahr 2060 werden laut Statistischem Bundesamt voraussichtlich nur noch 65–70 Mio. Menschen in der Bundesrepublik leben. Dazu kommt es zu erheblichen Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung. Bereits heute sind 20% der in Deutschland lebenden Bevölkerung 65 Jahre und älter. Und dieser Anteil wird in den nächsten Jahrzehnten noch deutlich steigen. Daher ist es wichtig, sich dem Fachgebiet der Geriatrie besonders anzunehmen. Durch die fortschrittliche medizinische Versorgung wird älteren Menschen ein immer besseres und beschwerdefreieres Leben ermöglicht.

Die Behandlung in der Altersmedizin erfordert ein optimales Zusammenspiel aller therapeutischen und medizinischen Maßnahmen; ein fachübergreifender und ganzheitlicher Behandlungsansatz ist unvermeidlich. Diese Bündelung von Kompetenzen wird im Klinikum Bad Bramstedt bereits seit den 1990er Jahren erfolgreich umgesetzt. Ziel aller muss es sein, die Lebensqualität und Autonomie der älteren Menschen zu verbessern und zu erhalten. Hierzu ist eine Sensibilisierung aller altersrelevanten Medizinfelder für geriatrische Sichtweisen und Erfordernisse vonnöten, denn im Alter ist oft die Behandlung mehrerer gleichzeitig bestehender Krankheiten erforderlich, die für die betroffenen Patienten zum Teil dramatische Einschränkungen ihrer Selbstständigkeit mit sich bringen.

Vor diesem Hintergrund ist das Kongress-Motto „Leben ist Bewegen!“ die zentrale Aussage für die Behandlung des älteren Menschen. Es beinhaltet alle Themen, die die Mobilität der Patienten fördern.

Zukunftsträchtige Behandlungsformen wie z. B. eine robotergestützte Rehabilitation werden immer mehr Bedeutung erlangen. Gerade im Prozess der Wiedereingliederung in den Alltag und das gesellschaftliche Leben erlangen innovative technische Anwendungen eine wachsende Bedeutung. Sie sind in vielen Bereichen elementar, um einen nachhaltigen Therapieerfolg zu erzielen.

Ich wünsche Ihnen einen erfolgreichen Kongress und grüße Sie in herzlicher Verbundenheit

Ihre



Dr. Ingrid Künzler

Vorsitzende der Geschäftsführung der Deutschen Rentenversicherung Nord

Allgemeine Informationen

Veranstalter

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) e. V.
Kuniberts Kloster 11–13
50668 Köln
E-Mail: geriatrie@dggeriatrie.de
Internet: www.dggeriatrie.de



Kongresskomitee

PD Dr. Werner Hofmann (Kongresspräsident)
Chefarzt für Frührehabilitation und Geriatrie
FEK Friedrich-Ebert-Krankenhaus GmbH
Neumünster/Klinikum Bad Bramstedt

Prof. Dr. Ralf-Joachim Schulz (Köln)
Prof. Dr. Werner Vogel (Hofgeismar)
Dr. Anja Kwetkat (Jena)
Dr. Ulrich Thiem (Herne/Bochum)
Dr. Michael Meisel (Dessau)

Abstractkomitee

PD Dr. Jürgen M. Bauer (Oldenburg)
PD Dr. Cornelius Bollheimer (Erlangen-Nürnberg)
Dr. Helmut Frohnhofen (Essen)
PD Dr. Daniel Kopf (Heidelberg)
PD Dr. Mathias Pfisterer (Darmstadt)

Kongresshomepage

www.dggeriatrie-kongress.de

Tagungsort

Klinikum Bad Bramstedt GmbH
Oskar-Alexander-Straße 26
24576 Bad Bramstedt



Tagungszeit

Beginn: Donnerstag, 22. September 2011, 13:00 Uhr
Ende: Samstag, 24. September 2011, 14:30 Uhr

Organisation

Kongress- und Kulturmanagement GmbH
Postfach 36 64
99407 Weimar
Franka Räck (Projektleitung)
Telefon: +49 (3643) 2468-145
E-Mail: franka.raeck@kukm.de
URL: www.kukm.de



Öffnungszeiten Teilnehmerregistrierung

Donnerstag, 22. September 2011	12:00 bis 19:00 Uhr
Freitag, 23. September 2011	07:00 bis 20:30 Uhr
Samstag, 24. September 2011	07:00 bis 15:00 Uhr

Zertifizierung

Die Veranstaltung ist als Fortbildungsveranstaltung von der Ärztekammer Schleswig-Holstein anerkannt und mit 22 CME-Punkten zertifiziert.

Donnerstag, 22. September 2011	5 Punkte Kategorie C
Freitag, 23. September 2011	8 Punkte Kategorie A
Samstag, 24. September 2011	9 Punkte Kategorie H

Bitte tragen Sie sich einmal pro Tag in die dafür vorgesehenen Teilnehmerlisten ein. Bitte verwenden Sie Ihren Barcode. Die Listen liegen an der Registrierung im Foyer Theatersaal (Haus F) bereit. Die Teilnahmebescheinigung erhalten Sie an Ihrem letzten Kongresstag an der Registrierung.

Offenes Forum für die Bevölkerung "Meet the Experts"

Samstag, 24. September 2011, 14:45 bis 16:00 Uhr

Informationen zur Anmeldung

Teilnahmegebühren

Mitglied der DGG/DVGG/DGGG/ÖGGG	Frühbucher	
Dauerkarte	€ 180,00	€ 150,00
Tageskarte 23.09.2011	€ 100,00	€ 80,00
Tageskarte 24.09.2011	€ 100,00	€ 80,00
Nichtmitglied/Angehörige der Industrie		
Dauerkarte	€ 240,00	€ 210,00
Tageskarte 23.09.2011	€ 120,00	€ 100,00
Tageskarte 24.09.2011	€ 120,00	€ 100,00
Ärzte in Ausbildung*, nichtmedizinische Berufe		
Dauerkarte	€ 150,00	€ 120,00
Tageskarte 23.09.2011	€ 80,00	€ 60,00
Tageskarte 24.09.2011	€ 80,00	€ 60,00
Studierende*, Ruheständler*		
Dauerkarte	€ 60,00	€ 50,00
Tageskarte 23.09.2011	€ 50,00	€ 40,00
Tageskarte 24.09.2011	€ 50,00	€ 40,00

* Ermäßigte Preise können nur in Anspruch genommen werden, wenn ein entsprechender Nachweis bei der Kongress- und Kulturmanagement GmbH vorliegt.
Achtung: Für präsentierende Autoren (Vortrag und/oder Poster) gilt ein uneingeschränkter Frühbuchertarif

Curriculum Geriatrie

in Zusammenarbeit mit der Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer Schleswig-Holstein
Samstag, 24.09.2011,
i. R. d. regulären Kongressgebühr
(Anmeldung bis 04.09.2011 erforderlich)



Curriculum Interdisziplinär

5K-Klinikverbund Schleswig-Holstein
Freitag, 23.09.2011
€ 40,00 zusätzlich zur Kongressgebühr
(Anmeldung bis 04.09.2011 erforderlich)

Social Evening

Im „Schloss“ Bad Bramstedt
Bleek 16
24576 Bad Bramstedt

Freitag 23.09.2011
Eintritt: € 30,00
Die Anmeldung erfolgt über die Kongresshomepage
www.dggeriatrie-kongress.de.

Zwischen dem Klinikum und dem „Schloss“ Bad Bramstedt wird ein Shuttle-Service bereitgestellt.

Eine Anmeldung zum Kongress ist bis zum 04.09.2011 möglich. Danach können Sie sich noch vor Ort registrieren. Die Teilnehmerunterlagen erhalten Sie ab dem 22.09.2011 vor Ort an der Teilnehmerregistrierung.

Ansprechpartner

KONGRESS- UND KULTURMANAGEMENT GMBH
Frau Linda Schmidt
Telefon: +49 (3643) 2468-112
E-Mail: linda.schmidt@kukm.de

Hotel

Unter www.dggeriatrie-kongress.de haben Sie die Möglichkeit, Ihre Unterkunft in meist veranstaltungsnahen Hotels zu speziellen Kongresskonditionen zu buchen.

Ansprechpartner

Wedgewood Germany GmbH
Willhelm Theodor Römheld Str. 14
55130 Mainz

Frau Cindy Bischoff
Telefon +49 (6131) 2706669
Telefax: +49 (6131) 2706619
E-Mail: events@wedgewood.de

Anreise

Mit dem Auto

Die Anreise erfolgt über die Autobahn A7. Bitte verlassen Sie die Autobahn an der Abfahrt 17/Bad Bramstedt und fahren auf die B206 Richtung Bad Bramstedt. Folgen Sie gleich hinter dem Ortseingang der Beschilderung zum Klinikum. Ausreichend Parkmöglichkeiten sind vorhanden.

Mit Bus und Bahn

Bitte nutzen Sie das Angebot der Deutschen Bahn bis zu den Haltestellen Hamburg Hauptbahnhof oder Neumünster. Von dort aus erreichen Sie das Klinikum Bad Bramstedt mit der Regionalbahn (AKN), die regelmäßig zwischen Hamburg und Neumünster verkehrt. Das Klinikum Bad Bramstedt hat einen eigenen Bahnhof: Haltestelle „Bad Bramstedt Kurhaus“.

Die aktuelle Fahrplanübersicht der AKN können Sie unter www.akn.de/fahrplaene einsehen.

Busse fahren täglich von Hamburg, Berlin, Kiel, Neumünster, Lübeck und vielen anderen Städten meist direkt zum Klinikum Bad Bramstedt.

Mit dem Flugzeug

Als Flugziel empfehlen wir Ihnen den internationalen Flughafen Hamburg. Von dort aus können Sie dann das oben beschriebene Busangebot oder das Angebot der Regionalbahn AKN nutzen, um das Klinikum Bad Bramstedt zu erreichen.

Shuttle-Service

Bitte beachten Sie:

Auf der Strecke Norderstedt – Kaltenkirchen – Bad Bramstedt wird ein Shuttle-Service für den gesamten Kongresszeitraum bereitgestellt.

Genaue Informationen zu den An- und Abreisestationen sowie Fahrtzeiten erhalten Sie unter www.dggeriatrie-kongress.de.

Hinweise für die Referenten

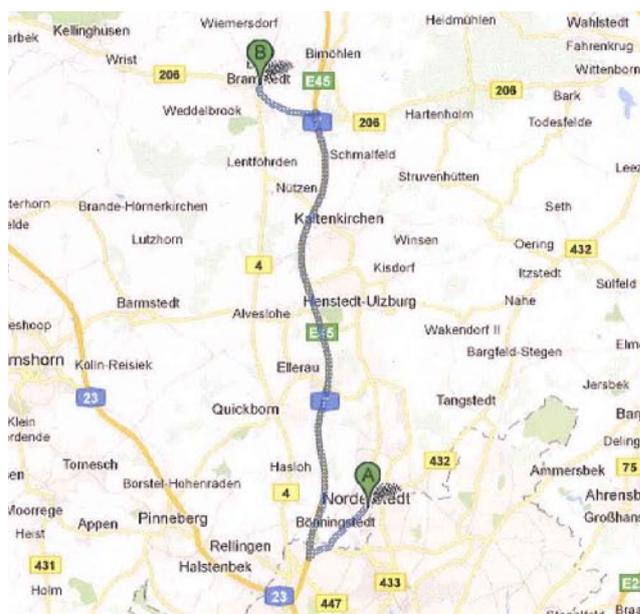
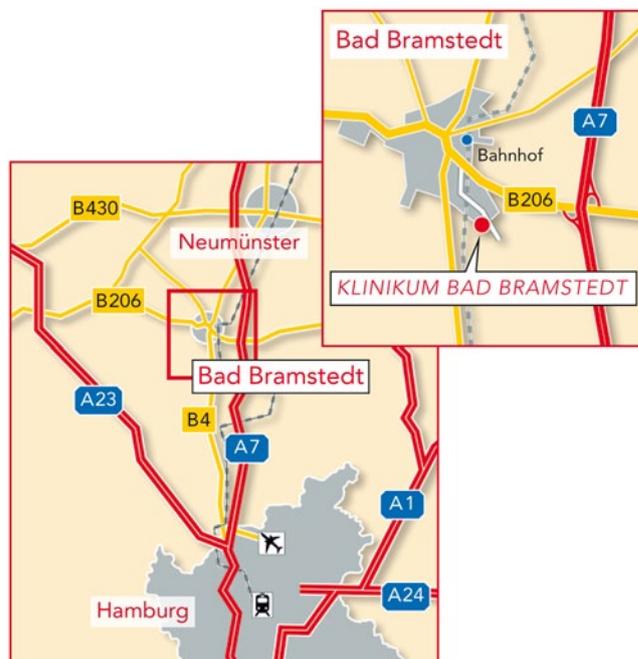
Nähere Informationen zur Vortrags- bzw. Postererstellung sowie zu den Vortragszeiten erhalten Sie ab August per E-Mail.

Pressekonferenz

Datum: Donnerstag, 22. September 2011
 Uhrzeit: 12:00 bis 13:00 Uhr
 Ort: Klinikum Bad Bramstedt, Haus F, Konferenzraum II. Stock

Sitzung industrieller Förderkreis

Datum: Donnerstag, 22. September 2011
 Uhrzeit: 10:00 bis 12:00 Uhr
 Ort: Klinikum Bad Bramstedt, Haus F, Konferenzraum II. Stock



Sie suchen ein Hotel ...

... in der Nähe zum Flughafen Hamburg

Hotels in Norderstedt (Parkhotel Norderstedt, Hotel Friesenhof, Best Western Hotel Schmöker-Hof, Hotel Wilhelm Busch)

... mit guter Anbindung zur A7

Hotels in Kaltenkirchen (Landhotel Dreiklang)
 Hotels in Quickborn (Hotel Quickborn)
 Hotels in Neumünster (Best Western Hotel Prisma, Neues Parkhotel)

... in der Nähe zum Kongressort

Hotels in Bad Bramstedt (Balladins Superior Hotel Gutschmann, Hotel Bramstedter Wappen, Hotel Tanneck)



Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) e.V.

Nach einer finanziellen Konsolidierungsphase werden die drei Printorgane der DGG (Geriatrie Journal, Geriatrie News und European Journal of Geriatrics) ab Januar 2012 nunmehr teils in elektronischer Form www.dggeriatrie.de und das European Journal of Geriatrics (EJG) innerhalb der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (ZGG) des Springer Medizin Verlags, Heidelberg, weitergeführt. Erstmals steht den Mitgliedern der DGG jetzt ein in Medline gelistetes Publikationsorgan mit impact factor zur Verfügung. Die Organisation der Kongresse Bad Bramstedt 2011 und Bonn 2012 übernimmt die Agentur „Kultur- und Kongress-Management“ (KUKM), Weimar. Diese Umstrukturierung war mit der Trennung von der Gerikomm GmbH, Wiesbaden, zum 1. Januar 2011 verbunden. Die DGG hat eine neue Anschrift:

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) e.V.

Kuniberts Kloster 11-13
50668 Köln
Tel.: 0221/1629-2350
Fax: 0221/1629-2351
E-Mail: geriatrie@dggeriatrie.de
Internet: www.dggeriatrie.de

Präsidium und Vorstand der Amtsperiode September 2010–2012:

Kongresspräsident Bad Bramstedt 2011, Nationale Versorgungsleitlinien (NVL)

PD Dr. Werner Hofmann

Präsident
FEK Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster/Bad Bramstedt
Friesenstr. 11
24534 Neumünster
Tel.: 04321 405-7020/1
Fax: 04321 405-7029
E-Mail: werner.hofmann@fek.de

Kongresspräsident Bonn 2012, EUGMS

Prof. Dr. Ralf-Joachim Schulz

Präsident elect
Lehrstuhl Geriatrie Universität Köln
St. Marien-Hospital
Kuniberts Kloster 11-13
50668 Köln
Tel.: 0221 478 86 704
Fax: 0221 478 86 710
E-Mail: ralf-joachim.schulz@uni-koeln.de

Kontakte zu den Ärztekammern

Prof. Dr. Werner Vogel

Pastpräsident
Evangelisches Krankenhaus Gesundbrunnen
Am Krähenberg 1
34369 Hofgeismar
Tel.: 05671 5072-121
Fax: 05671 5072-120
E-Mail: vogel@ekh-gesundbrunnen.de

Mitgliederwesen, Homepage

Dr. Anja Kwetkat

Sekretärin
Universitätsklinikum Jena
Bachstr. 18
07743 Jena
Tel.: 03641 934 901
Fax: 03641 934 902
E-Mail: anja.kwetkat@med.uni-jena.de

AWMF, Leitlinien

Dr. Ulrich Thiem

Schatzmeister
Stiftung Katholisches Krankenhaus Marienhospital Herne
Klinikum der Ruhr-Universität
Widumer Str. 8
44627 Herne
Tel.: 02323 499 25 00
Fax: 02323 499 26 23
E-Mail: ulrich.thiem@rub.de

Curricula

Dr. Michael Meisel

Weiterbildungsbeauftragter
Diakonissenkrankenhaus Dessau gGmbH
Gropiusallee 3
06846 Dessau
Tel.: 0340 6502 2120
Fax: 0340 6502 2129
E-Mail: mmeisel@dkd-dessau.de

Die Homepage der DGG www.dggeriatrie.de bietet wöchentlich aktualisierte Informationen. Zusätzlich versenden wir Rundmails. Bitte übermitteln Sie Ihre E-Mail-Adresse an geriatrie@dggeriatrie.de!

Mit fast 800 Teilnehmern ist der 6. gemeinsame, österreichisch-deutsche Geriatrie-Kongress vom 12. – 14. Mai 2011 in Wien sehr erfolgreich zu Ende gegangen. Frau Dr. Pils, Wien, wurden zur Präsidentin und Dr. Plank, Villach, sowie Prof. Frühwald, Wien, zu Vizepräsidenten der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG) gewählt. Wir gratulieren herzlich!

Preise

Im November 2010 wurde der Förderpreis der Wilhelm Woort-Stiftung für Altersforschung (Dotation 30.000,- €) an Frau Dr. Kwetkat, Jena, Sekretärin der DGG, in Greifswald überreicht. Der Preis würdigte Untersuchungen zur Identifikation und Allokation geriatrischer Patienten in der medizinischen Versorgungskette.

Auf Vorschlag der DGG erhielt im Rahmen des Wiener Geriatrie-Kongresses Prof. Oster, Heidelberg, den Ignatius-Nascher-Hauptpreis 2011 (Dotation 5.500,- €) für sein Lebenswerk und für seine Verdienste um die Geriatrie. Seinen Vortrag „Geriatrievisionen“ publizieren wir demnächst in der ZGG.

PD Dr. Werner Hofmann

Präsident

FEK Friedrich-Ebert-Krankenhaus Neumünster/Bad Bramstedt

Absolut wichtig: Ihre persönliche Teilnahme!

Mitgliederversammlung

**Donnerstag, 22. September 2011,
17:15 Uhr, Bad Bramstedt**

Ihre persönliche Teilnahme ist existenziell zum Erhalt der Gemeinnützigkeit. Das Finanzamt fordert die DGG auf, die Satzung zum Zwecke des Erhaltes der Gemeinnützigkeit zu ändern. Die noch gültige Satzung sieht die persönliche Teilnahme von 25% aller Mitglieder an der Mitgliederversammlung vor, um Änderungen zu beschließen. Dies sind heute mindestens 400 von 1.600 Mitgliedern.

Jede Stimme zählt!

Zunächst soll ein „realisierbares“ Quorum eingeführt werden (nicht Zählung aller Mitglieder, sondern nur der Anwesenden). Danach könnten künftig einzelne Anträge (u. a. ein bereits vorliegender) behandelt werden. In Bad Bramstedt wird aber noch der absolute Rekord 400 persönlich erteilter Stimmen benötigt, um die geplante Entscheidungs-Kaskade starten zu können. Ihre persönliche Teilnahme ist existenziell für die Zukunft der DGG.

Wer verhindert ist, kann seine Stimme übertragen. Ein entsprechendes Formblatt versenden wir per Post.

Dr. Anja Kwetkat

Sekretärin

Universität Jena

Für den Facharzt Geriatrie

Eine immer größere Zahl alter Patienten profitiert von der Geriatrie, erkennbar an einer zunehmenden Zahl von Betten in geriatrischen Abteilungen oder der Etablierung ambulanter Behandlungsangebote. Es ist höchste Zeit, der Spezialität, die sich mit der Optimierung und Kompensation des „Gesamtsystems Mensch im Alter“ beschäftigt und somit die Grundlage für die Behandlung vieler alter Menschen darstellt, eine adäquate Verankerung im Fächerkanon zukommen zu lassen – und damit den „Beruf des Geriaters“ attraktiv zu machen.

Wegen des fachlichen Umfangs ist Geriatrie den anderen Facharztkompetenzen der Inneren Medizin gleichzusetzen und sollte in ganz Deutschland als „Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und Geriatrie“ – wie bereits in Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt – etabliert werden. In Westfalen-Lippe, Thüringen und Hessen sind sehr erfolgversprechende Initiativen bei den Landesärztekammern in diese Richtung auf den Weg gebracht worden. Die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG), Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) sowie der Bundesverband Geriatrie (BVG) haben einen gemeinsamen Antrag zur Änderung der Musterweiterbildungsordnung bei der Bundesärztekammer vorgelegt. Dieser wird von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) und dem Berufsverband der Internisten (BDI) unterstützt. Die DGIM führt die Geriatrie bereits als eine ihrer elf Schwerpunktgesellschaften gleichberechtigt mit der Gastroenterologie, Kardiologie usw. Altersmedizin ist seit 2011 auch eigenes Fach in der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG).

Es liegt uns sehr daran, den von den Gesellschaften konsentierten Vorschlag zu propagieren und zu verbreiten. Nutzen Sie alle Möglichkeiten, die Diskussion nicht nur auf Bundesebene sondern zusätzlich in den Weiterbildungskommissionen Ihrer Landesärztekammern für die Geriatrie positiv zu beeinflussen!

Dr. Michael Meisel

Weiterbildungsbeauftragter

Dessau

Key Note Speakers

Dr. Karen Andersen-Ranberg, PhD
Universität Odense (DK)



Why bother about centenarians?

In the last 50 years there has been a dramatic increase (20-fold) in the number of centenarians in the industrialized world and has mainly been the result of declining death rates among people aged 80+ year-olds. Although the absolute number of centenarians is small, they may provide us with some insights to what is happening in terms of health of oldest olds, i.e. 80+ year-olds. The Danish Ageing Research Center at the University of Southern Denmark has “specialized” in epidemiological research in the oldest olds and centenarians. Due to a national population register we benefit from a 100% identification of every single person living in Denmark and a total population, e.g. people born 1895 and still alive at a certain point in time, can be drawn. A unique personal identification number allow us to link to various national register data including hospital discharge diagnoses and cancer registry diagnoses.

Our present centenarian studies include the “1895-birth cohort” identified at the age of 100 years and followed until the cohort was extinct (in 2003). The “1905-birth cohort” was identified at the age of 92–93 years and followed until the age of 100 years. All participants were interviewed and there were no exclusion criteria. In contrast to earlier studies centenarians of today show higher morbidity probably benefiting from better health care, preventive measures and improved treatments, as well as less ageism. Comparing the two cohorts, 10 years apart, shows a marked improvement in physical disability in the youngest cohort, but also a tendency of increasing morbidity compared to the oldest birth cohort. Cognitive functions have improved in the 1905-birth cohort, but only in women. Although a higher proportion of a birth cohort attain extreme old age compared with earlier, it is still tough today to attain the age of 100. Those who become centenarians seem to have been healthier at younger ages compared to their cohort peers who died earlier (i.e. died before age 100).

To predict the future has always been difficult. However, if the decline in mortality in octogenarians continues at the same rate it can be forecasted that one out of two girls born today will become a centenarian. More epidemiological research is needed to know whether the present trends in decreasing mortality and disability, but increasing morbidity will continue, or whether life-style associated diseases more common in the post-WW2 generations will increase disability and further increase morbidity at the same time as mortality continues to decline. It may well be that morbidity is expanding rather than being compressed. Indeed, modern medicine may have brought years to life (living longer!), but not life to years (living worse)!

PD Dr. Clemens Becker

Robert-Bosch-Krankenhaus
Klinik für Geriatrische Rehabilitation
Stuttgart



Chancen und Risiken der Gerontechnologie

Die Innovationen im Bereich der Kommunikationstechnologie, Informatik, Robotik, Sensorik, Computerspielindustrie und Hausautomatisierung haben ein großes Potenzial, die geriatrische Versorgung im häuslichen Umfeld und in der stationären Versorgung zu verändern. Bislang ist die Morgenröte zu erkennen. Die Chancen und Risiken sind erheblich. Bisher wird die Entwicklung überwiegend von den technischen Disziplinen betrieben. Die Sicht der klinischen Anwender und der älteren Nutzer wurden bislang unzureichend berücksichtigt. Nicht selten wurden “Probleme für Lösungen” gesucht. Es ist zu erwarten, dass erhebliche Kohorteneffekte vorliegen. Die IT-Nutzerraten der Personen, die vor 1930 geboren wurden, liegen (noch) unter 20%. Die nachfolgende Kohorte hat exponentiell wachsende Nutzungsgewohnheiten. Viele der genannten Technologien können auch indirekt eingesetzt werden. Nicht jeder muss ein Smartphone tragen. Teilweise kann Technik auch durch Dritte bedient werden, um einen Effekt zu erzielen. Technik kann zur Optimierung des Gesundheitszustands, zur Vermeidung von Gefahren und zur Kompensation von Funktionsdefiziten eingesetzt werden. Der Beitrag wird an

Hand ausgewählter Beispiele die Potenziale und Risiken der Gerontechnologie aufzeigen.

Die Computerspielindustrie ist eine der dynamischsten Wirtschaftszweige. Offenbar spricht die spielerische Anwendung mit virtueller Realität viele Menschen an. Hieraus ist eine Forschungsrichtung entstanden, die Unterhaltungsmedien für die Prävention und Rehabilitation Älterer nutzbar machen will. "Games for Health"-Protagonisten sehen nicht nur motivationale Vorteile beim kognitiven oder motorischen Training.

Die Robotikanwendungen haben zuerst in der neurologischen Rehabilitation der Paraparese begonnen. Inzwischen gibt es eine zunehmende Anzahl von Anwendungen im Bereich Schlaganfall-erkrankung, Pflegeassistenz und Demenz. Es ist naheliegend, die Ansätze auch auf die Gruppe unterversorgter nicht voll belastbarer geriatrischer Frakturpatienten anzuwenden. Erste Daten mit Humerusfrakturpatienten zeigen, dass damit sicher und effektiv trainiert werden kann.

Die Mikrosystemelektronik hat für die neuen Mobiltelefone und die Automobilindustrie Sensoren entwickelt, die Bewegung und Orientierung im Raum erfassen kann. Nach Abschluss der Validierungsarbeiten ergeben sich hieraus neue Möglichkeiten zur Erfassung der Mobilität und Aktivität älterer Menschen. Dies betrifft die Diagnostik, Therapie, Qualitätssicherung und pflegerische Unterstützung. Mittlerweile liegen auch repräsentative Daten aus Deutschland vor, die den Einsatz der Systeme erleichtern.

Die zunehmende Verbreitung von neuen Kommunikationsformen wie Webcameras und Touchscreencomputern erleichtert den Austausch von Information in Familien und anderen sozialen Netzwerken. Die Vorteile der Nutzung bzw. die Nachteile des Nichtgebrauchs erschließen sich zunehmend der Zielgruppe. Die Nutzerraten Älterer in abgelegenen Gebieten in Skandinavien liegen mittlerweile über 40%. Die Personen können offenbar damit ihre Verbleibchancen in ihrer Umgebung sichern. Die Nutzung bedarf jedoch der Begleitung und Unterstützung durch Dritte.

Die Ankündigung der Bundesregierung telemedizinische Dienstleistungen vergütungsfähig zu gestalten, hat viel Bewegung in die Entwicklung gebracht. Telemedizin, Telecare und Telerehabilitation haben ein großes Potenzial in der Unterstützung älterer Menschen. Bislang ist der Schwerpunkt das Monitoring von Krankheiten mit hoher akutmedizinischer Einweisungswahrscheinlichkeit. Die Begleitung von multimorbiden älteren Menschen stellt bisher die Ausnahme dar. Es ist eine Aufgabe der Geriatrie, dies zu ändern.

Zusammenfassend stehen wir vor einer drastischen Veränderung der Versorgung. Der demographische Wandel kann nur gestaltet werden, wenn die Gerontechnologie einen angemessenen Platz erhält.

PD Dr. Klaus Hauer

Agaplesion Bethanien-Krankenhaus
Geriatrisches Zentrum Heidelberg



Gehen – Stürzen – Denken: Effekte klinischer Interventionen auf kognitionsassoziierte motorische Schlüsselleistungen und Stürze im Alter

Hohes Alter, kognitive Schädigung und motorische Defizite stellen die wichtigsten Risikofaktoren für Stürze im Alter als klinische Indikatoren altersassoziiertes Gebrechlichkeit dar. Dieselben Risikofaktoren sind zudem die validesten Prädiktoren für den Verlust der Selbstständigkeit. Es stellt sich die Frage, ob neben assoziativen auch kausale Zusammenhänge erkennbar werden, die in unterschiedlichen Interventionsansätzen bei älteren Personen und Patienten mit kognitiver Schädigung wirksam sind.

Demenzielle Erkrankung, altersassoziierte kognitive Störungen wie auch kognitive Teilleistungsstörungen wie z. B. Störungen in Exekutivfunktionen oder der Aufmerksamkeit sind mit einem erhöhten Sturzrisiko assoziiert. Im Fall eines Sturzes zeigen sich bei Patienten mit demenzieller Erkrankung signifikant häufigere schwere Sturzverletzungen.

Höheres Alter und verschiedene kognitive Störungen sind mit motorischen Schlüsselfunktionen wie Gehen oder posturaler Kontrolle assoziiert. Kombinierte kognitiv-motorische Leistungen (Dual-Task-Leistungen) stellen frühe Marker einer demenziellen Entwicklung dar und zeigen eine überdurchschnittliche Progression im Vergleich zum Verlust einfacher motorischer Leistungen.

Neuere Interventionsstudien belegen bei unterschiedlichen Kollektiven wie älteren Personen, unterschiedlichen Patientenkollektiven und Patienten mit demenzieller Erkrankung eine Steigerung motorischer und kognitiv-motorischer Leistungen. Die Studienergebnisse zeigen deren Trainierbarkeit sogar bei klinisch relevanter Vorschädigung. Es werden dabei herkömmliche wie auch virtuelle, computerbasierte Trainingsansätze eingesetzt.

Neben nichtpharmakologischen Interventionsansätzen führen spezifische pharmakologische Interventionen bei unterschiedlichen Altersgruppen neben der Verbesserung kognitiver Leistungen auch zu signifikanten Verbesserungen bei motorischen Leistungen, die für das Sturzrisiko von besonderer Bedeutung sind. Die ermutigenden Ergebnisse einiger erster Interventionsstudien sollten im Hinblick auf Qualität der Untersuchungsmethoden, klinische Relevanz und generalisierende Effekte außerhalb spezifischer Trainings- bzw. Therapiezielen kritisch evaluiert und in größeren klinischen Studien bestätigt werden.

Prof. Dr. Andreas E. Stuck
Universität Bern (CH)



Geriatrisches Assessment zur Entscheidungsfindung

Eine multidimensionale Vorgehensweise bei der medizinischen Betreuung im Alter ist aus mehreren Gründen angezeigt. Dazu gehören insbesondere die gehäufte Multimorbidität und Komplexität medizinischer Probleme im Alter, das häufige Vorliegen nicht erkannter aber potenziell behandelbarer Probleme, die Chronizität vieler Krankheiten, die Interaktion von medizinischen mit sozialen Faktoren und die gute Evidenz aus kontrollierten Studien. Wichtige Anwendungsfelder des geriatrischen Assessments sind:

Stationäre geriatrische Rehabilitation: Dies ist das traditionelle Anwendungsgebiet des geriatrischen Assessments. Kernkomponenten dieser Form sind die Selektion der Patienten, die von einer Rehabilitation profitieren können (nicht zu gesund, nicht zu krank), interdisziplinäre Angebote einer stationären Rehabilitation basierend auf dem Rehabilitationszyklus und eine frühzeitige Spitalentlassungsplanung zur Sicherstellung der Nachbetreuung. Eine aktuelle Metaanalyse zu dieser Anwendung zeigt, dass dies im Vergleich zu konventioneller stationärer Patientenbetreuung ohne geriatrisches Assessment zu besseren Ergebnissen (Überleben, Heimeinweisungen, funktionell) führt.

Akutspital: Exemplarisch ist hier das Konzept der medizinischen Akutstation mit integriertem geriatrischem Assessment („ACE-Unit“ für „Acute Care for the Elderly Unit“) anzuführen. In speziell eingerichteten Spitalabteilungen wurden mehrere Aspekte im Zusammenhang mit dem Assessment umgesetzt: Anpassung der Umgebung (Anbringen von Handläufen oder Kalendern/Uhren zur Förderung von Mobilität und Orientierung), Einführung strukturierter Assessment-Tests zu Beginn der Hospitalisation, Prozessanpassungen mit interdisziplinären Sitzungen zur Koordination der Hospitalisationsziele und Einführung von Behandlungsprotokollen für häufige Probleme (Verwirrtheit, Inkontinenz, Mangelernährung etc.). Dieses Verfahren, getestet in einer randomisierten kontrollierten Studie, führte zu besseren Outcomes bei den Patienten (bessere Selbständigkeit im Alltag) und trotz der zusätzlich erforderlichen Maßnahmen zu Kosteneinsparungen (Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauer durch Effizienzsteigerung).

Langzeitbetreuung/Pflegeheim: Das Prinzip des multidimensionalen geriatrischen Assessments gilt auch für das Pflegeheim-Setting. Hier basieren die Verfahren i. d. R. darauf, dass anstelle einer Patientenbefragung eine Pflegekraft aufgrund einer mehrtägigen Beobachtung eines Patienten dessen funktionelle Ressourcen und

Probleme beurteilt. Besonders weit verbreitet ist das „Resident Assessment Instrument“.

Geriatrische Onkologie: Zunehmende Bedeutung erlangt das geriatrische Assessment in der Onkologie. Studien bei Patienten mit Krebskrankheit belegen, dass zusätzlich zum Tumorstadium der Gesundheitszustand des Patienten gemessen mit dem geriatrischen Assessment eine herausragende prognostische Bedeutung hat. Das geriatrische Assessment gehört damit in der onkologischen Betreuung zum heutigen State of the Art.

Prävention: Das geriatrische Assessment kann als Grundlage für eine präventive Beratung in der Hausarztpraxis oder im Rahmen eines präventiven Hausbesuchs dienen. Für präventive Hausbesuche konnte gezeigt werden, dass diese nur dann wirksam sind, wenn die Beratung auf einem geriatrischen Assessment basiert.

Palliative Care: Hier eröffnen sich neue, noch wenig erforschte Möglichkeiten. Gerade zur optimalen Symptomkontrolle und Einbindung des Umfelds ist auch hier ein geriatrisches Assessment unabdingbar.

Das geriatrische Assessment kann in allen Anwendungsfeldern zur Entscheidungsfindung beitragen. Für alle Anwendungen gilt, dass die Wirksamkeit nur dann gegeben ist, wenn Entscheidungen umgesetzt werden, also ein geriatrisches Management sichergestellt ist.

Prof. Dr. Dr. Heiner Raspe
Seniorprofessur für Bevölkerungsmedizin
Universität Lübeck



Medizin unter begrenzten Mitteln: Priorisierung und/oder Rationierung?

Die dem deutschen Gesundheitswesen zur Verfügung stehenden Mittel sind begrenzt aber nicht knapp. Im Jahr 2009 gab die GKV mehr als 160 Mrd. Euro aus (+5,8% gegenüber 2008). Dennoch ist es außerhalb des Paradieses immer sinnvoll und unvermeidlich, Prioritäten zu setzen. Dies geschieht immer schon, allerdings meist implizit und nicht selten nach politischen Opportunitäten. Eine systematische offene Priorisierung ist seit mehr als 25 Jahren ein politisches Thema in unseren skandinavischen Nachbarländern. In Norwegen nahm 1985 eine staatliche, in Schweden 1992 eine parlamentarische Kommission ihre Arbeit auf. Schweden beschäftigt sich bis heute mit dem Thema und hat dabei eine besondere Form von Leitlinien entwickelt – auf einer gefestigten Werte- und Kriterienbasis. Der Vortrag reflektiert das Problem, die bisherige deutsche Diskussion und die schwedische Entwicklung aus versorgungswissenschaftlicher Sicht. Er empfiehlt, das Thema nicht weiter aktiv zu unterdrücken und sich in Konzept und Methodik an ausländischen Vorbildern zu orientieren.

Prof. Dr. Gabriela Stoppe
Universität Basel (CH)



Ethische Aspekte der aktuellen Entwicklung in der Schweiz

Das Gesundheitswesen steht in der Schweiz vor einigen Herausforderungen. Mehrere Prozesse laufen parallel und ihre Interaktionen und Folgen können kaum eingeschätzt werden. Zusätzlich ist gerade ein Präventionsgesetz in der nationalen politischen Entscheidung und die Umsetzung des neuen Erwachsenenschutzrechtes in den Kantonen ist auf dem Weg.

Im Vergleich zu Deutschland ist in der Schweiz die Freiheit des Individuums – auch in Relation zur Sicherheit – höhergestellt. Nationale Präventionsstrategien haben es damit schwerer als in Deutschland und in der Diskussion um das Präventionsgesetz spielte zum Beispiel der Einschluss psychischer Erkrankungen speziell auch der Suizidprävention – über die Definition des Gesundheitsbegriffes im Gesetz – eine wesentliche Rolle. Problematisch ist auch die Regulierung der Sterbehilfe, die inzwischen auch mit einem regelrechten “Sterbetourismus” einhergeht.

Negative Altersstereotype sowie die Unterdiagnose häufiger Erkrankungen wie der Demenz oder der Depression werden im Kontext von Patientenverfügungen und in der Schweiz mit dem neuen Erwachsenenschutzrecht unter Umständen ethisch sehr schwierige Konstellationen erzeugen. Denn es verdient mehr Aufmerksamkeit, in welchem Zustand und auch unter welchem Druck in den psychosozialen Beziehungen ein Mensch handelt. Das derzeit unbestrittene Paradigma der möglichst großen Autonomie für jeden Einzelnen kommt dort an seine Grenzen, wo der Mensch diese Autonomie nicht im vorgesehenen Sinne ausüben kann.

Weitere Problemfelder – die allerdings auch in anderen Ländern bestehen – sind z. B. die Verpflichtung zu Untersuchungen ohne Evidenzbasierung. Dies soll am Beispiel der Fahrtauglichkeitsuntersuchungspraxis beschrieben werden.

Soweit möglich sollen die Grundzüge der Finanzierung des Gesundheitsmarktes in der Schweiz dargestellt werden sowie der aktuelle Stand bezüglich der Kostenerstattung für Pflege sowie bezüglich DRG.

Dr. Norbert Lübke
MDK Kompetenz-Centrum Geriatrie
Hamburg



Künftige geriatrische Versorgung – Entscheidungsbedarf heute

Das Kompetenz-Centrum Geriatrie hat in einem Expertenforum am 13.9.11 Ergebnisse des Weißbuchs Geriatrie mit Fachexperten aus Politik, Selbstverwaltung, ärztlicher Standesvertretung und geriatrischen Fachgesellschaften diskutiert (http://www.kcgeriatrie.de/downloads/expertenforum/kcg-exp-2010_ergebnisdoku.pdf). Der Beitrag diskutiert Implikationen der wesentlichen, hierbei als Handlungskonsens erschienenen Ergebnisse:

- Nicht jeder geriatrische Patient muss in einem geriatrischen Bett versorgt werden.
- Dem Grundsatz “ambulant vor stationär” muss durch prioritären Ausbau und bessere Qualifizierung ambulanter geriatrischer Versorgung Rechnung getragen werden.
- Die effiziente und angemessene Versorgung geriatrischer Patienten bedarf einer besseren regionalen Vernetzung der Angebote.
- Geriatrie braucht noch mehr Akzeptanz. Versorgungsforschung muss hierzu einen Beitrag leisten.

Ad 1) Dies könnte die fachübergreifende Verständigung auf eine “Definition” des geriatrischen Patienten resp. Kriterien für dieses Risiko erleichtern. Gegebenenfalls wären dann wenige Routinedaten oder einfache Merkmale konsensfähig, um geriatrische Fachkompetenz in den Behandlungsprozess einzubinden. Die Relativierung der Definition des geriatrischen Patienten rückt dann allerdings umso stärker die Indikationskriterien für besondere geriatrische Behandlungsleistungen in den Mittelpunkt – besonders dann, wenn diese Leistungen, wie z. B. die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, vergütungsrelevant sind.

Ad 2) Bei ambulanten Rehabilitationsangeboten ist zu klären, welche Qualität zu welchem Preis für welche Zielgruppe erforderlich ist. Stimmen Qualitätsanforderungen und Vergütung nicht überein, wird die erwünschte Entlastung der stationären Versorgung kaum zu erreichen sein. Die Qualität der vertragsärztlichen geriatrischen Versorgung zu erhöhen, setzt den Einbezug der KV in die Planung geriatrischer Versorgung voraus. Es könnten an bestimmte geriatrische Qualifikationen zu bindende, dann aber auch besser zu vergütende vertragsärztliche Leistungskomplexe verhandelt werden, die Anreize für entsprechende Qualifizierungen böten. Ein Beispiel könnte die ärztliche Versorgung von Heimbewohnern sein. Zugleich müssten Fachgesellschaften und Ärztekammern geriatrische Fortbildungscurricula für Vertragsärzte bundesweit einheitlich ausgestalten und anerkennen.

Ad 3) Vernetzung wird b.a.w. die einzige Lösung für das Problem nur eingeschränkt verfügbarer geriatrischer Kompetenz für die Regelversorgung sein. Hierzu müssen Netzstrukturen durch nachhaltige Anreize und Sicherung der Finanzierung deutlicher gefördert werden. Zugleich müssen Aus-, Weiter- und Fortbildungsstrukturen attraktiver gestaltet werden. Instituts- oder Ermächtigungsambulanzen könnten erste Schritte zur besseren ambulanten Nutzung der in geriatrischen Zentren vorhandenen Kompetenz sein. Vernetzung berührt aber auch den Widerspruch zwischen einer besseren Integration verschiedener Leistungssektoren (Prävention, Kuration, Rehabilitation, Pflege) und -stufen (ambulant, stationär) und deren leistungsrechtlicher und vergütungsmäßiger Abgrenzung. Dies wirft die Frage pauschalierter Finanzierung auf. Realisierbare Zwischenschritte könnten modulare Finanzierungsbausteine sein, die – ggf. unter einem Gesamtbudget – einheitlich für bestimmte Formen bspw. der früh-/rehabilitativen Leistungserbringung unabhängig davon gelten, wer sie wo erbringt.

Ad 4) Von außen wird die Geriatrie vielfach noch mit Skepsis betrachtet. Angesichts auch knapper Ressourcen in der Versorgungsforschung ist zu fragen, welche Informationen wir mit welcher Sicherheit wollen und brauchen, um über die weitere Strukturierung geriatrischer Versorgung angemessen entscheiden zu können. Hierbei sollten Maßstäbe aus anderen Versorgungsbereichen nicht aus dem Blick geraten, diejenigen Fragen, für die Evidenzbedarf gesehen wird, aber auch konsequent geklärt werden. Auch das "Nicht-Beforschen" solcher Fragen steckt die argumentativen Spielräume künftiger Versorgungsentscheidungen ab. Insbesondere kommt den von den Kostenträgern herausgestellten Fragen nach der unterschiedlichen Versorgungsqualität und -effizienz durch geriatrische vs. herkömmliche Fachdisziplinen Bedeutung zu. Die Anerkennung geriatrischer Qualifikationen hängt aber auch vom grundsätzlichen Stellenwert generalistischer vs. spezialisierter medizinischer Kompetenzen ab. Gerade die Versorgung multimorbider geriatrischer Patienten in einem medizinisch-technisch immer leistungsfähigeren Gesundheitssystem erfordert ein angemessenes Gleichgewicht dieser beiden Kompetenzen, um dem Ziel eines bestmöglichen Erhalts von Selbständigkeit im Alter unter gesundheitsökonomisch tragbaren Bedingungen gerecht werden zu können – auch dies ein lohnendes Feld für Versorgungsforschung.

Prof. Dr. Dieter Lüttje

Klinik für Geriatrie und Palliativmedizin
Klinikum Osnabrück



Aufgabengebiete der Geriatrie 2020

Die Geriatrie in Deutschland ist 2011 für den Bereich der stationären Versorgung dort angekommen, wo sie in zahlreichen anderen europäischen Ländern schon längere Zeit platziert war: mitten zwischen allen anderen Fachgebieten. Sie zählt zu den medizinischen Fachgebieten, für die in den nächsten Jahrzehnten eine erhebliche Bedarfsausweitung prognostiziert wird. Damit steht sie in natürlicher Kooperation aber auch in budgettechnischer Konkurrenz zu anderen medizinischen Fachgebieten.

Die Entwicklungsbedarfe mit einer theoretisch nahezu Verdoppelung der stationären Betten in den nächsten 40 Jahren lassen erkennen, wo die Hauptaufgabe der Geriatrie in Zukunft liegen wird: Die frühzeitige Identifikation geriatrischer Patienten und die gezielte Steuerung in ein Geriatrie-Versorgungsnetzwerk, welches viel mehr als nur stationäre Behandlung ist.

Analog zu den Entwicklungen in anderen Ländern Europas (z. B. England) werden sich folgende Entwicklungen notwendigerweise ergeben:

- Geriatrie-Risiko-Screening bei Patienten in der Hausarztpraxis und in Notaufnahmen bzw. bei Rettungsdiensten
- Umfängliche konsiliarische Tätigkeit der Geriater in allen Fachbereichen
- Ambulante fachärztliche Tätigkeit von Geriatern an Krankenhäusern (z. B. Institutsambulanz)
- Weiterleitung in ein ambulantes geriatrisches Versorgungsnetzwerk unter Einbeziehung von Hausärzten und niedergelassenen Fachärzten sowie nichtärztlichen medizinischen Fachberufen
- Gezielte stationäre Behandlung in geriatrischen Abteilungen am Akutkrankenhaus für die Patienten mit "Risikofaktor Geriatrie", die nicht vorrangig von der Behandlung in anderen Fachabteilungen profitieren würden
- Ggf. Initiierung frührehabitativer bzw. rehabilitativer Maßnahmen für geriatrische Patienten
- Etablierung von geriatrischen Abteilungen vorrangig an Krankenhäusern mit höherer Versorgungsstufe, Fachkrankenhäuser nur mit engstmöglicher Kooperation, umfassendes Angebot
- Weiterleitung und Initiierung von ambulanten rehabilitativen Maßnahmen
- Spezialisierte Versorgung von Pflegeheimbewohnern
- Community-based Geriatrie

Aus- und Weiterbildung in der Geriatrie wird ein allerdings engmaschig zu begleitender Automatismus sein, aber langfristig nicht mehr das Zentralthema.

Prof. Dr. Carsten Hendriksen
Universität Kopenhagen (DK)



Aging, prevention and integrated health care

The lecture presents facets of the huge possibilities in relation to preventive healthcare among older people. A lot of evidence exists concerning new technology and medical treatment. The positive effects of physical activities are well described. Rehabilitation and a well organised interdisciplinary team work and cross sectional collaboration in the health care system is well documented in a preventive perspective. Older people have the chance of living longer without onset of disability. The target can be based on groups or on an individual level - from specific prevention of chronic diseases, to more broad initiatives. But how to translate the scientific evidence to daily practice? Inadequate organisation of healthcare systems has been identified as one of the most important causes for observed performance inadequacies.

Some examples will be presented and discussed in relation to prevention and integrated healthcare: proactive efforts, rehabilitation, preventive medication, case management and leadership.

Effective prevention is possible. Do older people receive this today? – And tomorrow?

Theatersaal		Haus B Mitarbeiterspeisesaal
Donnerstag, 22. September 2011		
13:00–15:15	Begrüßung <i>Ritter; Kütbach (Bad Bramstedt)</i> Eröffnung <i>Hofmann (Neumünster/Bad Bramstedt)</i> Grußworte <i>Fleckenstein (MdEP, Brüssel)</i> <i>Koschorrek (MdB, Berlin)</i> <i>Bonde (Staatssekretärin, Sozialministerium, Kiel)</i> <i>Bartmann (Präsident Ärztekammer Schleswig-Holstein, Bad Segeberg)</i> Key Note Lectures Why bother about centenarians? <i>Andersen-Ranberg (Odense, DK)</i> Chancen und Risiken der Gerontotechnologie <i>Becker (Stuttgart)</i> Gehen-Stürzen-Denken <i>Hauer (Heidelberg)</i> DGG-Arbeitsgruppen: Ergebnisse und Ziele	
15:15–15:30	Pause	
15:30–17:00	Palliativmedizin <i>*Pils (Wien, A); Pfisterer (Darmstadt)</i> Charta <i>Pfisterer (Darmstadt)</i> European Charta <i>Pils (Wien, A)</i> Palliativ im Krankenhaus <i>Vogel (Hamburg)</i> Palliativ im Pflegeheim <i>Fuchs (München)</i>	Neurogeriatrie <i>*Nau (Göttingen); Kopf (Heidelberg)</i> E'lyte <i>Hansen (Neumünster)</i> Vit.-Mangel <i>Djukic (Göttingen)</i> Reha nach Schlaganfall <i>Kuipers (Heide)</i> Schluckstörungen <i>Durwen (Düsseldorf)</i>
17:00–17:15	Pause	
17:15–18:45	Mitgliederversammlung	
18:45–19:30	Pause	
19:30–22:00		
Freitag, 23. September 2011		
08:00–08:45	Morning Lectures SERVIER Deutschland GmbH: Instant Aging – Altern interaktiv <i>Sieber; Singler; Swoboda (Erlangen-Nürnberg)</i>	
08:45–09:30	Nutricia GmbH: Ernährung bestimmt Funktionalität Sarkopenie und Frailty – Geschwisterpaare? <i>Sieber (Erlangen-Nürnberg)</i> Nutzen von Trinknahrung im Pflegeheim <i>Stange (Erlangen-Nürnberg)</i>	
09:30–09:45	Pause	
09:45–11:15	Polypharmazie <i>*Wehling (Mannheim); Thiem (Herne/Bochum)</i> Interobserveruntersuchungen <i>Michalek (Essen)</i> Negativlistenbildung <i>Thiem (Herne/Bochum)</i> Polypharmazie und Stürze <i>Sommeregger (Wien, A)</i> Strukturierte Arzneimitteltherapie <i>Gehring (Norderstedt)</i> Priorisierung in der Praxis <i>Heusinger von Waldegg (Magdeburg)</i>	Pneumologie <i>*Höltmann (Grevenbroich); Netzer (Bad Aibling)</i> Handkraftmessung bei COPD <i>Hagen (Essen)</i> Amiodaron – Lungenprobleme <i>Höltmann (Grevenbroich)</i> Frailty und gestörter Schlaf <i>Frohnhofen (Essen)</i>
11:15–11:30	Pause	
11:30–13:00	Ernährung <i>*Wirth (Borken); Volkert (Erlangen-Nürnberg)</i> Sarcopenic Obesity <i>Bauer (Oldenburg)</i> Ernährung in Geriatrien <i>Smoliner (Borken)</i> PEG – Neue Daten <i>Wirth (Borken)</i> Leitlinienaktualisierung <i>Volkert (Nürnberg)</i> Trinknahrung im Heim <i>Stange (Erlangen-Nürnberg)</i> Mediterrane Ernährung und Frailty <i>Bollwein (Erlangen-Nürnberg)</i>	Alterstraumatologie <i>*Hartwig (Karlsruhe); Becker (Stuttgart)</i> Femurfrakturen <i>Rapp (Stuttgart)</i> Stabilisierung von Beckenfrakturen <i>Culemann (Homburg/Saar)</i> Das SHT <i>Zimmermann (Duisburg)</i> Proximale Femur – alles zementiert? <i>Gebhard (Ulm)</i> Kyphoplastie <i>Hartwig (Karlsruhe)</i> WK-Brüche <i>Ernstberger (Bad Bramstedt)</i>
13:00–14:30	Mittagspause	

Pause		
Rheumatologie <i>*Brabant (Bremen); Gross (Lübeck/Bad Bramstedt)</i> Riesenzellarteriitis <i>Moosig (Bad Bramstedt)</i> Rheumatoide Arthritis <i>Reinhold-Keller (Hamburg)</i> Osteoporose <i>Brabant (Bremen)</i> LWS-Schmerzen <i>Fritsch (Bad Bramstedt)</i>	Gerontopsychiatrie – Geriatrie <i>*Gutzmann (Berlin); Gogol (Coppenbrügge)</i> 10 Jahre Zentrum für Ältere – Gerontopsychiatrie <i>Wächtler (Hamburg)</i> 10 Jahre Zentrum für Ältere – Geriatrie <i>Flesch (Hamburg)</i> Gerontopsychiatrisch-geriatrische Versorgung <i>Hewer (Rottweil)</i> Station für kognitiv eingeschränkte Patienten <i>Weil (Wiesbaden/Bad Schwalbach)</i>	politische Stunde <i>*Lüttje (Osnabrück); Hofmann (Neumünster/Bad Bramstedt)</i>
Pause		
Sitzung der AG-Sprecher		

Pause		
BOSCH – Forschungskolleg <i>*Sieber (Erlangen-Nürnberg); Becker (Stuttgart)</i> Leben ist Bewegung – Sicht eines Neurologen <i>Mätzler (Stuttgart)</i> Trainingserfolge bei Demenz <i>Zieschang (Heidelberg)</i> Motorisches Assessment der unteren Extremität <i>Jamour (Ehingen)</i> Power- vs. klassisches Krafttraining <i>Drey (Erlangen-Nürnberg)</i>	Vifor Pharma Deutschland GmbH Eisenmangel und Anämie im Alter: Unterschätzte Ko-Morbiditäten <i>*Schulz (Köln); Bach (Frankfurt/M.)</i> Pathogenese von Eisenmangel und Anämie <i>Schieffe (Leipzig)</i> Intravenöse Eisensubstitution – Erfahrungen aus der Herzinsuffizienz <i>von Haehling (Berlin)</i> Prävalenz und Therapie des Eisenmangels bei geriatrischen Patienten <i>Bach (Frankfurt/M.)</i>	Curriculum Interdisziplinär 5K-Klinikverbund Schleswig-Holstein Begrüßung: Herrmann (Brunsbüttel) <i>*Pelk (Neumünster/Bad Bramstedt)</i>
Pause		
Universität und Lehre <i>*Schulz (Köln); Kwetkat (Jena)</i> Lernziele in der Geriatrie <i>Schulz (Köln)</i> Medical Education Q7 <i>Singler (Erlangen-Nürnberg)</i> Lehre in Österreich <i>Roller-Wirmsberger (Graz, A)</i> Derzeit gültige Curricula <i>Meisel (Dessau)</i> Leitlinienmedizin <i>Wehling (Mannheim)</i>	Novartis Pharma GmbH: Brennpunkte in der Geriatrie <i>*Oster (Heidelberg); Meyer zu Schwabedissen (Flensburg)</i> Niedermolekulare Heparine bei eingeschränkter Nierenfunktion <i>Rahn (Lohne)</i> Update Demenz <i>Brieden (Bad Zwischenahn)</i> Prostata-Ca.: Arzt-Patient-Pflege <i>Schmidt (Herrnburg)</i>	<i>Kuipers (Heide)</i> Physiotherapeut (Bad Bramstedt) Ergotherapeut (Bad Bramstedt)
Mittagspause		

Postersession I		
<i>Leitung: Kwetkat (Jena); Reh (Neumünster/Bad Bramstedt)</i>		
13:00–13:45	Lunch Symposien Norgine GmbH: Verdauungsstörungen im Alter – was gibt es Neues? Diagnostik <i>Mayet (Sanderbusch)</i> Ernährung <i>Schulz (Köln)</i> Therapie <i>Füsgen (Velbert)</i>	
13:45–14:30	Merz Pharmaceuticals GmbH: Alzheimer Demenz – Herausforderung für die Behandlung geriatrischer Patienten <i>*Hofmann (Neumünster/Bad Bramstedt)</i> Versorgung <i>Sieber (Erlangen-Nürnberg)</i> Therapiestrategien <i>Kraft (Coburg)</i>	
14:30–16:00	Delegation ärztlicher Leistungen <i>*Vogel (Hofgeismar); Meyer (Bad Segeberg)</i> AGNES <i>van den Berg (Greifswald)</i> Arzt-Assistenz <i>Ziemer (Hofgeismar)</i> Neuordnung <i>de la Chaux (Neumünster)</i> Delegation im geriatrischen Team <i>Hofmann (Neumünster/Bad Bramstedt)</i> Dialogpartnerin in der Arztpraxis <i>Meyer (Bad Segeberg)</i>	Orthopädie <i>*Rüther (Hamburg/ Bad Bramstedt); Becker (Stuttgart)</i> Fraktur ohne Sturz <i>Beil (Bad Bramstedt)</i> Gelenkersatz im Alter <i>Rüther (Hamburg/Bad Bramstedt)</i> Periprothetische Fraktur <i>Wening (Hamburg)</i> Schulter <i>Pap (Leipzig)</i>
16:00–16:45	Pause	
Postersession II		
<i>Leitung: Kwetkat (Jena); Reh (Neumünster/Bad Bramstedt)</i>		
16:00–16:45	Bayer Vital GmbH: Up-date Antikoagulation Therapie der Thrombose – Heute und Morgen <i>Lawall (Hamburg)</i> Vorhofflimmern – Vitamin-K-Antagonisten auf dem Prüfstand <i>Schuchert (Neumünster)</i>	
16:45–18:15	Hausärztliche Versorgung <i>*Standl (München); Hermens (Wesel)</i> Hausarzt im Krankenhaus <i>Schäfer (Hamburg)</i> Geriatrische Schwerpunktpraxen <i>John (Schönebeck)</i> Geriatrische KV-Projekte <i>Hermens (Wesel)</i> Ärztliche Versorgung im Heim <i>Standl (München)</i> Demenzdiagnostik in der Praxis <i>Heusinger von Waldegg (Magdeburg)</i>	Gastroenterologie <i>*Mayet (Sanderbusch); Schulz (Köln)</i> Screening im Dysphagiemanagement <i>Jäger (Dinslaken)</i> Ösophagus – Altern ist anders! <i>Bauer (Oldenburg)</i> Differenzialdiagnose Colitis <i>Ludwig (Bad Segeberg)</i> Leberfunktion <i>Mayet (Sanderbusch)</i> Obstipation und Stuhlinkontinenz im Heim <i>Füsgen (Velbert)</i>
18:15–18:30	Pause	
18:30–20:00	Key Note Lectures Geriatrisches Assessment zur Entscheidungsfindung <i>Stuck (Bern, CH)</i> Medizin unter begrenzten Mitteln: Priorisierung und/oder Rationierung? <i>Raspe (Lübeck)</i> Verteilungsethik in der Schweiz <i>Stoppe (Basel, CH)</i>	
20:00–20:30	Pause	
20:30–22:00	Social Evening „Schloss“ Bad Bramstedt	

Postersession I
Leitung: Kwetkat (Jena); Reh (Neumünster/Bad Bramstedt)

	Meet the Professor
--	---------------------------

<p>Gerontopsychiatrie *Hewer (Rottweil); Gutzmann (Berlin) Psychotraumatologie Kuwert (Stralsund/Greifswald) Einsamkeit Drach (Schwerin) Ergotherapie und motorische Aktivierung bei Demenz Meyer (Dresden) Neuropsychologie des Delirs Reischies (Berlin)</p>	<p>Rottapharm Madaus GmbH: Overactive Bladder (OAB)/Inkontinenz *Kirschner-Hermanns (Aachen) Polypharmazie – Inadäquate Medikamente Thürmann (Wuppertal) Harninkontinenz: Sind ältere Patienten anders? Kirschner-Hermanns (Aachen) Harninkontinenz: Was tun – Was lassen? Füllhase (München)</p>	<p>Reh (Neumünster/Bad Bramstedt) Sgries (Itzehoe) Sozialdienst (Neumünster) Neuropsychologie (Neumünster)</p>
---	--	--

Pause

Postersession II
Leitung: Kwetkat (Jena); Reh (Neumünster/Bad Bramstedt)

<p>Langzeitversorgung *Gisinger (Krems, A); Kwetkat (Jena) Ärztliche Betreuung im Langzeitbereich Gisinger (Krems, A) Geriatrie und Behindertenrechtskonvention der UNO Zippel (Berlin) Ärztliche Versorgung im Pflegeheim Wagner (Berlin) Ethisch fundierte Entscheidungen Lange (Bayreuth) S3-Leitlinien chronische Wunden Becher (Erlangen-Nürnberg) Chronische Beinwunden Ploenes (Düsseldorf)</p>	<p>Gerontotechnologie I *Becker (Stuttgart); Gövercin (Berlin) Roboter gestützte Rehabilitation Hesse (Berlin) Telemedizinisches Monitoring bei Mangelernährung van den Berg (Greifswald) SmartSenior Göllner (Berlin) Interaktives Trainingssystem bei Sturz und Schlaganfall Kieselev (Berlin) Sensorbasierte Sturzprävention Gövercin (Berlin) Kommunikation bei Schlaganfall aus physiother. Sicht Ratzinger (Berlin)</p>	<p>Vogel (Hofgeismar) Lahann (Neumünster) Logopäde (Neumünster)</p>
---	--	---

Pause

Pause

Social Evening „Schloss“ Bad Bramstedt

Samstag, 24. September 2011		
08:00–09:00	Key Note Lectures Aufgabengebiete der Geriatrie 2020 <i>Lüttje (Osnabrück)</i> Künftige geriatrische Versorgungsstrukturen – Entscheidungsbedarf heute <i>Lübke (Hamburg)</i> Aging, Prevention and Integrated Health Care <i>Hendriksen (Kopenhagen, DK)</i>	
09:00–09:15	Pause	
09:15–10:45	Curriculum Geriatrie – In Zusammenarbeit mit der Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer Schleswig-Holstein  <i>*Herrmann (Brunsbüttel); Hofmann (Neumünster/Bad Bramstedt)</i> Assessment <i>Meisel (Dessau)</i> Demenz <i>Haupt (Düsseldorf)</i> Depression <i>Stoppe (Basel, CH)</i>	Urologie <i>*Jünemann (Kiel); Füsgen (Velbert)</i> Anticholinergika <i>Füsgen (Velbert)</i> Harninkontinenz nach Prostatatherapie <i>Naumann (Kiel)</i> Standardisierter Windeltest <i>Fuchs (Kiel)</i> ROBIN-ROBotics <i>Jünemann (Kiel)</i> Individuelle Dosierung von Trosipium <i>Wiedemann (Witten)</i>
10:45–11:00	Pause	
11:00–12:30	<i>*Preuss (Ratzeburg); Guzy (Brunsbüttel)</i> Delir <i>Hewer (Rottweil)</i> Polypharmazie <i>Wehling (Mannheim)</i> Frailty <i>Schulz (Köln)</i>	Infektion <i>*Kwetkat (Jena); Kresken (Rheinbach)</i> Antibiotikadosierung <i>Majcher-Peszynska (Rostock)</i> Immunseneszenz <i>Weinberger (Innsbruck, A)</i> Antibiotika-Resistenz <i>Kresken (Rheinbach)</i> Antibiotika-Resistenz bei Pneumokokken <i>van der Linden (Aachen)</i> Multiresistente Erreger <i>Sultzer (Zwenkau)</i>
12:30–13:00	Pause	
13:00–14:30	<i>*Willkomm (Lübeck); Meisel (Dessau)</i> Schmerz <i>Pfisterer (Darmstadt)</i> geriatrisches Team <i>Vogel (Hofgeismar)</i> geriatrics meets ebm – Fallbeispiele interaktiv <i>Püllen (Frankfurt/M.)</i>	Kardiologie <i>*Hardt (Mainz); Sultzer (Zwenkau)</i> Geriatrische Schlaganfallereinheit <i>Hardt (Mainz)</i> Geriatrischer Schlaganfallpatient <i>Schuchmann (Mainz)</i> Carotis-TEA und -EEA <i>Hatterer (Mainz)</i> Vorhofflimmern <i>Lambrecht (Mainz)</i> Neue und alte Antikoagulantien <i>Wiechelt (Mainz)</i>
14:30–14:45	Pause	
14:45–16:00	Meet the Experts – für die Bevölkerung	

■ Geriatrische Syndrome
■ Geriatrische Klinik
■ Gerontotechnologie
■ Lehre-Forschung-Universität
■ Qualität-Vernetzung-Versorgung
■ Curricula
■ Industrieveranstaltungen

* = Moderation

Änderungen vorbehalten

Weitere Informationen finden Sie unter www.dggeriatrie-kongress.de



Pause

LUCAS <i>*von Renteln-Kruse (Hamburg); Kopf (Heidelberg)</i> Klinik <i>Modreker (Hamburg)</i> Hausbesuch <i>Pröfener (Hamburg)</i> Ambulanz <i>Anders (Hamburg)</i> Daten <i>Dapp (Hamburg)</i>	Hören <i>*Lerch (Detmold/Iserlohn); Sgries (Itzehoe)</i> Schwerhörigkeit <i>Lerch (Detmold/Iserlohn)</i> ... aus der Sicht des niedergelassenen HNO <i>Löhler (Bad Bramstedt)</i> ... aus der Perspektive der Pflegepraxis <i>Decker-Maruska (Attendorf)</i> Hörgeräte aus technischer Sicht <i>Opie (Innsbruck, A)</i> Cochlear Implantate <i>Zehlicke (Hamburg)</i>
---	---

Pause

Sturzprävention <i>*Freiberger (Erlangen-Nürnberg); Püllen (Frankfurt/M.)</i> Sturzprävention im Setting der Hausarztpraxis – Studiendesign <i>Landendörfer (München)</i> Intervention <i>Siegrist (München)</i> Ergebnis <i>Geilhof (München)</i>	Gerontotechnologie II <i>*Eberhardt (Frankfurt/M.); Gövercin (Berlin)</i> Gestaltung der Wohnumgebung <i>Willkomm (Lübeck)</i> Technikgestützte Erhebung von Bewegungsabläufen zu Hause <i>Hülsken-Giesler (Osnabrück)</i> Wirksame Beleuchtung auf Demenzkranke <i>Lorenz (Gießen)</i> Beleuchtung für Erinnerungsmeldungen <i>Heuten (Oldenburg)</i> Lichtenwendungen in der Pflege <i>Doser (Villingen-Schwenningen)</i>
--	---

Pause

Strukturqualität <i>*Mrak (Gratwein, A); Lüttje (Osnabrück)</i> Strukturqualität von Notaufnahme bis Tagesklinik <i>Pinter (Klagenfurt, A)</i> Geriatrisches Screening Notaufnahme <i>Lichti (Hausham)</i> Geriatrie im Krankenhaus der Maximalversorgung <i>Lüttje (Osnabrück)</i> Versorgungsverbund <i>Greuel (Wattenscheid)</i> Qualitätsnetzwerk <i>van den Heuvel (Berlin)</i> Sektorübergreifende Dokumentation bei Schluckstörungen <i>Rittig (Dinslaken)</i>	Verkehrstüchtigkeit <i>*Kuipers (Heide); Hewer (Rottweil)</i> Mobil bleiben! <i>Ciura (Hamburg)</i> Fahreignung und Demenz <i>Böke (Elmshorn)</i> Psychophysische Testung – Königsweg? <i>Richardt (Bremen)</i>
---	---

Pause

Wir danken folgenden Sponsoren für ihre Unterstützung:



Curriculum Interdisziplinär

5K-Klinikverbund Schleswig-Holstein

Das Curriculum ist speziell für "Neueinsteiger" sowohl der Ärzte als auch aller therapeutischen Berufsgruppen (Physio- und Ergotherapie, Logopädie, Psychologie, Sozialarbeiter etc.) in das geriatrische Team geeignet. Ausgehend von den großen I's der Geriatrie (Instabilität, Immobilität, Inkontinenz, Intellektueller Abbau) werden die wichtigsten Bereiche abgehandelt und praktisch eingeübt, die jede Berufsgruppe im geriatrischen Team gleichermaßen beherrschen muss.

Das Curriculum ist Teil eines Team- und Personalentwicklungskonzeptes.

Jede Berufsgruppe sollte nicht nur die Kernkompetenz der anderen Berufsgruppe kennen, sondern im Sinne einer Co-Therapie auch Funktionen und Rollen der anderen Berufsgruppe teilweise übernehmen können: z. B. beim Lagern, Transfer, Interpretation von Assessment-Ergebnissen etc. Dies wird praktisch eingeübt (hands-on).

Aber auch strukturierter und systematischer Informationsaustausch mit gemeinsamer Zielformulierung in einer Teamsitzung wird veranschaulicht. Care-Management und aktivierend-therapeutische Pflege stehen im Mittelpunkt. Im Hinblick auf Demenz wird die Versorgung im Rahmen einer entsprechenden Spezialsation dargestellt.

Curriculum Geriatrie

In Zusammenarbeit mit der Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung der Ärztekammer Schleswig-Holstein



Wir bieten im Rahmen des 22. Deutschen Geriatrie-Kongresses niedergelassenen Kollegen, Klinikärzten aller Fachgebiete und Studenten ein Kerncurriculum Geriatrie an. Die namenhaftesten Experten aus Gerontopsychiatrie und Geriatrie fokussieren diagnostische und therapeutische Fallstricke, die in Praxis und Klinik immer wieder Probleme bereiten. Sie sollen fit für die Verantwortung dem besonders schwierigen, älteren und gebrechlichen Patienten gegenüber gemacht werden. Nicht nur das "Kennen" altersassoziierter Störungen, sondern auch das "Können", d. h. Beherrschen dieser Probleme im ärztlichen Alltag ist Ziel. Das Curriculum umfasst eine Auswahl folgender relevanter Themen:

Assessment dient einer Einschätzung, die sich auf Skalen stützt, aber auch ihre Tücken aufweist. Die Demenz bietet – aus aktueller Sicht – wesentlich mehr Facetten in Diagnostik und Therapie als bisher angenommen. Die Depression weist viele Zusammenhänge mit weiteren sozialen, funktionellen und somatischen Fragen auf. Das Delir ist die typische psychische Störung mit organischer Ursache. Schmerz interagiert mit fast allen genannten Problemen. Die Risiken der Medikamentenverordnung im höheren Lebensalter nehmen den Arzt "erst so richtig" in die Pflicht. Begriffe wie Frailty, Sarkopenie und Mangelernährung operationalisieren zunehmend wichtige geriatrische Syndrome.

Im therapeutischen Team sollen realistische Ziele formuliert werden. Was kann bei Älteren therapeutisch noch bewirkt werden? Bis wann lohnt sich aktiver, ärztlicher Einsatz? Wann ist "Einhalt" geboten? Wie kann das "Zusammenspiel" der Berufsgruppen optimiert werden?

Das Curriculum endet mit Fallbeispielen. Dazu werden Leitlinien und Reviews auf individuelle Fragen angewandt, die sich bei Ihren Patienten immer wieder stellen. Auf viele dieser Fragen bleibt die evidenzbasierte Medizin Antworten schuldig. Ihre persönliche Meinung, Erfahrung und Einschätzung ist dann wichtig. Mittels TED-Anlage erstellen wir ein Meinungsbild der Teilnehmer des Curriculums.

Insgesamt erleben Sie einen Update der Altersmedizin in curricularer Form, interaktiv und mit freiwilliger Lernzielkontrolle.

Posterausstellung

Titel, Autor	Poster-Nr.
Hand grip strength is not related to bone mineral and not related to bone biochemical markers in women and men aged 61 years and older Acker, Valentin (Berlin)	P01
Primär übersehene Frakturen im geriatrischen Krankengut Alt, Stefan (Berlin)	P02
Assessment von Harninkontinenz in geriatrischen Rehabilitationskliniken in Bayern. Retrospektive Datenanalyse aus der GiB-DAT-Datenbank des Jahres 2010 Becher, Klaus (Nürnberg)	P03
Einfluss von kühler Raumtemperatur auf die Nervenleitgeschwindigkeit Becker, Clemens (Stuttgart)	P04
Beratung und Verbesserung des Selbstmanagements älterer Menschen durch Aktivitätsmonitoring Becker, Clemens (Stuttgart)	P05
Stehen als relevante körperliche Aktivität älterer Menschen Benzigner, Petra (Stuttgart)	P06
Leitlinienkonforme Labordiagnostik bei Demenz Djukic, Marija (Göttingen)	P07
Candida oesophagitis as the cause of swallowing disturbances in an 85 year-old patient with Myasthenia gravis Ebert, Sandra (Göttingen)	P08
Laparoskopische Cholezystektomie beim geriatrischen Patienten – Alter, Funktionalität oder andere Risikokriterien? Fahr, K. (Fürth)	P09
Qualitätsentwicklung der geriatrischen Rehabilitation in Rheinland-Pfalz Freidel, Klaus (Alzey)	P10
Analysen vor der Implementierung eines CPOE/CDSS bzgl. der Qualität und Sicherheit der Arzneimitteltherapie auf einer geriatrischen Station Frisse, Stephanie (Köln)	P11
Bedeutung von Tagesschläfrigkeit in der Akutgeriatrie Frohnhofen, Helmut (Essen)	P12
Prognostische Relevanz des klinischen Globalurteils einer terminalen Lebensphase bei geriatrischen Patienten ohne Tumorerkrankung Frohnhofen, Helmut (Essen)	P13
Bacterial contamination and the material of the transport vial affect the cerebrospinal fluid concentrations of β -amyloid and Tau protein determined by enzyme immunoassay Fronek, Kathrin (Göttingen)	P14
Palliativ-geriatrischer Dienst (PGD) – ein Beratungs- und Unterstützungskonzept für Münchner Pflegeheime Fuchs, Christoph (München)	P15

Titel, Autor	Poster-Nr.
Realisierung eines geriatrischen Assessments in onkologischen Multizenterstudien: Erfahrungen aus der CLL9-Studie der Deutschen CLL-Studiengruppe (DCLLSG) Goede, Valentin (Köln)	P16
Pneumonie im Alter – Ergebnisse des Moduls Ambulant erworbene Pneumonie in Niedersachsen für eine geriatrische Klinik 2006–2009 Gogol, Manfred (Coppnenbrügge)	P17
Bilaterale heterotope Ossifikation nach bilateraler Hüftendoprothetik bei einer geriatrischen Patientin Gogol, Manfred (Coppnenbrügge)	P18
Diagnostische Wege zur Erkennung von Demenzen Haupt, Martin (Düsseldorf)	P19
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung auf einer Station für Patienten mit kognitiven Einschränkungen Hergt, Anne-Maja (Neumünster)	P20
1-Jahres-Mortalität geriatrischer Patienten mit MRSA-Infektion Kaiser, Matthias (Nürnberg)	P21
Prospektive Validierung der modifizierten Mini Nutritional Assessment Kurzform (MNA-SF) Kaiser, Matthias (Nürnberg)	P22
Erfassung von Prävalenz und Versorgungsmaßnahmen der Anämie bei geriatrischen Patienten in der Zentralen Notaufnahme der Uniklinik Köln Klossok, Wolfgang (Köln)	P23
Causes and risk factors of Hyponatremia in geriatric in-patients Kopf, Daniel (Heidelberg)	P24
Entwicklung und Evaluation eines berufsbegleitenden Qualifizierungskonzeptes zur Demenz-Fachkraft (DE-FA) für nichtärztliches Fachpersonal Kraft, Johannes (Coburg)	P25
Move & Memory – ein paartherapeutischer Ansatz zum körperlichen Training von Patienten mit leichten bis mittelschweren Demenzerkrankungen Mignolet, Elisabeth (Olsberg)	P26
Analyse der Abhängigkeit des Hepcidinspiegels vom KDOQI Stadium bei geriatrischen Patienten mit nicht-dialysepflichtiger chronischer Niereninsuffizienz Nobbe, C. (Köln)	P27
Evaluation des Ernährungszustandes und des Labors der Risikonährstoffe bei Aufnahme in einer geriatrischen Klinik Noreik, Michaela (Köln)	P28
Evaluation der Spezialstation Ü76 für Demenzerkrankte in der Geriatrischen Akutklinik aus Sicht der Mitarbeiter Reh, Meike (Neumünster)	P29

Titel, Autor	Poster-Nr.
Koloskopie im Alter Schwab, Jörg (Rheine)	P30
Gesamtmortalität und Vitamin D bei älteren Patienten in der hausärztlichen Versorgung: Daten der getABI-Studie Thiem, Ulrich (Bochum)	P31
Spielt Hepcidin eine Rolle bei der Entwicklung der IDA und ACD im Alter? Vahldick, Beate (Köln)	P32
Erhebung der Arzneimitteltherapie-Qualität bei Patienten mit idiopathischem Parkinson-Syndrom Vogelreuter, Julika-Mareile (Köln)	P33
Analyse von unerwünschten Arzneimittelwirkungen bei stationären geriatrischen Patienten Welzel, Anne (Jena)	P34
Sturzfrequenz bei geriatrischen Klinikpatienten ohne Sturzanamnese Willschrei, Heinz-Peter (Essen)	P35
Arbeitsgruppe Diabetes der DGG Zeyfang, Andrej (Stuttgart)	P36
Hyponatremia and delirium in geriatric in-patients: outcome after 6 months Zieschang, Tania (Heidelberg)	P37
Entwicklung eines Screening-Instrumentes zum Erfassen geriatrischen Handlungsbedarfs im klinischen Alltag bei älteren Patienten mit Anämie Zilinski, Janek (Köln)	P38
Entwicklung eines Screening-Instrumentes zum Erfassen geriatrischen Handlungsbedarfs im klinischen Alltag Zillmann, Robert (Köln)	P39
Co-Management geriatrisch-traumatologischer Patienten hinsichtlich postoperativer Anämie und Funktionseinschränkung Zimmermann, Olga (Köln)	P40
(Sozial-)Medizinische Konzeptbegutachtung – Mittel zur Qualitätssicherung in der Geriatrie?! Baum-Euler, Sabine , (München)	P41
Hängt Frailty mit der Menge und Verteilung von Nahrungsprotein zusammen? Bollwein, Julia (Nürnberg)	P42

Posterführung

Freitag, 23. September 2011
13:00–14:30 Uhr und 16:00–16:45 Uhr

Während der beiden Pausen am Freitagmittag und -nachmittag führt das Posterkomitee eine Posterführung durch.

Leitung: Kwetkat, Anja (Jena), **Reh, Meike** (Neumünster/Bad Bramstedt)

Jeder Posterreferent sollte einen Kurzvortrag von maximal 3 Minuten Dauer halten.

Die Zeiten der Vorträge werden noch bekannt gegeben.

Das Posterkomitee (Jury) besteht aus:

Dr. Anja Kwetkat (Universität Jena)

Dr. Meike Reh (FEK Neumünster/Bad Bramstedt)

PD Dr. Jürgen M. Bauer (Oldenburg)

PD Dr. Cornelius Bollheimer (Erlangen – Nürnberg)

Dr. Helmut Frohnhofen (Essen)

PD Dr. Daniel Kopf (Heidelberg)

PD Dr. Mathias Pfisterer (Darmstadt)

Die Poster sollten eine Größe von 120×90 cm (Höhe × Breite) aufweisen. Hilfsmittel zur Befestigung der Poster stehen zur Verfügung.

Posterpreise

Die 3 besten Poster werden mit Preisen ausgezeichnet:

1. Preis: 750,- €

2. Preis: 500,- €

3. Preis: 250,- €

Die Verleihung der Posterpreise erfolgt am Abend des 23. September 2011 im Rahmen des Social Evenings ab 20:30 Uhr im "Schloss" in Bad Bramstedt.

Preis für Hirnforschung in der Geriatrie

Zum 17. Mal vergibt die Universität Witten/Herdecke den Preis für Hirnforschung in der Geriatrie. Mit diesem Preis sollen herausragende Arbeiten aus den Bereichen der Medizin, Naturwissenschaften, Pharmakologie, Soziologie, Psychologie und Pflege ausgezeichnet werden, die im Bereich der anwendungsbezogenen Forschung und umgesetzten Grundlagenforschung einen wesentlichen Beitrag zur besseren Diagnostik, Therapie, Versorgung und Betreuung von geriatrischen Patienten mit Hirnerkrankungen geleistet haben.

Es werden nur Arbeiten ausgezeichnet, die – unabhängig von der Nationalität des Einsenders – in deutscher oder englischer Sprache eingereicht wurden und aus dem deutschsprachigen Bereich stammen.

Der Preis ist mit **10.000 Euro** dotiert und wird von der **Merz Pharmaceuticals GmbH** in Frankfurt am Main gestiftet.

Ende der Bewerbungsfrist: 30. September 2011

Nähere Informationen

Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/Herdecke
c/o St. Elisabethen-Krankenhaus
Klinik für Innere Medizin und Geriatrie
Herrn Prof. Dr. med. I. Füsgen
Tönisheider Str. 24
42553 Velbert

Ignatius-Nascher-Preis der Stadt Wien für Geriatrie 2012

Der **Förderpreis** (2750,- €) wird für eine besondere wissenschaftliche Arbeit oder ein innovatives, evaluiertes und erfolgreiches Projekt aus dem Bereich der Geriatrie (Gesundheitsförderung, Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation oder Langzeitpflege) vergeben.

Ende der Bewerbungsfrist: 31. Dezember 2011

Einreichort und Informationen

Ludwig Boltzmann Institut für angewandte Gerontologie
Prim. Dr. Katharina Pils
SMZ-Sophienspital
Apollogasse 19
1070 Wien
E-Mail: ilse.howanietz@wienkav.at

Einreichunterlagen

- Ein abgeschlossenes Projekt inklusive Projektevaluation oder Publikation in einem renommierten wissenschaftlichen Journal
- Ein formloses Bewerbungsschreiben um die Verleihung des Preises
- Lebenslauf

Das Ansuchen kann sowohl von einer Einzelperson, von einem Team oder von einer Institution gestellt werden. Habilitationschriften sowie Arbeiten, die bereits mit einem anderen Preis honoriert wurden, sind von der Einreichung ausgeschlossen. VorständInnen oder LeiterInnen von Universitätskliniken, Abteilungen, Instituten, Fachhochschulen oder Akademien werden gebeten, von Einreichungen abzusehen. Das Ansuchen, der Lebenslauf und die Projektdarstellung/Publikation sind in zweifacher Ausfertigung vorzulegen. Die Arbeiten sind in deutscher oder englischer Sprache einzureichen. Die Projektzusammenfassung ist in deutscher und englischer Sprache vorzulegen und sollte wie folgt strukturiert sein (500–1000 Worte):

- Ziel der vorgelegten Arbeit
- Patientenmethode und Design
- Ergebnisse
- Diskussion
- Zusammenfassung

Der eingereichten Arbeit ist eine Erklärung des Autors/Antragstellers beizulegen, dass alle an dem Zustandekommen der Arbeit beteiligten wissenschaftlichen Mitarbeiter in der Liste der Autoren bzw. in Danksagungen genannt werden.

Arbeitsgruppensitzungen

Haus F, Konferenzraum, II. Stock

Donnerstag, 22.09.2011		
15:30–17:00 Uhr	AG Inkontinenz	Wiedemann, Andreas (Witten)
Freitag, 23.09.2011		
09:45–11:15 Uhr	AG Neurogeriatrie	Nau, Roland (Göttingen)
11:30–13:00 Uhr	AG Demenz	Merk, Brunhilde (Hamburg)
14:30–16:00 Uhr	AG Dysphagie (in Gründung)	Jäger, Martin (Dinslaken)
16:45–18:15 Uhr	AG Gefäßkrankungen	Ploenes, Ch. (Düsseldorf)
Samstag, 24.09.2011		
09:15–10:45 Uhr	AG Ernährung	Wirth, Rainer (Borken)
11:00–12:30 Uhr	AG Schwerhörigkeit	Lerch, Michael (Iserlohn)
13:00–14:30 Uhr	AG Lehre (in Gründung)	Singler, Katrin (Erlangen-Nürnberg)

Haus G, Aufenthaltsraum, IV. Stock

Freitag, 23.09.2011		
11:30–13:00 Uhr	AG Ambulante Geriatrie	Hermens, Thomas (Wesel)
Samstag, 24.09.2011		
09:45–11:15 Uhr	AG Alterstraumatologie (in Gründung)	Leischker, Andreas (Krefeld)

Sponsorenverzeichnis

Die nachfolgenden Firmen haben einen überaus großzügigen Beitrag zum Erfolg des Kongresses geleistet. Ohne diese außerordentliche Unterstützung wäre es uns nicht möglich, den Kongress in dieser Form durchzuführen. Dafür möchten wir uns herzlich bedanken!

Bayer Vital GmbH
51368 Leverkusen



Merz Pharmaceuticals GmbH
60318 Frankfurt



Norgine GmbH
35041 Marburg



Novartis Pharma GmbH
90429 Nürnberg



Nutrica GmbH
91052 Erlangen



Rottapharm | Madaus GmbH
51067 Köln



SERVIER Deutschland GmbH
80687 München



Vifor Pharma Deutschland GmbH
81379 München



Stand: 31. Juli 2011

Ausstellerverzeichnis

Folgende Firmen werden sich während des Kongresses in der Ausstellung präsentieren (alphabetische Reihenfolge):

Firma	Standnummer/ Standort
assist GmbH 66663 Merzig-Besseringen	A4 Haus F
Astellas Pharma GmbH 80992 München	C2 Haus F
dbl e.V. – Deutscher Bundesverband für Logopädie 50226 Frechen	D4 Haus B
Dr. R. Pfleger GmbH 96045 Bamberg	A8 Haus F
Edwards Lifesciences Germany GmbH 85716 Unterschleissheim	D6 Haus B
Forschungskolleg Geriatrie der Robert Bosch Stiftung 70376 Stuttgart	D2 Haus B
GHD GesundHeits GmbH Deutschland Region Hansecase 22926 Ahrensburg	D3 Haus B
Grünenthal GmbH 52099 Aachen	C1 Haus F
ID GmbH & Co. KGaA 10115 Berlin	D7 Haus B
INFECTOPHARM Arzneimittel und Consilium GmbH 64646 Heppenheim	D10 Haus B
LEO Pharma GmbH 63263 Neu-Isenburg	A3 Haus F
MEDICWARE – van Bürk Datentechnik GmbH 45964 Gladbeck	D8 Haus B
Medtronic GmbH 40639 Meerbusch	A1 Haus F

Firma	Standnummer/ Standort
Merck Serono GmbH 64289 Darmstadt	D5 Haus B
Merz Pharmaceuticals GmbH 60318 Frankfurt	B1 Haus F
Mundipharma Vertriebs GmbH & Co.KG 65549 Limburg	B4 Haus F
Norgine GmbH 35041 Marburg	A5 Haus F
Novartis Pharma GmbH 90429 Nürnberg	A2 Haus F
Novotec Medical GmbH 75172 Pforzheim	B2 Haus F
Nutricia GmbH 91015 Erlangen	D9 Haus B
Pfizer Pharma GmbH 10785 Berlin	B3 Haus F
Physiotherapie Arbeitsgemeinschaft Gynäkologie, Geburtshilfe, Urologie, Proktologie im Zentralverband der Physio- therapeuten 21244 Buchholz	D1 Haus B
Rehde/Partner GmbH 20257 Hamburg	C3 Haus F
Rölke Pharma GmbH 22047 Hamburg	B5 Haus F
Rottapharm Madaus GmbH 51067 Köln	A6 Haus F
SERVIER Deutschland GmbH 80687 München	A7 Haus F

Stand: 2. August 2011

Abstractverzeichnis

(in alphabetischer Reihenfolge der Erstautoren)

Vorträge

Abklärung und Beratung in der Geriatrischen Mobilitätsambulanz: repräsentatives Fallbeispiel für ältere Personen mit ersten Anzeichen von Funktionsabbau (pre-FRAIL)

*Anders, Jennifer; Golgert, Stefan; Dapp, Ulrike; von Renteln-Kruse, Wolfgang
 Albertinen-Haus, Forschung, Hamburg

Fragestellung. Das LUCAS-Teilprojekt 3 (BMBF 01ET0708) untersucht an 10% randomisiert ausgewählten, rüstigen ($n_1=102$ FIT) bis hin zu leicht gebrechlichen ($n_2=72$ pre-FRAIL) Teilnehmern der originären Langzeitkohorte (LUCAS-Kohorte $N=3326$, rekrutiert 2000/01) zwei Schwerpunktthemen:

- Determinanten und Referenzwerte für physiologische Alterung und Gesundheit im Alter
- Erste Anzeichen, Ursachen, Wechselwirkungen und Folgen von krankhaft beschleunigtem Altern mit funktionellem Abbau

Methoden. Ambulantes, erweitert gerontologisch-geriatrisches Assessment (EGGA) und vertiefende Performance-Tests wie technische Ganganalysen (GAIT-Rite® System) mit ärztlichen und präventiv-therapeutischen Empfehlungen zur Gesundheitsförderung oder ggf. Differenzialdiagnostik/Weiterbehandlung.

Ergebnisse. Fallbeispiel: 78-jährige Teilnehmerin, Funktionswechsel von FIT zu pre-FRAIL, Gangunsicherheit ohne Verletzungsfolge, Wegknicken der Beine, Vermeidungsverhalten seit wenigen Monaten. Geht Kurzstrecken zügig (Timed-up & Go = 10 s), aber erhebliche Gangvariabilität, verstärkt unter Mehrfachanforderung. Begleitzeichen: Schmerzen, Erschöpfung und verschmälertes Mund.

Diagnose. Medikamentöse UAW (Hydralazin), psychosomatiforme Reaktion bei Depression, SAE mit beginnenden kognitiven Einschränkungen, Gangstörung und Harninkontinenz oder Autoimmunerkrankung. Bestätigte Diagnose: rheumatische Myositis. Besserung nach mehrwöchiger Kortikosteroid-Therapie.

Schlussfolgerungen. In Kooperation zur Hausarzt-Praxis erfordern Veränderungen vor Eintritt bleibender Funktionsverluste eine multidimensionale Abklärung. Im deutschen Gesundheitssystem verbindet eine Geriatrische Mobilitätsambulanz primären und sekundären Versorgungsbereich. Die biopsychosoziale Herangehensweise ist geeignet, unnötige Untersuchungen oder Vernachlässigung multipler Einflüsse zu vermeiden und komplexe Problemlagen zu managen inklusive Beratung älterer Patienten.

Sarcopenic Obesity – Was hat es wirklich damit auf sich?

Bauer, Jürgen
 Geriatrisches Zentrum Oldenburg, Klinik für Geriatrie, Oldenburg

Die Sarkopenie (altersassoziierter Verlust von Muskelmasse und Muskelkraft) besitzt eine große Bedeutung für die Funktionalität und Lebensqualität älterer Menschen. In einer frühen Studie von Baumgartner wurde zudem nachgewiesen, dass das gleichzeitige Vorliegen von Sarkopenie und Adipositas mit einer deutlichen Risikoerhöhung für Störungen von Gang und Balance, für Stürze und Behinderungen

verbunden war. Man bezeichnete dieses Syndrom von diesem Zeitpunkt an als “Sarcopenic Obesity” (SO). Prospektive Nachfolgearbeiten derselben Gruppe beschrieben zusätzlich eine ausgeprägtere Verschlechterung der ADL und IADL bei Personen mit einer SO gegenüber solchen mit normaler Körperzusammensetzung und solchen mit isolierter Adipositas bzw. Sarkopenie. Neuere Arbeiten der letzten Jahre konnten jedoch kein erhöhtes Risiko für eine geringere Funktionalität oder Lebensqualität bzw. keine erhöhte Mortalität bei SO nachweisen. Vieles weist darauf hin, dass der individuellen Funktionalität gemessen zum Beispiel anhand der Ganggeschwindigkeit eine entscheidende prognostische Bedeutung zukommt. Parameter der Körperzusammensetzung, insbesondere das Vorliegen einer Adipositas, erscheinen demgegenüber weniger bedeutsam. Der klinische Stellenwert der SO ist daher aktuell noch als nicht gesichert anzusehen.

Ösophaguserkrankungen im höheren Lebensalter – auch hier gilt: Altern ist anders!

Bauer, Jürgen
 Geriatrisches Zentrum Oldenburg, Klinik für Geriatrie, Oldenburg

Betrachtet man die vorhandenen Publikationen zum Gastrointestinaltrakt des älteren Menschen einschließlich Leber, biliärem System und Pankreas fällt auf, dass bislang zum oberen G-I-Trakt und hier insbesondere zum Ösophagus die meisten Arbeiten vorliegen. Dies trifft sowohl auf Alterungsvorgänge als auch auf Ösophaguserkrankungen zu. Als grundsätzliche Beobachtung ist zu verzeichnen, dass jenseits des 80. Lebensjahres bei den meisten Menschen die Speiseröhre altert. Dabei findet sich ein erschwertes Einschlucken im Bereich des oberen Ösophagusphinkters als auch eine verminderte Kontraktilität im Bereich des tubulären Ösophagus. Ferner ist eine Abnahme der Sensibilität der Ösophagusschleimhaut zu beobachten. Diese Altersphänomene begünstigen den schweren Verlauf einer gastroösophagealen Refluxkrankheit mit einer erhöhten Prävalenz der Komplikationsstadien (Stenosen, Ulzera, Blutungen). Zudem weisen ältere Patienten eine von jüngeren Erwachsenen abweichende Symptomkonstellation auf. Es überwiegen gegen über den typischen Beschwerden mit Sodbrennen und Retrosternalschmerz unspezifische Symptome wie Anämie, Erbrechen und Gewichtsabnahme. Der bei älteren Erwachsenen häufig zu beobachtende schwere Verlauf der Refluxkrankheit erfordert es, auch bei Patienten mit Multimedikation die Verordnung eines Protonenpumpenhemmers nicht unterlassen, da in aller Regel beim älteren Menschen mit einem chronischen Verlauf und dem Auftreten von Komplikationen gerechnet werden muss.

Entwicklungsstand der S3-Leitlinie zur Lokalthherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus und chronisch venöse Insuffizienz

Becher, Klaus
 Friedrich-Alexander Universität, Institut für Biomedizin des Alterns, Nürnberg

Die S3-Leitlinie “Lokalthherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit (paV), Dia-

betes mellitus (D.m.), chronisch venöse Insuffizienz“ (CVI), wurde initiiert von der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. (DGfW). Ziel der Leitlinie ist die Darstellung eines auf Evidenz und Konsens basierenden Behandlungsalgorithmus zur Optimierung der Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit oben genannten Diagnosen für alle an der Wundbehandlung beteiligten Berufsgruppen. Es existiert derzeit keine praktisch umsetzbare evidenz- und konsensbasierte Handlungsempfehlung für alle an der Wundbehandlung beteiligten Disziplinen und Professionen. Dies ist aber notwendig, um die Versorgungssituation von Menschen mit chronischen Wunden/Wundheilungsstörungen nachhaltig zu verbessern und die Ressourcen im Gesundheitssystem zielgerichtet einzusetzen. Die Leitlinie soll alle Versorgungsebenen wie ambulante, stationäre und rehabilitative Bereiche umfassen. Sie bezieht sich nicht auf die Lokaltherapie akuter Wunden. Nach fast siebenjähriger Arbeit ist in bisher zwei Konsensuskonferenzen durch Vertreter der beteiligten Fachgesellschaften eine Empfehlungsrichtlinie erarbeitet worden, die dargestellt wird.

Geht eine mediterrane Ernährung bei zu Hause lebenden Senioren mit geringerer Gebrechlichkeit einher?

*Bollwein, Julia¹; Diekmann, Rebecca; Kaiser, Matthias¹; Bauer, Jürgen²; Sieber, Cornel¹; Volkert, Dorothee¹

¹Institut für Biomedizin des Alterns, Innere Medizin (Geriatric), Nürnberg,

²Klinikum Oldenburg gGmbH, Klinik für Geriatrie, Oldenburg

Fragestellung. Eine mediterrane Ernährungsweise kann das Risiko vieler altersassoziierter Krankheiten senken, die ihrerseits die Entwicklung von Frailty im Alter begünstigen. Diese Querschnittsuntersuchung überprüft einen möglichen Zusammenhang zwischen einer mediterran orientierten Ernährungsweise und Frailty.

Methoden. Bei 206 freiwilligen, selbständig im Privathaushalt lebenden Senioren (66% w, 83±4 Jahre, BMI 27±3,7 kg/m²) wurde eine mediterrane Ernährungsweise anhand eines Häufigkeitsprotokolls (EPIC) und eines mediterranen Ernährungsscores [(MES) nach Fung et al., max. 9 Punkte] ermittelt. Dabei wird je ein Punkt für hohen Konsum von Obst, Gemüse, Hülsenfrüchten, Nüssen, Vollkornprodukten und Fisch, ein hohes Verhältnis einfach ungesättigter zu gesättigten Fettsäuren, niedrigen Fleischkonsum (jeweils gemessen am geschlechtsspezifischen Median) und für moderaten Alkoholkonsum (5–15g/Tag) vergeben. Frailty wurde gemäß Fried et al. als Vorhandensein von mindestens 3 der Kriterien Gewichtsverlust, Erschöpfung, geringe Aktivität, geringe Handkraft und langsame Gehgeschwindigkeit definiert. Die für Alter und Geschlecht adjustierte Odds-Ratio (OR mit 95% Vertrauensintervall) für Frailty bei stark (MES ≥6 P.) bzw. mäßig (MES 4–5 P.) mediterran orientierter Ernährung im Vergleich zu einer wenig mediterranen Ernährung (MES ≤3 P.) wurde berechnet.

Ergebnisse. Der MES konnte für 193 Probanden berechnet werden, wovon 15,0% „frail“ waren. Die OR für Frailty betrug bei mäßig mediterran orientierter Ernährung (n=80) 0,67 (0,28–1,63) und bei stark mediterraner Ernährung (n=46) 0,21 (0,05–0,85).

Schlussfolgerungen. Diese Studie zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit gebrechlich zu sein, bei selbstständig zu Hause lebenden Senioren mit einer stärker mediterran orientierten Ernährungsweise deutlich reduziert ist. Einen protektiven Effekt dieser Ernährungsweise auf Frailty muss eine Interventionsstudie klären.

Osteoporosetherapie im höheren Lebensalter – Was sollte der Geriater wissen?

Brabant, Thomas

Krankenhaus St. Joseph Stift, Zentrum für Geriatrie und Frührehabilitation, Bremen

Die Osteoporosetherapie geriatrischer Patienten kann für den behandelnden Arzt mit besonderen Problemen behaftet sein. Teilweise führt

dies heute noch zu einer therapeutischen Unterversorgung älterer Patienten mit Osteoporose. Für Deutschland schätzt man, dass bei ca. 8 Mio. Betroffenen 90% aller Oberschenkelhals- und Wirbelkörperfrakturen und 70% aller distalen Radiusfrakturen postmenopausaler Frauen auf eine Osteoporose zurückzuführen sind. Schätzungsweise 150.000 Schenkelhalsfrakturen verursachen Kosten von 5 Mrd. Euro pro Jahr – fast jede 2. Fraktur könnte verhindert werden. Frakturen zu verhindern ist das Ziel jeder Osteoporosebehandlung und -prävention. Neben der Osteoporosedagnostik und dem gezielten altersadaptierten pharmakologischem Management der Osteoporose gehört dazu insbesondere auch die Sturzprävention mit strukturiertem Sturzrisiko-Assessment und die Intervention zur Verminderung der Sturzgefahr sowie die Beachtung gesonderter altersspezifischer Risikofaktoren wie die Sarkopenie und das Frailty-Syndrom.

Das pharmakologische Management der Osteoporose berücksichtigt bei bestehender Multimorbidität und Polypharmazie, die Veränderungen der Physiologie und die funktionellen Defizite. Dazu gehören insbesondere die altersabhängige Abnahme der glomerulären Filtrationsrate, was bei der Therapie mit Bisphosphonaten beachtet werden muss. Alternative Therapieoptionen sind in letzter Zeit neu auf den Markt gekommen, wobei hier insbesondere das Wirkprinzip, die Fraktur-reduktion und die gute Verträglichkeit interessante neue Aspekte der Osteoporosetherapie darstellen.

Eine wichtige zusätzliche Aufgabe der Osteoporosetherapie ist die Therapie osteoporosebedingter Schmerzen und die Vermeidung funktioneller Einbußen. Bei unzureichender Schmerzinderung mit Stufe-1-Analgetika sollte man nicht zögern, frühzeitig eine Kombination mit niedrig- bis hochpotenten Opiaten durchzuführen. Ziel der Schmerztherapie ist es, neben und mit der spezifischen Osteoporosetherapie die rasche Wiederherstellung der normalen Aktivitäten des täglichen Lebens und die Verkürzung der Immobilisation in möglichst kurzer Zeit zu erreichen.

Longitudinale Urbane Kohorten-Alters-Studie (LUCAS): Veränderungen von Gesundheit und Funktion in der repräsentativen LUCAS-Kohorte nach den ersten 10 Jahren der Beobachtung

*Dapp, Ulrike; Anders, Jennifer; Golgert, Stefan; von Renteln-Kruse, Wolfgang

Albertinen-Haus Zentrum für Geriatrie und Gerontologie, Forschungsabteilung, Hamburg

Fragestellung. Das LUCAS-Teilprojekt 1 (BMBF 01ET0708) koordiniert den LUCAS-Forschungsverbund (www.geriatrie-forschung.de) und begleitet wissenschaftlich den Alterungsprozess einer 2000/01 rekrutierten Langzeitkohorte (N=3326) ehemals selbstständig und ohne Pflegestufe lebender, 60-jähriger und älterer Menschen aus 21 Hamburger Hausarztpraxen (verschiedene soziale Lagen). Die regelmäßigen Erhebungswellen sind Grundlage für eine kontinuierliche, personenbezogene Datensammlung (pseudonymisiert) und komplexe Datenanalysen (prospektiv, retrospektiv, multivariat). Sie ermöglichen die Aufteilung der heterogenen älteren Teilnehmer in Hauptzielgruppen für weiterführende Untersuchungen (Assessments, Biographie, Lebensführung) und zielgruppenspezifische Angebote (z. B. Kleingruppenberatung „Aktive Gesundheitsförderung im Alter“, präventive Hausbesuche, Sturzprävention, Medikationsmanagement, Memory Clinic, medizinische Komplexbehandlung, Rehabilitation, Palliation). Schwerpunkte sind: 1. Determinanten, Wechselwirkungen und Beeinflussung von Gesundheit im Alter, 2. Entwicklung und Implementierung von Zugangsformen und Screeningverfahren, 3. Verlaufsanalysen anhand primärer Endpunkte: Funktionalität inklusive Pflegestufen, Lebensqualität, Aktivität und Überleben. Methoden (u. a.): Abgleich der Erhebungsteilnehmerangaben mit Registerdaten (MDK Nord, Einwohnermeldeamt).

Ergebnisse. Die Langzeitkohorte zeigt zunehmend im 7- und 9-Jahres-Follow-up Gebrechlichkeit, kognitive Probleme, Pflegebedürftig-

keit und Mortalität. Prädiktoren hierfür sowie protektive Faktoren können im longitudinalen Verlauf abgeleitet werden. Schlussfolgerungen. Die interdisziplinär erarbeiteten Ergebnisse dieser bisher 10-jährigen LUCAS-Verlaufsbeobachtung haben Relevanz für kommunale Gesundheitsförderung sowie medizinische und soziale Versorgung der heterogenen, älteren Bevölkerung. Praktische Vorgehensweisen können von diesen wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen differenziert nach Lebenslagen abgeleitet werden.

Neuordnung und Delegation

de la Chau, Christian

FEK Friedrich-Ebert-Krankenhaus, Pflegeleitung, Neumünster

Das FEK führt für den Bereich Geriatrie ein Modellprojekt zur Delegation und Neuordnung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten durch. Wir berichten über den Start des Projektes und über den aktuellen Stand. Das Projekt soll nicht nur zu einer verbesserten Kooperation zwischen den Berufsgruppen, sondern auch zu einer Neudefinition von Arbeitsabläufen und zu einer Prozessoptimierung führen. Wir überprüfen derzeit eine Erweiterung im Wund-, Schmerz- und Inkontinenzmanagement.

Schwerhörigkeit im Alter aus der Perspektive der Pflegepraxis

Decker-Maruska, Mechthild

Krankenhaus St. Barbara Attendorn, Geriatrie, Attendorn

Hintergrund. Schwerhörigkeit im Alter ist in den oftmals eine Kombination aus Schallleitungs- und Schallempfindungsschwerhörigkeit, welche bei den Betroffenen nicht selten zu einer fehlerhaften Interpretation der verbalen, non-verbalen sowie paralingualen Kommunikationsanteile führt. Ungeachtet der hohen Prävalenz der Hörstörungen in der Altersgruppe der über 70-jährigen Patienten und obwohl die Abgrenzungskriterien der Geriatrie den (alltagsrelevante) Hörverlust als ein geriatritypisches Multimorbiditätsmerkmal beschreiben, bleibt die auditive Einschränkung im klinisch geriatrischen Pflegealltag in der Regel unberücksichtigt. Die möglichen Auswirkungen reichen von gelegentlichem Miss- und Nichtverstehen seitens der Betroffenen bis hin zur Fehleinschätzung der physischen, psychischen und kognitiven Leistungsfähigkeit des Patienten seitens der professionellen Pflege, nicht selten gefolgt von inadäquaten Pflegeinterventionen.

Methode. Das Pflegemanagement von Hörstörungen bedarf, aus Sicht der Pflegepraxis einer speziellen Qualifikation. Im Rahmen einer zweitägigen praxisorientierten Fortbildung vermittelt ein multiprofessionelles Expertenteam themenbezogenes Wissen aus den Bereichen Geriatrie, HNO-Heilkunde, Hörsystemtechnik, Audiotherapie und spezielle Pflege.

Ergebnis. Die so erworbene erweiterte Handlungskompetenz befähigt Pflegekräfte u. a. Hörstörungen frühzeitig zu identifizieren, das/die Pflegeproblem/e zu definieren sowie die notwendigen Unterstützungsmaßnahmen gezielt zu planen und unter hörbehindertengerechten Kautelen durchzuführen.

Zusammenfassung. In Anbetracht der stetig wachsenden Anzahl hörgeschädigter älterer und hochaltriger Menschen ist es zwingend erforderlich den geriatrischen Pflegeprozess auf die Kommunikationsbedürfnisse dieser Klientel auszurichten. Eine grundlegende Voraussetzung hierfür stellt die Qualifizierung der Pflegefachkräfte in den zuvor aufgezeigten Bereichen dar.

Neurologische Symptome bei Vitaminmangelzuständen

Djukic, M.

Evangelisches Krankenhaus Weende, Geriatrie, Göttingen

In Westeuropa wird Mangelernährung als primäre Ursache einer Hypovitaminose immer seltener. In Deutschland kann sie heute durch chronischen Alkoholismus sowie Fehlernährung, vegetarische Kost und besonders bei älteren Menschen durch verminderte Nahrungsaufnahme sowie Medikamenteneinnahme mit konsekutiv erhöhter Magensäurekonzentration entstehen.

Zu Mangelerscheinungen mit neurologischen Syndromen kommt es bei Mangelzuständen der Vitamine A, E, B₁, B₆, Folsäure, B₁₂, selten D und C. In der Neurogeriatrie sind hauptsächlich Mangelzustände der Vitamine B₁ und B₁₂ klinisch relevant.

Thiaminmangel ist hauptsächlich für Wernicke-Enzephalopathie und Korsakow-Syndrom verantwortlich. Vitamin-B₁₂-Mangel kann neben einer makrozytären Anämie zu einer funikulären Myelose, einer Demenz, einem organischen Psychosyndrom und einer Polyneuropathie führen. Zusammenhänge zwischen isoliertem Folsäuremangel und neurologischen Symptomen werden kontrovers diskutiert. Das Auftreten einer Polyneuropathie, einer Demenz und einer Depression sind jedoch bei Folsäuremangel beschrieben worden. Ein Vitamin-B₆-Mangel kann mit Migräne, Krampfanfällen, Depression und chronischen Schmerzen einhergehen. Vitamin-D-Mangel führt zu einer rachitischen Myopathie, jedoch ist diese Erkrankung in Europa sehr selten. Vitamin-E-Mangel führt zu einer progressiven spinocerebellären Degeneration mit zerebellärer Ataxie, proximal betonten Paresen und Pyramidenbahnzeichen.

Da Vitaminstoffwechselstörungen eine Vielzahl neurologischer Symptome hervorrufen können, ist eine ausführliche Ernährungsanamnese hilfreich. Patienten mit einem Vitamin-B₁₂-Mangel müssen zum Ausschluss einer malignen gastrointestinalen Erkrankung gastroduodenoskopiert werden. Eine Therapie der Vitaminmangelsituation sollte so rasch wie möglich einsetzen, denn nach länger bestehendem Mangel sind die eingetretenen Schädigungen irreversibel.

Praktische Lichtenwendungen in der Pflege

Doser, Michael

Herbert Waldmann GmbH & Co. KG, Business Development, Villingen-Schwenningen

Dieser Praxisbericht zeigt Lichtlösungen in der stationären Pflege von Senioren auf. Er geht auf die lichttechnischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz, Sehdefiziten, Hörproblemen und Wahrnehmungsstörungen ein und zeigt Lichtlösungen auf, wie sie in den letzten 11 Jahren umgesetzt wurden. Ein besonderer Schwerpunkt liegt auch auf der Sturzprävention durch Reduzierung von Fehlinterpretationen.

Neben den Bedürfnissen der Bewohner sind zunehmend auch die Bedürfnisse des Pflegepersonals von Bedeutung, da das Pflegepersonal bereits heute in vielen Regionen sehr knapp ist. Gute Lichtverhältnisse in allen Bereichen macht die Bewohner selbständiger, erleichtert die Pflegetätigkeiten und kann für eine gute Stimmung sorgen. Die Strukturierung des Tagesablaufs der Bewohner und des Pflegepersonals kann durch ein spezielles biodynamisches Lichtsystem, das in den Allgemeinbereichen eingesetzt wird, unterstützt werden. Somit werden Bewohner (und das Pflegepersonal) zusätzlich aktiviert und die Pflege erleichtert (Abb. 1).



Abb. 1

Einsamkeit im Alter – ein erhebliches Risiko für die Gesundheit

*Drach, Lutz M.; Terner, Brigitt

HELIOS-Kliniken Schwerin, Klinik für Alterspsychiatrie, Schwerin

Seit der Übersichtsarbeit von Luanaigh & Lawlor (2008) richtet sich der Fokus der gerontopsychiatrischen Forschung vermehrt auf das Problem der Einsamkeit im Alter. Dieses nicht gut zu definierende Konstrukt wurde zuvor lange vernachlässigt. Der Definition "Einsamkeit ist ein subjektiv unangenehm empfundener Zustand von Wahrnehmung unerfüllter intimer und sozialer Bedürfnisse von Peplau & Perlmann (1982) stimmen derzeit die meisten Forscher zu. Es wird zwischen sozialer Einsamkeit (durch mangelnde reale Sozialkontakte) und emotionaler Einsamkeit (durch das Fehlen einer stabilen Beziehungsperson) unterschieden. In der Forschung wird die UCLA-Loneliness-Scale am häufigsten verwendet. Für klinische Zwecke reicht häufig aus, die Frage nach der Einsamkeit nicht zu vergessen.

In epidemiologischen Studien bezeichnen sich mehr als 10% der über 65-Jährigen als einsam. Alleinstehende Männer sind am häufigsten einsam, alleinstehende Frauen klagen aber darüber am häufigsten. Einsamkeit erhöht die Sterblichkeit Älterer, wirkt immunsuppressiv, erhöht das Risiko für Depressionen und Alzheimer-Demenz und verschlechtert die Prognose einer Depression im Alter erheblich. Ein systematisches Assessment und Strategien zur Bekämpfung von Einsamkeit sind wichtig zur Prävention und bei der Therapie Älterer.

Literatur

O'Luanaigh C, Lawlor BA (2008) Int J Geriatr Psychiatry 23:1213–1221
Peplau L, Perlman D (1982) Perspectives on Loneliness. In: Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy. Peplau L.A., Perlman D. (eds.) Wiley-Interscience NY

Ist Powertraining einem klassischen Krafttraining im Hinblick auf die Funktionalität älterer Menschen im Stadium der Prefrailty überlegen?

Drey, M.

Klinikum Nürnberg, Geriatrie, Nürnberg

Hintergrund. Ziel der Studie war es die Effekte von Krafttraining bzw. Powertraining auf die Funktionalität an älteren Menschen im Stadium der Prefrailty zu untersuchen.

Methode. Insgesamt 69 zuhause lebende ältere Menschen (>65 Jahre), die sich gemessen an der Frailty-Definition von Fried im Stadium der Prefrailty befinden, wurden in ein 12-wöchiges Trainingsprogramm eingeschlossen. Die Teilnehmer wurden in eine Krafttrainings-, Powertrainings- und Kontrollgruppe randomisiert. Alle Teilnehmer erhielten vor der Intervention oral Vitamin D. Das primäre Outcome war der Score der „Short Physical Performance Battery“ (SPPB). Sekundäres Outcome war die Muskelpower und die Muskelmasse der Extremitäten (aLM) bestimmt durch eine DXA-Messung.

Ergebnisse. Durch Training zeigte sich zwischen den Gruppen eine signifikante Heterogenität in den Differenzen des SPPB Scores ($p=0,026$). Der Paarvergleich erbrachte signifikante Verbesserungen in den beiden Trainingsgruppen (Δ Median: 1) gegenüber der Kontrollgruppe ($p=0,011$, $0,012$). Zwischen den Trainingsgruppen konnte keine signifikante Differenz nachgewiesen werden ($p=0,465$). Für die aLM ($p=0,660$) und die Muskelpower ($p=0,294$) bestand kein Heterogenität. Die Muskelpower verbesserte sich signifikant ($p=0,017$) unter Vitamin-D-Substitution.

Schlussfolgerung. Gemessen an älteren Menschen im Stadium der Prefrailty ist Powertraining bezüglich den Effekten auf die Funktionalität einem klassischen Krafttraining nicht überlegen. Das Krafttraining wurde unter Berücksichtigung der Abbrecherquote besser toleriert. Angesichts der hohen Prävalenz des Vitamin-D-Mangels und der Verbesserung der Funktionalität durch Substitution in dieser Risikogruppe sollten zukünftige Trainingsstudien eine Vitamin-D-Substitu-

tion erwägen. Diese Ergebnisse legen ein Krafttraining unter Vitamin-D-Substitution in der geriatrischen Rehabilitation nahe.

Diagnostik und Therapie traumatischer und osteoporotischer Wirbelkörperfrakturen des älteren Menschen

*Ernstberger, Thorsten; Fritsch, Georg

Klinikum Bad Bramstedt, Klinik für Wirbelsäulenchirurgie, Bad Bramstedt

Fragestellung. Die häufigsten Ursachen für die Entstehung von Wirbelkörperfrakturen des älteren Menschen sind zum einen das adäquate Trauma, zum anderen das Vorhandensein osteoporotischer Knochenverhältnisse. Obwohl beide Ursachen dasselbe Ergebnis präsentieren, werden in der Diagnostik und Therapie unterschiedliche Grundlagen berücksichtigt. Schwierigkeiten können sich dadurch ergeben, dass Überschneidungen beider Ursachengebiete möglich sind, was die Wahl der optimalen Therapiestrategie sowohl in konservativer als auch operativer Hinsicht erschwert.

Methoden. Für die Bewertung traumatischer Frakturen werden unterschiedliche Klassifikationen (z. B. AO-Klassifikation, 3-Säulenmodell n. Denis) angeführt, welche sich vordergründig mit dem Verletzungsausmaß als auch den sich daraus ergebenden (oft operativen) Therapieoptionen auf der Basis der vorhandenen Stabilität beschäftigen. Unberücksichtigt bleibt in diesem Kontext oft die ossäre Ausgangssituation, welche Einfluss auf evtl. notwendige operative Interventionen haben kann. Im Gegensatz dazu werden osteoporotische Wirbelkörperfrakturen im Wesentlichen als pathologische Spontanfrakturen auf dem Boden eines veränderten Knochenstoffwechsels bewertet. Die Therapieansätze berücksichtigen dabei sowohl die zugrunde liegende Knochenerkrankung als auch die sich daraus ergebenden statischen Probleme.

Ergebnisse. Die Entwicklungen sowohl minimal-invasiver Operationsmethoden als auch medikamentöser Therapien bezüglich der begleitenden Schmerz- und Osteoporosesituation haben wesentlich dazu beigetragen, dass ältere Patienten mit Wirbelkörperfrakturen schneller frühfunktionell nachbehandelt werden können. Beide Therapiearme ermöglichen bei Reduktion der klinischen Symptome einen Mobilitätsverlust bei paralleler Risikominimierung hinsichtlich immobilitätsbedingter Folgeerkrankungen.

Schlussfolgerungen. Ziel dieses Vortrags ist es, die diagnostischen und therapeutischen Unterschiede beider Wirbelfrakturmechanismen darzulegen. Darüber hinaus soll aufgezeigt werden, wie die jeweiligen Therapieoptionen in der Behandlung von Wirbelkörperfrakturen älterer Patienten optimal genutzt werden können. Neben der medikamentösen Therapie haben dabei auch angepasste chirurgische Verfahren ihre therapeutische Berechtigung.

10 Jahre Zentrum für Ältere

Flesch, Peter

Asklepios-Klinik Nord, Geriatrie, Hamburg

Die stationäre Versorgung älterer Menschen in rein somatischen oder rein psychiatrischen Abteilungen stößt aufgrund der zunehmenden Polymorbidität an Grenzen, will sie wirtschaftlichen wie qualitativen Anforderungen gleichermaßen genügen.

Vor dem Hintergrund einer erheblichen Schnittmenge geriatrisch-somatischer Diagnosen bei gerontopsychiatrisch stationär behandelten Patienten und umgekehrt gerontopsychiatrischer Diagnosen bei geriatrisch stationär behandelten Patienten beschlossen die Abteilungen für Geriatrie und Gerontopsychiatrie am Klinikum Nord in Hamburg 1995 eine enge Kooperation. Geleitet am Vorbild des Department of Health Care of the Elderly in Nottingham wurden im Folgenden gemeinsam betriebene Stationen etabliert, in denen ein Pflegeteam dem je eine Arztbesetzung aus der Geriatrie und eine aus der Gerontopsychiatrie zugeordnet war etabliert.

Die dort versorgten Patienten konnten wahlweise der einen oder anderen Abteilung – je nach führender Diagnose zugeschrieben werden, je nach Verlauf und Änderung des Behandlungsschwerpunktes konnte unschwer die Abteilung formal gewechselt werden, ohne dass der Patient im Rahmen einer sonst unausweichlichen Verlegung Zimmer, Station und Behandlungsteam wechseln musste. Umgekehrt war über die räumliche Anbindung auf dem kleinen Dienstweg stets unkompliziert und direkt ein Fachaustausch zwischen Gerontopsychiater und Geriater möglich.

Dieses damals einzigartige Modell hat sich bewährt und in der Folgezeit zur Etablierung ähnlicher Stationsorganisationsstrukturen an anderen Standorten geführt. Inzwischen kann auf einen mehr als eine Dekade währenden Erfahrungsschatz zurückgegriffen werden. Neben einem fachlich breiter differenzierten Therapieangebot für die Patienten erfreut sich die Station auch wegen der Möglichkeit zum Sammeln klinischer Erfahrung großer Beliebtheit unter den Ausbildungsassistenten.

Die Patientenversorgung erfolgt zeitnaher, der Behandlungsverlauf kann abgekürzt werden, Die mit Verlegungen verbundenen Ressourcen werden vermieden, Risiken (delirogener Umgebungswechsel, Informationsverlust) werden minimiert. Über Zahlen, Entwicklungen und Trends informiert der Vortrag/Workshop.

Degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule des älteren Menschen: Klinik, Diagnostik, Therapie

*Fritsch, Georg; Ernstberger, Thorsten

Klinikum Bad Bramstedt, Klinik für Wirbelsäulen Chirurgie, Bad Bramstedt

Fragestellung. Durch die stetig steigende Lebenserwartung hat der Anteil symptomatisch bedeutsamer Erkrankungen der Wirbelsäule beim älteren Menschen in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Im Vordergrund stehen dabei überwiegend degenerative Veränderungen wie die lumbale Spinalkanalstenose oder aber die De-novo-Skoliose im Sinne einer progredienten statischen Instabilität. Die dabei auftretenden klinischen Symptome wie Einschränkung der Gehfähigkeit oder auch belastungsunabhängige Rückenschmerzen stehen oft im deutlichen Gegensatz zum übrigen Gesamtgesundheitszustand.

Methoden. Die von den betroffenen Patienten häufig beschriebene Einschränkung der Lebensqualität stellt dabei einen grundlegenden Behandlungsansatz dar, welcher auch operative Therapieoptionen zunehmend mit einschließt, wenn eine konservative Therapie nicht mehr erfolgversprechend ist. Ausgehend vom Alter des Patienten und möglichen Begleiterkrankungen liegt der Anspruch der chirurgischen Therapie darin, mit minimalem Aufwand eine maximale Effizienz zu erreichen. In diesem Kontext haben sich fusionslose Operationen mit Entlastung nervaler Strukturen ebenso bewährt wie minimal-invasive Stabilisierungen bei statischen Wirbelsäulenveränderungen.

Ergebnisse. Der Therapieerfolg degenerativer Veränderungen ist neben der Erfahrung des behandelnden Arztes stark von der patientenbezogenen Motivation geprägt. In diesem Kontext hat sich deutlich gezeigt, dass auch ältere Patienten von chirurgischen Interventionen profitieren können, wenn diese der individuellen Ausgangssituation angepasst werden. Dabei kann die erreichte Schmerzreduktion in Verbindung mit dem Mobilitätsverlust zu einer Steigerung der allgemeinen Lebensqualität beitragen.

Schlussfolgerung. Die Bewertung der Behandlungserfolge bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen, insbesondere nach operativen Interventionen, ist nicht allein auf eine Reduktion der individuellen Symptome, sondern auch auf das Ausbleiben einer Erkrankungsprogression abzustellen. Ziel dieses Vortrages ist es dabei, zum einen die Entstehungsgrundlagen degenerativer Wirbelsäulenerkrankungen darzulegen, zum anderen nichtoperative als auch operative Behandlungsansätze beim älteren Menschen differenziert zu erörtern. Der Erhalt der Mobilität bei gleichzeitiger Schmerzreduktion rechtfertigt dabei neben den konservativen Therapieansätzen auch die Durchfüh-

rung einer individuell angepassten Wirbelsäulen Chirurgie beim älteren Menschen.

Erste Ergebnisse zur Inter-Rater-Reliabilität des neuen Klassifikationssystems für die Pharmakotherapie im höheren Lebensalter (FORTA)

*Frohnhofen, Helmut; Michalek, Carina, Wehling, Martin
Kliniken Essen Mitte, Geriatrie, Essen

Einleitung. FORTA („fit for the aged“) ist ein Klassifikationssystem, mit dessen Hilfe eine Verbesserung der Qualität der Pharmakotherapie im höheren Lebensalter angestrebt wird. Dieses theoretische Konzept wurde bisher nicht hinsichtlich seiner Gütekriterien untersucht.

Methodik. Anhand von 40 Arztbriefen geriatrischer Klinikpatienten beurteilten zwei Untersucher unabhängig voneinander die zum Zeitpunkt der Entlassung verordneten Pharmakotherapie gemäß den Vorschlägen von FORTA. Die Bestimmung der Inter-Rater-Reliabilität erfolgte mit Hilfe der Bestimmung von Kendall-tau bezogen auf die die Krankheitsgruppen arterielle Hypertonie, Herzinsuffizienz, Koronarerkrankung, Osteoporose und Demenz sowie für die gesamte Verteilung der FORTA-Kategorien A–D.

Ergebnis. Die Werte für Kendall-tau lagen bei den 40 Fällen für die einzelnen Erkrankungen zwischen 0,7 und 1,0. Die höchsten Übereinstimmungen fanden sich bei der arteriellen Hypertonie, Koronarerkrankung, Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern, COPD, Osteoporose, Diabetes mellitus und der Demenzerkrankung. Für die Verteilung der FORTA-Kategorien A–D lag Kendall-tau zwischen 0,7 und 1,0, für das Urteil Übertherapie bei 0,8, für das Urteil Untertherapie bei 0,2.

Schlussfolgerung. In dieser kleinen Pilotstudie konnte anhand einer Beurteilung nach Aktenlage (Arztbriefe) eine sehr gute Inter-Rater-Reliabilität für FORTA gezeigt werden. Dieses Ergebnis ist ermutigend, muss aber an einem größeren Kollektiv von Patienten unter Berücksichtigung weiterer Erkrankungen und der gesamten Krankenakte bestätigt werden. Die Kategorie Übertherapie wird ebenfalls mit guter Übereinstimmung beurteilt, die Kategorie Untertherapie zeigt eine nur minimale Übereinstimmung. Hier könnte die Integration von Assessmentparametern zu einer Verbesserung führen.

Gebrechlichkeit im hohen Lebensalter (Frailty) und gestörter Schlaf

Frohnhofen, Helmut

Kliniken Essen Mitte, Geriatrie, Essen

Einleitung. Altersgebrechlichkeit (Frailty) und gestörter Schlaf sind häufige Entitäten im hohen Lebensalter. Frailty führt zu Abhängigkeit und Pflegebedürftigkeit. Die Verhinderung von Frailty ist eine der wichtigsten geriatrischen Aufgaben. Der Zusammenhang zwischen gestörtem Schlaf und Frailty ist kaum untersucht.

Methodik. In einer retrospektiven Studie analysierten wir die Beziehung zwischen einem Frailty-Syndrom, Komorbiditäten und angegebenen Schlafstörungen bei geriatrischen Klinikpatienten mit erhaltener Kommunikationsfähigkeit und ohne Demenz.

Ergebnisse. 677 Patienten (201 Männer, 471 Frauen) mit einem mittleren Alter von 79±8 Jahren wurden eingeschlossen. 313 (46%) Patienten waren robust, 363 (53%) gebrechlich. In der multiplen logistischen Regressionsanalyse waren angegebene Tagesschläfrigkeit, (OR 2,2; 95% CI 1,1–4,8; p<0,05) niedriger Barthel-Index bei Aufnahme (OR 1,2; 95% CI 1,1–1,2, p<0,001), Diabetes Mellitus (OR 1,6; 95% CI 1,0–2,6; p<0,04) und kalendarisches Lebensalter (OR 1,0; 95% CI 1,0–1,1; p<0,01) unabhängig mit Frailty assoziiert.

Schlussfolgerung. Aufgrund der Assoziation zwischen Tagesschläfrigkeit und Frailty-Syndrom eröffnet sich die Möglichkeit, über die Aufdeckung und Behandlung der einer Tagesschläfrigkeit zugrunde liegenden Ursachen Einfluss auf Altersgebrechlichkeit zu nehmen. Hierzu sind prospektive Studien erforderlich.

Obstipation und Stuhlinkontinenz – eine Erhebung an 221 Alten- und Pflegeheimen

*Füsgen, Ingo; Schütz, Dag

St. Elisabeth-Krankenhaus, Klinik für Innere Medizin und Geriatrie, Velbert, Deutschland

Obwohl Obstipation und Stuhlinkontinenz die Lebensqualität der Betroffenen erheblich beeinträchtigt und für die pflegerische Betreuung von Betroffenen einen größeren Aufwand nach sich zieht, wird dieser Themenbereich noch häufig tabuisiert. Es wurde nun an 221 Alten- und Pflegeheimen unter Mithilfe der Pflegedienstleiter bzw. Pflegedienstleiterinnen zu diesem Themenbereich eine Untersuchung durchgeführt. In dieser Untersuchung fanden sich je nach Heimgröße bei 34–42% der Heimbewohner eine chronische Obstipation, wobei nach Meinung der Pflegedienstleiter/innen es sich dabei um ein typisches Frauenproblem handelt. Allerdings ein Viertel der Befragten ist der Meinung, dass im Pflegeheimbereich beide Geschlechter davon betroffen sind. Zwischen 26–43% der Bewohner haben neben der Obstipation auch noch Stuhlinkontinenzphasen, was indirekt auf eine Koprostase hinweist. Von rund einem Viertel der Heimleiter/innen wird die Koprostase als ein wichtiges Problem für die Betreuung von Pflegebedürftigen im stationären Bereich angesehen. Etwa 20% geben sogar an, dass sie im Heimbereich 3- bis 4-mal pro Monat mit diesem Problem zu tun haben. Die Vorstellungen bezüglich Maßnahmen bei Koprostase orientieren sich an den medizinischen Konsensusergebnissen der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie. Die vom Arzt am häufigsten empfohlenen bzw. verordneten Abführmittel sind Lactulose und Macrogol 3350 plus Elektrolyte. Für beide Substanzen liegt auch eine hohe Zufriedenheit im Pflegebereich vor. In der Selbstmedikation von Heimbewohnern liegen allerdings irritative Laxantien an erster Stelle. Fast 75% der befragten Pflegedienstleiter/innen wären an einer Schulung zum Thema Obstipation und Stuhlinkontinenz für ihren Pflegebereich interessiert.

Die Untersuchung wurde mit Unterstützung der Firma Norgine durchgeführt.

Worauf ist beim Einsatz von Anticholinergika zu achten?

I. Füsgen

St. Elisabeth-Krankenhaus, Klinik für Innere Medizin und Geriatrie, Velbert

Anticholinergika sind neben der Verhaltenstherapie die Therapie der Wahl bei Dranginkontinenz. Die gebräuchlichsten Präparate sind die tertiären (Oxybutinin, Tolterodin, Solifenacin) und quartären Amine (Tropiumchlorid). In der Wirkung finden sich bei vergleichbarer Dosierung ähnliche Erfolgsraten. Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Substanzen liegen in den Nebenwirkungen. Die Nebenwirkungsrate wird durch die Höhe der Dosierung, Alter, Geschlecht, Gebrechlichkeit und Vorliegen akuter Erkrankungen beeinflusst. Periphere Nebenwirkungsprobleme finden sich bei allen eingesetzten Präparaten in Abhängigkeit von der Dosierung und der galenischen Aufbereitung. Aufgrund einer veränderten Pharmakokinetik finden sich allerdings Unterschiede zwischen den tertiären und quartären Aminen bei den zentralnervösen Nebenwirkungen. Die quartären Amine (Tropiumchlorid) sind frei von zentralnervösen Nebenwirkungen. Bei der Gabe von Anticholinergika ist beim älteren, multimorbiden Patienten noch zusätzlich die Multimorbidität mit einer häufig vorliegenden Polymedikation zu beachten. Anticholinerge Nebenwirkungen haben eine Reihe von Medikamenten, die sich dann sehr schnell addieren und bei zusätzlicher Gabe eines Anticholinergikums ein Auftreten ausgeprägter peripherer und ausgeprägter zentralnervöser Nebenwirkungen nach sich ziehen kann. Im Gegensatz zu den tertiären Aminen ist, wie oben bereits angesprochen, das quartäre Amin Tropiumchlorid von den zentralnervösen Nebenwirkungen nicht betroffen. Für die tertiären Amine ergibt sich die Forderung, dass man vor Einsatz eines Anticholinergikums die Kognition und mittels einer Arzneimittelanalyse die bestehende Polymedikation im Hinblick auf zentralnervöse

Nebenwirkungen überprüft. Dann sollte neben einer Verlaufskontrolle der Kognition eine langsame Dosiserhöhung bis zur gewünschten Wirkung durchgeführt werden. Im Zusammenhang mit der Polymedikation ist auch zu beachten, dass tertiäre Amine Interaktionsprobleme mit anderen Medikamenten aufweisen (z. B. Tolterodin), die quartäre Amine nicht kennen.

Strukturierte Arzneimitteltherapie in einem großen Ärztenetzwerk

*Gehring, Svante¹; Träder, Jens-Martin²

¹Ärztegenossenschaft Nord eG, Vorstand, Bad Segeberg, ²UKSH, Institut für Allgemeinmedizin, Campus Lübeck

Seit einigen Jahren beschäftigt sich die Ärztenetzwerk Nord als großes Netzwerk der niedergelassenen Ärzte mit dem Thema der strukturierten Arzneimitteltherapie. In einem 1. Schritt wurde unter den Kriterien der rationalen und rationellen Pharmakotherapie in 28 Qualitätszirkeln in Schleswig-Holstein die leitlinienkonforme Umstellung des Patienten auf Generika-Arzneimittel organisiert und wissenschaftlich vom Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikum begleitet. Von 2006 bis 2009 konnten 310 Patienten und 112 Ärzte zu Beginn und zum Ende des Projektes befragt werden. In diesem Zeitraum hat sich innerhalb von 3 Jahren die "nec-aut-idem"-Rate nahezu verdreifacht (11,4 auf 32,3%) und die Generika-Verordnung von 60,9% (knapp unter Bundesdurchschnitt) auf 68,5% (über Bundesdurchschnitt) erhöht. Die begleitende Patientenbefragung ergab keine signifikante Änderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Symptomfragebogen SF 36): Summenscore 97,89±12,53 (2006/2007) vs. 99,43±8,68 (2008/2009). Auch bei den Ärzten zeigten sich mit der Arzneimittelumstellung keine negativen Aspekte. Im Gegenteil, es zeichnete sich ein Trend zu einer höheren beruflichen Zufriedenheit ab und dies besonders bei den Ärzten, die sich in der Qualitätszirkelarbeit engagierten. Diese positiven Erfahrungen mündeten in das neue Projekt "Strukturierte Arzneimitteltherapie bei multimorbiden Senioren" (SAMs) ein, bei dem praxistaugliche Kriterien zum Umgang mit der Polypharmazie bei multimorbiden, älteren Patienten erarbeitet werden. Dazu werden die inzwischen auf- und ausgebauten, vernetzten Strukturen der Ärztenetzwerk genutzt und spielen die Mitgliederkommunikation, die Qualitätszirkelarbeit, die Ausbildung von Dialogpartnerinnen im Gesundheitswesen und regelmäßige Workshops mit Moderatoren und Netzvorständen eine besondere Rolle. In einer Pilotphase sollen nun Ärzte eines speziell geeigneten, regionalen Praxisnetzes die teilweise schon erarbeiteten SAMs-Kriterien weiter entwickeln, bevor sie in andere Regionen übertragen werden können. Erste Erfahrungen mit dem Projekt werden vorgestellt und stehen zur Diskussion.

Sturzprävention bei älteren Menschen im Setting der Hausarztpraxis – erste Ergebnisse (Pre-Falls NCT01032252)

*Geilhof, Barbara¹, Siegrist, Monika¹; Landendorfer, P.²; Blank, W.²; Freiburger, Ellen³; Halle, M.¹

¹Technische Universität, Lehrstuhl für Präventive und Rehabilitative Sportmedizin, München, ²Technische Universität, Institut für Allgemeinmedizin, München, ³Technische Universität, Institut für Sportwissenschaft und Sport, Erlangen

Hintergrund. Durch Stürze erleiden allein in Deutschland jährlich über 130.000 Menschen Oberschenkelhalsfrakturen. Etwa 10.000 der Betroffenen sterben im Laufe des ersten Jahres und 30.000 bleiben dauerhaft pflegebedürftig. Auch ohne größere Verletzungen bleibt bei Betroffenen die Angst vor weiteren Stürzen, eine Einschränkung der Mobilität und Lebensqualität. In diesem Präventionsprojekt wird die Wirksamkeit eines 16-wöchigen Sturzpräventions-Programms im hausärztlichen Setting hinsichtlich einer Reduktion der Sturzhäufigkeit und sturzbedingten Verletzungen sowie Verbesserung von motori-

schen Fähigkeiten, Verringerung der Sturzangst und positive Auswirkungen auf die Lebensqualität überprüft.

Methodik. Insgesamt nehmen 378 Patienten von 33 Arztpraxen (93 Männer, 77,7±5,8 Jahre; 285 Frauen, 78,2±5,9 Jahre) an dem 2-jährigen, clusterrandomisierten, kontrollierten Sturzpräventionsprojekt teil. Teilnehmen konnten selbständig lebende Personen über 65 Jahre mit erhöhtem Sturzrisiko. 222 Patienten absolvierten das 16-wöchige, einstündige Trainingsprogramm mit Kraft- und Gleichgewichtstraining, Übungen zur Verbesserung der Körperwahrnehmung, der Selbstwirksamkeit und der Alltagskompetenz sowie einem Heimtrainingsprogramm. Ein Sturzrisiko-Assessment (u. a. Timed-up-and-go-Test, TUG) wurde zu Beginn (V₁), nach 16 Wochen (V₂) nach einem Jahr (V₃) und nach zwei Jahren (V₄) beim betreuenden Hausarzt durchgeführt. Es wurden eine allgemeine Anamnese, die Lebensqualität (Euro-Quol), die körperliche Aktivität (PAR) und die Sturzangst (FES-I) per Fragebogen erhoben. Zur Erfassung der Sturzhäufigkeit führen die Teilnehmer zusätzlich über den Gesamtzeitraum ein Sturztagebuch, das monatlich zurück geschickt wird.

Ergebnisse. Erste Auswertungen von 378 Patienten ergaben, dass 24,9% der Teilnehmer im Jahr vor Studienbeginn einmal, 32,5% zweimal oder öfter gestürzt sind. Von V₁ bis V₂ stürzten von 322 Patienten 23,2% einmal und 13,35% zweimal oder öfter. Im Timed-up-and-go-Test erzielten die Teilnehmer der Interventionsgruppe signifikante Verbesserungen (Intervention: V₁: 13,0±5,5 s, V₂: 11,7±5,1 s; p<0,001; Kontrolle: V₁: 16,2±8,4 s, V₂: 16,4±8,5 s; p=0,292) mit einem signifikanten Gruppenunterschied (p<0,001).

Schlussfolgerung. Das Sturzrisiko-Assessment und das 16-wöchige Sturzpräventions-Programm kann in den hausärztlichen Versorgungsbereich integriert werden. Signifikante Verbesserungen im motorischen Bereich zeigen die unmittelbare Wirksamkeit des Sturzpräventionsprogramms.

Ärztliche Betreuung in Langzeit-Pflegeeinrichtungen

*Gisinger, Christoph^{1,2}, Ohrenberger, Gerald¹

¹Haus der Barmherzigkeit, Wien, Österreich, ²Donau-Universität, Z. f. Geriatrie, Krems, Österreich

In Langzeit-Pflegeeinrichtungen werden viele Menschen betreut, deren Gesundheitszustand durch Polymorbidität, Vulnerabilität und Instabilität gekennzeichnet ist. Leider mangelt es häufig an Kontinuität einer interdisziplinären und interprofessionellen Betreuung auf Grund von Mängeln in Struktur und Finanzierung im Gesundheits- und Sozialsystem. Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, die Inanspruchnahme externer medizinischer Dienste in Langzeit-Betreuungseinrichtungen in Abhängigkeit vom Vorhandensein eines Ärztlichen Präsenzdienstes zu evaluieren.

Untersucht wurden die Inanspruchnahme von Ärztlichen Notarzdiensten (Notarzwagen) und die genaueren Bedingungen von Todesfällen (in der Pflegeeinrichtung oder im Akut-KH) bei vier Trägern mit insgesamt 2687 Betten über einen Zeitraum von 12 Monaten. Zwei dieser Träger (1763 Betten) hatten und zwei (924 Betten) hatten keinen Ärztlichen Permanenzdienst.

In Pflegeeinrichtungen ohne Ärztliche Permanenzbetreuung versterben rund 65% der Bewohner in ihrer gewohnten Umgebung, 35% der Todesfälle extern im Akut Krankenhaus; bei Trägern mit ärztlicher Permanenzbetreuung betragen die entsprechenden Werte 91% zu 9%. Rettungs- oder Notarzteinsätze zeigten eine Häufigkeit von 4 pro 100 Betten und Jahr in Einrichtungen mit Ärztlichem Permanenzdienst gegenüber 61 Einsätzen pro 100 Betten und Jahr in Einrichtungen ohne ärztliche Permanenzstruktur.

Daraus schließen wir, dass die Betreuung und Begleitung am Lebensende bei rund 25% der Bewohner in Langzeitpflegeeinrichtungen deswegen nicht dort selbst erfolgen kann, weil es keine ausreichende Kontinuität der Ärztlichen Betreuung gibt. Unsere Ergebnisse zeigen weiter, dass mehr als 90% der Rettungs- bzw. Notarzteinsätze vermeidbar wären. Da weitaus höhere Kosten bei den Rettungsdiensten und im

Krankenhausbereich gegenüber den Kosten für die Aufrechterhaltung einer Ärztlichen Versorgung in den Pflegeeinrichtungen selbst anfallen, sollte in Zeiten knapper Mittel der Ausbau der ärztlichen Betreuung in Langzeit-Pflegeeinrichtung erfolgen, da dies volkswirtschaftlich wesentlich günstiger ist.

Seniorgerechtes Design von Benutzerschnittstellen? – Abwägungsprozesse zwischen Erkenntnissen der Usability-Forschung und dem Anspruch an universales Design

*Göllner, Stefan; Weiß, Benjamin.

Deutsche Telekom Laboratories – Quality and Usability Lab/Design Research Lab, Berlin

Die Gestaltung von Benutzerschnittstellen, die auch älteren Menschen mit wenig Erfahrung einen intuitiven Zugang zu Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) erlauben, stellt eine besondere Herausforderung dar. Da mit zunehmendem Alter auch die Wahrscheinlichkeit motorischer, sensorischer oder kognitiver Einschränkungen zunimmt, ergeben sich weitere Schwierigkeiten für ein altersgerechtes Interaktionsdesign. Gleichzeitig kann mangelnde Attraktivität und stigmatisierende Gestaltung das Interesse an einer Verwendung grundsätzlich reduzieren.

Die Zielsetzung im Projekt Smart Senior besteht darin, eine allgemeine Grundlage für die Umsetzung geräteübergreifende Bedienlogiken sowie eines einheitlichen und intuitiven Interaktionsdesigns zu schaffen, das gerade alten Menschen den Zugang zu IKT erleichtert. Vor dem Hintergrund des Gedankens von Universal-Design und Erkenntnissen der Usability-Forschung werden so Vorgaben für die Interfacegestaltung entwickelt, bei der funktionale Gestaltung, Benutzerfreundlichkeit und Attraktivität nicht im Gegensatz zueinander stehen. Anwendungen im häuslichen Umfeld (TV) und in der mobilen Umgebung stehen dabei im Vordergrund.

Aufgrund der Fülle von Anwendungen ist dabei ein angemessener Kompromiss zwischen sehr speziellen Anforderungen (z. B. Blindheit) und den Anforderungen durchschnittlicher Benutzers zu finden. Die Erstellung von Vorgaben spielt dabei ebenso eine Rolle wie eine Koordination unterschiedlicher Interessen, um in einem großen Forschungsprojekt die Perspektive des Benutzers nicht aus dem Blick zu verlieren.

Identifikation sensorbasierter sturzprädiktiver Parameter

*Gövcin, Mehmet¹; Gietzelt, Matthias²; Költzsch, Yvonne¹; Spehr, Jens³; Wegel, Sandra¹; Marschollek, Michael²; Haux, Reinhold²; Steinhagen-Thiessen, Elisabeth¹

¹Charité – Universitätsmedizin Berlin/Forschungsgruppe Geriatrie, Alter und Technik, Berlin, ²Peter L. Reichertz Institut für Medizinische Informatik der Technischen Universität Braunschweig und der Medizinischen Hochschule Hannover, Braunschweig, ³Institut für Robotik und Prozessinformatik Technische Universität Braunschweig, Braunschweig

Jede dritte Personen über 65 Jahre stürzt in der häuslichen Umgebung mindestens einmal pro Jahr (Campbell et al. 1990). Die Ätiologie von Stürzen, ist allerdings nicht vollständig geklärt, da die Risikofaktoren zahlreich und heterogen sind (Rubenstein et al. 2006).

Die Analyse und Definition der Sturzrisikofaktoren basiert hauptsächlich auf den Ergebnissen von klinischen Untersuchungen und Patientenangaben über aufgetretene Sturzereignisse. Aktuell gibt es keine bestehenden Methoden, die in der Lage sind das Sturzrisiko in der häuslichen Umgebung kontinuierlich zu bestimmen. Daher ist es notwendig, eine Möglichkeit zur Bestimmung eines Sturzrisikos unabhängig von einem Untersucher in der häuslichen Umgebung mittels einfacher sensitiver und objektiver Assessments durch technische Hilfsmittel zu entwickeln.

Ziel der Studie war die prospektiv technikgestützte Erfassung des individuellen Sturzrisikos mithilfe optischer und körpernaher Sensoren. Die Analyse der Sturzursache und der Sturzfolgen erfolgte durch ein Sturzprotokoll, die Erfassung der Mobilität anhand von geriatrischen Assessments und die Bestimmung des Aktivitätsniveaus durch einen Fragebogen. Die Studie war eine monozentrische, prospektive Kohortenstudie, bei der insgesamt 50 Probanden eingeschlossen wurden mit einem Durchschnittsalter von 72,8 Jahren. Die Studienteilnahme umfasste 6 Visits innerhalb eines Jahres, bei denen zweimal ein Parcours absolviert werden musste. Bisher wurden in den Follow-up-Untersuchungen 26 Stürze dokumentiert. 19,2% der Stürze führten zu leichten bis mittleren Verletzungen und 7,7% der erfassten Stürze hatten eine Fraktur zur Folge. Bereits entwickelte Algorithmen für die Beschleunigungssensorik sind die Schrittlänge, Schritthöhe, Ganggeschwindigkeit, Schrittfrequenz und die Harmonie des Gangbildes. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass verschiedene Gangparameter erfasst werden können, jedoch die Algorithmen weiter verfeinert werden müssen.

Stellenwert der Handkraftmessung für die Differentialtherapie der COPD bei alten Menschen

Hagen, Olaf

Kliniken Essen Mitte, Geriatrie, Essen

Hintergrund: Mehr als 10% der alten Menschen leiden an einer chronisch obstruktive Ventilationsstörung. Die pharmakologische Behandlung erfolgt durch Inhalativa. Trockenpulverinhalatoren (DPIs) erwiesen sich für alte Menschen am besten in der Handhabung. Die Wirksamkeit ist aber abhängig vom generierbaren Inspirationsfluss. Es ist aber unklar, welcher Parameter des geriatrischen Assessments den Inspirationsfluss abzuschätzen erlaubt.

Methode: Bei zufällig ausgewählten geriatrischen Klinikpatienten wurden zusätzlich zu einem basalen geriatrischen Assessment die Handkraft und der Inspirationsfluss mittels Turbohalertrainer gemessen und Zusammenhänge statistisch untersucht.

Ergebnis: 87 (27%) Männer (mittleres Alter: 81±7 Jahre) und 231 (73%) Frauen (mittleres Alter: 82±8 Jahre) wurden eingeschlossen. Der Grenzwert von 40 l/min für den minimal erforderlichen Inspirationsfluss erreichten 194 (61%) Patienten. Die Handkraft korreliert als einziger Assessmentparameter mit dem minimal erreichten Inspirationsfluss. In der ROC-Analyse konnte für die Handkraft ein Grenzwert von 10 kg ermittelt werden. Die Sensitivität und Spezifität für diesen Grenzwert betrug jeweils 70%, der positive und der negative prädiktive lagen bei 79 bzw. 84%.

Schlussfolgerung: Ein Grenzwert von 10 kg für die Handkraft erlaubt mit zufriedenstellender Güte die Vorhersage des von alten Menschen erreichbaren Inspirationsflusses. Nur dieser Assessmentparameter korrelierte mit dem Inspirationsfluss. Die Handkraftmessung sollte bei allen alten Menschen mit obstruktiver Ventilationsstörung durchgeführt werden und bei der Entscheidung zur Einleitung einer Differentialtherapie Berücksichtigung finden.

Neurologische Symptome bei Elektrolytstörungen

Hansen, Hans-Christian

FEK, Klinik für Neurologie und Psychiatrie, Neumünster

Elektrolytstörungen können sowohl neuromuskuläre Ausfälle (Myopathien) und variable, zumeist unspezifische zentrale Symptome im Rahmen von Enzephalopathien verursachen (Psychosyndrome, Bewusstseinsstörungen, Anfälle, gelegentlich fokale Syndrome). Ihr häufiges Vorkommen sowie ihre potenzielle Reversibilität bei früher Ursachenbehebung begründen ihre wichtige Rolle in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht.

Störungen im Mineralhaushalt betreffen vorwiegend den Wasser-, Natrium-, Kalium-, Magnesium-, Phosphat- und den Kalziumstoffwech-

sel. Die resultierenden sekundären ZNS-Funktionsstörungen im Rahmen systemischer Störungen des Wasser- und Mineralhaushalts sind anderen Faktoren metabolischer, toxisch-medikamentöser, septischer, hypoxisch-ischämischer Art klinisch schwer abzugrenzen. Zudem sind oft Kombinationen multipler Auslösefaktoren anzutreffen, beispielsweise das septische Multiorganversagen mit einer Elektrolytstörung und begleitender Malnutrition.

Insofern ist in zur Differenzialdiagnose eine Bildgebung, ein EEG und gelegentlich die Liquoranalyse unverzichtbar. Die Therapie besteht im Elektrolytausgleich und vor allem der Behebung der Grunderkrankung. Lässt sich rasche Symptomremission erzielen (z. B. hypokalämisch bei induzierter Tetraparese) gestattet dies oft, auf die weitere ausführliche Diagnostik zu verzichten.

Installation, Organisation, Akzeptanz und Wirtschaftlichkeit einer geriatrischen Schlaganfallereinheit: die Mainzer Erfahrungen

*Hardt, Roland; Schmidt, Erich

Katholisches Klinikum Mainz, Akutgeriatrie u. Schlaganfallereinheit, Mainz

Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (MASGFF) hat im Jahre 1998 eine interdisziplinäre Kommission eingesetzt, die Vorschläge zu einer Verbesserung der Akutversorgung von Schlaganfallpatienten im Bundesland Rheinland-Pfalz erarbeiten sollte.

Das von dieser Kommission erarbeitete Konzept sah die Bildung zentraler und regionaler Stroke-Units unter neurologischer und internistischer Leitung vor, die eine flächendeckende Versorgung aller Schlaganfallpatienten in hierfür spezialisierten Behandlungseinheiten sicherstellen sollte. Die geriatrische Schlaganfallereinheit am Katholischen Klinikum Mainz wurde, korrespondierend zur neurologischen Stroke-Unit der Universitätsmedizin Mainz (zentrale Schlaganfallereinheit), als Modellprojekt konzipiert und ist seit 2005 in die Schlaganfallversorgung in Mainz und Rheinhessen integriert.

Die Zuweisung von Patienten, entweder in die neurologische Stroke-Unit der Universitätsmedizin oder die geriatrische Schlaganfallereinheit am Katholischen Klinikum Mainz folgt gemeinsam erarbeiteten medizinischen Kriterien, nach denen die Behandlung hochaltriger, multimorbider, teilweise vorgeschädigter Patienten der geriatrischen Schlaganfallereinheit am Katholischen Klinikum Mainz obliegt. Die Behandlung erfolgt nach allgemein akzeptierten Kriterien für die Akuttherapie des Schlaganfalles. Für alle in die Schlaganfallbehandlung eingebundenen Kliniken in Rheinland-Pfalz verpflichtend ist die Teilnahme an einem landesweiten Qualitätssicherungsprogramm. Seit 2011 werden alle ICD-Verschlüsselungen eines Schlaganfallgeschehens im Klinikinformationssystem automatisch an die Qualitätssichernde Stelle gemeldet.

- **Strukturqualität:** Die geriatrische Schlaganfallereinheit verfügt über derzeit 10 Behandlungsplätze auf dem medizinischen Niveau einer Intensivbehandlungsstation bzw. Intensivüberwachungsstation. Alle notwendige Diagnostik (vor allem CT, Ultraschall und Duplexsonographie) wird 24 h/die vorgehalten. Die Behandlung durch das therapeutische Team ist täglich sichergestellt.
- **Prozessqualität:** In allen definierten Qualitätsmerkmalen, vor allem frühzeitige Diagnostik, Einleitung adäquater Sekundärprävention, zeitnaher Beginn der funktionellen Therapie und ätiologischer Zuordnung befinden sich die Qualitätsdaten der geriatrischen Schlaganfallereinheit auf dem Niveau der zentralen Stroke Units in Rheinland-Pfalz.
- **Ergebnisqualität:** Die geriatrische Schlaganfallereinheit zeichnet sich trotz äußerst eingeschränktem funktionellen Initialstatus der Patienten durch eine überdurchschnittliche funktionelle Verbesserung aus. In der Sekundärprophylaxe wird eine überdurchschnittliche Rate an indikationsgerechter Antikoagulation erzielt. Dies hat zu einer hohen Akzeptanz unter den Zuweisern, Angehörigen und

Patienten und stetig steigenden Behandlungszahlen geführt. Für das laufende Jahr werden über 300 Behandlungsfälle erwartet.

Wirtschaftlichkeit. Die Akuttherapie auf der geriatrischen Schlaganfall-einheit ist angesichts des hohen medizinischen und personellen Aufwandes nach dem aktuellen DRG-Grupper für sich alleine genommen unwirtschaftlich. Ein ausgeglichenes Betriebsergebnis für die Schlaganfallbehandlung kann nur durch eine hohe Rate von geriatrischen Komplexbehandlungen erzielt werden. Das Katholische Klinikum Mainz hat als Kalkulationshaus daher mit Unterstützung der DGG bei DIMDI und INEK den Antrag gestellt, die Behandlung auf der geriatrischen Schlaganfall-einheit mit der Akuttherapie des Schlaganfalls auf der neurologischen Stroke-Unit DRG-technisch gleichzusetzen. Über den Fortgang des Verfahrens wird berichtet.

Analyse der Indikationen und Komplikationen der Kyphoplastie

*Hartwig, Erich; Riem, S.

Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe, Zentrum für Alterstraumatologie, Karlsruhe

Einleitung. Die Kyphoplastie als minimal-invasive Methode hat sich in der Behandlung von osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen etabliert. Die Wirksamkeit der Zementaugmentation wurde durch die Arbeit von Kallmes [N Engl J Med 361 (6): 569–79, 2009] in Frage gestellt. Dies führte dazu, dass in den DVO-Leitlinien 2009 eine konservative Vorbehandlung von 3 Monaten gefordert wurde. Ziel der Arbeit ist es Indikationen anhand des eigenen Krankenguts aufzuzeigen und auf dem Boden der Literatur zu diskutieren.

Patienten und Methodik. An der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie mit angeschlossenen Zentrum für Alterstraumatologie wurden von 2004 bis 2010 insgesamt 296 Patienten mit osteoporotischen Wirbelfrakturen durch Zementaugmentation behandelt, in der Regel durch Anwendung einer Kyphoplastie. Der operativen Therapie wurde ein konservativer Behandlungsversuch über 3 bis 5 Tage vorangestellt. Bei fehlender Mobilisationsfähigkeit unter Analgesie wurde die Indikation zur Operation gestellt.

Ergebnisse. Hauptkomplikation der Zementaugmentation sind Zementfehlagen, die in unserem Krankengut jedoch nicht zu neurologischen Komplikationen führten. In einem Fall kam es zu einer kreislaufwirksamen zementbedingten Lungenembolie. Mechanisch bedingte Komplikationen reichen von Nachbarfrakturen bis hin zu Osteonekrosen der kyphoplastierten Wirbel. In 6 Fällen traten Spondylodiszitiden in behandelten Bewegungssegmenten auf.

Fazit. Die Gesamtkomplikationsrate der Zementaugmentierungen ist unter Berücksichtigung der Literatur mit 2–10% anzunehmen. Unter Berücksichtigung der Morbidität durch die fehlende Mobilisierbarkeit der Patienten unter konservativer Therapie und des Auftretens von Korrekturverlusten der Wirbelsäule handelt es sich bei den Zementaugmentierungen der Wirbelfrakturen um ein effizientes Verfahren für osteoporotische Wirbelfrakturen.

Carotis-TEA und -EEA bei Patienten einer akutergeriatrischen Klinik mit geriatrischer Schlaganfall-einheit

Hardt, Roland; Schmidt, Erich; Stofft, Christian; *Hattemer, Gabriele
Katholisches Klinikum Mainz, Akutgeriatrie u. Schlaganfall-einheit, Mainz

Hintergrund. In altersabhängigen rund 1–10% der Fälle ist eine höhergradige Stenose im Bereich der Carotiden vermutlich Ursache neurologischer Defizite und apoplektischer Insulte. Die Sanierung der Carotisstenose hat sich in zahlreichen Studien als prognostisch wichtige Intervention gezeigt, wobei nach wie vor die Carotis-TEA oder -EEA als Goldstandard angesehen werden. Die meisten der vorliegenden Studien haben alte und hochaltrige Patienten von der Studienpopulation ausgenommen. Hinweise, die dazu berechtigen, die positiven Ergebnisse auch auf alte und hochaltrige Patienten zu übertragen, haben uns

ermutigt, allen konsekutiven Patienten unserer Schlaganfall-einheit mit entsprechender Indikation diese Therapieform anzubieten.

Methodik. Wir berichten über die laufende retrospektive Auswertung unserer Carotis-TEA und -EEA Patienten der Jahre 2007 bis 2009, die uns mit neurologischen Defiziten auf die geriatrische Schlaganfall-einheit zugewiesen wurden. Mit Hilfe eines strukturierten Erhebungsbogens werden die präklinischen und klinischen Parameter erfasst, das operative Prozedere dokumentiert und der Entlassungsstatus erhoben. Alle Patienten, im Versterbensfall die Angehörigen, werden nun erneut kontaktiert. Transportfähige Patienten werden duplexsonographisch nachuntersucht; alle Patienten werden mit einem Nacherhebungsbogen inklusive geriatrischen Assessment-Modulen interviewt. Nach Fertigstellung der Arbeit werden wir eine Übersicht über ca. 85 geriatrische Patienten nach Carotisoperation geben können.

Ziel. Wir möchten durch den Vergleich unseres Patientenkollektivs mit den Ergebnissen der bekannten großen randomisierten TEA-Studien herausfinden, ob unser sehr spezielles Klientel in ähnlicher Weise vom Carotiseingriff profitiert. Weiter möchten wir u. a. nach Kriterien suchen, die mit einem guten oder schlechten Outcome korrelieren. Am Ende soll eine fundierte kritische Einschätzung des von uns gewählten Vorgehens stehen, mit dem Ziel unsere Strategie zu verbessern. Einige Trends unserer laufenden Studie stellen wir hier vor.

Aktuelle geriatrische Projekte der KVen und der großen Krankenkassen im ambulanten Bereich

Hermens, Thomas

Gemeinschaftspraxis, Wesel

Trotz des Bestrebens von Seiten der Politik, der kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen, die wohnortnahe Versorgung der alten und älteren Menschen zu verbessern, liegen doch Anspruch und Wirklichkeit in Deutschland weit auseinander. So führt schon seit vielen Jahren die Geriatrie im ambulanten Sektor in Deutschland ein Schattendasein. Im Weißbuch Geriatrie ist zwar der stat. Sektor in allen Bundesländern beschrieben, die ambulante Versorgung findet darin aber überhaupt nicht statt.

Daher skizziert der vorliegende Beitrag die aktuellen geriatrischen Angebote der angeschriebenen Kassenärztlichen Vereinigungen sowie einiger großer Krankenkassen in Deutschland.

Insgesamt stellt die ambulante Geriatrie in Deutschland einen Flickenteppich dar. Außer ein paar Leuchtturmprojekten mit denen sich die Krankenkassen schmücken, werden die KVen und die Krankenkassen ihrem Anspruch, einer verbesserten wohnortnahen geriatrischen Versorgung nicht gerecht. Der Ist-Zustand sieht für die ambulante Geriatrie weiterhin unbefriedigend aus. Hier ist die Politik gefragt, auch das Thema medizinische Versorgung der Alten anzufassen.

Demenzdiagnostik in der Hausarztpraxis

*Heusinger von Waldegg, Gernot; Papert, Stephanie; Lichte, Thomas
Institut für Allgemeinmedizin OvGU Magdeburg, Klinikum in den Pfeifferschen Stiftungen, Magdeburg

Für die demenziellen Erkrankungen werden in den nächsten Jahren steigende Prävalenzen erwartet. Die meisten Demenzpatienten werden primär in der Hausarztpraxis diagnostiziert und betreut. Von Interesse ist dabei welche diagnostische Instrumente eingesetzt werden und inwieweit die geriatrischen Screeninginstrumente in der Hausarztpraxis praktikabel sind und eingesetzt werden. Eine qualitative Studie mit Fokusgruppen wurde durchgeführt. Es zeigte sich, dass in der Hausarztpraxis ein großer Bedarf an auf die hausärztliche Realität angepassten Instrumenten besteht, die anderen Anforderungen der Hausarztpraxis gerecht werden.

Priorisierung von Arzneimitteln in der hausärztlichen Versorgung von Patienten über 60 Jahre mit Multimorbidität im Übergang von stationärer zu ambulanter Versorgung

*Heusinger von Waldegg, Gernot; Kip, Miriam; Hermann, Markus
Institut für Allgemeinmedizin OvGU Magdeburg, Klinikum in den Pfeifferschen Stiftungen, Magdeburg

Die Polypharmazie gehört zu den großen Problemen in der Geriatrie. Bei Übergang von stationärer zu ambulanter Versorgung muss sich der Hausarzt mit der Medikation des multimorbiden Patienten auseinandersetzen. In der vorliegenden Studie werden folgende Fragen betrachtet:

- Wie hoch ist die Prävalenz der Polypharmazie unter AOK-Versicherten über 60 Jahre in Sachsen-Anhalt?
- Welche Substanzgruppen werden besonders häufig verordnet?
- Welche Problemfelder existieren aus Sicht der Hausärzte für die Arzneimitteltherapie des älteren, multimorbiden Patienten an der Schnittstelle stationäre/ambulante Versorgung?
- Welche Merkmale und Inhalte sind für eine praxisnahe, versorgungsrelevante Vignette für die Fortbildung wichtig?

In einer mit einem iterativen gemischten Studiendesign durchgeführten Studie wurden die Sekundärdaten der AOK Sachsen Anhalt ausgewertet und im qualitativen Teil 44 Hausärzte in Fokusgruppen interviewt. Dabei zeigte sich, dass Fallvignetten ein geeignetes Instrument sind die Fortbildung zum Thema Polypharmazie durchzuführen.

Beleuchtung als Medium für Erinnerungsmeldungen im Haushalt

*Heuten, Wilko¹; Meis, M.²; Boll, S.³

¹OFFIS – Institut für Informatik, Gesundheit, Oldenburg, ²Hörzentrum Oldenburg GmbH, Oldenburg, ³Universität, Medieninformatik und Multimedia-Systeme, Oldenburg

Geeignete Assistenzsysteme ermöglichen es älteren Menschen länger selbstbestimmt in ihrer gewohnten Umgebung zu verweilen und das Wohlbefinden zu steigern. Allerdings erschweren häufig zunehmende sensorische, motorische und kognitive Einschränkungen die Durchführung alltäglicher Aktivitäten. Beispielsweise werden Aufgaben und Verabredungen vergessen und können damit zu einer verringerten sozialen Interaktion führen. In dem niedersächsischen Forschungsverbund "Gestaltung altersgerechter Lebenswelten" (GAL) wurde ein persönliches Assistenzsystem für ältere Menschen entwickelt, das im Haushalt an Aktivitäten und anstehende Ereignisse erinnert. Untersucht wurden vor allem neue Interaktions- und Präsentationsformen, die unaufdringlich in den Haushalt integriert werden können, nicht stigmatisierend wirken, ein kontinuierliches Gefühl der Sicherheit geben und dauerhaft akzeptiert werden. Frühe Studien mit Endnutzern zeigten, dass ein zweistufiges Verfahren für die Ausgabe von Erinnerungen sinnvoll ist. In der ersten Stufe sollte dabei ein erster Anreiz geschaffen werden, um den Bewohner auf ein anstehendes Ereignis aufmerksam zu machen, aber nicht aufdringlich von der aktuellen Tätigkeit ablenken, sondern vielmehr das Bewusstsein für eine baldige Aktivität zu vermitteln. Erst in der zweiten Stufe und auch nur auf Anfrage werden Detailinformationen dargestellt. Für die jeweiligen Darstellungen wurden akustische, taktile, klassische monitorbasierte und auf Beleuchtung basierende Methoden entworfen und mit Endnutzern in verschiedenen Phasen einzeln und in Kombination sowohl im Labor als auch unter realistischeren Bedingungen getestet. Es zeigte sich, dass Beleuchtung als Medium für Erinnerungsmeldungen im Haushalt gerade für die erste Phase geeignet ist. Dabei können verschiedene Beleuchtungsparameter wie Helligkeit, Farbe und Rhythmus genutzt werden, um sowohl zeitliche Aspekte (Dauer bis zum Eintreffen des Ereignisses), Terminkategorien, als auch Aufmerksamkeitsstufe zu kodieren.

Gerontopsychiatrisch-geriatrische Versorgung in einem regionalen Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie – Möglichkeiten und Grenzen

Hewer, Walter

Vinzenz von Paul Hospital, Gerontopsychiatrie, Rottweil, Deutschland

Gerontopsychiatrische Patienten sind, wie zahlreiche Studien gezeigt haben und wie die tägliche Erfahrung lehrt, neben ihrer psychischen Störung in der Regel auch von multiplen körperlichen Erkrankungen betroffen. Nicht selten befinden sich die betroffenen Patienten anhaltend in einem labilen und komplikationsträchtigen körperlichen Zustand. Dabei sind vielfältige und komplexe Interaktionen zwischen somatischen und psychischen Prozessen zu beachten, die nicht selten mit einer wechselseitigen Behandlungsergebnis einhergehen. Besondere Aufmerksamkeit verdienen in diesem Kontext Patienten mit ausgeprägter somatischer und psychiatrischer Morbidität. Diese können in einem gerontopsychiatrischen Setting üblichen Zuschnitts häufig nicht adäquat behandelt werden, ebenso sind der Versorgung in einer somatischen Abteilung aufgrund der Schwere der psychiatrischen Auffälligkeiten Grenzen gesetzt. Den Herausforderungen, die sich aus einer wachsenden Anzahl solcher Patienten ergeben, kann durch eine problemorientierte interdisziplinäre altersmedizinische Kooperation begegnet werden. Über diese Thematik wird in dem Beitrag referiert unter Bezugnahme auf eigene Daten aus einer Abteilung mit regionalem Versorgungsauftrag, in der über 1000 Patienten/Jahr stationär behandelt werden. Insbesondere wird auf die Ergebnisse einer eigenen Untersuchung zu Schnittstellenproblemen zwischen Allgemeinkrankenhaus einerseits und Gerontopsychiatrie andererseits eingegangen.

Delir im Alter

Hewer, Walter

Vinzenz von Paul Hospital, Gerontopsychiatrie, Rottweil

Das Delir gehört zu den wichtigsten Syndromen in der Altersmedizin. Es wird besonders häufig in stationären Einrichtungen beobachtet (Allgemeinkrankenhäuser, geriatrische/gerontopsychiatrische Abteilungen, Pflegeheime). Nach aktuellen Schätzungen sind mindestens 10–20% der alten Menschen, die in Allgemeinkrankenhäusern aufgenommen werden, bei Aufnahme von einem Delir betroffen oder entwickeln ein solches im stationären Verlauf. Die Manifestation eines Delirs bei einem alten Menschen ist mit einer ungünstigen Prognose assoziiert, die sich z. B. in einer Verkürzung der Überlebensdauer, einer erhöhten Wahrscheinlichkeit dauerhafter Pflegebedürftigkeit und mutmaßlich auch einem erhöhten Demenzrisiko niederschlägt. Dies ist einer der Gründe, warum der Verhütung deliranter Syndrome eine hohe Priorität in der Altersmedizin zukommt. Bei einem breiten Spektrum prädisponierender bzw. auslösender somatischer Erkrankungen erfordert die Behandlung deliranter alter Menschen einen interdisziplinären Ansatz. Bei steigendem Altersdurchschnitt der Bevölkerung nimmt der Anteil deliranter Patienten mit vorbestehender Demenz zu. Aufgrund ihrer hohen körperlichen und psychischen Vulnerabilität müssen bei diesen Patienten die Prinzipien einer guten geriatrischen Versorgung in besonderem Maße beachtet werden. In dem Übersichtsreferat wird in komprimierter Form der aktuelle Erkenntnisstand bezüglich folgender Aspekte zusammengefasst: Symptomenspektrum, Diagnosekriterien, Ätiologie und Pathogenese, Risikofaktoren, Diagnostik, Therapie und Prävention.

Delegation im geriatrischen Team

Hofmann, Werner¹

Friedrich-Ebert-Krankenhaus, Geriatrie, Neumünster/Bad Bramstedt

Seit den 1980er Jahren umfasst die Charakterisierung des geriatrischen Teamgedankens auch den Sachverhalt, dass definierte Rollen und Funktionen aus anderen Berufsgruppen übernommen werden.

Dies wird berufsgruppenübergreifende Co-Therapie genannt. Team-sitzungen, Fallkonferenzen und Patientenvisiten sind der Kulminationspunkt, von dem ausgehend die Einsatzplanung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen erfolgt.

Das FEK Neumünster treibt auf Grund der Jahre langen Erfahrungen im Gebiet der Geriatrie dieses Konzept voran. Alle Berufsgruppen sollen in ihrer Kompetenz, Wertschätzung, Anerkennung und Übernahme von Verantwortung gestärkt werden.

Amiodaron – Lungenprobleme und systemische Risiken im Alter

Höltmann, Bernhard

Kreis Krankenhaus Grevenbroich, Klinik für Geriatrie, Grevenbroich

Amiodaron ist eines der wenigen Antiarrhythmika, für das lebensverlängernde Wirkungen nachgewiesen sind. Sein Einsatz bei älteren Patienten rechtfertigt sich durch die überragende antiarrhythmische Wirkung mit stabilisierender Wirkung auf das intermittierende Vorhofflimmern, das oft zu hämodynamischer Destabilisierung älterer Patienten mit nicht operablen Aorten- und Mitral-Vitien und einer Reihe von Myokarderkrankungen führen kann. Leider ist sein Einsatz durch zahlreiche systemische Nebenwirkungen limitiert.

Neben den bekannten extrakardialen Wirkungen auf Schilddrüse und Lunge finden sich in hohem Lebensalter vor allem zahlreiche Nebenwirkungen im Bereich des ZNS, die oft nicht erkannt werden. Darüber hinaus zeigt Amiodaron ein extrem hohes Interaktionspotenzial, das im Rahmen der geriatrischen Polypharmakotherapie zu gefährlichen Intoxikationen führen kann.

Anhand zahlreicher konkreter Fallbeispiele werden die Besonderheiten Amiodarontherapie im höheren Lebensalter dargestellt. Vorge-stellt werden typische Komplikationen und Therapiemöglichkeiten bei interstitieller Pneumonie, ZNS Problemen und typische Interaktionsmuster bei Patienten im höheren Lebensalter.

Technikgestützte Erhebung von Bewegungsabläufen bei älteren Menschen in der häuslichen Umgebung: Relevanz für die professionelle Pflege

*Hülsken-Giesler, Manfred; Remmers, Hartmut

Universität Osnabrück, FG Pflegewissenschaft, Osnabrück

Fragestellung. Bewegungsabläufe und Bewegungseinschränkungen bei älteren Menschen sind auch aus pflegewissenschaftlicher Sicht von besonderer Bedeutung, wenn es um die Unterstützung eines selbstbestimmten Alterungsprozesses durch professionelle Akteure geht. Neben der mittlerweile viel beachteten Problematik um eine verbesserte Sturzerkennung und -prädi-ktion spielen gelungene Bewegungsabläufe eine gewichtige Rolle bei der Bewältigung selbstpflegerischer Maßnahmen in der alltäglichen Lebenspraxis. In diesem Zusammenhang ist die Relevanz technologischer Innovationen zur technikge-stützten Erhebung von Bewegungsabläufen bei älteren Menschen für die professionelle Pflege zu diskutieren. Es gilt zu klären, in wie weit entsprechende Technologien das pflegerische Handeln in der häuslichen Umgebung unterstützen können.

Methode. Leitfadengestützte Experteninterviews im Bereich der ambulanten Pflege; inhaltsanalytische Auswertung.

Ergebnisse. Die Ergebnisse geben Auskunft darüber, welche Bedeutung professionell Pflegende technologischen Innovationen zur Unterstützung der ambulanten Versorgung in der häuslichen Umgebung älterer Menschen beimesen, welche Risiken und Probleme gesehen werden und welcher Gewinn in Bezug auf Fragen der Unterstützung von gelungenen Bewegungsabläufen vermutet wird.

Vorstellung der Aktivitäten der AG Dysphagie, Stand 2011

Jäger, Martin

St. Vinzenz Hospital, Geriatrie, Dinslaken

Geriatrische Patienten weisen eine hohe Variationsbreite und Komplexität an Erkrankungen und Symptomen auf, so dass eine präzise, sichere, praktikable Diagnostik mit Screening und Assessment als Basis gezielter und individualisierter Therapie von Schluckstörungen in der Geriatrie unter Berücksichtigung dieser Komplexität ein äußerst wichtiges Themengebiet darstellt.

Ziele der Aktivitäten der AG Dysphagie sollen neben Erfahrungsaustausch hinsichtlich klinischer und apparativer Diagnostik u. a. auch Planung und Durchführung von Projekten wie Validierung von Screeningmethoden auf Dysphagie in der Geriatrie, Erhebung geriatrispezifischer Normwerte, Entwicklung von Behandlungspfaden in mehreren Teilgebieten der geriatrischen Dysphagiologie sein. Die Bereiche Dysphagiemanagement, Ablaufsteuerung, Schnittstellenprobleme stellen weitere Ziele dar.

Zusammenhänge von Dysphagie und Ernährung, Malnutrition, ernährungsmedizinischen Maßnahmen bei Dysphagie einschließlich des Themas "Ernährungsteam" sollen fundiert erarbeitet werden. Aktuelle und relevante Literatur zum Thema soll gesichtet und zusammengetragen werden, um die dysphagiologischen Maßnahmen in der Geriatrie durch zunehmende Evidenz abzusichern.

Stellenwert klinischer Screeningmethoden im Dysphagiemanagement

Jäger, Martin

St. Vinzenz Hospital, Geriatrie, Dinslaken

Aufgrund der hohen Prävalenz und der komplexen Komplikationsmöglichkeiten kommt der frühzeitigen Identifikation der Dysphagie in der Geriatrie erhebliche klinische Bedeutung zu. Altersangepasste und standardisierte Screeninguntersuchungen auf Dysphagie sind zur ersten Risikostratifizierung unerlässlich und stellen die Basis für weitere Entscheidungen hinsichtlich Schluckassessment, apparativer Diagnostik sowie therapeutischer Konsequenzen dar. Auch der Beurteilung der Entwicklung einer Dysphagie im Verlauf kommt ein großer Stellenwert zu.

Verschiedene Formen von Wasserschlucktests sowie weiterer Screeningmethoden werden unter Berücksichtigung von Praktikabilität bei geriatrischen Patienten, von Patientensicherheit, Sensitivität und Spezifität hinsichtlich der Aspirationsgefahr erläutert. Aktuelle nationale und internationale Leitlinien werden berücksichtigt. Grenzen der Aussagekraft der jeweiligen Methode und Konsequenzen aus erhobenen Befunden werden dargestellt. Dabei kommt der Einbettung der Ergebnisse einerseits in das individuelle Gesamtbild des Patienten andererseits in das Dysphagiemanagement besondere Bedeutung zu.

Empfehlungen für die Durchführung des motorischen Assessments der unteren Extremität zur Funktions- und Verlaufsbeurteilung der Mobilität in der stationären geriatrischen Rehabilitation – Bericht einer interdisziplinären Konsensuskonferenz

*Jamour, Michael^{1,2}; Becker, Clemens²; Lindemann, Ulrich²

¹Krankenhaus GmbH, Geriatrische Rehabilitationsklinik, Ehingen,

²Robert-Bosch-Krankenhaus, Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Stuttgart

Obwohl die Nachfrage nach ambulanten und stationären Rehabilitationsleistungen für ältere Menschen in der kommenden Dekade auf Grund des demographischen Wandels ansteigen wird, zwingen begrenzte Ressourcen zu Allokationsentscheidungen, die mehr denn je objektiv und transparent gestaltet werden müssen. Die Wiedererlangung der Mobilität als wesentlicher Teilhabeaspekt nimmt in diesem

Kontext eine wichtige Rolle ein. Sie bestimmt oft maßgeblich die persönliche Zielsetzung des geriatrischen Rehabilitanden während einer stationären Rehabilitation. Ziel der interdisziplinären Konsensuskonferenz mit Experten aus den Bereichen Geriatrie, Rehabilitationsmedizin, Physiotherapie, Bewegungswissenschaft und Sportwissenschaft war die kritische Evaluierung der im deutschsprachigen Raum gängigen motorischen Assessmentverfahren der unteren Extremität und die Empfehlung geeigneter motorischer Tests zur Verlaufsbeurteilung der Mobilität in der stationären geriatrischen Rehabilitation. Dabei wurden von der Konsensusgruppe sechs motorische Aktivitätsdomänen identifiziert, die zur Beurteilung der motorischen Leistungsfähigkeit der unteren Extremität und zur Formulierung von Zielen in einem motorischen Assessment erfasst werden sollten: Liegen-Sitz-Stand-Transfer vom Bett, Sitz-Stand-Transfer, Stehen, Gehen, Gehen mit Zusatzaufgabe und Treppensteigen. Es wurde festgehalten, dass bislang nicht für alle Domänen spezifische und ausreichend validierte Testverfahren vorliegen. Der künftige Handlungsbedarf wird aufgezeigt. Neben einer standardisierten Erfassung der körperlichen Leistungsfähigkeit (Kapazität) ist die mobilitätsbezogene Aktivität und Teilhabe im Sinne der ICF durch geeignete Messverfahren in Zukunft verstärkt abzubilden. Am Körper getragene Sensoren stellen hierbei eine vielversprechende und in absehbarer Zeit auch kostengünstige Option dar, um den Verlauf einer Rehabilitation zu objektivieren.

Die geriatrische Versorgung in Sachsen-Anhalt

John, Burkhard

AGR Schönebeck, Schönebeck

Um eine wohnortnahe, qualitativ hochwertige geriatrische Versorgung zu gewährleisten, wird derzeit in Sachsen-Anhalt entsprechend dem Geriatriekonzept des Landes der Aufbau eines Netzwerkes angestrebt. Das Netzwerk bestehend aus stationären geriatrischen Zentren, ambulanten Schwerpunktpraxen für geriatrische Komplexbehandlung, Krankenhäusern ohne geriatrisches Zentrum, Hausärzten und Fachärzten, ambulanten Diensten, Pflegeheimen und Selbsthilfegruppen soll allen geriatrischen Patienten wohnortnah einen Zugang zu einer hochwertigen und sachgerechten Diagnostik und Therapie inklusive rehabilitativer Angebote gewährleisten.

Dem Hausarzt kommt in diesem Netzwerk eine zentrale Schlüsselposition zu. Er identifiziert mit Hilfe des geriatrischen Basis-Assessments den Patienten mit verminderter Alltagskompetenz und leitet ihn, wenn erforderlich zur weiteren Diagnostik und Therapie in eine geriatrische Schwerpunktpraxis oder in ein stationäres geriatrisches Zentrum weiter. Die geriatrische Schwerpunktpraxis kooperiert eng mit dem geriatrischen Zentrum und kann Aufgaben des Zentrums in Form der multiprofessionellen Weiterbehandlung übernehmen. Ziel ist es ein Versorgungsnetzwerk aufzubauen, was für die Bewältigung der Probleme der alternden Gesellschaft unabdingbar sein wird.

Beispiel für eine solche Schwerpunktpraxis ist die Ambulanten Geriatrischen Rehakomplex in Schönebeck (AGR). Die Idee des AGR liegt in der Möglichkeit, eine komplexe und intensiviertere geriatrische Versorgung wohnortnah durchzuführen. Das bedeutet: vor Ort ansässige, geriatrisch geschulte niedergelassene Hausärzte koordinieren das therapeutische Handeln eines interdisziplinären Teams. Hierbei werden bereits vorhandene ambulante Strukturen im Bereich der Physio- und Ergotherapie, Logopädie, der Pflege, sozialpädagogischer Angebote und der Wohnraumanpassung gezielt vernetzt. Patienten können so zeitlich befristet intensiv und komplex versorgt werden.

Die Prinzipien "Rehabilitation vor Pflege" und "ambulant vor stationär" werden dabei umgesetzt. Gerade in der Geriatrie kommt es aufgrund des begrenzten Aktionsfeldes der älteren und oft multimorbiden Menschen auf flächendeckende und wohnortnahe Möglichkeiten der geriatrischen Komplexbehandlung an. Der Verbleib in der eigenen Wohnung und der weiterbestehende Kontakt zu den Angehörigen und Freunden spielt bei diesen Patienten eine besondere Rolle. Auf Grund der begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen sind niederschwel-

lige ambulante Angebote nötig, die kostengünstig in ausreichender Qualität eine wohnortnahe Versorgung garantieren.

Ergotherapie und motorische Aktivierung bei Demenz

*Jurjanz, Luisa¹; Meyer, Shirin¹; Marschner, Kira^{1,2}; Gerner, Antje¹; Reuster, Thomas³; Kallert, Thomas⁴; Becker, Thomas^{3,5}; Schützwohl, Matthias¹; Holthoff, Vjera¹

¹Universitätsklinikum C.G.Carus Dresden, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Dresden, ²Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Standort Dresden, ³Städtisches Klinikum Görlitz gGmbH, Görlitz, ⁴Parkrankenhaus Leipzig-Südost, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Leipzig, ⁵BKH Günzburg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, Günzburg

Hintergrund. Demenzerkrankungen führen neben kognitiven Einbußen zu einem fortschreitenden Verlust der Selbstständigkeit im Alltag. Zusätzlich zu der als Behandlungsstandard geltenden Pharmakotherapie mit Antidementiva gewinnen nicht-pharmakologische Behandlungsmaßnahmen zunehmend an Bedeutung. Insbesondere Ergotherapie und motorische Aktivierung lassen in frühen und mittleren Krankheitsstadien positive Effekte hinsichtlich der Stabilität von Alltagskompetenzen sowie positive Effekte auf die Kognition erkennen.

Ziel und Methodik. Im Rahmen des Vortrages werden die Inhalte einer klientenzentrierten häuslichen Ergotherapie bei Demenzerkrankten sowie Erkenntnisse zu motorischen Aktivierungsprogrammen eingehender vorgestellt. Hinsichtlich der ergotherapeutischen Intervention konnte in einer kürzlich abgeschlossenen multizentrischen, randomisierten und kontrollierten (ERGODEM) ein positiver Effekt auf den Erkrankungsverlauf nunmehr auch im deutschen Sprachraum an einer Stichprobe von n=160 Patienten nachgewiesen werden.

Ergebnisse. Für die in ERGODEM als primäre Zielgröße definierten „Alltagsaktivitäten“ ergab sich ein signifikanter Behandlungseffekt zugunsten der zusätzlich zur Pharmakotherapie durchgeführten ergotherapeutischen Behandlung. Während sich die Leistungen in der Kontrollgruppe im Studienverlauf kontinuierlich verschlechterten, konnten umgekehrt die Alltagsfertigkeiten der ergotherapeutisch behandelten Patienten bis zu drei Monate nach Ablauf der Ergotherapie stabil gehalten werden und zeigten auch nach 6 Monaten noch signifikant besser erhalten als in der Kontrollgruppe. Aktuelle Ergebnisse motorischer Aktivierung bei präklinischen Stadien der Demenz und kognitiven Störungen werden diskutiert.

Der geriatrische Schlaganfallpatient: Epidemiologie und Prävalenz alter und hochaltriger Patienten einer geriatrischen Schlaganfallereinheit der Jahre 2007 bis 2009

Hardt, Roland; Schmidt, Erich; *KimHyun-Ju

Katholisches Klinikum Mainz, Akutgeriatrie u. Schlaganfallereinheit, Mainz

Hintergrund. Mit dem altersbezogenen demographischen Wandel konnte in mehreren internationalen Erhebungen, einschließlich in Deutschland, eine kontinuierlich steigende Inzidenz von Schlaganfallpatienten festgestellt werden. Bereits jetzt gilt der Schlaganfall als eine der häufigsten Erkrankungen und dritthäufigste Todesursache in Deutschland. Parallel steigt die Zahl der alten bzw. hochaltrigen Patienten, die am Schlaganfall erkranken und den Insult mit bleibenden Schäden überleben.

Das schlechtere Outcome geriatrischer Patienten wurde in mehreren Studien nachgewiesen. Gründe erscheinen offensichtlich: z. B. Multimorbidität und häufigeres Auftreten kardiovaskulärer Erkrankungen. Studien bezüglich Risikofaktoren und Outcome bei speziell geriatrischen Schlaganfallpatienten sind nicht häufig. Dass eine rasche Behandlung in einer speziell für Schlaganfälle ausgerichteten Stroke-Unit zu einem besseren Outcome führt, wurde in mehreren Untersuchungen für ein allgemeines Krankengut belegt. Allerdings wurde der typisch geriatrische Patient in diesen Studien überwiegend ausge-

schlossen. Unter der Vorstellung, dass ein akutergeriatrisches Zentrum den Bedürfnissen eines alten bzw. hochaltrigen Patienten eher gerecht wird, wurden in den letzten Jahren vermehrt sog. geriatrische Schlaganfallereinheiten eingerichtet. Die Datenlage zur Bestätigung dieser These ist bislang unzureichend.

Methode. Ende 2005 wurde im Katholischen Klinikum Mainz (KKM) eine geriatrische Schlaganfallereinheit eingerichtet, die in Kooperation mit der Stroke-Unit der Universitätsmedizin Mainz folgende Patienten aufnehmen sollte: Patienten mit apoplektischem Insult und vorbestehender Pflegebedürftigkeit unterschiedlicher Schweregrade sowie solche, die sich im fortgeschrittenen Alter befinden und eine Multimorbidität aufweisen. Für die hier dargestellte Studie werden ca. 850 Patienten der geriatrischen Schlaganfallereinheit der Jahre 2007 bis 2009 bezüglich ihrer Daten zu Epidemiologie und Prämorbidität mittels strukturiertem Erhebungsbogen erfasst. Zwischenergebnisse der Datenerhebung sollen hier vorgestellt werden.

Ziel. Ziel dieser retrospektiven Studie ist nicht nur die Evaluation der bisherigen Arbeit der geriatrischen Schlaganfallereinheit des KKM. Die Erfassung klinischer Besonderheiten von geriatrischen Schlaganfallpatienten hilft möglicherweise bei der Identifizierung weiterer Indikatoren für den Schlaganfall, um daraufhin verbesserte Prozesse im Klinikablauf und ggf. schon im Vorfeld des stationären Bereichs entwickeln zu können.

Ein interaktives Trainingssystem zur Sturzprävention und Schlaganfallrehabilitation

*Kiselev, Jörn¹; Gövercin, Mehmet¹; Hennig, Ben²; Klose, Stefan³; Feichtinger, Richard⁴; John, Michael³

¹Charité Berlin, Forschungsgruppe Geriatrie, Berlin, ²Deutsches Forschungszentrum für künstliche Intelligenz, Berlin, ³Fraunhofer FIRST, Berlin, ⁴Humotion GmbH, Münster

Körperliche Aktivität von älteren Menschen hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab, darunter die eigene Selbstwirksamkeitserwartung, der erwartete Nutzen der Aktivität sowie die soziale Unterstützung. Umgekehrt gehen negative Erwartungen und Eigenwahrnehmungen, Angst vor negativen Erfahrungen sowie fehlendes Wissen um die positive Wirkung physischer Aktivität mit einem schlechten körperlichen Zustand und einem hohen Risiko der körperlichen Inaktivität einher. Entsprechend wird ein systematisches und supervisiertes Training für ältere Menschen zum Erhalt der funktionellen Kapazität empfohlen.

Die Aufnahme von Training geht jedoch vor allem bei älteren Menschen nicht automatisch mit einer vermehrten körperlichen Aktivität einher. Stattdessen wird häufig die körperliche Aktivität außerhalb des Trainings reduziert, so dass die Gesamtaktivität konstant bleibt. Ein Programm zur Verbesserung der körperlichen Aktivität sollte entsprechend nicht nur aus einer Trainingskomponente bestehen, sondern auch Maßnahmen zur nachhaltigen Verhaltensänderung sowie Beratungen zur Beseitigung von Barrieren beinhalten.

Im Projekt "SmartSenior" wird aktuell ein sensorbasiertes Trainingssystem unter Berücksichtigung der dargestellten Probleme entwickelt. Dieses besteht aus einer körpernahen Sensorik, einer Trainingskonsole mit einer Kamera, einem sprachgesteuerten Interaktionsmanager und einem Therapieeditor. Mittels der Konsole führt der Nutzer Übungen durch, die durch die körpernahe Sensorik und der Kamera erfasst werden und dem Übenden ein zeitnahes Feedback zur Bewegungsdurchführung geben.

Die Daten der durchgeführten Übungen werden an den Therapieeditor geleitet, über den ein Therapeut über Abweichungen vom Übungsprotokoll informiert wird und Übungsauswertungen einsehen sowie Trainingsfortschritte beurteilen und die Übungen anpassen kann. Über eine AV-Kommunikation kann er zusätzlich in persönlichen Gesprächen Probleme des Nutzers erfahren und gemeinsam mit diesen Lösungen erarbeiten.

Geriatrische Onkologie DGG/DGHO (1999–2011)

Kolb, Gerald

St. Bonifatius-Hospital, Abteilung für Geriatrie, Lingen

In den Jahren 1999/2000 wurde auf Initiative von G. Kolb und C. Bokemeyer die interdisziplinäre Arbeitsgruppe Onkologie gegründet. Sie ist offiziell beauftragt durch die Vorstände beider Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Hämato-Onkologie, DGHO, und Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, DGG). Von Seiten der Deutschen Gesellschaft für Hämato-Onkologie wurde überdies im Rahmen einer Mitgliederversammlung anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Hämatolo-Onkologie zusammen mit der Österreichischen Gesellschaft für Hämato-Onkologie die Notwendigkeit einer solchen Arbeitsgruppe festgestellt. Bisher wurden u. a. folgende Aktivitäten getätigt:

- Symposien und Kongresse als eigene Veranstaltungen der Arbeitsgruppe (19),
- Publikationen von Ergebnissen eigener Studien und Projekte der Arbeitsgruppe (28),
- Publikationen, in die Themen und Ergebnisse der Arbeitsgruppenarbeit Eingang gefunden haben (21).

Eine wichtige Initiative, die aus der Arbeitsgruppe heraus entstanden ist: Initiative Geriatrische Hämatologie und Onkologie (IN-GHO). Nähere Informationen hierzu: www.in-gho.de.

Aktuelle Mitgliederliste der Arbeitsgruppe Geriatrische Onkologie DGG/DGHO: C. Bokemeyer, Hamburg; C. Friedrich, Bochum; M. Freund, Rostock; M. Görner Bielefeld; M. Graubner, Schotten; K.P. Hellriegel, Berlin; F. Honecker, Hamburg; K.-M. Koeppen, Berlin; G. Kolb, Lingen (Ems); G.; H. G. Mergenthaler, Stuttgart; J. Meran, Wien; L. Pientka, Bochum; H. Schmidt, Hameln; S. Schmitz, Köln; M. Schröder, Duisburg; E. Spät-Schwalbe, Berlin; R. Stauder, Innsbruck; U. Wedding, Jena.

Antibiotika-Resistenz und -Verbrauch in Deutschland

Kresken, Michael

Antiinfectives Intelligence GmbH, Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e. V., Rheinbach

Aus klinischer Sicht wird ein Bakterienstamm als resistent gegen ein Antibiotikum gewertet, wenn die minimale Hemmkonzentration so hoch ist, dass auch bei Verwendung der zugelassenen Höchstdosierung ein therapeutischer Erfolg nicht zu erwarten ist. Die zugrundeliegenden Resistenzmechanismen können einer der drei folgenden Gruppen zugeordnet werden:

- inaktivierende Enzyme,
- veränderte Zielstrukturen,
- veränderter Zugang zu den Zielstrukturen.

Dabei unterscheidet man zwischen natürlicher und erworbener Resistenz. Eine natürliche Resistenz liegt vor, wenn alle Bakterienstämme einer Spezies gegen ein Antibiotikum unempfindlich sind, während die erworbene Resistenz unter Einwirkung des Antibiotikums durch Selektion resistenter Formen in der Bakterienpopulation entsteht. Eine Resistenz kann durch Mutationen im Bakterienchromosom oder den Transfer von Fremd-DNS erworben werden.

Der Verbrauch von Antibiotika in Deutschland hat in den letzten 20 Jahren zugenommen. Dabei ist v. a. die starke Zunahme des Verbrauchs von Antibiotika mit einem breiten Wirkungsspektrum (d. h. Breitspektrum-Betalactam-Antibiotika und Fluorchinolonen) auffällig. Die ökologischen Wirkungen des Antibiotika-Einsatzes werden als Kollateralschäden ("collateral damage") bezeichnet. Hierzu zählen die Selektion von antibiotikaresistenten Mikroorganismen in der Normalflora, das Auftreten der Clostridium-difficile-assoziierten Diarrhö sowie die Besiedlung und Infektion mit multiresistenten Erregern wie z. B. ESBL-bildenden Enterobacteriaceae, MRSA oder Vancomycin-resistenten Enterokokken (VRE). Der Anteil von MRSA an allen Staphylococcus-aureus-Isolaten betrug in den letzten Jahren im Mittel etwa

20%. Die Resistenzhäufigkeit bei Escherichia-coli-Isolaten aus dem Hospitalbereich hat inzwischen ein Niveau von 25–30% erreicht. Dabei waren das höchste Resistenzniveau und die stärkste Zunahme der Resistenz bei den >60-Jährigen zu beobachten. In dieser Altersgruppe werden Fluorchinolone besonders häufig verordnet. Die in den letzten Jahren auch bei E.-coli-Isolaten von jungen Patienten (<21 Jahre) zu beobachtende Ausbreitung der Fluorchinolon-Resistenz geht sehr wahrscheinlich auf die Zunahme von Infektionen durch ESBL-bildende Stämme mit gleichzeitig vorliegender FQ-Resistenz zurück.

Umsetzbarkeit evidenzbasierter Rehabilitation des Schlaganfalls bei geriatrischen Patienten

Kuipers, Ulrich

Westküstenklinikum Heide, Klinik für Frührehabilitation und Geriatrie, Heide

Die Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien hat in den letzten zwei Jahrzehnten die vorbestehenden Schemata zu Diagnostik und Therapie diverser Krankheitsbilder nachhaltig verändert. Im Bereich der Rehabilitation besteht diesbezüglich noch immer ein erheblicher Nachholbedarf. Den aus den Leitlinien resultierenden Empfehlungen sind in der Umsetzbarkeit aber auch Grenzen gesetzt. Hierzu gehören ökonomische Vorgaben (begrenzte Budgets für den Therapeuteneinsatz, zeitliche Limitierung durch die Vorgaben der DRGs im Bereich Akutgeriatrie), aber auch die verminderte Belastbarkeit vieler geriatrischer Patienten.

Für die Rehabilitation motorischer Störungen nach Schlaganfall geht es um die Frage: Werden evidenzgesicherte Therapiemethoden mit hohem Empfehlungsgrad wie das "constraint induced movement therapy", Laufbandtraining nach Schlaganfall und Spiegeltherapie in der geriatrischen Rehabilitation tatsächlich auch eingesetzt?

Hierzu wurden die Leitlinien zur motorischen Rehabilitation nach Schlaganfall gesichtet, die Forderungen nach leitliniengerechter Therapie zusammengetragen und neurologische Rehakliniken wie auch Geriatrien danach befragt, unter welchen Rahmenbedingungen sie motorische Rehabilitation nach Leitlinienanforderungen erfüllen.

Stürze bei geriatrischen Patienten – Diagnostik und Therapie

Kuipers, Ulrich

Westküstenklinikum Heide, Klinik für Frührehabilitation und Geriatrie, Heide, Deutschland

Stürze haben bei geriatrischen Patienten vielfache Ursachen. Zu den Risikofaktoren gehören zunehmendes Alter, weibliches Geschlecht, Affektion der Muskelkraft (z. B. Lähmungen nach Hirninfarkt, Atrophie), der Motorik (z. B. M. Parkinson oder Demenz), Kachexie, Medikamente (Multimedikation, sedierende Medikamente wie Neuroleptika, sedierende Antidepressiva, Benzodiazepine, Antikonvulsiva, aber auch Diuretika, Antiarrhythmika, Digoxin), Visusstörungen, Deformierungen usw.

Am Vortrag wird eine aktualisierte Übersicht zur systematischen Sturzabklärung und -therapie gegeben.

Schlaganfall und Vorhofflimmern: Epidemiologie und klinische Daten einer geriatrischen Schlaganfallereinheit der Jahre 2007 bis 2009

Hardt, Roland; *Lambrecht, Anne; Schmidt, Erich

Katholisches Klinikum Mainz, Akutgeriatrie u. Schlaganfallereinheit, Mainz

Hintergrund. Seit Ende 2005 werden am Katholischen Klinikum Mainz (KKM) in der Schlaganfallereinheit der Abteilung für Akutgeriatrie alte und hochaltrige, sowie multipel vorerkrankte Patienten mit akutem Schlaganfallereignis behandelt. In dieser Patientengruppe ist als eine der häufigsten Ursachen für das Auftreten von Schlaganfällen ein nicht

adäquat antikoaguliertes Vorhofflimmern zu nennen. Dabei belegen zahlreiche Studien seit den 1980er Jahren die Überlegenheit der Therapie mit oralen Antikoagulanzen in der Prophylaxe des kardioembolisch bedingten Schlaganfalls, insbesondere für Patienten mit hohem und sehr hohem Schlaganfallrisiko.

Methode. Die in den Jahren 2007 bis 2009 am Katholischen Klinikum Mainz in der Schlaganfallereinheit der Abteilung für Akutgeriatrie behandelten Schlaganfallpatienten wurden retrospektiv analysiert und im Hinblick auf das Bestehen eines Vorhofflimmerns und einer adäquaten oralen Antikoagulation ausgewertet. Die laufende Auswertung erfolgte unter Berücksichtigung spezieller geriatrischer Fragestellungen.

Ziel. Ziel des Beitrags ist, die Unterversorgung mit adäquater oraler Antikoagulation geriatrischer Patienten mit Vorhofflimmern aufzuzeigen. Die Darstellung der teils dramatischen Auswirkungen dieser Unterversorgung soll zur Schärfung des Problembewusstseins und Verbesserung der Therapie beitragen. Es werden erste Zwischenergebnisse dargestellt.

Sturzprävention bei älteren Menschen im Setting der Hausarztpraxis – Studiendesign (Pre-Falls NCT01032252)

*Landendorfer, P.¹, Siegrist, M.²; Blank, W.¹, Freiberger, E.³

¹Technische Universität, Institut für Allgemeinmedizin, München,

²Technische Universität, Lehrstuhl für Präventive und Rehabilitative

Sportmedizin, Universität, ³Universität, Institut für Sportwissenschaft und Sport, Erlangen

Zufriedenes Altern hat wesentlich mit dem Erhalt der Selbständigkeit zu tun. Selbständigkeit wiederum definiert sich maßgeblich durch den Schlüsselindikator Mobilität. Durch den demographischen Wandel kommt es zu einer deutlichen Zunahme älterer Menschen. Für unser Gesundheitssystem werden Mobilitätsstörungen im Alter zu einem wichtigen ökonomischen Problem, da Stürze im Alter eine existentielle Gefährdung der Selbständigkeit bedeuten und in vielen Fällen in eine Pflegebedürftigkeit führen. Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass jeder Dritte der über 65-Jährigen mindestens einmal pro Jahr stürzt, ein hoher Anteil davon sogar mehrmals. Bei den über 80-Jährigen stürzt bereits jeder zweite jährlich mindestens ein Mal. Mehr als 80% der älteren Patienten werden meist über Jahrzehnte regelmäßig von ihrem Hausarzt betreut. Damit bietet sich das Setting "Hausarztpraxis" zur effektiven Sturzprävention bei älteren selbständigen Menschen an. Zur validen und effektiven Erfassung von Patienten mit erhöhtem Sturzrisiko benötigt der Hausarzt ein standardisiertes Assessment, mit dem das Sturzrisiko der älteren Menschen im Praxisalltag einheitlich, schnell und zuverlässig überprüft werden kann.

Falls Hausärzte das Sturzrisiko ihrer älteren Patienten überprüfen, fehlen ihnen häufig Möglichkeiten, ihre sturzgefährdeten Patienten an ein entsprechendes Sturzpräventionsprogramm verweisen zu können, da flächendeckende Netzwerke fehlen.

Ziel dieses Präventionsprojektes ist es, das Sturzrisiko älterer Menschen systematisch zu erheben und ein Netzwerk ausgebildeter Bewegungsfachleute zu schaffen, die eine effektive Sturzprävention anbieten. Das individuelle Sturzrisiko soll durch verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen gesenkt und die Selbständigkeit der älteren Menschen erhalten werden.

Das Forschungsprojekt Pre-Falls (NCT01032252) hat als primäre Endpunkte die Reduktion der Sturzhäufigkeit und Stürze mit Verletzungsfolgen. Als sekundäre Endpunkte werden die Reduktion der Sturzangst und des Sturzrisikos sowie der Erhalt und die Verbesserung von Lebensqualität und körperlicher Aktivität untersucht. In dem Symposium werden das Studiendesign, die Intervention sowie erste Ergebnisse vorgestellt.

Ethisch fundierte Entscheidungen bei der Behandlung älterer Menschen

Lange, Holger

Klinikum Bayreuth u. MediClin, Geriatrie, Bayreuth

In der Gesellschaft des langen Lebens gibt es widersprüchliche Tendenzen:

- einerseits die Tendenz selber über das "Wie" des Lebensendes bestimmen zu wollen (z. B. mittels Patientenverfügung etc.) bis hin zu dem Wunsch, selbst den Zeitpunkt des Todes zu bestimmen,
- andererseits die Tendenz, den Wert eines fremden fortgeschrittenen Lebens als gering einzustufen und damit als nichterhaltens-/nichtverlängerungs-/behandlungswürdig zu klassifizieren,
- aber auch die Neigung zu ungebremster Anwendung medizinischer Maximaltherapien auch bei moribunden Hochbetagten, weil man "das" kann, die Entscheidung eventuell nichts zu tun als Schwäche empfindet oder gar aus pekuniären Gründen.

Um zur Lösung dieses Dilemmas einen Beitrag zu leisten, wurde ein Konzept einer interdisziplinären Ad-hoc-Ethikgruppe entwickelt. Diese soll helfen, individuelle, mit dem Patienten und seinen Angehörigen besprochene Vorschläge über das weitere Prozedere ad hoc zu entwickeln und somit die Entscheidungen des behandelnden Arztes auf eine breitere Basis zu stellen.

Im Vortrag/Seminar werden die Grundlagen für die Entscheidungsfindung – die ethisch-fundierten Eckwerte – herausgearbeitet sowie Vorschläge bezüglich der Teamzusammensetzung und praktischen Arbeit dargestellt.

Schwerhörigkeit im Alter und resultierende Anforderungen an die geriatrische Versorgung

Lerch, Michael

Ev. Krankenhaus Bethanien, Abt. Akutgeriatrie und Frührehabilitation, Iserlohn

Hintergrund. Niemals zuvor hat es in der Geschichte der Menschheit eine Ära gegeben, in der die ältere Generation über eine größeres Maß an Gesundheit und Wohlstand (über alles betrachtet) verfügte. Vor diesem Hintergrund des demographischen aber auch eines Bedürfniswandels, ist das Streben nach Teilhabe auf allen Ebenen des sozialen Lebens untrennbar mit der Fähigkeit der Kommunikation und dessen Erhalt verbunden. Eine Wahrnehmung, Beachtung und Behandlung einer Schwerhörigkeit wird so zum Imperativ.

Methode. Analyse von großen internationalen Kohortenstudien und deren Vergleich mit Daten aus dem Geriatric HearCare Service.

Ergebnisse. Neben der Tatsache das nahezu übereinstimmend der Anteil der Schwerhörigen über 65 mit >40% angegeben wurden, stellen sich die Gründe für eine späte Diagnose und eine geringe Akzeptanz einer Behandlung häufig als Produkt aus professioneller Ignoranz, schwierigem oder unzureichendem Zugang zu adäquater medizinischer Versorgung einerseits und der wenig altersentsprechenden Hörgeräteversorgung (schlechter Tragekomfort, nicht altersgerechte Bedienbarkeit, Diskriminierend) und fehlendes bzw. nicht flächendeckend vorhandenes Audiotraining dar.

Zusammenfassung. Geriatrisches Denken und geriatrische Versorgung muss sich stärker für die Schaffung eines bedürfnisgerechten Systems von integrierter Versorgung, adäquater Diagnostik und kommunikativer Rehabilitation im Sinne von altersgerechtem Audiotraining engagieren um die sich ändernden Bedürfnissen nach Selbstbestimmung und Teilhabe der neuen älteren Generation zu unterstützen.

Hörstörung und Hörversorgung älterer Menschen aus der Sicht des niedergelassenen HNO

Löhler, Jan

HNO-Praxis, Bad Bramstedt

Hintergrund. Gerade in der ambulanten HNO-ärztlichen Versorgung stellt die Diagnostik und Therapie von Hörstörungen im fortgeschrittenen Alter einen zunehmenden Anteil dar. Auffällig ist hier das wenig ausgeprägte Störungsbewusstsein der älteren Patienten, das dazu führt das alltagsrelevante Störungen der auditiven Wahrnehmung erst sehr verzögert zur Vorstellung kommen. Oftmals ist jedoch weder für ein nachlassendes Hörvermögens als behandelbare Erkrankung noch für die damit verbundenen Therapieoptionen eine Akzeptanz bei den Patienten und ihren Angehörigen zu finden.

Methode. Erfahrungsbericht aus der ambulanten HNO-Versorgung mit Blick auf ein ambulante Versorgung mit Hörgeräten.

Resultate. Die Ressentiments des älteren Menschen gegenüber einem auditiven Handicap bzw. einer Hörgeräteversorgung wird neben den rein ökonomischen Faktoren (Zuzahlung, Batteriekosten, „lohnt das den noch in meinem Alter?“) vor allem durch die falschen, zum Teil überhöhten Erwartungen an eine Hörgeräteversorgung geschürt. Diese kann nach jahrelangem „Verlernen“ der akustischen Eindrücke keine spontane „Wiederherstellung“ des ursprünglichen Hörempfindens leisten und ist anders als eine Brille keine Korrektur hin zur Normal-situation. Hier ist neben der HNO-ärztlichen Diagnostik und Therapie auch eine Beratung und Schulung, am ehesten in Kooperation mit den weiterversorgenden Strukturen, notwendig um ein dauerhafte Verbesserung der auditiven Leistungsfähigkeit im geriatrischen Klientel zu gewährleisten.

Schlussfolgerung. Die ambulante HNO-ärztliche Versorgung ist ein wünschenswerter Kooperationspartner der umfassenden geriatrischen Versorgung und stellt gerade bei betagten Patienten ein wichtiges Bindeglied zwischen den Versorgungssektoren dar.

Auswirkungen biologisch wirksamer künstlicher Beleuchtung auf Demenzkranke

*Lorenz, Dieter¹; Sust, Charlotte²

¹Technische Hochschule Mittelhessen, AE Arbeitswissenschaft, Gießen,

²ABoVe GmbH, Wetztenberg

Seit etwa 10 Jahren ist bekannt, dass es auf der Netzhaut Rezeptoren gibt, die über das Tageslicht wesentlich zur Steuerung des Tag-Nacht-Zyklus (zirkadianer Rhythmus) beitragen (Brainard et al. 2001). Wenn die Dosis biologisch wirksamen Tageslichts zu gering ist, kann es zu Störungen des zirkadianen Rhythmus kommen, insbesondere bei älteren Personen, was einerseits der reduzierten Transmission der Linsen und andererseits der reduzierten Mobilität und damit verbundenen geringerem Aufenthalt im Freien geschuldet ist. Verschärft wird diese Problematik bei dementen Personen, da die Störung des zirkadianen Rhythmus zur Symptomatik gehört.

Ziel der Untersuchungen war daher, mittels entsprechend gestaltetem Kunstlicht eine hinreichende biologische Wirksamkeit zu erreichen und für eine Stabilisierung des zirkadianen Rhythmus beizutragen, also Reduzierung der Tagesmüdigkeit, erholsameren Schlaf und in der Folge bessere mentale und emotionale Verfassung. Mit einem umfangreichen Methodeninventar – Beobachtung der Bewohner, Befragungen des Pflegepersonals zur Situation der Bewohner und zum eigenen Befinden, Protokollierung mit unterschiedlichen Sensortechniken, Protokollierung des Schlafverhaltens – wurden Verhalten und Befindlichkeit von Bewohnern zweier Demenzstation in Wiener Pflegeheimen bei Standardbeleuchtung (300 Lux, 3000 K) und verschiedenen Versuchsbeleuchtungen (800, 1200, 2000 Lux bei 6500 bis 8000 K) erhoben. Dabei zeigte sich, dass ab Lichtintensitäten von 1200 Lux und verändertem Spektrum die Bewohner mit einer verstärkten Beteiligung an hauswirtschaftlichen und sozialen Aktivitäten reagierten, stärker mit dem Pflegepersonal und anderen Mitbewohnern kommunizierten

und Schlafunterbrechungen abnehmen. Wie auch Untersuchungen in den Niederlanden gezeigt haben (van Sommeren et al. 2006), kann ein entsprechend gestaltetes Kunstlicht zu einer Verbesserung der Situation Dementer beitragen.

Strukturelle Anforderungen zur Einbindung der Geriatrie in das Krankenhaus der Schwerpunkt- bis Maximalversorgung

Lüttje, Dieter

Klinikum Osnabrück, Med IV Geriatrie und Palliativmedizin, Osnabrück

Um den Anforderungen geriatrischer Patienten gerecht zu werden, ist perspektivisch eine bedarfs- und prognosegerechte Behandlung auf dem Level Schwerpunkt- bis Maximalversorgung angezeigt. Dies ermöglicht bei optimaler Interdisziplinarität Untersuchung und Behandlung des Patienten auf dem jeweils höchsten Qualitätsniveau von Spezialisten.

Der kurzfristige Zugang zu modernen Diagnostikverfahren macht die für den Patienten adäquate, gezielte Auswahl leichter und reduziert Patientenbelastungen.

Die Geriatrie sollte prinzipiell eine eigenständig ärztlich geleitete Abteilung sein, ggf. integriert als Akut- und Rehabilitations-Geriatrie. Die Personalstruktur sollte sich grundsätzlich nach den Personalempfehlungen des BV Geriatrie (2011) richten. Weitere Anforderungen:

- Option zu gegenseitiger Konsiliarleistung auf Facharztniveau tagesgleich,
- ständige Ansprechbarkeit für die zentrale Notaufnahme bei 24-Stunden-Aufnahmemöglichkeit direkt in die Geriatrie,
- pflegerisches Team unter spezieller geriatrischer pflegerischer (Abteilungs-) Leitung,
- therapeutische Team zumindest im Kernteam geriatrispezifisch.

Eine Geriatrie sollte aufgrund der insgesamt längeren Verweildauer eine "Ruhezone darstellen.

Weitere relevante Aspekte sind:

- räumliche Nähe zu Diagnostikeinheiten und Notaufnahme,
- räumliche Anbindung von Therapiebereichen,
- Sonderbereiche (Kognitivinsel o. ä.),
- enge räumliche Nähe zu einer Intensivstation/Überwachungseinheit,
- Badezimmerbereich rollstuhl- und behindertengerecht,
- Patientenzimmer mit vergrößerter Grundfläche,
- Stellmöglichkeit für mindestens eines von zwei Betten entsprechend Krankheitsbild,
- Kommunikationsstrukturen sind den Krankheitsbildern anzupassen.

Prozedurale Strukturen:

- Einbindung in die Notaufnahme des Hauses,
- Einbindung in die Abläufe aller übrigen Stationen zur frühestmöglichen Frührehabilitation (3. bis 4. Tag postoperativ bzw. poststroke) inkl. aktivierend-therapeutischer Pflege auf den Stationen anderer Disziplinen,
- Aufnahme- und Entlassungs-Assessment auf elektronischem Wege allgemein zugänglich.

Leben ist Bewegung. Die Sicht eines Neurologen

Maetzler, Walter

Universität Tübingen, Neurologische Abteilung, Tübingen

In einem Zeitalter der wachsenden Lebenserwartung spielen neurodegenerative und vaskulär bedingte Erkrankungen des Gehirns eine immer bedeutendere Rolle. Mit ihnen gehen praktisch immer eine Einschränkung der Bewegung und/oder eine Einschränkung der Bewegungsfreiheit einher. Dies trifft z. B. für den M. Parkinson, den M. Alzheimer, die Amyotrophe Lateralsklerose und den Schlaganfall zu. Die Ursachen dieser Erkrankungen sind noch wenig verstanden. Neueste pathophysiologische Konzepte gehen nicht mehr von in sich abge-

grenzten Phänotypen aus, sondern von Überlappungen zwischen den genannten Erkrankungen. Dies eröffnet neue Optionen hinsichtlich Ursachenforschung und Behandlung. Insbesondere bei nichtmedikamentösen Therapien wie Bewegungstrainings werden die gewonnenen Erkenntnisse nutzvoll umgesetzt. Dieser Vortrag soll einen Überblick über aktuelle, potenziell alltagsrelevante Forschungsergebnisse zu diesen altersassoziierten neurologischen Erkrankungen geben.

Antibiotikadosierung bei geriatrischen Patienten

Majcher-Peszynska, Jolanta; Drewelow, Bernd

Universitätsklinikum, Institut für Klinische Pharmakologie, Rostock

Die richtige Diagnose einer Infektion wird besonders bei geriatrischen Patienten aufgrund atypischer Symptomatik (häufig afebril) verspätet gestellt, dabei ist eine adäquate, möglichst frühe initiale antibiotische Therapie für die klinische Wirksamkeit entscheidend. Für das Versagen der Therapie trotz der Empfindlichkeit des Erregers kann auch eine zu geringe Konzentration des Antibiotikums am Infektionsort verantwortlich sein. Um die Chance eines mikrobiologischen und klinischen Erfolges zu erhöhen, ist die Kenntnis der pharmakokinetischen und pharmakodynamischen Parameter (PK/PD-Indizes) als Effektivitätsprädiktoren der einzelnen Antibiotikagruppen notwendig:

- das Verhältnis von Spitzenkonzentration zur minimalen Hemmkonzentration (MHK) des Erregers: C_{max}/MHK (z. B. für Aminoglykoside und Fluorchinolone),
- die Fläche unter der 24-Stunden-Konzentrations-Zeit-Kurve oberhalb der MHK: AUC/MHK (z. B. für Fluorchinolone, Linezolid, Azithromycin, Glykopeptide) und
- der Prozentsatz des Dosierungsintervalls, in dem die Konzentration über der MHK des Erregers liegt: $T > MHK$, (z. B. für β -Lactam-Antibiotika, Clindamycin).

Neben dem Erreger und dessen Sensibilität (häufig höhere MHK-Werte der Erreger aufgrund der antibiotischen Vorbehandlungen) sollen auch die physikochemischen (hydrophil/lipophil/amphiphil) und pharmakokinetischen Eigenschaften des Antibiotikums sowie die klinischen Besonderheiten des geriatrischen Patienten (z. B. Insuffizienz der eliminierenden Organe, reduziertes Körpergewicht, Hypoalbuminämie, Komedikation) bei der Antibiotikadosierung berücksichtigt werden. Die renale Eliminationsleistung ist bei den meisten älteren Patienten sowohl glomerulär als auch tubulär als Folge des abnehmenden renalen Blutflusses und Verlustes von Nephronen eingeschränkt. Die im Alter häufig vorkommende "versteckte Niereninsuffizienz" (reduzierte glomeruläre Filtrationsrate trotz Serumkreatininspiegels im Normbereich) kann zur Erhöhung der UAW-Rate besonders von hydrophilen Antibiotika führen. Dabei soll von einer "pauschalen" Dosisreduktion von Antibiotika im Alter dringend Abstand genommen werden. Unabhängig von der Nieren- und Leberfunktion gilt es vor allem, dass die Loading-Dose (Initialdosis), die vom Verteilungsvolumen abhängig ist, identisch mit der von Nieren- oder Lebergesunden sein soll!

Geriatrisches Assessment

Meisel, Michael

Diakonissenkrankenhaus Dessau, Klinik für Innere Medizin u. Geriatrie, Dessau, Deutschland

Das geriatrische Assessment stellt das entscheidende diagnostische Werkzeug in der Geriatrie dar. Es erfasst Reserven und Defizite der Patienten und dient zusätzlich als Leitschiene für die multidisziplinäre Behandlung und die Überprüfung des Therapieerfolges. Der Vortrag stellt wichtige Assessmentverfahren für verschiedene Problemereiche vor und versucht, diese hinsichtlich ihrer Praktikabilität und Aussage zu bewerten. Angaben aus der Literatur sollen erläutern, welche Evidenz dem Einsatz bestimmter Assessmentverfahren zu Grunde liegt.

Geriatric – eine Facharztkompetenz im Gebiet Innere Medizin

Meisel, Michael

Diakonissenkrankenhaus Dessau, Klinik für Innere Medizin u. Geriatrie, Dessau

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Paul Baltes, ein bekannter deutscher Altersforscher, hat die These vertreten, Entwicklung vollziehe sich als Selektion, Optimierung und Kompensation. Wenn wir bei unseren Patienten selektive Fähigkeiten optimieren und Verluste durch Hilfsmittel kompensieren, werden wir diesem Ansatz gerecht.

Auch in der Medizin hat sich Fortschritt durch Selektionierung (Spezialisierung) und Optimierung der Möglichkeiten, selbst kleinste Funktionsstörungen diagnostizieren und behandeln zu können, vollzogen. In einer Vielzahl von Fachdisziplinen und Subspezialitäten werden Krankheiten erfolgreich und effizient bis ins hohe Alter therapiert: die Behandlung eines Herzinfarktes ohne Koronarintervention oder der Einsatz bestimmter Biologika in der Tumorthherapie ohne Nachweis spezifischer Genkonstellationen sind heute undenkbar. Subspezialisierte Kollegen nehmen sich auch hochaltriger Patienten zunehmend an. Bezeichnungen wie Alterstraumatologie, Alterskardiologie oder Gerontopsychiatrie bringen dies zum Ausdruck.

Trotzdem wird diese Herangehensweise vielen alten Patienten nicht gerecht, weil gleichzeitig bestehende Funktionsdefizite anderer Organe oder des "Gesamtsystems Mensch" nicht im Fokus der jeweiligen Spezialität steht. Daraus resultiert eine Vielzahl von Problemen und Komplikationen mit gelegentlich deletären Folgen für die Patienten. Aus den eingeschränkten Funktionsreserven im hohen Alter ergeben sich immer wieder ähnliche Defizite und "geriatriische Syndrome", die nur durch einen multimodalen und interdisziplinären Ansatz zu kompensieren sind. Das gilt sowohl für die Diagnostik als auch die Behandlung. Die Geriatrie hat die Werkzeuge entwickelt, mit denen die spezifischen Defizite und Reserven dieser Klientel erfasst und daraus resultierende Probleme erfolgreich behandelt werden können. Eine immer größere Zahl alter Patienten profitiert von dieser Herangehensweise, erkennbar an der zunehmenden Zahl von Betten in geriatriischen Abteilungen oder der Etablierung ambulanter geriatriischer Behandlungsangebote. Es ist höchste Zeit, der Spezialität, die sich mit der Optimierung und Kompensation des "Gesamtsystems Mensch" im Alter beschäftigt und somit die Grundlage für die Behandlung vieler alter Menschen darstellt, eine adäquate Verankerung im Fächerkanon der Medizin zukommen zu lassen. Dabei muss das Fachgebiet auf der Basis der (allgemeinen) Inneren Medizin als Spezialisierung aufbauen. Wegen des fachlichen Umfangs und der epidemiologischen Bedeutung ist Geriatrie den anderen Facharztkompetenzen der Inneren Medizin gleichzusetzen und sollte in ganz Deutschland als "Facharzt/ärztin für Innere Medizin und Geriatrie" – wie bereits in Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt – etabliert werden. Dies hätte Bedeutung für die Nachwuchsgewinnung, da der Erwerb einer Spezialität heute einen wesentlichen Inhalt der Weiterbildung ausmacht. Zudem kann dies auch Bedingung für die Besetzung von Chef- oder Oberarztstellen sein.

Davon unbenommen muss Altersmedizin mit ihrem rehabilitativen Aspekt für andere Fachgebiete, in denen alte Menschen multimodal behandelt werden, wie in der Allgemeinmedizin, der Neurologie oder der Psychiatrie, als Zusatzweiterbildung erwerbbar bleiben. Ein von der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie sowie dem Bundesverband Geriatrie gemeinsam erarbeiteter, diesbezüglicher Antrag zur Änderung der Musterweiterbildungsordnung liegt der Bundesärztekammer vor und ist auf der Homepage der DGG abrufbar. Der Vorschlag wird mittlerweile von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin und dem Berufsverband der Internisten unterstützt.

Die Überarbeitung der Musterweiterbildungsordnung ist Aufgabe der ständigen Kommission "Weiterbildung der deutschen Ärzteschaft. Sie diskutiert die eingegangenen Änderungswünsche. Die Landesärztekammern spielen bei der Einführung der Veränderungen eine wichtige Rolle. Je mehr Landesärztekammern sich für den "Facharzt/die Fach-

ärztin für Innere Medizin und Geriatrie" aussprechen, um so größer wird die Wahrscheinlichkeit der Aufnahme in die Musterweiterbildungsordnung. Es liegt an uns, den Vorschlag zu propagieren, um eine adäquate Verankerung des Fachgebietes zu erreichen.

Nutzen Sie alle Möglichkeiten, die Diskussion in den Weiterbildungskommissionen der Landesärztekammern für die Geriatrie positiv zu beeinflussen!

Die Selektion der richtigen Patienten in der Spezialität Geriatrie optimiert die Behandlungsergebnisse und kompensiert Defizite anderer Fachgebiete bei der Betreuung geriatriischer Patienten und trägt im Sinne von Paul Baltes zur Entwicklung der Medizin bei.

AG Demenz

Merk, Brunhilde

Diakonieklinikum Hamburg, Geriatrie, Hamburg

Die auf Initiative von Dr. Hofmann im Dezember 2008 in Potsdam gegründete AG Demenz hat ihre Ziele in einer Agenda formuliert. Zunächst ging es darum, in Erfahrung zu bringen, welche Therapieangebote es für demente Patienten in den geriatriischen Kliniken/Praxen gibt.

Der nächste Schritt sollte bzw. soll sein, die Therapie-Effekte bereits in Betrieb gegangener Stationen für akut erkrankte demente Patienten zu ermitteln und den dort betriebenen Aufwand zu rechtfertigen.

Die Dialogpartnerin in der Arztpraxis

Meyer, Christoph

Ärztegenossenschaft Nord eG, Vorstand, Bad Segeberg

Die Ärztegenossenschaften stellen ihren Mitgliedspraxen und den kooperierenden Ärztenetzten kostenlos das System der Dialogpartnerinnen zur Verfügung.

Eine Dialogpartnerin ist eine Medizinische Fachangestellte (MFA), die an der Schnittstelle der Praxis zur Ärztegenossenschaft und ihrem Unternehmensverbund wirkt. Sie übernimmt Aufgaben für den Arzt und entlastet ihn so im Praxisalltag. Die Dialogpartnerin wird durch den Praxisinhaber benannt. Sie erhält besondere Fortbildungen in Form von Seminaren und vor allem durch die langjährige Lehrheftstaffel „Praxis-Profi“. Themen dieser Lehrhefte waren beispielsweise Hygiene in der Arztpraxis, Qualitätsmanagement, Vertragsmanagement und elektronische Praxiskommunikation.

Dadurch ist die Dialogpartnerin in der Lage, bei vielen aktuellen Themen Unterstützung zu geben. Sie leistet Hilfe bei der Abwicklung von Selektivverträgen und fungiert als Koordinatorin im Praxiswesen. Der Erfahrungsaustausch zwischen den Dialogpartnerinnen wird nicht nur regional gefördert, sondern auch bundesweit. Dazu befindet sich gerade ein Internetportal für Dialogpartnerinnen im Aufbau, welches einen neuen Kommunikationskanal bietet.

Besonders interessierte Dialogpartnerinnen können sich zur Moderatorin ausbilden lassen. Diese Moderatorinnen bereiten Workshops mit vor, und moderieren regionale Erfahrungsaustausch-Treffen. So erfährt die Dialogpartnerin nicht nur aktuelle berufliche Weiterbildung, sondern lernt auch von Erfahrungen anderer Kolleginnen. Dies kommt natürlich nicht nur den Arztpraxen zugute, sondern auch den Patienten.

Sturzprävention und Mobilitätsförderung in der medizinisch-geriatrischen Klinik: repräsentatives Fallbeispiel für ältere Patienten mit Funktionsverlusten

*Modreker, Mirja Katrin; Anders, Jennifer; Golgert, Stefan; von Renteln-Kruse, Wolfgang – das LUCAS Teilprojekt 6
Albertinen-Haus, Med.-Geriatrische Klinik, Hamburg

Fragestellung. Das LUCAS-Teilprojekt 6 (BMBF 01ET0708) untersucht an konsekutiv rekrutierten, geriatrischen Krankenhauspatienten zwei Schwerpunktthemen:

1. verbesserte Einschätzung des Sturzrisikos von Krankenhauspatienten sowie
2. Ableitung von Empfehlungen zur Arzneimitteltherapie im Rahmen der Sturzprävention unter besonderer Berücksichtigung des Gangbildes und der Kreislaufregulation bei gefährdeten älteren Patienten.

Methoden. Geriatrisches Assessment (Basis-Assessment, vertiefende Performance-Tests (z. B. kognitiver Status, Sturzangst, Sturzrisiko, Schellong-Test), Ganganalyse (GAITRite® System), Kipptischuntersuchung, ärztlich-konsiliarische Empfehlungen zur individuellen Medikation.

Ergebnisse. Fallbeispiel: 86-jähriger Patient mit medizinisch-geriatrischer Komplexbehandlung (OPS 8-550.1), Z. n. Sturz mit Verletzungsfolge (Femurfraktur, Gammanagelimplantation). Gangunsicherheit (objektiv und subjektiv), Schwindel bei Multimorbidität und Multimedikation (Antihypertensiva, Analgetika, Antibiotika, Zopiclon, u. a.). Abklärung der neu diagnostizierten orthostatischen Hypotension (OH), Anpassung der Medikation, Hilfsmittelverordnung. Verlauf: Besserung in Mobilität, Balance, Kraft, Gangbild, Sturzangst, Rückbildung der OH.

Schlussfolgerungen. Stürze stationärer, älterer Patienten sind verbunden mit hoher Komplikationsrate, verlängerter stationärer Aufenthaltsdauer sowie hohem Ressourcenverbrauch. Gezielte Präventionsmaßnahmen und Intervention spezieller Risikokonstellationen (orthostatische Hypotension, Gangstörung, Sturzereignis) können Mobilität und Wohlbefinden ausbauen und so unerwünschte Folgen vermeiden werden. Im Einzelfall ist neben dem geriatrischen Basis-Assessment weiterführende Diagnostik zur Differenzialdiagnostik, Verlaufskontrolle und Dokumentation indiziert. Insbesondere die Kontrolle unerwünschter Arzneimittelwirkungen bei gleichzeitiger Trainings-therapie erfordert eine individualisierte Therapieplanung mit Anpassungen der Medikation.

LUCAS Teilprojekt 6 (FALLEN) MK Modreker wird gefördert im Rahmen des Forschungskollegs Geriatrie der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart.

Weniger ist mehr!? Medikamentöse Auswirkungen auf das Gangbild – Beispiele aus dem LUCAS-Projekt (BMBF Fördernummer 01ET0708)

*Modreker, Mirja K.; Anders, Jennifer; von Renteln-Kruse, Wolfgang
Albertinen-Haus, Med.-Geriatrische Klinik, Hamburg

Einleitung. Gangstörungen sind bei älteren Menschen häufig, sie führen u. a. zu Stürzen, z. T. mit Verletzungen, Sturzangst. Gangstörungen können durch Medikamente induziert oder verschlechtert werden.

Material und Methoden. Zwei Fallbeispiele von stationären Patienten einer medizinisch-geriatrischen Klinik, mit Multimedikation. Fall 1: 76-jährige Patientin, Z. n. TIA, art. Hypertonie, Kurzdarmsyndrom, Medikation: Antihypertensiva, ASS, Opioid-Trpf., Lormetazepam z. Nacht. Fall 2: 73-jähriger Patient, akute Lumbago, KHK, Herzrhythmusstörungen, Schwindelsymptomatik, orth. Hypotonie, Z. n. Insult mit Hemiparese links, Z. n. Poliomyelitis, Medikation: Antihypertensiva, Analgetika, Marcumar. Durchführung einer elektronische Ganganalyse vor und nach indikationsgebundener Medikationsänderung.

Fragestellung. Können Veränderungen des Gangbildes nach Änderung einer sturzrisikofördernden Medikation („fall risk-inducing drugs“, FRID) nachgewiesen werden?

Ergebnis. Fall 1: Reduktion der Lormetazepam-Dosis; Verbesserung des Gangbildes: u. a. Abnahme der Gangvariabilität, subjektiv erhöhte Gangsicherheit, keine Verschlechterung des Schlafes. Fall 2: Bei Schmerzpersistenz und erhöhten Blutdruckwerten Dosiserhöhung der Opioidanalgetika und Antihypertensiva; Verschlechterung des Gangbildes: u. a. erhöhter Variabilität, Linienabweichung bei zusätzlicher Verschlimmerung der Schwindelsymptomatik, Sturz während des stationären Aufenthalts.

Zusammenfassung. Änderungen der Medikation, insbesondere Antihypertensiva und psychotrope Medikamente, können Auswirkungen auf das Gangbild, die Gangstabilität und damit auf das Sturzrisiko haben und so Einfluss auf die Mobilität und Selbstständigkeit des Patienten haben. Medikationsänderungen insbesondere geriatrischer Patienten sollten stets unter Berücksichtigung möglicher Auswirkungen auf das Gangstabilität und das Sturzrisiko erfolgen. Eine Status-erhebung und Verlaufskontrolle mittels Assessment und Ganganalyse sollte aus Entscheidungshilfe dienen.

Riesenzellarteriitis: die Vaskulitis des Alters

Moosig, Frank

Klinikum Bad Bramstedt, Klinik für Rheumatologie, Bad Bramstedt

Mit einer Inzidenz von 170 pro Mio. Einwohner ist die Riesenzellarteriitis die häufigste der primär systemischen Vaskulitiden. Der Häufigkeitsgipfel liegt, wie bei der Polymyalgia rheumatica, zwischen dem 70. und 80. Lebensjahr. Die klassischen Symptome der RZA sind neben der häufig assoziierten Polymyalgie, die der Kopfbeteiligung, also temporale Kopfschmerzen, Schmerzen der Kopfhaut, Kau-Claudicatio und ggf. Sehstörungen bis hin zur plötzlichen Erblindung. Darüber hinaus besteht meistens eine ausgeprägte Begleitsymptomatik mit Gewichtsverlust, Nachtschweiß und Fieber. Neben der oben beschriebenen Ausprägung, die der klassischen Arteriitis temporalis entspricht, findet sich durch eine Verbesserung der diagnostischen Möglichkeiten (PET und MR-Angiographie) aber auch zunehmend eine Verlaufsform mit hauptsächlichlicher Beteiligung der Aorta und von deren Abgängen, oft auch ganz ohne „Kopfklinik“. Diese Patienten sind durch die Bildung von Aneurysmen und/oder Stenosen gefährdet. Zusätzlich zur obligaten Therapie mit Glukokortikoiden kommen steroidsparend mittel-potente Immunsuppressiva, insbesondere das MTX, und zunehmend auch Cyclophosphamid zum Einsatz.

Strukturqualitätsanforderungen in Österreich (Notfallaufnahme und Geriatrie, Akutgeriatrie/Remobilisation, geriatrische Tagesklinik)

*Mrak, Peter¹; Pils, Katharina²; Georg, Pinter³

¹LKH-Hörgas Enzenbach, Innere Medizin und Akutgeriatrie, Gratwein, Österreich, ²SMZ Sophienspital, Geriatrische Tagesklinik, Wien, Österreich, ³LKH Klagenfurt, Akutgeriatrie, Klagenfurt, Österreich

Die geriatrische Versorgungsqualität in Österreich steht angesichts zunehmender Budgetnöte in den Ländern, wie auch auf Bundesebene auf dem Prüfstand. Ungeachtet der längerfristig unumkehrbaren, demographischen Entwicklung werden im Österreichischen Gesundheitswesen Tendenzen zur Rücknahme bereits definierter Strukturqualitätskriterien für die Geriatrie erkennbar.

Rücknahmen der Verfügbarkeit wohnortnah, ambulanter wie stationärer Versorgungseinrichtungen, personell und inhaltlich zaghafter, bzw. abgespekter Ausbau im akutgeriatrisch-rehabilitativen Sektor bei gleichzeitiger Renaissance altenfeindlicher Zentralisierung in aktuellen regionalen Strukturplänen lassen für Ältere deutliche Qualitätsverluste befürchten.

Fehlende Schnittstellen zum niedergelassenen Bereich der Haus und Fachärzte erschweren die Kommunikation über die Sektoren hinweg und belasten die Älteren mit daraus resultierender inadäquater Betreuung bzw. Übermedizinisierung, bei gleichzeitig zu geringem Angebot an multidisziplinärer, geriatrischer Funktionsförderung. Fehlende Flächendeckung im Bereich der geriatrischen Tageskliniken erschweren die Nachhaltigkeit von sinnvoller Betreuung im häuslichen Umfeld. Steigende Gesundheitskosten bei gleichzeitiger Verringerung der Lebensqualität für Ältere, mit steigenden Zahlen vermeidbarer Pflegefällen sind zu befürchten, sollten dringende Forderungen der Altersmedizin an die Strukturqualitätskriterien in der Geriatrie im Österreichischen Gesundheitswesen unerfüllt bleiben.

Arbeitsgruppe Neurogeriatrie

*Nau, Roland¹; Durwen, Heribert²

¹Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende, Geriatrie, Göttingen,

²St. Martinus-Krankenhaus, Geriatrie, Düsseldorf

Neurologische Krankheitsbilder spielen eine zunehmend wichtige Rolle in der Medizin des alten Menschen. Erkrankungen des Nervensystems, die bei alten Menschen häufig vorkommen, determinieren in erheblichem Umfang die wesentlichen geriatrischen Syndrome wie Instabilität, Immobilität oder kognitive Beeinträchtigung. Bei den häufigen neurologischen Krankheitsbildern im Alter handelt es sich vornehmlich um Hirninfarkte und intrakranielle Blutungen ("Schlaganfälle"), Parkinson-Syndrome, neuromuskuläre Erkrankungen, Erkrankungen des Rückenmarks, Läsionen peripherer Nerven und Polyneuropathien, Hypovitaminosen und Elektrolytstörungen mit Symptomen von Seiten des Nervensystems, Demenzen und Infektionen des Nervensystems bzw. Infektionen mit Beteiligung des Nervensystems sowie epileptische Anfälle. Darüber hinaus gewinnt auch die Altersdepression zunehmend an Bedeutung.

Nachdem es in den letzten Jahren keine regelmäßigen Treffen geriatrisch tätiger Neurologen im Rahmen der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie gegeben hat, wollen wir als Arbeitsgruppe Neurogeriatrie im Jahre 2011 den Neubeginn wagen. Hierzu laden wir alle an der geriatrischen Neurologie Interessierten herzlich ein.

Hörgeräte und moderne Versorgungsoptionen aus technischer Sicht

*Opie, Jane M.¹; Wehnsner, Roberto²

¹MedEL, HearCare, Innsbruck, Österreich, ²Med-EL Deutschland, Middle Ear Implants, Starnberg

Hintergrund. Die WHO schätzt, dass mehr als 280 Mio. Menschen weltweit an einer mittelgradigen bis schweren Einschränkung des Hörvermögens leiden. Die Hauptursache ist die Schwerhörigkeit im Alter von der in unterschiedlichem Ausmaß etwa 80% der Erwachsenen über 65 Jahren betroffen sind. Die Schwerhörigkeit im Alter wird einerseits durch die Kumulation von Lärmexposition und Alterung des Hörorgans und andererseits durch Erkrankungen des metabolischen und kardiovaskulären Systems verursacht. Als Konsequenz des nachlassenden Hörvermögens geraten viele Ältere in die soziale Isolation. Hörgeräte und moderne Behandlungsoptionen können eine Hilfe zur Linderung der schwerhörigkeitsbedingten Krankheitsfolgen darstellen und zu einer Belebung der sozialen Kontakte führen.

Ziele. Eine Bestandsaufnahme der Behandlungsoptionen für ältere Menschen mit einer mittel- und höhergradigen Schwerhörigkeit (implantierbare und nichtimplantierbare Systeme).

Methoden. Literaturrecherche und professionelle Erfahrungen.

Ergebnisse. Die modernen Behandlungsoptionen umfassen neben den konventionellen Hörgeräten auch implantierbare Hörgeräte, elektroakustische Stimulation und Cochlea-Implantate.

Schlussfolgerungen. Hörgeräte und moderne Behandlungsoptionen stellen eine effektive Möglichkeit zur Milderung der negativen Auswir-

kungen der Schwerhörigkeit im Alter für Kommunikation und soziale Teilhabe dar.

Interdisziplinäres Curriculum Geriatrie für Neueinsteiger

*Pelk, Thorsten; Reh, Meike; Iahann, Jana; Hofmann, Werner
FEK, Geriatrie, Neumünster

Ganztägige multidisziplinäre Veranstaltung mit Vorträgen und Hands-on zu folgenden Themen:

Geriatrie-Definition, Instabilität (Sturz), Immobilität (Gefahren vom Bett), Inkontinenz, intellektueller Abbau, assessmentskalen, geriatrische DRGs, aktivierende Pflege und Rolle des Care-Managements in der Geriatrie. Dargestellt und geübt werden Physiotherapie, Ergotherapie mit Lagerung, Transfer, Gangschulung und Hilfsmittelversorgung. Logopädie mit dem Schwerpunkt Schluckstörungen sowie der Arbeitsansatz des Sozialdienstes. Darüber hinaus werden wichtige Aspekte der Teambesprechung mit entsprechender Zielformulierung vermittelt. Dargestellt werden die Versorgung dementer Patienten anhand einer Spezialstation.

Aktivitäten des Arbeitskreises Gefäßerkrankungen

Ploenes, Christoph

Dominikus-Krankenhaus, Angiologie, Düsseldorf

Der Arbeitskreis besteht gegenwärtig aus 10 Mitgliedern. Seit 2003 beteiligen sich Mitglieder des AK regelmäßig mit Beiträgen anlässlich der Jahreskongresse der Gesellschaft. Der AK hat bisher 5 Veranstaltungsböcke mit Gefäßthemen federführend organisiert. Er trifft sich im Rahmen der Jahrestagungen und darüber hinaus einmal jährlich.

Mitglieder des AK haben an der Erstellung der AWMF-S3-Leitlinie PAVK mitgewirkt und sind gegenwärtig noch als Repräsentant der DGG involviert in der laufenden Erstellung der AWMF-S3-Leitlinie Carotisstenose. Zwei Projekte sind abgeschlossen und publiziert worden:

- Multizenter-Erhebung: Prävalenz pathologischer Pulsstatus bei geriatrischen Patienten
- Evidenzbasierte Empfehlungen zur Basisdiagnostik der PAVK bei geriatrischen Patienten

Weitere Projekte sind in der Planung.

Chronische Beinwunden bei geriatrischen Patienten – Ursachen und begünstigende Faktoren

Ploenes, Christoph

Dominikus-Krankenhaus, Angiologie, Düsseldorf

Das Auftreten von chronischen Beinwunden ist bei geriatrischen Patienten häufig und variiert in Abhängigkeit von Wundtyp und untersuchtem Patientenkollektiv (ca. 2–12%). Sie kommen seltener isoliert, sondern meist zusammen mit anderen Erkrankungen vor und gehen einher mit einem erheblichen Verlust an Mobilität und Unabhängigkeit, meist mit chronischen Schmerzen. Die häufigsten Ursachen sind: Stase (venöse Insuffizienz), Diabetes, PAVK und lokaler Druck (Dekubitalulcus). Oft liegen diese Ursachen kombiniert vor. Es ist zu klären, welche der Ursachen führt und welche begünstigend wirkt.

Bei atypischer Wundlokalisation oder -beschaffenheit und bei plötzlichem Auftreten auf zuvor gesunden Hautpartien ist an seltene Ursachen zu denken, vor allem an eine Vaskulitis (meist medikamenteninduziert oder paraneoplastisch). Auch eine embolische Ursache ist in Betracht zu ziehen, am häufigsten durch Cholesterinkristalle mit dem klinischen Bild einer Livedo reticularis, seltener kardial bedingt. Die Lokalisation der Wunde ist in diesen Fällen meist auf Vorfußebene oder akral.

Die bei geriatrischen Patienten typischerweise anzutreffende Konsultation mit Polymorbidität, Polypharmakotherapie und reduziertem

Ernährungsstatus spielt bei der Wundentstehung und -unterhaltung eine bedeutende Rolle, oft als *Circulus vitiosus*. So wird die Wundheilung bei Fehlernährung verzögert bis unterbunden, umgekehrt wirken sich chronische Wunden auf Stoffwechsel und Immunkompetenz aus. Es wird im Einzelnen eingegangen auf die Unterscheidung von Beinwunden aufgrund des klinischen Bildes sowie auf die Kofaktoren von Wundheilungsstörungen bei geriatrischen Patienten als Basis einer rationalen Wundtherapie.

Frailty, ein Balance-Akt – idealtypisches Fallbeispiel selbständig lebender Senioren mit funktionellem Abbau (LUCAS-abstract 2)

Pröfener, Franz
Hamburgische Pflegegesellschaft, Pflege- und Altersforschung,
Hamburg

Fragestellung. LUCAS-Teilprojekt 5 (BMBF 01ET0711) untersucht im Hausbesuch 10% randomisiert ausgewählte gebrechliche, selbständig lebende Teilnehmer (n=65) der LUCAS-Langzeitkohorte (n=3326, rekrutiert 2000/01) – u. a.: Merkmale einsetzender Gebrechlichkeit, die Reichweite/Grenzen der Mobilisierung gebrechlicher Senioren sowie Zusammenhänge gelingenden Alterns trotz funktioneller Probleme.

Methoden. Zweistündiges sozial-gerontologisches Hausbesuch-Assessment mit Performance-Tests und Empfehlungen zur Gesundheitsförderung.

Ergebnisse. Die im Hausbesuch gesehene Teilnehmerin FRAIL ist idealtypisch 80 Jahre alt, weiblich, allein lebend. Fünffach erkrankt, zumal im Muskel-Skelett- und Herzkreislaufsystem und stark medikamentös therapiert, zeigt sie sich FRAIL mit Verlangsamung und nachlassender Kraft, (noch) nicht mit ungewolltem Gewichtsverlust. In den ADL mit geringen Einschränkungen (Harnkontrolle), hat sie erste kognitive Probleme, fährt nicht mehr Fahrrad, reduziert den Aktionsradius, vermeidet schwere Einkäufe und Hausarbeiten. Im vertrauten Wohnungsumfeld indes, dank nähräumlicher Versorgung oder Infrastrukturen tragen Kompensationstechniken und familiär-nachbarschaftliche, von hauswirtschaftlicher Dienstleistung flankierte Hilferangements zur Balance bei. Diese ist u. a. gefährdet durch Defizite bei Übungsbedarf (Sturzneigung), nicht zufriedenstellende Behandlungen von Schmerzen und ungenügende Zugänglichkeit von Angeboten, die außerhäusliche Mobilität unterstützen.

Schlussfolgerungen. Selbstständig lebende Senioren mit Anzeichen von Gebrechlichkeit sind die markante Zielgruppe multidimensionaler Hausbesuch-Assessments. Diese helfen, gelingendes Altern alltagsnah zu verstehen und im Rahmen eines hausärztlich gesteuerten, Gesundheitsangebote einbeziehenden Fallmanagements die selbständige Lebensführung zu unterstützen.

Evidenzbasierte Medizin und Geriatrie – Fallbeispiele

Püllen, Rupert
Agaplesion Frankfurter Diakonie Kliniken gemeinnützige GmbH,
Frankfurt/M.

Anhand konkreter Fallbeispiele soll evidenzbasiertes Vorgehen in der Geriatrie vorgestellt werden. Dazu werden Leitlinien und Reviews auf einzelne Patienten angewandt. Der Einsatz einer TED-Anlage ist geplant. Sie ermöglicht nicht nur, das eigene Wissen zu prüfen, sondern auch ein Meinungsbild unter den Teilnehmern zu erstellen. Auf viele geriatrische Fragen gibt die Evidenzbasierte Medizin keine Antwort, so dass die Meinung und Einschätzung von Kollegen von Interesse ist.

Femurfrakturen bei Menschen mit und ohne Pflegebedarf

*Rapp, Kilian¹, Büchele, Gisela²; Becker, Clemens¹

¹Robert-Bosch-Krankenhaus, Klinik für geriatrische Rehabilitation, Stuttgart, ²Universität, Institut für Epidemiologie und Medizinische Biometrie, Ulm

Einleitung. Inzidenzraten von Femurfrakturen in der Gesamtbevölkerung sind bekannt. Es liegen aber praktisch keine Kenntnisse darüber vor, inwieweit sich Femurfrakturaten in unterschiedlichen Subgruppen wie Menschen mit oder ohne Pflegebedarf unterscheiden und wie viel die einzelnen Subgruppen zur Gesamt Krankheitslast beitragen.

Material und Methoden. In einer retrospektiven Kohortenstudie wurden von Januar 2004 bis Juni 2009 Daten von allen Versicherten über 65 Jahre der AOK Bayern erhoben (N=1,2 Mio.; N=5,3 Mio. Personenjahre). Femurfrakturen wurden über Aufnahme- und Entlassdiagnosen identifiziert. Geschlecht- und altersspezifische Inzidenzraten von Erstfrakturen wurden in folgenden 3 Subgruppen berechnet: zuhause lebende Menschen ohne Pflegebedarf (zMoP), zuhause lebende Menschen mit Pflegebedarf (zMmP); BewohnerInnen von Pflegeheimen (BvPH).

Ergebnisse. Während des Beobachtungszeitraums traten 44.000 Femurfrakturen innerhalb von 5,3 Mio. Personenjahre (PJ) auf. Die Inzidenzen nahmen bei Frauen und Männern in allen 3 Subpopulationen mit dem Alter zu. Die deutlich höchste Inzidenzrate fand sich bei BvPH (Frauen 43,1 Frakturen/1000 PJ; Männer 31,1 Frakturen/1000 PJ), gefolgt von zMmP (Frauen 34,5 Frakturen/1000 PJ; Männer 20,3 Frakturen/1000 PJ), während die Frakturrate bei zMoP relativ gering war (Frauen 6,1 Frakturen/1000 PJ; Männer 2,7 Frakturen/1000 PJ). Insbesondere in jüngeren Altersgruppen hatten Menschen mit Pflegebedarf um bis zu 10-fach höhere Frakturaten. Entsprechend trugen zMmP und BvPH mit 29,1% und 20,5% zur Gesamt Krankheitslast an Femurfrakturen bei, obwohl sie nur für 8,0% und 4,2% der Personenjahre verantwortlich waren.

Zusammenfassung. Die Inzidenzraten von Femurfrakturen unterschieden sich beträchtlich zwischen Menschen mit und ohne Pflegebedarf. In der Diskussion über Femurfrakturen müssen in Zukunft die unterschiedlichen Risiken in den unterschiedlichen Subgruppen Berücksichtigung finden.

Identifikation der Kommunikationsprobleme in der Schlaganfallversorgung aus physiotherapeutischer Perspektive

*Ratzinger, Alexander; Gövercin, Mehmet; Eckardt, Rahel; Steinhagen-Thiessen, Elisabeth

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Forschungsgruppe Geriatrie, Berlin

Der Schlaganfall stellt mit ca. 11,5% die dritthäufigste Todesursache in Deutschland dar und zählt somit zu den bedeutendsten Erkrankungen der modernen Gesellschaft. Durch den demographischen Wandel bedingt werden die vaskulären Erkrankungen weiter zunehmen. Der Bedarf an Hilfe und lebensunterstützenden Dienstleistungen in der Bevölkerungsgruppe über 65 Jahre wird damit ansteigen.

Das bestehende Gesundheitssystem ist in einzelne Versorgungssektoren gegliedert. Diese sektorale Trennung zieht Probleme der Koordination und Kommunikation nach sich. Die Versorgung in den Phasen der Rehabilitation erfolgt unter anderem durch Physiotherapeuten, die nicht selten auch koordinierende Funktionen im Versorgungsprozess übernehmen und eine hohe Anzahl an Therapiestunden mit dem Betroffenen leisten.

Um die bestehenden Probleme der sektorenübergreifenden Versorgung zu analysieren, führte die Forschungsgruppe Geriatrie der Charité eine Erhebung zur Identifikation von sektoralen und professionellen Schnittstellenproblemen aus der Perspektive von Physiotherapeuten der Region Berlin-Brandenburg per Onlinefragebogen durch. Themen der Kommunikation, der Struktur- und Prozessqualität der Versorgung sowie der Umgang mit elektronischen Diensten in der Versorgung wurden abgefragt. Mit Hilfe von Multiplikatoren in Kranken-

häusern, ambulanten Einrichtungen und Berufsverbänden erfolgte der Versand der Fragebögen per E-Mail an 1200 Physiotherapeuten.

Erste Ergebnisse zeigen, dass Entlassungsbriefe als Instrument der Sektoren übergreifenden Versorgung als nicht fehlerfrei, unvollständig und nicht widerspruchsfrei bewertet wurden, jedoch aufgrund der enthaltenen Informationen für die befragte Zielgruppe von Bedeutung sind.

Unbefriedigende Behandlungsergebnissen sehen die Befragten vorrangig in mangelnder Kommunikation zwischen einzelnen am Versorgungsprozess beteiligten Fachgruppen, fehlenden zeitlichen Ressourcen, Verzögerungen in Behandlungsabläufen und fehlenden Genehmigungen der Kostenträger begründet. Bei der Versorgung der Patienten im Übergang in einen anderen Sektor gibt es Probleme bei der Entlassung vom stationären und rehabilitativen Bereich in den ambulanten Bereich.

Rheumatoide Arthritis (RA) im höheren Lebensalter ("late onset rheumatoid arthritis", LORA)

Reinhold-Keller, Eva

Internistisch-Rheumatologische Praxis, Hamburg

Etwa 1% der erwachsenen Bevölkerung leidet an einer RA. Eine Sonderform stellt die LORA dar mit einem Krankheitsbeginn jenseits des 60. Lebensjahres.

Im Vergleich mit RA-Patienten im jüngeren Lebensalter wird die LORA deutlich später diagnostiziert. Häufig beginnt sie mit Myalgien verbunden mit ausgeprägter Allgemeinsymptomatik, dies macht die Abgrenzung zur in der gleichen Altersgruppe auftretenden PMR oft zunächst schwierig. Eine weitere, zunächst schwierig als LORA einzuordnende Sonderform ist das RS₃-PE Syndrom ("remitting seronegative symmetric synovitis with pitting edema") mit ödematösen gelenkübergreifenden Schwellungen der Handrücken (und Fußrücken). Serologisch finden sich bei der LORA oft deutlich erhöhte Entzündungszeichen, RF bzw. CCP-AK kommen etwas seltener als bei der RA vor. Das therapeutische Vorgehen unterscheidet sich nicht wesentlich von der RA, d. h. sofortiger Beginn einer Basistherapie (DMARD), in aller Regel bei fehlenden Kontraindikationen (CAVE: eingeschränkte Nierenfunktion) mit Methotrexat. Überbrückend bis zum Wirkungseintritt ist meist Prednisolon notwendig. Entgegen der häufigen Praxis reichen oft initiale Dosen von 15–20 mg/d vollkommen aus. Bei Ineffektivität der konventionellen DMARD-Therapie sind auch bei der LORA "biologics" (in erster Linie TNF α -Blocker) indiziert. NSAR haben keinen Platz in der Behandlung der LORA aufgrund ihres hohen Nebenwirkungspotenzials, gerade im höheren Lebensalter, und der fehlenden Krankheitsmodulation. Bei der Therapie der LORA sind die häufig in dieser Altersgruppe bereits bestehenden Komorbiditäten zu berücksichtigen, andererseits erfordern diese mit per se oft schon eingeschränktem Funktionsstatus eine effektive Therapie der LORA. Bei höherer Nebenwirkungsrate der antirheumatischen Therapie im höheren Lebensalter sind engmaschige klinische und serologische Kontrollen unbedingt erforderlich und die Zusammenarbeit mit einem Rheumatologen zu empfehlen.

Neuropsychologie des Delirs – neue Erkenntnisse

Reischies, Friedel M.

Charité, Arbeitsgruppe Neuropsychologie und experimentelle Psychopathologie, Berlin

Das Delir ist wohl das häufigste psychiatrische Krankheitsbild im Alter. Es entzieht sich gegenwärtig noch – u. a. wegen der Akuität und der Probleme mit der Einwilligungsfähigkeit der Patienten – der neurowissenschaftlichen Analyse.

Neue Klassifikationsversuche gehen von einer neuropsychologisch geprägten Definition aus. (1) Die neuropsychologische Dysfunktion zeigte sich in einer eigenen Studie korreliert mit der Störung der

Bewusstheit der Umgebung – als dem pathognomonischen Merkmal des Delirs – nicht jedoch mit den weiteren psychopathologischen Merkmalen der ICD-10 Definition des Delirs. (2) Patienten mit einer späteren Amnesie für die Delirepisode erschienen in einem Lernlistentest nicht unfähig, Wörter hinzuzulernen – auch wenn sie sich später nicht an die Merkaufgabe erinnern konnten. Weitere neuropsychologischen Untersuchungen zum Delir werden vorgetragen. (3) Ziel ist es, eine neuropsychologische Analyse der Delirsymptomatik zu erstellen, die hilft, Hypothesen für die weitere neurowissenschaftliche Untersuchung des Krankheitsbildes zu ermöglichen. (4) Ein zweiter Forschungsbereich betrifft die Reversibilität kognitiver Leistungsstörungen und die Prädiktion einerseits der Reversibilität bei Delir und die ausbleibende Reversibilität der Defizite bei Demenzsyndromen. Dies ist für die klinische Problematik der Differenzierung von Delir, Demenz und der Komorbidität beider Krankheitsbilder in der Praxis äußerst relevant. Eine Studie dazu wird vorgestellt.

Psychophysische Leistungstests – Königsweg bei der Beurteilung der Fahreignung älterer Kraftfahrer?!

Richardt, Gertraud

Bremen, Deutschland

Die Gesellschaft erwartet von Teilnehmern des Straßenverkehrs Kraftfahrereignung. Ob als Fußgänger oder Kraftfahrer, psychophysische Leistungen sind Voraussetzung für die sichere Verkehrsteilnahme. Der Beitrag betrachtet das System Straßenverkehr unter dem Blickpunkt der körperlichen, geistigen und seelischen Veränderungen im Lebenslauf der Senioren.

Die Bedeutung der geläufigen Leistungstests im Rahmen einer Mobilitätsberatung wird relativiert und in den interdisziplinären Zusammenhang gestellt. Beleuchtet wird auch die Funktion und Aussagekraft der Fahrverhaltensbeobachtung.

Ergebnisse einer geriatrisch-unfallchirurgischen Pilotstudie "Outcome alterstraumatologischer Patienten mit coxaler Femurfraktur"

Riem, Sarwiga

Diakonissenkrankenhaus, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Karlsruhe

Pilotstudie mit 230 Fällen im Rahmen einer deutschen Multizentersstudie auf dem Gebiet der Versorgungsforschung. Die Hauptstudie soll den Einfluss auf die Selbständigkeit von verschiedenen Konzepten einer geriatrisch-unfallchirurgischen Kooperation untersuchen. Vorgestellt werden die Ergebnisse des ersten Teils der Pilotstudie, d. h. der kognitiv-funktionelle Status und die Realität der verschiedenen Behandlungskonzepte einschließlich Rehabilitationsbeginn innerhalb der ersten 14 postoperativen Tage. Der erste Teil der Studie beginnt ab Juni 2011. Der zweite Teil der Pilotstudie besteht aus einem Telefoninterview 120 Tage nach erfolgter Operation. Darstellung der Vorstudie mit Telefoninterviews sowie des weiteren Studienprotokolls.

Vorstellung eines sektorenübergreifenden Dokumentationsmediums zur optimierten Versorgung von Patienten mit Schluckstörungen

Rittig, Tanja

St. Vinzenz Hospital, Geriatrie, Dinslaken

In der bisher größten Prävalenzstudie zum Thema "Dysphagie in geriatrischen Einrichtungen in Deutschland" mit 1873 Patienten zeigte sich, dass etwa jeder 10. geriatrische Patient klinische Hinweise auf eine mittelschwere bis schwere Dysphagie aufweist. Bei alterstypischen Erkrankungen wie Schlaganfall, Morbus Parkinson, Demenz zeigte fast jeder 2. Patient klinische Anzeichen einer Schluckstörung. Im Rahmen sechs

torenübergreifender geriatrischer Versorgung ist eine Informationsplattform zur Dokumentation und Kommunikation wichtiger Befunde von Patienten mit Schluckstörungen notwendig.

Der Dysphagiepass als Informations- und Dokumentationsmedium soll v. a. die Versorgungsqualität am Übergang zwischen verschiedenen Versorgungsebenen verbessern. Er dient der Optimierung der multiprofessionellen, sektorenübergreifenden Betreuung von Patienten mit Hinweisen auf Dysphagie. Wichtige Items der Sarkopenie und Malnutrition werden aufgrund der Assoziationen zur Dysphagie mitgeführt. Der Dysphagiepass betrifft die Berufsgruppen Ärzte, Therapeuten, Pflegefachkräfte, Ernährungswissenschaftler in Akut- und Rehabilitationsklinik, im ambulanten Bereich und in der stationären Pflege. Patienten und Angehörige werden verantwortlich in Diagnostik, Therapie und Behandlungsziele einbezogen.

Ziele des Dysphagiepasses sind Vermeidung unnötiger Kosten und Komplikationen durch Mehrfachuntersuchungen und ungezielte Behandlungsansätze, Optimierung der Verlaufsdokumentation zur gezielten Anpassung der Interventionen an die aktuellen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen, Optimierung von Kommunikation, Kooperation, Transparenz, damit insgesamt eine Verbesserung von Lebensqualität, Autonomie und Compliance der Betroffenen.

Weiterhin stellt der Dysphagiepass ein spezifisches Instrument zur Qualitätssicherung bezogen auf Diagnostik und Therapie sowie auf Prävention von Komplikationen der Dysphagie dar.

Der geriatrische Schlaganfallpatient: klinische Daten einer geriatrischen Schlaganfalleinheit der Jahre 2007–2009

Hardt, Roland; Schmidt, Erich; *Schuchmann, Anne

Katholisches Klinikum Mainz, Akutgeriatrie u. Schlaganfalleinheit, Mainz

Hintergrund. Zunehmend sind bei der rasch anwachsenden älteren Bevölkerung in den westlichen Industrienationen alte und hochaltrige Patienten von zerebrovaskulären Ereignissen betroffen. Jedoch gibt es bisher kaum wissenschaftliche Studien speziell geriatrische Patienten betreffend. Doch gerade bei diesem Patientengut gibt es eine Vielzahl von Besonderheiten zu beachten: die Patienten sind zumeist multimorbide, d. h. die erforderlichen diagnostischen sowie therapeutischen Maßnahmen eines multiprofessionellen Teams sind aufwendiger, der Verlauf komplikationsträchtiger und somit insgesamt verlängert, das Outcome trotz intensiver Bemühungen tendenziell schlechter.

Methode. Mittels eines strukturierten Erhebungsbogens werden alle Patienten der Jahre 2007–2009 unserer geriatrischer Schlaganfalleinheit mit dem Schwerpunkt auf der Darstellung des klinischen Verlaufs ihres Krankenhausaufenthalts aufgearbeitet. Die Zwischenergebnisse zeigen im Vergleich zu nichtgeriatrischen Stroke-Units schwerer ausgeprägte initiale Symptome des Schlaganfalls, was zusammen mit den multiplen Komorbiditäten eine erhöhte Rate an Komplikationen im klinischen Verlauf mit sich bringt. Hervorzuheben ist hier besonders die Häufung von durch Dysphagie ausgelösten Pneumonien sowie die im Trend erkennbare hohe Anzahl an meist schon bei Eintreffen des Patienten bestehenden kardialen Dekompensationen. Hierdurch erhöht sich insgesamt sowohl die Liegedauer im Bereich der Schlaganfalleinheit sowie die Gesamtliegedauer.

Ziel. Die Arbeit soll herausfinden, welche Strukturen einer Stroke-Unit für die speziellen Bedürfnisse des geriatrischen Schlaganfallpatienten wesentlich sind (Risikoerfassung). Die Bedeutung des frühzeitigen Einsatzes jedes Mitglieds des multiprofessionellen Teams lässt sich schon jetzt erkennen. Weitere organisatorische und strukturelle Verbesserungen werden angeregt (Problemlösung).

Mobilitätsstörungen

Sgries, Bernd

Klinikum Itzehoe, Geriatrie, Itzehoe

Mobilitätsstörungen sind eines der zentralen Themen in der Geriatrie, allein 3 Bausteine des sog. geriatrischen Basis-Assessments erfassen Veränderungen der Mobilität. Immobilität gehört zu den geriatrischen "I"s. Sturzpatienten stellen in allen geriatrischen Kliniken einen hohen Anteil am Patientengut. Spätestens nach traumatologischer Versorgung entstandener Sturzverletzungen sollte die geriatrische Behandlung bei diesen Patienten einsetzen. Neben einer genauen Abklärung der Sturzursache ist eine individuell ausgerichtete Rehabilitation von entscheidender Bedeutung für den langfristigen Behandlungserfolg und eine erfolgreiche Sturzprophylaxe. Dabei ist das soziale Umfeld unbedingt in der Behandlungsplanung zu berücksichtigen. Obwohl ein Sturz oft Anlass für eine Umsiedlung ins Pflegeheim ist, löst dies die Problematik nur bedingt.

Sarkopenie und Frailty: Geschwisterpaare

Sieber, Cornel

Universität, Medizinische Klinik 2, Erlangen

Im letzten Jahr fanden mehrere internationale Konsensus-Sitzungen mit dem Ziele statt, den Begriff "Sarkopenie" klar zu definieren. Als Quintessenz all dieser Bestrebungen ergibt sich, dass Sarkopenie die Kombination einer über das normale Altern hinaus bestehenden Abnahme der Muskelmasse in Kombination mit einer Abnahme der Muskelfunktion und/oder -kraft ist.

Hieraus ergeben sich auch die Möglichkeiten prophylaktischen Handelns im Bereiche der physischen "Frailty" – respektive deren klinischen Phänotypus – der Sarkopenie. Zuerst gilt es, durch regelmäßiges körperliches Training den Muskelabbau zu minimieren ("resistance" oder "power training"). Hier sei aber betont, dass die Muskelmasse nicht mit der Muskelkraft gleichzusetzen ist. Dass dies sowohl für ältere zu Hause lebende, wie auch Menschen, die in Langzeitpflegestrukturen leben, funktioniert, wurde mehrfach gezeigt. Unabhängig davon – und das Ausmaß der möglichen körperlichen Aktivität ist bei (hoch)betagten Menschen ja häufig limitiert – bedarf es einer quantitativ und qualitativ suffizienten Ernährung.

Auch der ältere Mensch kann mit einer ausgewogenen eiweißreichen Ernährung Muskelmasse vergleichbar zu jüngeren Menschen aufbauen. Spezifika sind, dass er dies aber nur vermag, wenn die Eiweiße über den Tag verteilt eingenommen werden. Dies bedeutet, dass bei einem Eiweißbedarf von sicher 1,0 – je nach Gesundheitszustand aber auch 1,5 g – pro Kilogramm Körpergewicht pro Tag dies über mehrere Mahlzeiten verteilt werden muss (jeweils etwas ein Drittel zum Frühstück, Mittag- und Abendessen). Diese Zahlen sind höher, als noch häufig angegeben werden (0,8 g pro Kilogramm Körpergewicht und Tag), die aber nur für gesunde ältere Menschen gelten, was meist nicht dem klinischen Alltag entspricht. Wenn dies nicht möglich ist, helfen proteinreiche Supplemente zwischen den Mahlzeiten. Weiter scheinen vorab verzweigkettige Aminosäuren den anabolen Effekt speziell zu fördern (z. B. Leuzin). Eine genügende Vitamin-D-Versorgung ist zusätzlich essenziell.

Die positiven Effekte einer regelmäßigen körperlichen Aktivität und einer kalorisch und inhaltlich ausgewogenen Ernährung addieren sich. Insgesamt kann mit auf den Betagten adaptierten Präventions- und Therapiestrategien und damit der Verminderung einer Sarkopenie die Funktionalität erhalten werden. So bestätigt sich die Aussage: Sarkopenie und Frailty sind Geschwisterpaare.

Sturzprävention bei älteren Menschen im Setting der Hausarztpraxis – die Intervention (Pre-Falls NCT01032252)

*Siegrist, Monika¹; Freiburger, Ellen²

¹Technische Universität, Lehrstuhl für Präventive und Rehabilitative Sportmedizin, München, ²Universität, Institut für Sportwissenschaft und Sport, Erlangen

Es gibt inzwischen zahlreiche Studien über die Wirkung von spezifischen und unspezifischen Bewegungsinterventionen bei selbständig lebenden älteren Menschen (Sherrington et al., 2008; Gates et al., 2008; Gillespie et al., 2009, American Geriatric Society et al., 2011). Aktuell besteht die Forderung, dass entsprechende Bewegungsprogramme die Elemente Gleichgewicht- und Krafttraining enthalten müssen. Spezifische Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Studien lauten, dass das Gleichgewichts- und Gangtraining fordernd sein soll und das Krafttraining eine progressive Steigerung enthalten muss (Sherrington et al., 2009).

Aufbauend auf diesen Forderungen wurde das 16-wöchige Bewegungsprogramm im Forschungsprojekt Pre-Falls (NCT01032252) folgendermaßen gestaltet: Hauptschwerpunkte des Sturzpräventions-Programms waren ein dynamisches Gleichgewichtstraining mit individuell dosiertem Anspruchsniveau und fortlaufender Steigerung des Schwierigkeitsgrades (Abnahme der Unterstützungsfläche) sowie einem dazugehörigen sensorischen Training (Körpererfahrung, Übungen mit offenen und geschlossenen Augen). Das Krafttraining fand mit einer progressiven Steigerung statt. Die progressive Steigerung wurde mittels des subjektiven Belastungsempfindens gesteuert. Zusätzlich zu dem 60-minütigen Trainingsprogramm sollten die TeilnehmerInnen zusätzlich ab der vierten Trainingswoche ein Heimtrainingsprogramm durchführen.

Weitere Aspekte des Sturzpräventions-Programms waren die Modifikation der Angst, Übungen im Dual-Task-Paradigma sowie die Schulung und Verbesserung der motorischen Alltagskompetenz. Die Elemente des Interventionsprogramms sowie die Ausbildung der Übungsleiter werden ausführlich im Symposium dargestellt.

Die Ernährungsversorgung in geriatrischen Krankenhausabteilungen – eine deutschlandweite Umfrage

*Smoliner, Christine¹; Volkert, Dorothee²; Sieber, Cornelia^{2,3}; Wirth, Rainer^{1,2}

¹St. Marien-Hospital-Borken GmbH, Klinik für Geriatrie, Borken, ²Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Biomedizin des Alterns, Nürnberg, ³Klinikum Nürnberg Nord, Medizinische Klinik 2, Nürnberg

Zahlreiche Studien haben in den letzten Jahren belegt, dass ältere Patienten eine besonders hohe Prävalenz der Mangelernährung von ca. 50% bei Krankenhausaufnahme aufweisen. Da die Behandlung einer Malnutrition bei älteren Patienten nachweislich das Outcome verbessert, stellt sich die Frage, inwieweit sich geriatrische Krankenhausabteilungen mit dieser wichtigen Komorbidität auseinandersetzen. Ist ein Ernährungsscreening in das geriatrische Basis-Assessment integriert? Welche Interventionsformen sind etabliert? Wird die diesbezügliche Diagnose und Therapieempfehlung im Arztbrief aufgeführt? Gibt es Mitarbeiter aus den Bereichen Diätassistenz und Ernährungswissenschaften, die im geriatrischen Therapieteam mitarbeiten? Inwieweit stellt sich die Essensversorgung des Krankenhauses auf Patienten mit Ernährungsproblemen ein? Um diesen Fragen nachzugehen, wurde Anfang 2011 von der Arbeitsgruppe Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie ein Fragebogen entwickelt und an die Chefarzte von 272 geriatrischen Krankenhausabteilungen verschickt. 36% der Befragten (99 Abteilungen) haben den ausgefüllten Bogen pseudonymisiert zurückgeschickt. Die vorliegenden Daten geben einen guten Überblick über die gegenwärtige ernährungsmedizinische Diagnostik und Therapie in geriatrischen Abteilungen in Deutschland.

Polypharmazie und Stürze

Sommeregger, Ulrike

KH Hietzing m. NZ Rosenhügel, Akutgeriatrie, Wien, Österreich

Stürze im Alter sind ominöse Ereignisse, da sie häufig den Beginn funktioneller Einbußen markieren.

Unter den zahlreichen bekannten Risikofaktoren findet sich in allen einschlägigen Studien der Faktor Polypharmazie – teilweise mit Fokussierung auf sog. „falls risk increasing drugs“ teilweise allgemein auf multiple Dauerverordnungen bezogen. Eine Reihe von Studien hat gezeigt, dass Medikamentenreduktion bzw. kritische Revision des Medikationsregimes Stürze reduzieren, aber nicht verhindern kann. Es wurde auch gezeigt, dass chronische Erkrankungen das Sturzrisiko stärker erhöhen als selbst die risikoreichsten Medikamente.

Deshalb ist es wichtig, am besseren Verständnis für jene Mechanismen weiterzuarbeiten, die zur erhöhten Empfindlichkeit geriatrischer PatientInnen gegenüber zahlreichen Medikamenten beitragen, erhöhte Wachsamkeit für Zeichen beginnender Frailty zu entwickeln und daraus praktische Konsequenzen in den angepeilten Therapiezielen und den entsprechenden Therapiestrategien abzuleiten.

Ärztliche Versorgung geriatrischer Patienten in Pflegeheimen durch geriatrische Praxisverbände und einen geriatrischen Bereitschaftsdienst – Follow-up

Standl, Albert^{1,2}

¹LMU München, Allgemeinmedizin, München, ²Universität, Allgemeinmedizin, München

Ab 1.7.2006 wurden in München geriatrische Praxisverbände und ein geriatrischer Bereitschaftsdienst gegründet. In diesen Strukturen werden seitdem 10 Pflegeheime mit insgesamt etwa 2500 Patienten von 25 Ärzten in 3 Gruppen versorgt. Die Ausgangslage war, dass die Versorgungsqualität von geriatrischen Patienten in der stationären Altenhilfe immer wieder in der Kritik stand. In diesem Versorgungsmodell konnte nach kurzer Zeit gezeigt werden, dass

1. die Einweisungen ins Krankenhaus insgesamt rückläufig waren,
2. die Gesamtverweildauer im Krankenhaus rückläufig war,
3. Einweisungen durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst rückläufig waren,
4. Einweisungen durch den Notarzt rückläufig waren und
5. ungezielte Einweisungen abgenommen haben.

In dieser Studie werden die aktuellen Daten für das Jahr 2010 vorgestellt. Nach 5 Jahren Erfahrung in dieser Versorgungsstruktur sind die Ergebnisse hinsichtlich Patientenzufriedenheit, Zufriedenheit des Pflegepersonals, der Heimträger und der beteiligten Ärzte als durchaus positiv zu bewerten.

Nutzen von Trinknahrung im Pflegeheim

Stange, Inken

Universität, Lehrstuhl für Innere Medizin – Geriatrie, Erlangen

Eine Vielzahl physiologischer und Umweltfaktoren trägt dazu bei, dass im Pflegeheim lebende Senioren einem erhöhten Risiko für Mangelernährung ausgesetzt sind. Studien bestätigen die hohe Prävalenz in Langzeitpflegeeinrichtungen und unterstreichen die Notwendigkeit entsprechender Maßnahmen um den schwerwiegenden Konsequenzen eines abfallenden Ernährungszustandes rechtzeitig entgegen zu wirken; eine reduzierte Muskelkraft und Mobilität, die bei gleichzeitigem Verlust der Selbstständigkeit zu Einbußen der Lebensqualität führen, sowie erhöhte Infektanfälligkeit, Morbidität, Krankenhauseinweisungen und Arztkontakte, die darüber hinaus mit zunehmenden Gesundheitskosten einhergehen.

Neben einer frühzeitigen Erkennung eines Risikos für Mangelernährung durch regelmäßiges Screening kommt einer rechtzeitigen Intervention ein hohes Gewicht zu. Zur Verbesserung des Ernährungszu-

standes stellt Trinknahrung eine wirkungsvolle Maßnahme dar – dies ist gut belegt, allerdings ist die Studienlage gerade im Pflegeheimbereich begrenzt und insbesondere Untersuchungen zu den Effekten einer Zusatznahrung auf die Funktionalität und Lebensqualität sind rar.

Im Rahmen einer Untersuchung in Nürnberger Pflegeheimen wurden diese Aspekte adressiert und in einer Interventionsstudie die Effekte von Trinknahrung auf den Ernährungszustand, funktionellen Status und die Lebensqualität von 87 Heimbewohnern mit Mangelernährung oder einem Risiko untersucht. In randomisiert-kontrolliertem Design erhielt die Interventionsgruppe über 12 Wochen 2-mal täglich zusätzlich eine energie- und nährstoffdichte Trinknahrung (300 kcal und 12 g Protein in 125 ml), altersgerecht in kleinem Volumen für einen erleichterten Verzehr und dadurch möglichst erhöhte Compliance, die Kontrollgruppe wurde nach Routine versorgt. Neben verschiedenen Parametern des Ernährungszustandes (Gewicht, BMI, Oberarm-/Wadenumfang, Mini Nutritional Assessment-SF) wurden durch Handkraft, Gehgeschwindigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens (ADLs) und einen demenz-spezifischen Fragebogen zur Lebensqualität auch Funktionalität und Allgemeinzustand der Bewohner erfasst und ausgewertet. Während der gesamten Studiendauer erfolgte eine enge Beobachtung der Compliance.

Die Ergebnisse der Studie liefern interessante neue Erkenntnisse zu dem Nutzen von Supplementen im Pflegeheim. Es wurde eine hohe Wirksamkeit von Trinknahrung zur signifikanten Verbesserung des Ernährungszustandes von Heimbewohnern gezeigt und insgesamt eine gute Compliance mit der kleinvolumigen energiedichten Trinknahrung festgestellt. Gleichzeitig ist in diesem Zusammenhang die hohe Relevanz einer guten Compliance deutlich geworden – nur bei Vorliegen einer solchen konnten die positiven Effekte eindrucksvoll belegt werden. Hinsichtlich funktioneller Parameter wurden keine eindeutigen Effekte erlangt, da durch hohe Anteile an Immobilität und kognitiven Beeinträchtigungen die Untersuchungen der Funktionalität maßgeblich reduziert und dadurch die Aussagekraft der Daten limitiert wurde. Bei allen Bewohnern ist im Studienverlauf ein fortschreitender Verlust der Selbstständigkeit beobachtet worden, hingegen scheinen einzelne Aspekte der Lebensqualität durch Trinknahrung möglicherweise jedoch positiv beeinflussbar zu sein. Für Pflegeheimbewohner stellen Trinknahrungen eine vielversprechende Möglichkeit dar, um dem Risiko einer Mangelernährung im Alter frühzeitig entgegenzuwirken. Eine gezielte Integration in die Praxiskonzepte des Pflegealltags ist eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg von Trinknahrung.

Bedeutung von multiresistenten Erregern in der geriatrischen Rehabilitation

Sultzer, Ralf

HELIOS Geriatriezentrum Zwenkau, Zwenkau

Multiresistente Erreger wie MRSA, ESBL, vancomycinresistente Enterokokken und multiresistente Pneumokokken stellen eine Herausforderung im klinischen Alltag dar, beeinflussen medizinischen Abläufe, Verweildauer und Outcome. Wesentliche Ursachen für deren gehäuftes Auftreten in der Geriatrie sind u. a. geriatritypische Besonderheiten wie Multimorbidität, lange stationäre Aufenthalte insbesondere auf Intensivstationen, Langzeit- und Mehrfachantibiosen, Verschieben der physiologischen Flora, chronische Wunden, verminderte spezifische Immunität und sog. Devices.

Durch einen sinnvollen Einsatz von Hygiene- und Therapiemaßnahmen während des stationären Aufenthalts können mitgebrachte bzw. nosokomiale Kolonisationen/Infektionen mit multiresistenten Erregern erkannt, minimiert und der gewünschte Behandlungserfolg und die Patientenzufriedenheit gesichert werden.

Dazu gehören u. a. standardisierte Aufnahmescreenings bei definierten Risikopatienten, die Auswahl geeigneter Hygienemaßnahmen entsprechend der individuellen Situation des Patienten und die Vermeidung unnötiger Isolation des Patienten mit der Folge einer unge-

nügenden Mobilisierung und Reduzierung von Therapiemaßnahmen, dadurch bedingtem schlechteren Outcome, schlechter Lebensqualität und psychischen Störungen.

Die Daten hinsichtlich der Kolonisation/Infektion mit multiresistenten Erregern der vergangenen Jahre einer geriatrischen Rehaklinik werden im Zusammenhang mit den Diagnosen und Nebendiagnosen (insbesondere PAVK), Antibiotikagaben, Komplikationen sowie Outcomes der Patienten aufgearbeitet. Insbesondere bei Besiedlung mit MRSA zeigt sich eine hohe Koinzidenz mit vorheriger Antibiotikatherapie, PAVK und langer Vorverweildauer.

Negativlisten als Mittel der Priorisierung

Thiem, Ulrich

Marienhospital Herne, Klinik für Altersmedizin, Herne

Hintergrund. Potenziell inadäquate Medikation (PIM) ist ein in seiner Bedeutung zunehmendes Problem für ältere Menschen, insbesondere für vulnerable Patientengruppen wie multimorbide Patienten, Demenzkranke oder Bewohner von Seniorenheimen. Eine Möglichkeit, PIM einzudämmen oder zu vermeiden, besteht in der Entwicklung von Negativlisten, die potenziell inadäquate Wirkstoffe oder Medikamente aufführen, und deren Anwendung.

Methoden. Der vorliegende Beitrag präsentiert eine Übersicht über nationale und internationale Negativlisten, deren Entwicklung und Wirksamkeit in der Anwendung.

Ergebnisse. Konsentierete Negativlisten existieren für die USA, Kanada, Frankreich und Deutschland. Keine dieser Listen wurde prospektiv auf die Wirksamkeit seiner Anwendung untersucht. Alternative Interventionen zur Verbesserung der Qualität der medikamentösen Versorgung älterer Patienten umfassen Schulungsprogramme für Ärzte, Interventionen durch Apotheker oder Pharmazeuten und multidisziplinäre Ansätze. Schulungsinterventionen auf Arzzebene sind am einfachsten umsetzbar, aber nur wenig effektiv. Interventionen durch Pharmazeuten oder teambasierte Ansätze sind vielversprechend, aber aufwendig. Limitationen der Ansätze sind: Patientenpräferenzen werden oft nicht berücksichtigt; Kosten und Nutzen der Interventionen sind unklar; nur wenige Studien wurden in Europa, keine in Deutschland durchgeführt.

Schlussfolgerung. Inwieweit das Problem der potenziell inadäquaten Medikation durch Anwendung von Negativlisten wirksam eingedämmt werden kann, ist unklar. Prospektive Studien, wie für die deutsche PRISCUS-Liste geplant, sind dringend erforderlich.

Delegationsmodelle in der Flächenversorgung: AGnES

*van den Berg, Neeltje; Hoffmann, Wolfgang

Universitätsmedizin Greifswald, Inst. für Community Medicine, Greifswald

Für die zukünftige Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung ist ein besonders effektiver Einsatz bestehender Ressourcen und die Etablierung neuer flexibler, regionalorientierter Versorgungskonzepte notwendig. Die Integration der noch immer bestehenden Sektoren ist dabei ebenso entscheidend wie die Überwindung von traditionell starren Grenzen zwischen den Professionen. Entscheidend für die Übernahme von Versorgungsaufgaben wird die Qualifikation, die aufbauend auf einer primären Ausbildung durch praxisbezogene, evidenzbasierte modulare Qualifizierungen lebenslang berufsbegleitend erworben wird. Ziel ist eine kooperative Neugestaltung der Arbeitsteilung zwischen den Gesundheitsberufen, die an Bedarf und Qualität der Behandlung orientiert ist.

Das Delegationsmodell AGnES (arztentlastende, gemeindenaher, e-healthgestützte, systemische Intervention) basiert auf der Delegation ärztlicher Hausbesuche an speziell qualifizierte Praxismitarbeiter. Ziel ist die Entlastung der Hausärzte in Regionen mit drohender oder bereits manifester hausärztlicher Unterversorgung. In sieben Modellprojekten

in vier Bundesländern wurden 11.228 Hausbesuche bei 1420 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 78,6 Jahren durchgeführt. Die Akzeptanz des Konzeptes war sehr hoch: 94% der Patienten konnten sich vorstellen, dass eine AGnES-Fachkraft Hausbesuche und speziellen Themen (z. B. Sturzprophylaxe, Telemedizin) übernimmt und der Hausarzt Hausbesuche bei dringendem medizinischem Bedarf durchführt. 90% der teilnehmenden Hausärzte hat das AGnES-Konzept als entlastend auf ihre Tätigkeiten bewertet, alle beteiligten Ärzte vertraten die Auffassung, dass die Qualität der medizinischen Versorgung innerhalb des AGnES-Konzeptes für die große Mehrheit ihrer Patienten ebenso gut war, wie ihre eigene gewesen wäre. Seit dem 1.4.2009 können Hausärzte in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Regionen Hausbesuche durch AGnES-Fachkräfte als Versorgungsleistungen abrechnen.

Telemedizinisches Betreuungskonzept für geriatrische Patienten mit einer Mangelernährung

*van den Berg, Neeltje¹; Kraft, Matthias²; Schmekel, Stefanie²; Gärtner, Simone²; Kraft, Kathleen¹; Lerch, Markus²; Hoffmann, Wolfgang¹
¹Universitätsmedizin Greifswald, Inst. für Community Medicine, Greifswald, ²Universitätsmedizin Greifswald, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin A, Greifswald

Ältere Patienten mit bestimmten Erkrankungen (z. B. andauernde Appetitlosigkeit, Übelkeit/Erbrechen, Kau- und Schluckstörungen, Diarrhoe, Ileus, Schmerzen, Tumorobstruktion des Gastrointestinaltrakts, Malabsorption/Maldigestion, Fatigue-Syndrom, Ödeme/Aszites) haben ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer klinisch relevanten Mangelernährung. Bei solchen Patienten besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit für medizinische Komplikationen, eine erhöhte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, sowie ein erhöhtes Sturzrisiko.

Für diese Patientengruppe wurde im Rahmen eines Pilotprojekts ein telemedizinisch unterstütztes, intensives Monitoring in der Häuslichkeit entwickelt, mit dem Ziel die oben genannten Parameter zu verbessern. Das Konzept besteht aus einer telemedizinischen Überwachung des Gewichts und der Compliance im Bezug auf die Einnahme hochkalorischer Trinknahrung, telefonische Kontakte mit Pflegekräften sowie Hausbesuche. Die telemedizinische Betreuung der Patienten wird durch Pflegekräfte des Integrierten Funktionsbereichs Telemedizin (IFT) durchgeführt. Der IFT gehört zur Universitätsmedizin Greifswald und ist am Institut für Community Medicine angegliedert. Die teilnehmenden Patienten der Interventionsgruppe bekommen ein telemedizinisches System, bestehend aus einer Waage und einem Telecare-Monitor. Mit dem Telecare-Monitor sollen die Patienten täglich einige Fragen beantworten, die eine Überprüfung der Compliance in Bezug auf die Einnahme der hochkalorischen Trinknahrung erlauben. Für jeden Patienten wird durch den behandelnden Arzt und/oder Ernährungswissenschaftlerin im Klinikum in Kooperation mit dem Hausarzt ein individualisiertes Interventionsschema festgelegt. Inhalte des Interventionsschemas sind z. B. Anpassung der hochkalorischen Trinknahrung, Ernährungsberatung, Empfehlungen den Hausarzt oder die Ernährungswissenschaftlerin im Klinikum aufzusuchen. Auf der Jahrestagung der DGG werden das Konzept und erste Ergebnisse des Pilotprojekts vorgestellt.

Qualitätsnetzwerk Geriatrie

van den Heuvel, Dirk
Bundesverband Geriatrie e. V., Geschäftsführung, Berlin

Die Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Gesundheitsversorgung werden von erheblicher Bedeutung sein. Vor dem Hintergrund der Bevölkerungsentwicklung wird der Bedarf an geriatrispezifischer Versorgung alter bzw. hochaltriger Patienten in den kommenden Jahren stetig zunehmen. Auf diese Herausforderung müs-

sen die fachspezifischen Versorgungsstrukturen ausgerichtet und entsprechend ausgebaut werden.

Der steigende Bedarf kann strukturell jedoch nicht ausschließlich von stationären Versorgungseinrichtungen abgefangen werden. Zudem wäre eine entsprechende Ausrichtung auch medizinisch nicht sachgerecht. Vielmehr bedarf es eines abgestuften Versorgungssystems von der hausärztlichen Versorgung bis hin zur stationären Einrichtung. Dieses System muss darüber hinaus feinmaschige Netzwerkstrukturen ausbilden, die alle Versorgungsangebote jenseits der geriatrischen Kernversorgungsfelder erfassen und diese ausgerichtet am Versorgungsbedarf des Betroffenen verknüpft.

Als versorgungspolitische Antwort auf die demografische Entwicklung bedarf es somit einer auf die individuellen Bedürfnisse des einzelnen Patienten abgestellte geriatrispezifische Versorgung, die durch eine vernetzte Behandlung innerhalb eines "Geriatrischen Versorgungsverbundes" erreicht werden kann.

Mit dem "Geriatrischen Versorgungsverbund" hat der Bundesverband Geriatrie ein entsprechendes Rahmenkonzept entwickelt. Dieses kombiniert die Vorteile einer Zentrumsstruktur mit dem Gedanken der Netzwerkbildung. Darüber hinaus trägt dieser konzeptionelle Ansatz den verschiedenen versorgungspolitischen Ansätzen in den einzelnen Bundesländern Rechnung. Dieses Konzept soll im Rahmen des Vortrags näher dargestellt und erläutert werden.

Auswirkungen der Pneumokokken-Konjugatimpfung auf die Antibiotika-Resistenz-Situation bei Pneumokokken in Deutschland

*van der Linden, M; Imöhl, M.
RWTH-Aachen, Institut für Medizinische Mikrobiologie, Aachen

Fragestellung. Streptococcus pneumoniae gehört in Deutschland bei jungen Kindern und älteren Erwachsenen zu den häufigsten Erregern von Pneumonie, Sepsis und Meningitis. Das Hauptreservoir der Pneumokokken liegt bei Kindern unter 2 Jahren, die bis zu 50% nasopharyngeal mit Pneumokokken besiedelt sind. Von diesen können die Pneumokokken auf die Großeltern übertragen werden. Im Juli 2006 wurde von der „Ständigen Impfkommission“ am Robert-Koch-Institut (RKI) für Kinder bis zum Alter von 24 Monaten eine generelle Impfeempfehlung für einen Pneumokokken-Konjugatimpfstoff ausgesprochen. Nach dieser Empfehlung wurden ein 7-valenter Konjugatimpfstoff (PCV7, bis Dezember 2009), ein 10-valenter Konjugatimpfstoff (PCV10, ab April 2009) und ein 13-valenter Konjugatimpfstoff (PCV13, ab Dezember 2009) eingesetzt. In dieser Studie zeigen wir die Effekte der verschiedenen Kinder-Konjugatimpfstoffe auf die Serotypverteilung und die Antibiotikaresistenz bei invasiven Pneumokokken-Erkrankungen (IPE) von Kindern und Erwachsenen (Herdenschutz) in Deutschland.

Material und Methoden. Während die IPE in Deutschland nicht meldepflichtig ist, sammelt das Nationale Referenzzentrum für Streptokokken in Zusammenarbeit mit dem RKI Pneumokokken-Isolate von IPE bei Kindern (seit 1997) und Erwachsenen (seit 1992). Die Serotypisierung erfolgt mittels der Neufeld'schen Quellungsreaktion. Minimale Hemmkonzentrationswerte werden nach den Kriterien der CLSI bestimmt.

Ergebnisse. Vier Jahre nach Einführung der Konjugatimpfung wurden fast keine Krankheitsfälle mehr mit PCV7-Serotypen bei Kindern unter 16 Jahren gemeldet. Fallmeldungen von nicht in PCV7 enthaltenen Serotypen stiegen allerdings an, sowohl bei den unter 2-Jährigen, den 2- bis 4-Jährigen als auch bei den 5- bis 15-Jährigen. Bei Erwachsenen verringerte sich der Anteil der PCV7-Serotypen von ca. 45% auf unter 15%. Die Makrolid-Resistenzrate bei Kindern verringerte sich von fast 30% in 2006 auf ca. 9% in 2010. Bei Erwachsenen über 65 Jahre verringerte sich der Anteil von Pneumokokken mit Makrolidresistenz von 21% in 2006 auf 7% in 2010. Für Penicillin waren die Effekte weniger stark ausgeprägt.

Diskussion. Vier Jahre nach der generellen Impfpflicht für Pneumokokken-Konjugatimpfstoffe bei Kindern sind die in PCV7 enthaltenen Serotypen bei IPE bei Kindern unter 16 Jahren nahezu verschwunden, und bei Erwachsenen sind diese Serotypen selten geworden. Da unter den PCV7-Serotypen auch die meisten antibiotikaresistenten Klone zu finden waren, hat sich gleichzeitig die Resistenzsituation bei Pneumokokken (einschließlich bei solchen von älteren Erwachsenen) stark verbessert.

Klinische Ernährung in der Geriatrie – DGEM Leitlinienaktualisierung 2011

Volkert, Dorothee

Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Biomedizin des Alterns, Nürnberg

In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) wurde von der Arbeitsgruppe Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) in den Jahren 2001 bis 2004 erstmalig die „Leitlinie Enterale Ernährung in der Geriatrie und geriatrisch-neurologischen Rehabilitation“ erarbeitet. Ziel der Leitlinie war es, den aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand über Nutzen und Risiken der Ernährungstherapie mit Trink- und Sondennahrung bei geriatrischen Patienten darzustellen und dadurch die Entscheidung für oder gegen enterale Ernährung im klinischen Alltag zu erleichtern. Die Leitlinie wurde nach den methodischen Kriterien von AWMF und ÄZQ erstellt und im Rahmen der DGEM-Leitlinien zur Enteralen Ernährung als S3-Leitlinie der AWMF anerkannt. In den darauf folgenden Jahren wurde die Leitlinie unter Schirmherrschaft der europäischen Fachgesellschaft ESPEN auf internationaler Ebene erweitert und aktualisiert und im Jahr 2006 auf europäischem Niveau publiziert. Nach gleicher Vorgehensweise wurden nachfolgend Leitlinien zur Parenteralen Ernährung erarbeitet und 2009 veröffentlicht.

Aktuell werden diese bestehenden Leitlinien in einer Initiative der DGEM zu einer Leitlinie Klinische Ernährung zusammengeführt, in der alle Möglichkeiten der klinischen Ernährungstherapie – sowohl Trinknahrung als auch Sonden- und parenterale Ernährung – gemeinsam dargestellt werden. Hier sind zahlreiche Studien sowie Aktualisierungen von Metaanalysen zum Nutzen von Trinknahrung bei verschiedenen Probandengruppen erwähnenswert, die in die Aktualisierung einfließen. Auch die intensive Diskussion zur Indikation von Sondenernährung bei Demenzpatienten in den letzten Jahren wird bei der Neubewertung der Literatur berücksichtigt werden. Bei der Bewertung der Evidenz wird neben dem Studientyp auch die Relevanz der gewählten Outcome-Parameter einbezogen. Die Fertigstellung der Leitlinie ist bis Ende des Jahres 2011 geplant.

Wenn der alte Patient an Körper und Psyche krank ist – 10 Jahre Zentrum für Ältere

Wächtler, Claus

Asklepios Klinik Nord – Ochsenzoll, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Hamburg

Das Kieler Institut für Gesundheits-Systemforschung (F. Beske 2011) hat kürzlich prognostiziert, dass bis 2050 die Bevölkerung schrumpfe, der Anteil der Älteren aber enorm ansteige (Anstieg der über 66-Jährigen von 15 auf 20 Mio.). Die Zahl der Demenzkranken wachse auf 2,2 Mio. an. Aber auch körperliche Erkrankungen würden nehmen zu. Das Gesundheitssystem ist insbesondere auf die Zunahme der psychisch und körperlich kranken älteren Patienten unzureichend vorbereitet. Eine Antwort können interdisziplinäre Versorgungsstrukturen sein. Vor dem Hintergrund sind Konzepte der Kooperation von Geriatrie und Gerontopsychiatrie aktuell.

Im damaligen Klinikum Nord entstand bereits Mitte der 1990er Jahre die Idee zu einer engeren Kooperation von Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Im Jahr 2000 wurde das „Zentrum für Ältere“ gegründet.

Die Abteilungen für Gerontopsychiatrie und Geriatrie arbeiten seitdem „unter einem Dach“ mit 2 interdisziplinären Stationen und einer interdisziplinär geführten Memory Clinic. PatientInnen, die alt und psychisch krank und zugleich manifest körperlich krank sind, werden von einem interdisziplinären Team versorgt. Die hohe interdisziplinäre Kompetenz im Behandlungsteam und die unkomplizierte kollegiale Absprache zwischen Geriater und Gerontopsychiater „auf dem Flur“ sichern eine hohe Behandlungsqualität.

Im Verlauf der Kooperation zeigte sich, dass innerhalb des „Zentrums für Ältere“ ein Modell für speziell multimorbide Demenzkranke entstanden war, dass allerdings Demenzkranke außerhalb des Zentrums weiterhin auf ungeschultes Personal und ein sie ängstigendes Milieu stoßen. Daher wurde als Weiterentwicklung das Projekt „Dementenfreundliches Krankenhaus“ beschlossen. Vor allem sollten die Mitarbeiter auch der körpermedizinischen Abteilungen der Asklepios Klinik Nord über das Krankheitsbild und insbesondere den Umgang mit schwierigen Verhaltensweisen von Demenzkranken geschult werden. Ehrenamtliche sollten die Arbeit der Professionellen unterstützen. Angehörige sollten enger in die Behandlung eingebunden werden. Eine noch engere Kooperation mit der Selbsthilfe sollte begonnen werden. Über das „Zentrum für Ältere“ und das Projekt „Dementenfreundliches Krankenhaus“ wird berichtet.

Ärztliche Versorgung im Pflegeheim

Wagner, Horst-Peter

Charité Berlin, Berlin School of Public Health Berlin, Berlin

Fragestellung. Steht die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen zurecht in der Kritik? Welche zukünftigen Versorgungsformen sind unter dem qualitativen Gesichtspunkt geriatrischer Versorgung möglich?

Methoden. Eine möglichst vollständige Analyse der verfügbaren Literatur zur heimmmedizinischen Betreuung in Deutschland mit Auswertung der Positionierung der verantwortlichen Akteure soll deren Probleme darstellen und Lösungen vereinfachen.

Ergebnisse. Indizien sprechen für mögliche Defizite in der Quantität und Qualität der haus- und fachärztlichen Betreuung der alten und multimorbiden über 700.000 Personen umfassenden Gruppe der Pflegeheimbewohner. Ursächlich werden sowohl die ausbleibende Motivation wegen der geringen Honorierung ärztlicher ambulanter Leistungen als auch die Nichtnotwendigkeit geriatrischer Aus-, Weiter- und Fortbildung bei deren Betreuung genannt. Durch § 119b SGB V sollte ein, für die speziellen Aufgaben ausgebildeter, Heimarzt möglich werden, doch auch fast 3 Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes zeigten sich keine relevanten Änderungen bei der heimmmedizinischen Betreuung. Verhandelt werden seit längerer Zeit Verträge zur medizinischen Versorgung im Pflegeheim nach § 73b/c SGB V und § 140a SGB V mit hausärztlicher Betreuung.

Schlussfolgerungen. Die Positionen der verantwortlichen Akteure der KVen und der Krankenkassen sind festgefahren, so dass die Gesetzgebung erneut gefragt sein kann. Hier ergeben sich für die klinische Geriatrie – aufgrund ihrer Kompetenz in der Versorgung des alten, multimorbiden Patientenguts – neue wichtige Betätigungsfelder.

Grenzen der Leitlinienmedizin im Alter:

Polypharmazie im Spannungsfeld von Evidenz und Empirie

Wehling, Martin

Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg, Zentrum für Gerontopharmakologie, Klinische Pharmakologie Mannheim, Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Mannheim

Ältere Patienten sind die Hauptnutzer von Arzneimitteln. Naturgemäß steigt mit der Zahl der Diagnosen bei älteren Patienten auch die Anzahl der verordneten Medikamente. Nach einer amerikanischen Studie nehmen Patienten (älter als 65 Jahre) in etwa der Hälfte der Fälle 5 und mehr Arzneimittel und in 12% der Fälle sogar mehr als 10 Arzneimittel

ein. Ein einfacher Erklärungsansatz für diese Polypharmazie besteht in der Leitlinienadhärenz der Ärzte, die ihnen ja als erstrebenswertes Ziel mit normativem Charakter überall angeraten wird: Jede Leitlinie empfiehlt etwa 3 Arzneimittel. Über 80-jährige Patienten haben im Schnitt mehr als 3 Diagnosen. Hieraus ergibt sich eine Arzneimittelzahl von 3×3 , also etwa 10 Arzneimittel pro Patient in diesem hohen Lebensalter, was leider der Realität auch entspricht. Der Hauptdenkfehler in dieser leitliniengetriebenen Polypharmazie besteht in der Tatsache, dass es aufgrund der großen Heterogenität der Hochbetagten und der mangelhaften Datenlage keine Leitlinien für dieses Alterskollektiv gibt. Was hier also zur Adhärenz und Polypharmazie führt, nämlich die leitlinienorientierte Medizin, weist eindeutige Grenzen in diesem Alterssegment auf. Daher sind auch keine Leitlinienübertretungen nötig, um zu einer rationaleren Therapie im hohen Alter zu kommen.

Als eine Folge dieser Polypharmazie rechnet man für die USA mit immerhin etwa 2,1 Mio. nebenwirkungsbedingten Krankenhauseinweisungen und 100.000 Todesfällen pro Jahr auf die damalige Bevölkerung von 265 Mio. Einwohner bezogen. Für Deutschland werden 20.000 Arzneimitteltodesfälle diskutiert.

Die Besonderheiten in der Arzneimitteltherapie des alten Patienten sollten insgesamt jedoch nicht dazu verleiten, dieser hochrelevanten Zielgruppe hoffnungsvolle medikamentöse Therapieansätze vorzuenthalten. Wichtig ist es, sich auf essenzielle Therapien zu konzentrieren und somit die Zahl der Medikamente, wenn möglich, zu vermindern. Hierzu wurde eine neuartige Bewertung von Arzneimitteln nach ihrer Alterstauglichkeit (FORTA-Klassifikation) entwickelt (A: unbedingt geben; D: unbedingt vermeiden; B: in der Regel geben, es sei denn dass Polypharmazie- oder Unverträglichkeitsgesichtspunkte dagegen sprechen; C: nur ausnahmsweise geben).

Zu Risiken und Nebenwirkungen – Medikamente in der Altersmedizin

Wehling, Martin

Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg, Zentrum für Gerontopharmakologie, Klinische Pharmakologie Mannheim, Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie, Mannheim

Die Verordnung von Arzneimitteln ist die meist praktizierte therapeutische Maßnahme. In den Industrienationen sind die älteren Menschen (>65 Jahre) die am stärksten wachsende Bevölkerungsgruppe. Die Multimorbidität älterer Patienten kann den behandelnden Arzt zu einer Polypragmasie mit kaum vorhersagbaren Wechselwirkungen zwischen den Medikamenten veranlassen. Dabei ist eine Fülle von Faktoren netzwerkartig am Zustandekommen von unerwünschten Wirkungen beteiligt, die altersbedingt zunehmen, wie Organfunktions- und Compliancestörungen. Arzneimittelinduzierte Symptome sind kein seltener Grund für Krankenhauseinweisungen in der Geriatrie. Problematischerweise können diese Symptome als neue eigenständige Erkrankungen fehlinterpretiert werden und zu einer Ausweitung der Medikation führen.

Die Nierenfunktion ist bei den meisten betagten Patienten eingeschränkt und damit hier eine regelhaft auftretende Besonderheit für den Arzneimittelstoffwechsel. Über die Cockcroft-Gault-Formel lässt sich die Nierenfunktion auch ohne aufwändige Parameter (z. B. Sammelurin) abschätzen.

Dass über die Nieren ausgeschiedene Arzneimittel bei Nierenschäden nicht oder nur eingeschränkt gegeben werden dürfen, gehört zum Grundwissen jedes Mediziners. Dass aber zahlreiche Arzneimittel selbst auch Nierenschäden hervorrufen können, die in der Folge auch für akute Vergiftungen verantwortlich sein können, wird viel zu wenig beachtet. In erster Linie sind hier Schmerz- oder Rheumamittel, sog. nichtsteroidale Antiphlogistika (NSAID), zu nennen, die gerade in Kombination mit anderen, die Nierenfunktion störenden Arzneimitteln wie ACE-Hemmern (Hochdruckmittel) zu akutem Nierenversagen führen können. Die Besonderheiten in der Arzneimitteltherapie des alten Patienten sollten insgesamt jedoch nicht dazu verleiten, die-

ser hochrelevanten Zielgruppe hoffnungsvolle medikamentöse Therapieansätze vorzuenthalten. Wichtig ist es, sich auf essenzielle Therapien zu konzentrieren und somit die Zahl der Medikamente, wenn möglich, zu vermindern. Hier wurde eine neuartige Bewertung der Arzneimittel nach Alterstauglichkeit (FORTA-Klassifikation) entwickelt (A: unbedingt geben; D: unbedingt vermeiden; B: in der Regel geben, es sei denn dass Polypharmazie- oder Unverträglichkeitsgesichtspunkte dagegen sprechen; C: nur ausnahmsweise geben).

Immunseneszenz und Impfungen im Alter

Weinberger, Birgit

Österreichische Akademie der Wissenschaften, Institut für Biomedizinische Altersforschung, Innsbruck, Österreich

Mit zunehmendem Alter kommt es zu charakteristischen Veränderungen des Immunsystems, die als Immunseneszenz bezeichnet werden. Davon betroffen sind sowohl Zellen des angeborenen als auch des adaptiven Immunsystems. Die Phagozytose und Eliminierung von Pathogenen durch neutrophile Granulozyten, Monozyten und Makrophagen ist reduziert. Auch die Präsentation von Antigenen und in der Folge die Stimulation von T-Zellen durch Monozyten/Makrophagen und dendritische Zellen ist von altersbedingten Veränderungen betroffen. Funktionelles Thymusgewebe wird mit zunehmendem Alter durch Fett ersetzt, wodurch kaum mehr naive T-Zellen gebildet werden. Auch im Knochenmark kommt es zu Veränderungen, die dazu führen, dass die Zahl neu gebildeter naiver B-Zellen abnimmt. Gleichzeitig reichern sich ausdifferenzierte Lymphozyten an. Dadurch kommt es zu Einschränkungen im T- und B-Zell-Repertoire und zu Veränderungen im Zytokinprofil.

Eine Konsequenz dieser Funktionsverluste ist eine gesteigerte Anfälligkeit älterer Personen für bestimmte Infektionen, wie z. B. Influenza, Pneumonien, Herpes Zoster, Harnwegsinfekte, Infektionen der Haut etc. Diese Erkrankungen sind bei älteren Menschen häufig auch mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität verbunden. Impfungen sind die effektivste Maßnahme um Infektionskrankheiten zu verhindern. Die Immunantwort nach Impfungen ist bei älteren Personen jedoch häufig beeinträchtigt. Für verschiedene Impfstoffe wurde gezeigt, dass die spezifischen Antikörpertiter nach der Impfung bei älteren Menschen niedriger sind als bei jungen Erwachsenen und dass die Titer außerdem schneller wieder absinken. Auch die T-Zell-Antwort nach Impfungen ist im Alter beeinträchtigt.

Um die Effektivität von Impfungen im Alter zu erhöhen können eine Reihe von Strategien, wie z. B. Anpassung der Impfkalender, Einsatz von Adjuvantien, alternative Applikationsformen etc. zum Einsatz kommen.

Erfahrungen mit dem Geriatrischen Screening Notaufnahme der AFGiB 2011

Lichti, Volker; *Wellner, Peter

Krankenhaus Agatharied, Innere Medizin/Geriatrie, Hausham

Am 21.02.2011 wurde von der AFGiB (AG zur Förderung der Geriatrie in Bayern) beschlossen, gemäß den Vorgaben des Bayerischen Fachprogramms Akutgeriatrie bereits in der Notaufnahme von Akutkrankenhäusern ein geriatrisches Screening-Instrument zu etablieren. Das Geriatrische Screening Notaufnahme (GSN) soll anhand leicht zu erfassender Parameter die Funktionsdefizite von Patienten ≥ 70 Jahre erkennen. In Anlehnung an das geriatrische Screening nach Lachs werden dabei Alter, Mobilitätseinschränkung, Pflegebedarf und geriatrische Multimorbidität erfasst und mit Punktwerten hinterlegt – der Summenscore beträgt zwischen 0 und 6 Punkte.

In unserem Krankenhaus gibt es eine große Innere Abteilung mit einer akutgeriatrischen Station. Die Patientensteuerung war bisher unbefriedigend. Es war nicht möglich, in der Notaufnahme ein praktikables geriatrisches Screening zu etablieren. Das GSN erweist sich als schnell

und einfach zu handhabendes Tool. Die ersten Erfahrungen sind positiv. Die benötigte Zeit liegt bei 1–3 min. Die Akzeptanz durch die Ärzte der Notaufnahme ist hoch.

Die Analyse der Daten von 240 Patienten über 70 Jahre, die im März 2011 in unserer Inneren Abteilung aufgenommen wurden, hat gezeigt, dass durch das GSN eine bedarfsgerechte Patientensteuerung möglich ist: Der Durchschnittsscore der >70-Jährigen, die in der Kardiologie aufgenommen wurden, lag bei 1,2, der Score in der allgemeinen Inneren Medizin und Gastroenterologie bei 2,4 und in der Akutgeriatrie bei 3,6 Punkten.

Wir untersuchen derzeit, ab welchem Score ein geriatrisches Assessment in der Notaufnahme bei uns sinnvoll und durchführbar ist und ob die Aufnahmediagnose hilfreich sein könnte. Die weitere begleitende Auswertung des Screenings soll u. a. folgende Fragen beantworten:

- Kann damit die Patientensteuerung optimiert werden?
- Welche medizinischen und ökonomischen Veränderungen ergeben sich dadurch?
- Welcher Bedarf an geriatrischen Akutbetten besteht im eigenen Krankenhaus?

Neue und alte Antikoagulantien in der Primär- und Sekundärprävention von Patienten mit Vorhofflimmern und Schlaganfall – der Versuch einer geriatrischen Einordnung

Hardt, Roland; *Wiechelt, Jascha

Katholisches Klinikum Mainz, Akutgeriatrie u. Schlaganfallereinheit, Mainz, Deutschland

In den Jahren 2011/12 erscheinen neue orale Antikoagulantien mit der Zulassungsindikation "Vorhofflimmern" zur Primär- und Sekundärprävention ischämischer Schlaganfälle: Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban. Damit zeigen sich Alternativen zur bisherigen Praxis der oralen Antikoagulation mit Vitamin-K-Antagonisten bzw. der Applikation der niedermolekularen Heparine.

Im Vortrag soll versucht werden, Neues und Altes unter der geriatrischen Sichtweise zu betrachten sowie eine Einordnung für den klinischen Alltag vorzunehmen.

Vorstellung der Arbeitsgruppe Inkontinenz der DGG

Wiedemann, Andreas

Ev. Krankenhaus Witten gGmbH, Urologie, Witten

Die Arbeitsgruppe Inkontinenz der DGG feierte 2010 nach Gründung im Jahre 2000, initiiert durch Prof. Dr. I. Füsgen, Velbert ihr "Zehnjähriges. Von Anfang an war die AG interdisziplinär mit Geriatern und Urologen besetzt. Momentan arbeiten 6 Kollegen aktiv mit.

Auftrag und Schwerpunkt der AG-Arbeit war und ist die Leitlinienerstellung. Die fertige Leitlinie "Harninkontinenz" stellt auch heute noch die einzige komplette Leitlinie zum Thema neben der der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin dar. Stationen des Leitlinienweges waren:

- Gewinn des Preises für urologische Forschung in der Geriatrie 2003
- Publikation des 1. Leitlinienteils "Therapie" (Eur J Ger Suppl 7, 2005, 1–44)
- Publikation des 2. Leitlinienteils "Diagnostik" (Eur J Ger Suppl 1, 2008, 1–20)
- Akkreditierung als ärztlicher Qualitätszirkel der Ärztekammer Westfalen-Lippe 2008
- Publikation der aktualisierten Fassung der Gesamtleitlinie (Eur J Ger Suppl 1, 2010, 1–52)

Erstmals wurden in dieser Version neben den klassischen Bereichen des Themas wie der Diagnostik, den Assessments und der invasiven und nichtinvasiven Therapie auch psychosomatische Aspekte der Harninkontinenz in den strukturierten Bewertungsprozess aufgenommen. Die aktuelle Leitlinie der DGG ist im Leitlinienregister

der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften AWMF als S2-Leitlinie unter der Register-Nummer 84-001 abrufbar (<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/084-001.html>). Für 2011 ist die Erstellung einer "Kitteltaschen-Kurzversion" der Leitlinie geplant.

Individuelle Dosierung von Trosipiumchlorid – wie sieht die Praxis aus?

Wiedemann, Andreas

Ev. Krankenhaus Witten gGmbH, Urologie, Witten

Das Ansprechen von Anticholinergika zur Therapie der OAB hängt von vielen Faktoren ab. Bei Trosipiumchlorid ist die gastrointestinale Absorption durch eine starke interindividuelle Variabilität gekennzeichnet (Schwantes 1999). In einer multizentrischen, randomisierten, doppelblinden Phase-IIIb-Studie mit über 1600 Patienten konnte der Nutzen der Möglichkeit einer Dosisanpassung für Trosipiumchlorid aufgezeigt werden (Zellner 2009, Bödeker 2010). Knapp 30% der Patienten profitierten von einer Dosiserhöhung von 45 mg/Tag (Standarddosis) auf 90 mg/Tag ohne eine erhöhte Anzahl an Studienabbrüchen (Bödeker 2010, Chapple 2009).

Zwei nichtinterventionelle Studien (NIS) mit über 8000 Patienten zeigten, dass im deutschen urologischen Praxisalltag die Dosisstufung von Trosipiumchlorid bereits Routine ist (Wiedemann 2009, Kusche 2010). So wurde nur ein Anteil von ca. 19% der Patienten mit der Standarddosierung von 45 mg/Tag behandelt. Etwa 49% der Patienten erhielten eine niedrigere, etwa 32% eine höhere Dosierung. Am häufigsten wurde 30 mg Trosipiumchlorid/Tag bei ca. 45% der Patienten eingesetzt.

Diese Erkenntnisse haben bereits Eingang in die Fachinformationen von Trosipiumchlorid gefunden. In Deutschland kann die Dosis nach Abwägung der individuellen Wirksamkeit und Verträglichkeit von 45 mg/Tag auf 30 mg/Tag gesenkt werden (Fachinformation Spasmex 15 bzw. 30 mg Filmtabletten). In Österreich ist eine Dosiserhöhung auf 60 mg/ Tag oder 90 mg/ Tag erlaubt zugestimmt (Fachinformation Inkontan 15 mg bzw. 30 mg Filmtabletten).

Entgegen der langjährigen Anwendung von "once daily"-Formulierungen, zeichnet sich nun auch für andere gängige ein Trend zur flexiblen Dosierung ab (Dmochowski 2010, Wyndaele 2011, Michel 2011).

Eine feste Dosierung erlaubt keine Anpassung den individuellen Patienten. Ziel der anticholinergen Therapie muss es deshalb sein, die optimale individuelle Dosierung für den einzelnen Patienten zu finden, die den maximalen Therapieeffekt mit tolerierbaren Nebenwirkungen verbindet.

Wohnen im Alter

Willkomm, Martin

Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck, Geriatrie, Lübeck

Im eigenen Zuhause bleiben, solange dies möglich ist! Der Großteil der Bevölkerung würde altersübergreifend diesen Satz so unterschreiben, wenn nach der jeweils individuell gewünschten Wohnsituation im höheren Lebensalter gefragt wird. Eine Planung für diesen Lebensabschnitt besteht jedoch in vielen Fällen nicht oder nur in Ansätzen. Dabei gibt es heute schon vielfältige Angebote, um das Wohnen im Alter auch bei Einschränkungen in der Selbstversorgung im selbstgewählten Umfeld zu gewährleisten. In der Systematik altersgerechten Wohnens sind die folgenden äußeren Rahmenbedingungen zu unterscheiden:

- Wohnen ohne Einschränkungen der Selbstversorgung
- Wohnen mit der Notwendigkeit einer Anpassung (Barrierefreiheit) und Beratung aufgrund von Einschränkungen der Selbstversorgung
- Gemeinschaftliches Wohnen (Wohnprojekte)
- Betreutes Wohnen und Wohnen mit Service
- Wohnen im Quartier

Innerhalb dieser Vielfalt an Wohnsituationen im Alter werden zunächst die Wohnformen im eigenen Zuhause dargestellt. Die beiden grundsätzlichen Wohnsituationen, Verbleiben im eigenen Haus/in der eigenen Wohnung oder Umzug in ein neues individuelles Zuhause werden gegenübergestellt.

Mit Eintritt einer erheblichen Einschränkung der Selbstversorgungskompetenz wird das Wohnen mit professioneller Unterstützung z. B. im Rahmen einer häuslichen Pflegegemeinschaft oder – wie heute zumeist üblich – das Wohnen im Alten- und Pflegeheim notwendig. Zu unterscheiden sind ambulante und stationäre Angebote. Nicht nur Ausstattung und Größe, sondern v. a. die einrichtungsindividuellen, oft auch regional unterschiedlich geförderten Konzepte sind höchst unterschiedlich. Der eigentliche Unterschied liegt jedoch im Einsatz und in der persönlichen Qualifikation des beteiligten professionellen Pflegepersonals. Erst deren Engagement erfüllt das gemeinsame Konzept des altersgerechten Wohnens mit Leben.

Der Schwerpunkt des Referats liegt – entsprechend dem größten Interesse der Betroffenen – in der Darstellung einer gut geplanten Wohnsituation in den eigenen vier Wänden und einer Gegenüberstellung der jeweiligen Vor- und Nachteile dieser Wohnform. Quartiersbezogene Wohnprojekte runden die Vielfalt der möglichen Wohnformen ab, wobei entgegen den Erwartungen dieser breit diskutierten „modernen Variante“ (sie ist mittlerweile schon 10–15 Jahre in der Diskussion) wirklich funktionierende altersgerechte Quartiere auch heute noch die große Ausnahme bilden.

Schließlich wird die Ghettoisierung der Älteren und Hochbetagten bei einer zu weitgehenden Anpassung örtlicher Wohnformen an einem aktuellen städtischen Beispiel vor Augen geführt. Abschließend folgt ein Blick auf unsere unmittelbaren Nachbarn in Europa und deren Bestrebungen, die Problematik zu lösen. Der Vortrag wird durch praktische Beispiele ergänzt, um so Theorie und Praxis zu verbinden. Diskutiert wird letztlich die Frage, welche eigenen Wünsche an ein selbstbestimmtes Leben im Alter bestehen.

Die Arbeitsgruppe Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie stellt sich vor

Wirth, Rainer

St. Marien-Hospital Borken, Klinik für Geriatrie, Borken

Die Arbeitsgruppe Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie ist eine Interessensgemeinschaft von Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen an der Schnittstelle von geriatrischer Krankenversorgung und Fragen der Ernährungstherapie. Neben 3 Ernährungswissenschaftlerinnen besteht die Arbeitsgruppe zur Zeit aus ca. 15 ambulant und stationär geriatrisch tätigen Ärztinnen und Ärzten aus ganz Deutschland.

Ziele unserer Arbeitsgruppe sind die wissenschaftliche Arbeit und die Förderung der Fort- und Weiterbildung im Gebiet der Ernährungsstörungen im Alter. Die Arbeitsgruppe trifft sich zur Zeit 3-mal jährlich zum Erfahrungs- und Wissensaustausch und um die laufenden Projekte zu koordinieren. Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen haben gezeigt, dass Ernährungsstörungen im Alter extrem häufig sind und diese den Verlauf von Erkrankungen sowie den Alterungsprozess ungünstig beeinflussen. Einige Untersuchungen haben bereits zeigen können, dass man den Krankheitsverlauf und die Prognose geriatrischer Patienten durch geeignete ernährungstherapeutische Maßnahmen wie z. B. die Supplementierung mit Trinknahrung verbessern kann. Vor diesem Hintergrund sehen wir unsere Ziele auch in der Initiierung und Koordinierung von Forschungsarbeiten auf diesem Gebiet.

Zu den diesbezüglichen Aktivitäten der letzten 2 Jahre zählen z. B. eine multizentrische prospektive Beobachtungsstudie zur PEG in geriatrischen Abteilungen wie auch eine deutschlandweite Umfrage zur PEG in Seniorenheimen. Aktuell arbeiten Mitglieder der AG intensiv an der Aktualisierung der S3-Leitlinie zur klinischen Ernährung in der Geriatrie und in der Neurologie und an der Auswertung einer Umfrage zur

Ernährungsversorgung in geriatrischen Krankenhausabteilungen, die von der AG initiiert und durchgeführt wurde. Weitere Projekte sind in Planung.

Die PEG beim geriatrischen Patienten – neue Daten

Wirth, Rainer

St. Marien-Hospital Borken, Klinik für Geriatrie, Borken

Die Anlage einer PEG-Sonde ist ein weltweit anerkanntes und etabliertes Verfahren. Schätzungen gehen von jährlich etwa 120.000 Neuanlagen in Deutschland aus. Heute werden die überwiegende Zahl der PEG-Sonden bei älteren Patienten gelegt. Verlässliche Daten, welche Patienten von einer Ernährung über PEG-Sonde profitieren, gibt es in diesem Zusammenhang bisher praktisch nicht. Die hohe Krankenhausmortalität von ca. 30% in früheren Studien wurde im Wesentlichen einer ungünstigen Patientenauswahl zugeschrieben. Nachdem sich diese hohe Krankenhaus-Mortalität nach PEG-Anlage sukzessive reduziert hat, findet man heute in geriatrischen Abteilungen in Deutschland eine Krankenhaussterblichkeit nach PEG-Sondenanlage um 10%, was für eine deutlich bessere Patientenselektion spricht. Bisher ging man davon aus, dass die frühe Mortalität nach PEG-Anlage praktisch ausschließlich durch die jeweils schwere Grunderkrankung geriatrischer Patienten mit Bedarf für eine künstliche Ernährung bedingt ist. Die prozedurenbedingte Sterblichkeit wird in einschlägigen Publikationen mit deutlich unter 1% angegeben. Daten einer neueren multizentrischen Beobachtungsstudie zur PEG-Anlage in geriatrischen Abteilungen in Deutschland zeigen jedoch, dass auch die prozedurenbedingte Sterblichkeit bei diesen Patienten mit mindestens 2% erheblich zur frühen Mortalität beiträgt. Weitere Forschungsaktivitäten sollten klarstellen, welche Patienten eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, von dieser Maßnahme zu profitieren und welche Patienten ein hohes Risiko für Komplikationen oder einen ungünstigen Verlauf nach PEG-Sondenanlage aufweisen. Eine hierzu kürzlich durchgeführte Analyse des GEMIDAS-Datensatzes von über 1200 Patienten mit PEG-Sondenanlage konnte leider solche Faktoren nicht identifizieren, sodass die schwierige Nutzen-Risiko-Abwägung weiterhin ausschließlich der subjektiven Einschätzung des behandelnden Arztes überlassen bleibt.

Cochlea-Implantate bei geriatrischen Patienten – Indikationen, operative Verfahren und kommunikative Rehabilitation

Zehlicke, Thorsten

Bundeswehrkrankenhaus Hamburg-Wandsbek, HNO, Hamburg, Deutschland

Hintergrund. Die Beeinträchtigung des Hörvermögens stellt eine der häufigsten Erkrankungen im höheren Erwachsenenalter dar. Rund 17% der europäischen Bürger im Erwachsenenalter beschreiben einen Grad der Höreinschränkung. Ein Drittel der über 65-Jährigen und die Hälfte der über 75-Jährigen haben eine Einschränkung der auditiven Wahrnehmung. Hierbei scheinen Männer stärker betroffen zu sein als Frauen. Die Gründe für ein nachlassendes Hörvermögen sind vielschichtig. Jedoch wird diese Erkrankung häufig von den Betroffenen nicht ausreichend realisiert.

Methode. Es existieren verschiedene Strategien um das Ausmaß der Hörstörung zu mildern, auch wenn konventionelle Hörgeräte das Sprachverständnis nicht oder nicht mehr verbessern können. Wir berichten in diesem Zusammenhang über die Möglichkeit von implantierbaren Hörgeräten (Vibrant Soundbridge und Cochlea-Implantate), ihre Indikationen, die notwendigen operativen Maßnahmen und die postoperative Nachsorge und Rehabilitation.

Ergebnisse. Implantierbare Hörgeräte können eine Hörstörung oder Schwerhörigkeit nicht heilen, sie stellen jedoch einen prothetische Ersatz des Gehörs mit zufriedenstellenden Ergebnisse dar.

Schlussfolgerung. Implantierbare Hörgeräte sind eine sichere und effektive Behandlungsoption auch für ältere Menschen mit höhergradiger Schalleitungsschwerhörigkeit und gemischter Schwerhörigkeit, wenn die konventionelle Versorgung nicht oder nicht mehr ausreicht.

Erfahrungen nach 1 Jahr Einsatz einer Arztassistentin am Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen in Hofgeismar

*Ziemer, Ralf; *Schildknecht, Nina; Vogel, Werner

Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen, Geriatrie, Hofgeismar

Problem. Sicherstellung einer hohen Arbeitsqualität bei zunehmender Schwierigkeit bei der Besetzung ärztlicher Stellen. Bei unserer Klinik handelt es sich um eine Geriatrie mit 100 stationären Betten. Täglich sind 8 bis 10 Zugänge zu versorgen.

Lösungsweg. Als übertragbare Aufgaben zur Entlastung der Ärzte wurden große Teile der Anamnese, Vorbereitung der GEMIDAS-Formulare, Anforderungen der Therapien, Bearbeitung der GDS-Bögen eingeschätzt. Nach 4 Monaten interdisziplinärer Planung wurde ab 01.10.2011 eine besonders geeignet erscheinende Gesundheits- und Krankenpflegerin aus dem geriatrischen Team ausgewählt und eingearbeitet. Die Arztassistentin arbeitet wochentags von 7 bis 15:00 Uhr. Sie nimmt morgens im ganzen Haus das geplante Blut ab. Anschließend bearbeitet sie GDS-Bögen, ergänzt Anamnesen und besorgt Vorbefunde. Beim Eintreffen der ersten Zugänge nimmt sie auch deren Blut ab, erhebt die Anamnese mit Patienten und Angehörigen und schreibt die umfangreichen Stammbblätter, deren Diagnoseblock später im Arztbrief erscheint. Sie kann 4 komplette Zugänge versorgen. Sie bespricht ihre Befunde mit dem zuständigen Stationsarzt, der dann für die körperliche Untersuchung und die Verordnungen zuständig ist.

Wir berichten über die hausinternen Entscheidungsprozesse bei der Entwicklung dieser Stelle, Finanzierung, Organisation im alltäglichen Geschäft, aufgetretene Probleme und den großen Nutzen.

Nachhaltigkeit von Trainingserfolgen bei älteren Menschen mit Demenz

*Zieschang, Tania; Schwenk, Michael; Oster, Peter; Hauer, Klaus
Bethanien Krankenhaus Heidelberg, Geriatriisches Zentrum, Heidelberg

Hintergrund. Zur motorischen Trainierbarkeit älterer Menschen mit Demenz liegen widersprüchliche Untersuchungen vor. Die Nachhaltigkeit eines spezifischen und an die Ressourcen und Defizite angepassten Trainings wurde bislang nicht untersucht.

Ziel der Studie. Untersuchung des Langzeiteffekts eines progressiven Kraft- und Balance-Trainings bei älteren Menschen mit Demenz.

Methoden. Randomisiert kontrollierte Interventionsstudie mit 3-monatiger Intervention und 12-monatiger Beobachtung. Eingeschlossen wurden 122 geriatrische Patienten mit nachgewiesener leicht- bis mittelgradiger Demenz. Verglichen wurde ein progressives funktionelles, Kraft- und Balance-Training (IG) mit unspezifischer Hockerymnastik (KG). Primäre Endpunkte waren die Maximalkraft gemessen anhand der Beinpresse und der „5-chair-rise“ als funktioneller Test. Sekundäre Endpunkte waren weitere standardisierte Untersuchungen von Kraft, Balance und Funktion.

Ergebnisse. Beide primären Endpunkte wurden signifikant durch das Training verbessert (relative Veränderung: Maximalkraft, IG: 51,46±41,47 vs. KG: -0,91±15,07, p<0,001; funktioneller Test, IG: -25,93±15,07 vs. KG: 11,32±60,39; p<0,001). Nach 12 Monaten zeigte sich ein signifikanter Unterschied nur noch für den funktionellen Test (relative Veränderung: Maximalkraft, IG: 22,57±39,20 vs. KG: 15,30±38,28; p=0,361; funktioneller Test, IG: -9,76±22,08 vs. KG: 9,68±44,78; p=0,010). Die signifikante Zunahme körperlicher Aktivität im Alltag während der Intervention wurde nicht aufrechterhalten, nach 12 Monaten bestand kein Gruppenunterschied mehr (p=0,372).

Schlussfolgerung. Ein intensives, dreimonatiges motorisches Training zeigte nach 12 Monaten bei älteren Menschen mit Demenz noch einen Effekt in funktionellen Leistungen. Der Effekt auf die Maximalkraft war jedoch nicht nachhaltig.

Der behinderte alte Mensch und die Behindertenrechtskonvention der UNO – neue Aufgaben und Perspektiven für die Geriatrie

Zippel, Christian

Ev. Krankenhaus Luckau/DVfR, Berlin

Der geriatrische Patient ist per se ein behinderter Mensch. Dies ist der Geriatrie bisher kaum bewusst, wenn die mangelnde Berücksichtigung der Behindertengesetzgebung (SGB IX) im Handeln und Gesundheitspolitik in Geriatrie und Pflege, Widerspruchsverfahren u. a. m. zugrundegelegt wird.

Mit der Behindertenrechtskonvention (BRK) von 2008 hat die UNO der Versorgung alter kranker und pflegebedürftiger Menschen neue Möglichkeiten an die Hand gegeben. Zugleich hat die BRK die Behindertenfrage in das Gesamtpaket des UN-Menschenrechtssystems eingeordnet. Deutschland hat diese Konvention ratifiziert und damit Gesetzeskraft verliehen!

Laut BRK (Art. 26, Abs. 1) hat Behindertenpolitik die Aufgabe, „behinderte Menschen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, die volle Teilhabe und Teilnahme an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren, d. h. sich den Problemen von Behinderung auch im Alter gerade bzgl. eingeschränkter Teilhabefähigkeit zu stellen, wie es auch dem Selbstverständnis der Geriatrie entspricht.

Einige Aufgaben für Gerontologie und Geriatrie sollen skizziert sein:

- optimale Nutzung vorhandener und Aufbau weiterer geriatrischer Strukturen,
- Überwindung der Trennung in Akutgeriatrien (§ 109 SGB V) u. geriatrischen Rehabilitationskliniken (§ 111 SGB V),
- Sicherung der Nachsorge nach frührehabitativer und/oder rehabilitativer geriatrischer Behandlung,
- Datensammlung zu vorliegenden Behinderungen und Behinderungsproblemen (wozu die BRK verpflichtet), d. h. die regelhafte Ermittlung bzw. Einschätzung des individuellen Rehabilitationsbedarfs,
- Ermittlung des individuell vorliegenden Ressourcenpotenzials, insbesondere zur Teilhabefähigung.
- Praktikable Ergänzung des geriatrischen Assessments um Komponenten, die eine frühzeitige Erkennung des geriatrischen Patienten erlauben (Screening?).
- Erarbeitung gesundheits- und sozialpolitischer Konzepte mittels der ermittelten Daten, (Art 31 der BRK).
- Abbau der Vollzugsdefizite hinsichtlich der Vorgaben des SGB IX,
- Zugang von Heimbewohnern zur Rehabilitation, Förderung der Rehabilitation trotz vorhandener Pflegeeinstufung,
- individuelle Versorgung mit qualitativ hochwertigen Hilfsmitteln (Art. 4 u. 20 BRK).

Industrie

Harninkontinenz im Alter: Was tun – was lassen?

Füllhase, Claudius

Klinikum LMU, Urologische Klinik und Poliklinik, München

Überaktive Blase und Inkontinenz betreffen 12,5% der Allgemeinbevölkerung und ca. 25% aller älteren Menschen in Deutschland. Die Prävalenz unter den Bewohnern in Altersheimen liegt bei über 50%. Wichtig ist es, die überaktive Blase beim Mann (OAB, „overactive bladder“) nicht mit der symptomatischen BPH (benigne Prostatahyperplasie)

gleichzusetzen, da es sich hierbei um unterschiedliche Krankheitsentitäten mit konsequenterweise unterschiedlichen therapeutischen Anforderungen handelt.

Überaktive Blase und Dranginkontinenz betreffen Männer und Frauen gleichermaßen. Als therapeutisches Mittel der ersten Wahl gelten gemäß den Leitlinien urologischer und gynäkologischer Fachgesellschaften die Antimuskarinika, die eine in zahlreichen Studien nachgewiesene gute Wirksamkeit bei der überaktiven Blase/Dranginkontinenz haben und im Allgemeinen gut vertragen werden. In großen Metaanalysen konnte belegt werden, dass sich die sechs in Deutschland zur Therapie der überaktiven Blase erhältlichen antimuskarinergen Wirkstoffe nicht in ihrer Effizienz (Wirksamkeit) unterscheiden. Erhebliche Unterschiede existieren jedoch im Nebenwirkungsprofil der jeweiligen Wirkstoffe, wobei das unterschiedliche Nebenwirkungsprofil somit das Entscheidungskriterium für den behandelnden Arzt darstellen kann, welches Antimuskarinikum er welchem Patienten empfiehlt. Aufgrund seiner biochemischen Struktur (quartäre Ammoniumverbindung) unterscheidet sich Trosipiumchlorid fundamental von den übrigen fünf Antimuskarinika, welche in Deutschland erhältlich sind: Oxybutinin, Tolterodin, Fesoterodin, Darifenacin und Solifenacin (tertiäre Amine). Aufgrund dieser biochemischen Struktur passiert Trosipiumchlorid die Blut-Hirn-Schranke nicht und wird nicht in der Leber verstoffwechselt (keine Interferenz über CYP450). Konsequenterweise weist Trosipiumchlorid im Gegensatz zu den übrigen Antimuskarinika keine zentralnervösen Nebenwirkungen und keine Arzneimittelinteraktionen auf und kann daher – gerade bei älteren Patienten – als Mittel der Wahl angesehen werden.

Harninkontinenz: Sind ältere Patienten anders?

Kirschner-Hermanns, Ruth
Universitätsklinikum, Aachen

Immer wieder zur Toilette müssen – und das oft auch nachts. So beschreiben viele der Betroffenen das Problem der überaktiven Blase. Überfallartiger, kaum oder nicht unterdrückbarer Harndrang, häufige Miktions (bei einer Trinkmenge von etwa 1,5–2 l/Tag mehr als 8-mal) tagsüber und oft auch nachts, mit und ohne Urinverlust, sind nicht nur ein medizinisches, sondern auch ein soziales sowie psychologisches Problem. Dies gilt nicht nur für die Betroffenen, sondern gleichermaßen auch für ihr soziales Umfeld. Jeder 5. Mann über 50 und jede 3. Frau über 60 Jahre leidet unter einer überaktiven Blase ("overactive bladder syndrome", OAB). Angesichts der epidemiologischen Altersentwicklung, der Zunahme von Patienten mit chronischen Erkrankungen – wie Diabetes mellitus, M. Parkinson und demenziellen Syndromen wie M. Alzheimer – wird die OAB ein immer größeres medizinisches und sozioökonomisches Problem.

Auch wenn die klassische Unterscheidung zwischen Belastungsinkontinenz, überaktiver Blase, Überlaufinkontinenz und Reflexinkontinenz bei neurogener Erkrankung auch im Alter ihre Gültigkeit behält, tritt im Alter die Drangsymptomatik der überaktiven Blase, das sog. "overactive bladder syndrome" (OAB), deutlich in den Vordergrund. Anatomische Veränderungen im Alter begünstigen das Auftreten von OAB. Untersuchungen an asymptomatischen Älteren konnten zeigen, dass mit dem Alter die Funktionsfähigkeit des Detrusors abnimmt. Dabei scheint der Initiation der Miktions eine besondere Rolle zuzukommen. Zahlreiche neue Erkenntnisse, insbesondere über die zentrale Steuerung der Speicher- und der Miktionsfunktion der Blase lassen das Bild der überaktiven Blase als wesentlich komplexer erscheinen als noch vor Jahren gedacht.

Die multifaktorielle Genese einer OAB fordert individuelle Diagnose- und Therapieansätze. Komorbiditäten wie Diabetes mellitus, demenzielle Syndrome, Medikamenteneinnahme, Trinkgewohnheiten, Einschränkung der Mobilität und Fingerfertigkeit, aber auch der individuelle Leidensdruck und die Motivation zur Mitarbeit sind wichtige Faktoren, die bei Diagnostik und Therapie berücksichtigt werden müssen. Trotz deutlich verbesserter Öffentlichkeitsarbeit in den letzten

Jahren ist Harninkontinenz noch immer tabuisiert. Insbesondere wenn Probleme einer OAB nicht mit Harnverlust einhergehen, werden sie häufig nicht zuletzt von vielen Ärzten bagatellisiert und trotz hohem individuellen Leidensdruck nicht, zu spät und oft nicht konsequent diagnostiziert und therapiert.

OAB ist zumeist eine chronische Erkrankung und bedarf nicht selten einer lebenslangen Therapie. Frühes Erkennen und frühe Behandlung sind dabei vorteilhaft. Wichtig ist das gezielte Ansprechen von Möglichkeit und Grenzen einer Therapie, damit es zu keinen falschen Erwartungen und daraus resultierenden Enttäuschungen kommt. Voraussetzung ist eine individualisierte, an den Wünschen des Patienten orientierte diagnostische Abklärung. Veränderbare Ursachen wie obstruktive Prostatavergrößerung, Prolaps (Scheiden oder Gebärmuttervorfall), atrophe Vagina etc. sollten erkannt und wenn möglich vor jeder weitergehenden Therapie beseitigt werden. Das frühzeitige Erkennen von Blasenentleerungsstörungen, Polyurie (vermehrtes Wasserlassen) oder Darmfunktionsstörungen als Ursache einer OAB verhindert überflüssige, unter Umständen sogar eine die Symptome verstärkende Therapie.

Therapeutische Säulen einer idiopathischen OAB sind:

- dem Patienten mehr Wissen über Ursachen von OAB und eigener Blasenfunktion zu vermitteln (u. a. durch sorgfältig geführtes Miktionsstagebuch),
- die Verringerung von Risikofaktoren (z. B. konsequente Diabetes-therapie, Vermeidung von Medikamenten, die eine OAB ungünstig beeinflussen, Verbesserung der Mobilität),
- Blasen- und Miktionsstraining (angepasste Trinkmenge, Beckenbodentraining, Miktions nach der Uhr),
- pharmakologische Therapie, die sowohl Alter und Komorbiditäten, wie etwa demenzielle Syndrome, aber auch individuelle Wünsche (Art und Häufigkeit der Wirkstoffaufnahme) berücksichtigt.

Immer wieder zur Toilette zu müssen... das muss nicht sein. Stattdessen Toilettengänge reduzieren und planbar machen, Inkontinenz vermeiden oder zumindest reduzieren – das gelingt, wenn der Patient interdisziplinär behandelt wird und versteht, dass er ein wichtiger Partner in der Therapie ist.

Polypharmazie bei älteren Patienten – inadäquate Medikamente

Thürmann, Petra
Philipp-Klee-Institut für Klinische Pharmakologie, Wuppertal

Die Mehrzahl der älteren Menschen leidet unter Multimorbidität und erhält hierzu eine Vielzahl verschiedener Arzneistoffe täglich, ergänzt durch frei erhältliche Wirkstoffe. Viele Arzneistoffe wirken bei älteren Menschen stärker als bei jüngeren aufgrund altersbedingter Veränderungen im Metabolismus und der Pharmakodynamik sowie eingeschränkter Reserven bezüglich der Homöostase. Dadurch steigt das Risiko für Wechselwirkungen und unerwünschte Wirkungen. Aufgrund des erhöhten Risikos für unerwünschte Arzneimittelwirkungen gelten bestimmte Arzneimittel als potenziell inadäquat für ältere Menschen (Beers 1997). Hierzu zählen insbesondere Arzneistoffe mit anticholinergen Wirkungen, wie z. B. trizyklische Antidepressiva und ZNS-gängige Spasmolytika oder Arzneistoffe, die ein erhöhtes Risiko für Stürze (z. B. langwirkende Benzodiazepine) in sich bergen. In methodischer Anlehnung an international entwickelte Listen wurde eine deutsche Liste potenziell inadäquater Medikamente (PIM) für ältere Patienten mittels Delphi-Methode erstellt (PRISCUS-Liste). Die PRISCUS-Liste mit 83 potenziell inadäquaten Arzneimitteln führt neben Therapiealternativen auch zusätzliche Medikationsempfehlungen wie Monitoring-Parameter und Dosierungsanpassungen auf, falls der Gebrauch potenziell inadäquater Medikamente nicht vermeidbar ist (Holt et al. 2010). Die PRISCUS-Liste ersetzt nicht die individuelle Nutzen-Risiko-Bewertung, sondern soll vielmehr auf besonders "problematische" Wirkstoffe bei älteren Patienten aufmerksam machen. Analysen von Kohortenstudien mit älteren Patienten zeigten, dass der

Gebrauch potenziell inadäquater Medikamente nach PRISCUS-Liste im Zusammenhang mit Polypharmazie und häufigen Arztbesuchen und einer schlechteren Lebensqualität stand. Die in drei verschiedenen Kohorten des PRISCUS-Forschungsverbundes (www.priscus.net) ermittelten PIM-Prävalenzen sind vergleichbar zu anderen europäischen Ländern (Fialová et al. 2005).

Gefördert vom BMBF, Förderkennzeichen 01ET0721.

Poster

P 01

Hand grip strength is not related to bone mineral density and not related to bone biochemical markers in women and men aged 61 years and older

*Acker, Valentin; Spira, Dominik; Heinig, Mike; Wirth, Katharina; Arnaout, Fadel; Muck, Anne; Bucholtz, Nina; Steinhagen-Thiessen, Elisabeth; Eckardt, Rahel

Charité Universitätsmedizin Berlin, Forschungsgruppe Geriatrie, Berlin

Objectives. In women aged 50 years and older hand grip strength has been reported to be associated with bone mineral density. Deoxyypyridinoline and osteocalcin are useful bone biochemical markers for the management of osteoporosis. The aim of our study was to examine the association between hand grip strength and bone mineral density (BMD) in women and men aged 61 years and older and also to examine the relation between grip strength, deoxyypyridinoline and osteocalcin.

Methods. 318 women and 185 men aged 61 years and older were recruited for participation in the Berlin Aging Study II (BASE-II). Subjects had bone mineral density measurements performed at the spine and hip using dual-energy x-ray absorptiometry. Subjects were assessed for grip strength measurements using a hand dynamometer. Blood and urine samples from 237 women and 135 men were taken to measure deoxyypyridinoline and osteocalcin.

Results. No significant correlations were observed between grip strength and BMD at the total hip ($r=0.14$, $p=0.07$ (men); $r=0.08$, $p=0.17$ (women)), at the femoral neck [$r=0.10$, $p=0.18$ (men); $r=0.08$, $p=0.18$ (women)] and at the lumbar spine [$r=0.12$, $p=0.10$ (men); $r=0.03$, $p=0.55$ (women)] in both men and women. For both men and women no significant correlations between grip strength and deoxyypyridinoline [$r=-0.14$, $p=0.12$ (men); $r=-0.06$, $p=0.40$ (women)] as well as osteocalcin [$r=-0.06$, $p=0.51$ (men); $r=-0.02$, $p=0.82$ (women)] were observed.

Conclusion. The findings diminish the confidence in using hand grip measurements in order to predict a risk for osteoporosis. Our results stand in contrast to various studies who have reported a relationship between hand grip strength and bone mineral density in older women. The present results suggest that the relationship between grip strength and BMD may be much lower than previously reported.

P 02

Primär übersehene Frakturen im geriatrischen Krankengut

Alt, Stefan

Städt. KH Eisenhüttenstadt GmbH, Geriatrie, Berlin

Einleitung. Es werden drei Kasuistiken erörtert, bei denen erst nach geriatrischem Assessment primär übersehene Frakturen diagnostiziert wurden. Dabei handelt es sich um

- eine Densfraktur in Kombination mit einer Schenkelhalsfraktur,
- eine Schenkelhalsfraktur in Kombination mit einer distalen Unterarmfraktur sowie
- eine Schambeinastfraktur.

Diskussion. Methodisch vergleichbare Angaben über Mehrfachfrakturen im Alter sind eher spärlich. Johnson et al. berichten über 10% Mehrfachfrakturen (bezogen auf die Gesamtzahl an Frakturen). Anhand unserer Erfahrungen (2 Fälle auf ca. 400 Frakturpatienten in 4 Jahren, entsprechend <0,5%) ist davon auszugehen, dass die überwiegende Mehrzahl an Mehrfachfrakturen rechtzeitig erkannt wird. Mit steigendem Alter wächst die Wahrscheinlichkeit, eine Osteoporose und damit schon bei minimalem Trauma eine bzw. mehrere Frakturen zu erleiden. Das Übersehen der hier gezeigten Beckenringfraktur dürfte am ehesten auf die schlechte radiologische Darstellbarkeit zurückzuführen sein. Weininger berichtet, dass (allerdings nur bei Polytrauma-

tisierten!), die Ganzkörper-CT die Rate übersehener Frakturen senkt, insbesondere an Becken, HWS und LWS. Für die Alterstraumatologie ist dieses Procedere aus verschiedenen Gründen jedoch nicht generell praktikabel.

Schlussfolgerungen. 1) Mit primär übersehenen Frakturen im geriatrischen Krankengut muss auch bei vorbehandelten Patienten in knapp 1% gerechnet werden, insbesondere dann, wenn heftige Schmerzen die Mobilisation behindern. 2) Ein sorgfältiges geriatrisches Assessment, hier insbesondere behutsame Mobilitäts- und Belastungstests, führt i. d. R. zur klinischen Verdachtsdiagnose, die radiologisch, ggf. CT-morphologisch, gesichert werden kann und eine adäquate Weiterbehandlung ermöglicht. 3) Daran denken erspart unnötiges Leid und Kosten!

P 03

Assessment von Harninkontinenz in geriatrischen Rehabilitationskliniken in Bayern. Retrospektive Datenanalyse aus der GiB-DAT-Datenbank des Jahres 2010

*Becher, Klaus¹; Tümena, Thomas²; Jurga-Freytag, Malgorzata^{1,3}
¹Friedrich-Alexander Universität, Institut für Biomedizin des Alterns, Nürnberg, ²GiB-DAT Datengruppe, Geriatrie-in-Bayern-Datenbank, Nürnberg, ³Krankenhäuser Nürnberger Land GmbH, Innere Medizin, Lauf a. d. Pegnitz

Hintergrund. Die Versorgungsstruktur für geriatrische Patienten sollte auch die Wahrnehmung und gegebenenfalls Behandlung der Urininkontinenz beinhalten. Urininkontinenz ist ein verbreitetes Problem mit weitreichenden Folgen für die Betroffenen. Auch in der geriatrischen Rehabilitation, nach Abschluss der akutmedizinischen Versorgung, sollte der Harninkontinenz erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Fragestellung. Welches Assessment-Instrument wird in bayerischen geriatrischen Rehabilitationskliniken routinemäßig zur Detektion der Harninkontinenz eingesetzt? Sind medikamentöse Maßnahmen möglicherweise als Auslöser oder Kofaktoren bedeutsam? Welche funktionellen Beeinträchtigungen gehen mit Harninkontinenz einher?

Methode. Die GiB-DAT-Datenbank generiert und verwaltet patientenbezogene Daten aus Kliniken in Bayern, die sich der Rehabilitation geriatrischer Patienten widmen. Aus den Datensätzen wurden die durchgeführten Assessments und Diagnosen, sowie epidemiologische Daten und Medikamentenverordnungen retrospektiv analysiert.

Ergebnisse. Es werden die Ergebnisse der Datenbankanalyse von 33.600 Datensätzen aus dem Jahr 2010 dargestellt und dabei der Einfluss von Komorbiditäten berücksichtigt.

P 04

Einfluss von kühler Raumtemperatur auf die Nervenleitgeschwindigkeit

Lindemann, Ulrich¹; Maetzler, Walter^{1,2,3}; Zscheile, Julia¹; Klenk, Jochen^{1,4}; Babor, Kai Steffen¹; *Becker, Clemens¹

¹Robert-Bosch-Krankenhaus, Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Stuttgart, ²Hertie Institut für klinische Hirnforschung, Abteilung neurodegenerative Erkrankungen, Tübingen, ³Universität Tübingen, Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen, Tübingen, ⁴Universität Ulm, Institut für Epidemiologie, Ulm

Hintergrund. Vor dem Hintergrund des globalen Klimawandels wird es zu extremen Wärme- und Kältewellen kommen. Der Zusammenhang von Kälte und motorischen und sensorischen Veränderungen wurde bisher hauptsächlich durch die Applikation von Eis untersucht. Die Untersuchung der Nervenleitgeschwindigkeit (NLG) bietet sich als Parameter an, da sie durch Kälte herabgesetzt wird und ihrerseits dann die Kraftentfaltung negativ beeinflusst. Zur Untersuchung des Einflusses von kühler Raumtemperatur auf die körperliche Leistungsfähigkeit ist das Wissen um den zeitlichen Verlauf, der durch Kälte verursachten

Veränderungen, unabdingbar. Ziel dieser Studie war daher die Untersuchung des zeitlichen Verlaufs der NLG und der Hauttemperatur (HT) bei Exposition in kühler Raumtemperatur.

Methode. Bei 20 gesunden Frauen (Durchschnittsalter 29,6 Jahre) wurde die NLG des N. peroneus communis und die HT am Unterschenkel bei 25°C Raumtemperatur und danach der zeitlichen Verlauf in einer Klimakammer bei 15°C gemessen.

Ergebnisse. Nach 15 min bei 15°C Raumtemperatur in liegender Position waren NLG und HT signifikant reduziert (NLG $p=0,002$; HT $p<0,0001$) und sanken im weiteren Verlauf weiter. Es bestand ein linearer Zusammenhang zwischen beiden Parametern ($r=0,461$).

Diskussion. Die Untersuchung zeigt, dass bereits nach einer Akklimatisationszeit von 15 min Veränderungen in der NLG und HT festgestellt werden können. Direkte Untersuchungen des Einflusses von kühler Raumtemperatur auf die körperliche Leistungsfähigkeit sollten diese Mindestzeit zur Akklimatisierung berücksichtigen.

P 05

Beratung und Verbesserung des Selbstmanagements älterer Menschen durch Aktivitätsmonitoring

Lindemann, Ulrich¹; Nicolai, Simone E.^{1,2}; Benzinger, Petra¹; Klenk, Jochen^{1,3}; *Becker, Clemens¹

¹Robert-Bosch-Krankenhaus, Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Stuttgart, ²Westpfalz-Klinikum GmbH, Institut für Anaesthesiologie und Notfallmedizin, Kaiserslautern, ³Universität Ulm, Institut für Epidemiologie, Ulm

Hintergrund. Eine der wirkungsstärksten Möglichkeiten zur Verminderung und Verhinderung von Pflegebedürftigkeit ist die Verbesserung der körperlichen Aktivität (KA), die mit vielen gesundheitsrelevanten Parametern assoziiert ist. Ziele der Studie waren die Untersuchung der Responsivität von Versicherten, bei einem Angebot zur Optimierung der KA und die Untersuchung der Akzeptanz von am Körper getragenen Geräten zur Erfassung und Rückmeldung der momentanen KA.

Methode. Eine Beratung zur KA wurde 730 Versicherten einer Krankenkasse im Alter von 70 Jahren und älter angeboten. Bei einem Hausbesuch wurden die physische Kapazität und psychosoziale Parameter durch Fragebögen erfasst. Zudem wurden die Teilnehmer gebeten, 7 Tage einen Bewegungssensor zu tragen. Nach einer Woche wurde die Nutzerzufriedenheit in Bezug auf den Bewegungssensor erhoben. Die gemessene KA wurde mit einem normativen Datensatz verglichen, woraus individuelle Empfehlungen zur Verbesserung von Ausdauer, Balance und Kraft entstanden.

Ergebnisse. Die Responserate lag insgesamt bei 13,4% ($n=98$) und die Teilnehmerate bei 11,8% ($n=86$; mittleres Alter: 79,3 Jahre; 73% Frauen; 5,8% Pflegestufe 1). Die psychosozialen Parameter zeigten ein relativ stabiles Kollektiv. Das Aufstehen vom Stuhl war bei 54 Teilnehmern (63%) selbständig auch ohne Hilfe der Hände möglich. 64 Teilnehmer (74%) konnten ohne Hilfsmittel gehen. Die mittlere kumulierte Gehzeit lag bei Frauen und Männern in allen Altersstufen unter den Werten eines repräsentativen Vergleichskollektivs. Die Akzeptanz und Nutzerzufriedenheit der Aktivitätsmessungen war sehr gut.

Diskussion. Die Ergebnisse zeigen, dass die KA dieser Gruppe von Versicherten in den meisten Fällen deutlich unter den Ergebnissen eines Vergleichskollektivs lag und eine Intervention somit lohnenswert ist. Die psychosozialen Voraussetzungen sind einer Intervention eher förderlich. Der Einsatz der in der Studie eingesetzten Aktivitätsmonitore kann empfohlen werden.

P 06

Stehen als relevante körperliche Aktivität älterer Menschen

*Benzigner, Petra¹; Becker, Clemens¹; Stähler, Anna¹; Klenk, Jochen^{1,2}; Aminian, Kamiar³; Lindemann, Ulrich¹

¹Robert-Bosch Krankenhaus, Klinik für Geriatrische Rehabilitation, Stuttgart, ²Universität Ulm, Institut für Epidemiologie, Ulm, ³Technische Hochschule Lausanne, Labor für Bewegungsanalyse und Messtechnik, Lausanne, Schweiz

Fragestellung. Bei der Betrachtung körperlicher Aktivität mit Hilfe von Sensoren wurde bislang lediglich mit Gehen verbundene Aktivität betrachtet (Schritte, Gehzeit). Durch neue Messsysteme (Accelerometer und Gyroskope) ist neben dem Gehen das Stehen messbar. Ziel dieser Untersuchung war die körperliche Aktivität unter Berücksichtigung des Gehens und Stehens. Hierbei sollte das Aktivitätsniveau von Frauen und Männern verglichen werden. Darüber hinaus sollte der Einfluss außerhäusiger Aktivität betrachtet werden.

Methoden. Insgesamt 100 unabhängig lebende ältere Menschen einer deutschen Großstadt trugen über 24 h ein am Körper befestigtes Messgerät, das mittels Accelerometer und Gyroskop sowohl Stehen als auch Gehen erkennen konnte. Im Anschluss an die Messung wurden die Teilnehmer befragt, ob sie während der Messdauer das Haus verlassen haben (Outsider/Insider). Das Gehtempo wurde über 4 m gemessen.

Ergebnisse. Insgesamt 55 Männer und 45 Frauen (Durchschnittsalter 79,3±4,9 Jahre) nahmen an der Untersuchung teil. 15 Teilnehmer (12 Frauen, 3 Männer) berichteten über keine außerhäusige Aktivitäten während der Messdauer. Die Gehdauer von Männern und Frauen war mit 106 min [±46,2 (Männer)/±53,0 (Frauen)] gleich. Frauen standen jedoch signifikant länger mit 254,6 min (±65,3) vs. 22,2 (±80,7) min bei Männern. Dabei war das Gehtempo in beiden Gruppen nicht signifikant unterschiedlich. Bei der Betrachtung der Insider vs. der Outsider zeigten sich Unterschiede in der Gehdauer mit einer um 40 min längeren Gehzeit der Outsider. Die Dauer des Stehens war hingegen in beiden Gruppen nicht signifikant unterschiedlich.

Schlussfolgerungen. Wenn sowohl das Gehen als auch das Stehen berücksichtigt werden, dann sind ältere Frauen signifikant aktiver als Männer. Dies könnte durch die geschlechterspezifische Aufgabenteilung bei der Haushaltsführung bedingt sein. Außerhäusige Aktivität beeinflusst die Gehzeit deutlich, hat jedoch keinen Einfluss auf die Dauer des Stehens.

P 07

Leitlinienkonforme Labordiagnostik bei Demenz

*Djukic, Marija¹; Franz, Almuth¹; Nau, Roland^{1,2}

¹Evangelisches Krankenhaus Weende, Geriatrie, Göttingen,

²Universitätsmedizin, Neuropathologie, Göttingen

Einleitung. Etwa 24% der über 85-Jährigen leiden an einer Demenz. Neben Alzheimer und vaskulär bedingter Demenz, gibt es ursächlich behandelbare kognitive Defizite.

Methoden. Retrospektiv wurde ein Kollektiv von 61 Patienten einer geriatrischen Klinik untersucht. Wir evaluieren, ob die in der S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) vorgeschlagene Differenzialdiagnostik vollständig umgesetzt wurde.

Ergebnisse. Alle Patienten hatten kognitive Defizite. Das Durchschnittsalter in dieser Gruppe betrug 82,5±6,7 Jahre (F/M 39/22). 35 Patienten hatten eine kranille Bildgebung (CCT oder C-MRT) erhalten. Dabei fanden sich in allen Fällen pathologische Befunde. 13 Patienten zeigten überwiegend vaskuläre Schädigungen, in 8 Fällen wurde eine Mischung aus degenerativen und vaskulären Anteilen beschrieben. Acht Patienten hatten eine alleinige globale Hirnatrophie. Darüber hinaus zeigte sich in 3 Fällen der Aspekt eines Normaldruckhydrozephaluses, sowie zwei subdurale Hämatome. Laborchemisch fand sich ein Folsäuremangel bei 30 Patienten, 7 Patienten hatten einen Vitamin-B12-Mangel. 15 Patienten litten unter einer Hyponatriämie,

15 zeigten eine Dysfunktion der Schilddrüse. Bei 6 Patienten war eine Depression eine der Begleitdiagnosen.

Zusammenfassung. In unserem Patientenkollektiv wiesen 58% aller Patienten einer geriatrischen Abteilung kognitive Defizite auf. Eine nicht unerhebliche Menge zeigte bei Aufnahme Laborveränderungen, die auf behandelbare Ursachen von Demenzsymptomen hindeuten, wobei ein Folsäuremangel am häufigsten zu finden war. Die Ergebnisse unserer Arbeit weisen darauf hin, wie wichtig die sorgfältige Demenzdiagnostik, gestützt auf die Empfehlungen der S3-Leitlinie der AWMF ist. Frühzeitige Entdeckung und Therapie kausal behandelbarer kognitiver Defizite ist auch den Hausärzten, die oft die erste Anlaufstelle der Betroffenen sind, möglich.

P 08

Candida oesophagitis as the cause of swallowing disturbances in an 85 years old patient with Myasthenia gravis

*Ebert, Sandra^{1,2}; Schweiger, Klaus-Peter³; Nau, Roland^{1,2}

¹Universitätsmedizin Göttingen, Neuropathologie, Göttingen,

²Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende, Geriatrie, Göttingen,

³Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende, Innere Medizin, Göttingen

Introduction. Myasthenia gravis is a relatively rare disease caused by antibodies against the nicotinic acetylcholin receptor or related epitopes at the motor end plate with a prevalence of approx. 100–150 per million predominantly affecting the older people. In a recent study the mean age of onset was 59 years. Prevalence and incidence were higher in the age group >50 years than <50 years, and highest at 70–79 years. Recent data indicate that MG may still be substantially underdiagnosed in very old people. Dysphagia can be the first symptom of this disease.

Case Report. An 85-year-old man had been diagnosed with Myasthenia gravis and was initially treated with prednisolone and azathioprine. After he had developed an azathioprine-induced hypersensitivity reaction, he was treated successfully with methotrexate (10 mg/week), low-dose prednisolone (0–30 mg/d) and pyridostigmine for over 10 years. With this treatment, his muscle strength was remarkably good for his age enabling him to do physical work for up to several hours per day. Without any alterations of his medication, he developed swallowing disturbances, weight loss, and a deterioration of his general physical condition. Gastroscopy revealed Candida oesophagitis. The patient received nystatin for 2 weeks, and swallowing rapidly normalized. Methotrexate was stopped, and immunosuppressive therapy was continued with prednisolone 5–10 mg/day. The patient has now remained in a good condition for over one year.

Discussion. Oesophageal candidiasis is a common complication of therapeutic or disease-related immunosuppression. Surprisingly, oesophageal candidiasis has never been reported as a consequence of long-term immunosuppression for Myasthenia gravis. Since dysphagia is a typical symptom of Myasthenia gravis, oesophageal candidiasis can be easily overlooked in such a condition. In the present case, the absence of other symptoms pointing to an aggravation of Myasthenia gravis prompted us to perform gastroscopy and to initiate an adequate therapy soon after admission. Our case illustrates that – although dysphagia is a typical symptom of Myasthenia gravis – swallowing disturbances should not be attributed hastily to this disease but may also be a complication of long-term immunosuppressive therapy. Missing the diagnosis Candida oesophagitis and increasing instead of lowering immunosuppression in the erroneous assumption of an aggravation of Myasthenia gravis in this condition may result in life-threatening complications.

P 09

Laparoskopische Cholezystektomie beim geriatrischen Patienten – Alter, Funktionalität oder andere Risikokriterien?

Hepner, Hans-Jürgen¹; Rupperecht, Holger²; *Fahr, K.²; Singler, Katrin¹
¹Klinikum Nürnberg, Medizinische Klinik 1, Nürnberg, ²Klinikum Fürth, Chirurgische Klinik 1, Fürth

Hintergrund. Der demographische Wandel führt zu einer Zunahme von geriatrischen Patienten in den Krankenhäusern aller Versorgungsstufen und stellt die moderne Chirurgie vor veränderte Herausforderungen in der Anwendung operativer Verfahren.

Ziel. Darstellung der Effektivität der laparoskopischen Cholezystektomie bei Patienten im Alter von ≥ 75 Jahren.

Methodik. Über einen Zeitraum von 40 Monaten wurden alle Patienten die an einem akademischen Lehrkrankenhaus laparoskopisch cholezystektomiert wurden systematisch erfasst. Operationsindikation, Patientenalter, sowie der ASA-Index (American Society of Anaesthesiologists) wurden erhoben. Zusätzlich wurden der postoperative Verlauf, die Komplikationsrate und ein selektives geriatrisches Assessment sowie die Komorbiditäten dokumentiert.

Ergebnisse. Insgesamt 913 Patienten konnten im Beobachtungszeitraum eingeschlossen werden. Hiervon waren 118 Patienten 75 Jahre oder älter. Der Altersdurchschnitt lag bei 79,8 Jahren. Der durchschnittliche ASA-Score betrug 2,3 Punkte. Bei 20 Patienten (17%) musste das Verfahren zu einer offenen Cholezystektomie konvertiert werden. In 13 Fällen lag ein Gallenblasengangrän vor, in zwei Fällen eine akute Blutung. Eine Revisionslaparotomie war in einem Fall (0,8%) notwendig. Zwei Patienten (1,6%) mussten wegen respiratorischer Insuffizienz intensivmedizinisch nachbehandelt werden. Kein Patient ist in der postoperativen Phase verstorben. Eine Vollmobilisation war bei fast allen Patienten am ersten postoperativen Tag möglich. Auch die globale Funktionalität der Patienten war nicht wesentlich beeinträchtigt.

Schlussfolgerung. Die laparoskopische Gallenblasenentfernung ist ein sehr risikoarmes Verfahren welches beim geriatrischen Patienten angewendet werden kann. Neben der raschen postoperativen Mobilisation bietet dieses Verfahren aufgrund der geringen Belastung den Vorteil der schnellen Rekonvaleszenz trotz vorliegender Komorbiditäten in dieser Patientengruppe. Entscheidend für die zuverlässige Einschätzung des operativen Risikos ist der auch beim geriatrischen Patienten der ASA-Score.

P 10

Qualitätsentwicklung der geriatrischen Rehabilitation in Rheinland-Pfalz

*Freidel, Klaus¹; Blaha, Hans-Jürgen²; Happ, Stefan³; Heckmann, Jochen⁴; Laabs, Hans Joachim⁵; Linck-Eleftheriadis, Sigrid¹; Nosper, Manfred¹; Schilling, Stefan⁶; Schmidt, Ralf⁷; Schoenemann, Hartmut⁸
¹MDK Rheinland-Pfalz, Alzey, ²Fachklinik Baumholder, Klinik für geriatrische Rehabilitation, Baumholder, ³BKK Landesverband Rheinland-Pfalz und Saarland, Mainz, ⁴Rehaklinik Rheingrafenstein, Geriatrische Rehabilitation, Bad Münster, ⁵AOK Rheinland-Pfalz, Eisenberg, ⁶Geriatrische Rehabilitationsklinik St. Irminen, Trier, ⁷vdK, Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Mainz, ⁸MDK Rheinland-Pfalz, Mainz

Fragestellung. Die stationäre geriatrische Rehabilitation in Rheinland-Pfalz wird durch 6 geriatrische Rehabilitationseinrichtungen gewährleistet. Diese erfassen seit 2004 rehabilitationsrelevante Daten der Rehabilitationsverläufe in Trägerschaft der gesetzlichen Krankenversicherung unter Nutzung des Datenbankprogramms EVA-Reha[®] des MDK Rheinland-Pfalz. Im vorliegenden Beitrag wird die Versorgungsqualität von 2005 bis 2010 der stationären geriatrischen Rehabilitation in Rheinland-Pfalz analysiert.

Methoden. Mit EVA-Reha[®] werden Status- und Verlaufsdaten in den 6 stationären geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen in Rheinland-Pfalz anonymisiert erfasst. Das Dokumentationssystem erfasst u. a. Stammdaten, Diagnose, Funktionsstatus, therapeutische Leistungen

nach KTL. Als zentrales Assessment erfasst der FIMTM die funktionellen Einschränkungen der Rehabilitanden und bildet durch die Messung zu Reha-Beginn und am Reha-Ende die erzielte Funktionsverbesserung ab.

Ergebnisse. Die Auswertung umfasst die Reha-Verläufe von 29.088 Patienten (70% weiblich, Altersgesamtdurchschnitt: 80,6 Jahre). In den Jahren 2005 bis 2010 verkürzte sich die Rehabilitationsdauer im Durchschnitt um einen Tag von 23,4 im Jahr 2005 auf 22,4 im Jahr 2010. Der Funktionsstatus der Rehabilitanden zu Reha-Beginn reduzierte sich von durchschnittlich 64 Punkten (FIMTM) im Jahr 2005 in stetem Verlauf auf 54 Punkte im Jahr 2011 (Median). Parallel erhöhten sich die Reha-Effekte im Prä-Post-Vergleich von durchschnittlich 21 Punkten Zugewinn im Jahr 2005 (FIMTM) auf 24 Punkte Zugewinn im Jahr 2010. Im Vergleich der Einrichtungen zeigte sich über die Jahre eine Annäherung der Reha-Effekte gemessen am Prä-Post-Unterschied im FIMTM.

Schlussfolgerungen. Mit EVA-Reha[®] konnte ein Evaluationssystem in der Rehabilitation etabliert werden, das in der Lage ist, die erzielten Erfolge eines jeden Reha-Verlaufs und das Leistungspotenzial der geriatrischen Rehabilitationseinrichtungen abzubilden. Die Auswertungen konnten zeigen, dass trotz Kostendruck die Reha-Dauer und die Ergebnisqualität relativ konstant waren. Es zeigten sich ausgeprägte Reha-Effekte in allen beteiligten Einrichtungen.

P 11

Analysen vor der Implementierung eines CPOE/CDSS bezüglich der Qualität und Sicherheit der Arzneimitteltherapie auf einer geriatrischen Station

*Frisse, Stephanie; Raczinski, Johannes-Josef; Auweiler, Lorenz; Schulz, Ralf-Joachim
Universität zu Köln, Lehrstuhl für Geriatrie, Köln

Hintergrund. Viele Multimorbide Patienten nehmen täglich fünf oder mehr Medikamente ein und erhöhen damit das Risiko für medizinische Interaktionen.

- Gemäß eines Berichtes des DIMDI (2009) können CPOEs (Computerized Physician Order Entry) kombiniert mit einem CDSS (Clinical Decision Support System) die Fehleranzahl bei der Verordnung von Arzneimitteln (AM) verringern.
- Zur Optimierung der AM-Therapiesicherheit gehört auch das fehlerfreie Bereitstellen der AM. Dieses wird durch eine patientenindividuelle Verblisterung der AM erreicht.

Ziel. Ziel der Untersuchung ist, die Sicherheit der AM-Therapie der Geriatrie des St. Marien-Hospitals in Köln zu überprüfen und ggf. mit den o. g. Instrumenten zu fördern.

Material und Methode. Es werden unangekündigt Stichproben gezogen und feste orale AM auf Verordnungssicherheit und Einhaltung der Bioverfügbarkeit untersucht. Anschließend werden 50 Patientenakten retrospektiv, hinsichtlich möglicher AM-Interaktionen, Kontraindikationen, Dosisanpassung, Beachtung von Leitlinien, Übertragungsfehlern und Arzneistoffen, die in der Priscusliste gelistet sind, untersucht und in Anlehnung an den NCC MERP-Index kategorisiert.

Zwischenergebnisse. 512 Dosetten mit 3753 festen oralen Arzneiformen werden überprüft. In 198 Fällen (ca. 5,28%) werden Fehler festgestellt, Schwerpunkte sind:

- Ungenaue Tablettenteilung (28,79%), Fehlen eines AM (26,26%), abweichende Dosis (14,15%), Übertragung (12,63%) und Einnahmezeitpunkt (5,56%).
- Die Überprüfung auf Sondengängigkeit bzw. Mörselbarkeit zeigt Probleme bei magensaftresistenten Arzneiformen (57,58%) und retardierten AM (39,39%) auf.
- Die Kurvenprüfung ergibt, dass von 638 Arzneistoffen (AS) 34 AS (5,33%) der Priscusliste zuzuordnen sind.

Fazit. Die Ergebnisse unterstützen die geplante Etablierung eines CPOE/CDSS in Kombination mit einer patientenindividuellen Verblisterung der AM.

P 12

Bedeutung von Tagesschläfrigkeit in der Akutgeriatrie

*Frohnhofen, Helmut; Heuer, Hans Christoph; Nickel, Barbara; Falkenhahn, Claudie; Willschrei, Peter
Kliniken Essen Mitte, Geriatrie, Essen

Einleitung. Tagesschläfrigkeit gilt als häufiges Phänomen in der Altersmedizin. Sie ist mit funktioneller Beeinträchtigung und erhöhter Mortalität assoziiert und hat daher für den einzelnen Patienten, aber auch für die Familie und die gesamte Gesellschaft Relevanz. Tagesschläfrigkeit muss jedoch semiquantitativ messbar sein, damit ein rationales Management möglich wird. Mit dem Essener Fragebogen Alter und Schläfrigkeit (EFAS) steht erstmals ein validiertes Messinstrument zur Erfassung von Tagesschläfrigkeit im Alter zur Verfügung. Unklar ist jedoch bisher die Assoziation von EFAS-Scores und funktionellen Parametern des geriatrischen Assessments.

Methodik. Bei zufällig ausgewählten geriatrischen Klinikpatienten wurde zusätzlich zu einem umfassenden Assessment die Tagesschläfrigkeit mit Hilfe des EFAS bestimmt und statistisch analysiert. Die Beurteiler der Tagesschläfrigkeit (i. d. R. Angehörige oder Pflegepersonen) waren über die Ergebnisse des Assessments nicht informiert. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Universität Witten-Herdecke genehmigt.

Ergebnisse. Vierundvierzig Männer (Alter: 82 ± 9 Jahre) und 115 Frauen (Alter: 82 ± 8 Jahre) wurden eingeschlossen. Die Aufnahme erfolgte wegen Demenz ($n=46$, 29%), kardiopulmonaler Erkrankungen ($n=26$, 17%) und Erkrankungen der Skelettsystems einschließlich Stürzen und operativ versorgten Frakturen ($n=87$, 54%). Moderate Tagesschläfrigkeit mit einem EFAS Score (0–12) von 1 bis 4 Punkten fand sich bei 64 (40%) Patienten und 31 (19%) Patienten hatten schwere Tagesschläfrigkeit (Score >4). Der Effekt der Tagesschläfrigkeit auf den Barthelindex zeigt die Abbildung. Es fand sich keine Korrelation zwischen TS und Hypnotikaverordnung. Patienten mit Tagesschläfrigkeit hatten eine längere Krankenhausverweildauer (EFAS 0: 22 ± 14 ; EFAS 1–4: 27 ± 17 ; EFAS >4: 36 ± 26 ; $p < 0,001$). Dreizehn Patienten lebten im Heim, 14 Patienten wurden neu ins Pflegeheim Entlassen. Elf dieser 14 Patienten (78%) hatten Tagesschläfrigkeit ($p < 0,09$).

Schlussfolgerung. Tagesschläfrigkeit ist häufig bei geriatrischen Klinikpatienten. Sie verlängert die Liegezeit ist mit einem schlechteren funktionellen Rehabilitationsergebnis assoziiert und begünstigt die Heimaufnahme. Mit dem EFAS steht jetzt das erste validierte Messinstrument für TS zur Verfügung, so dass die wichtigen weiteren Studien zum Management von TS möglich werden.

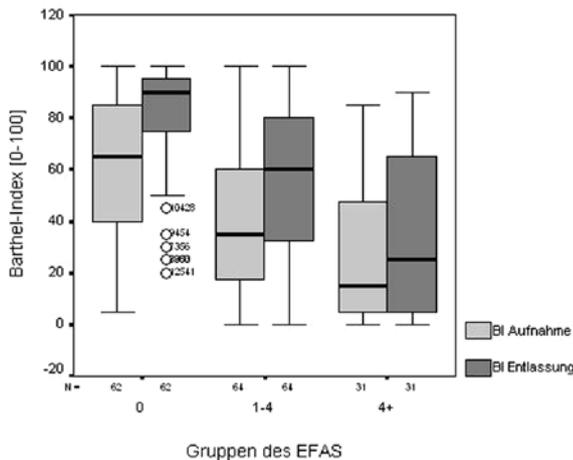


Abb. 1

P 13

Prognostische Relevanz des klinischen Globalurteils einer terminalen Lebensphase bei geriatrischen Patienten ohne Tumorerkrankung

*Frohnhofen, Helmut; Willschrei, Peter; Hagen, Olaf
Kliniken Essen Mitte, Geriatrie, Essen

Einleitung. Die Entscheidungsfindung zur Einleitung einer überwiegend palliativmedizinischen Versorgung geriatrischer Patienten ist nicht leicht. Einerseits wird hier ein erheblicher Bedarf postuliert, andererseits fehlen verlässliche Prädiktoren, die bei dieser Entscheidungsfindung helfen könnten. Wir konnten für den stationär geriatrischen Bereich zeigen, dass die klinische Urteilsbildung nach Gillick hier eine prognostische Aussage erlaubt. Für den nachstationären Bereich fehlen solche Daten.

Methodik. Wir verfolgten die Geschichte von 160 zufällig ausgewählten Patienten, die in den letzten 5 Jahren stationär in der geriatrischen Klinik behandelt wurden. Die Nachverfolgung erfolgte über eine Kontaktaufnahme mit den Hausärzten. Neben anthropometrischen und funktionellen Parameter wurde der Status erfragt.

Ergebnisse. Die Hausärzte von 170 zufällig ausgewählten Patienten wurden kontaktiert. Über 158 (93) Patienten mit einem mittleren Alter von 82 ± 8 Jahren konnten Daten eingeholt werden. Nach der klinischen Klassifikation waren 24 (15%) Patienten robust, 57 (36%) als gebrechlich, 35 (22%) als mittelschwer dement und 42 (27%) als terminal. Nach einer mittleren Nachbeobachtungszeit von 2,1 Jahren waren 127 (78%) verstorben. Die Sterblichkeit betrug für das klinisch Urteil robust 14/24 (58%), gebrechlich 46/57 (81%), mittelschwer dement 26/35 (74%) und terminal 39/42 (93%; $p < 0,001$). Die mediane Lebenszeit betrug für diese 4 Gruppen 194 Wochen (robust), 87 Wochen (gebrechlich), 150 Wochen (mittelschwer demenzkrank) und 15 Wochen (terminal; $p < 0,001$). Die Grafik zeigt die Überlebenskurven (Abb. 1).

Schlussfolgerung. Das im geriatrischen Team gefundene klinische Globalurteil erlaubt eine prognostische Aussage. Erwartungsgemäß zeigen geriatrische Patienten mit multiplen funktionellen Problemen und demenzkranke Patienten eine reduzierte Lebenserwartung. Die deutlichste Reduktion der Lebenszeit findet sich bei klinisch terminalen Patienten. Damit kommt dem klinischen und teambasierten Globalurteil eine wichtige Rolle bei der wichtigen Weichenstellung der weiteren Versorgung geriatrischer Patienten zu und hilft bei der Entscheidung zur Einleitung palliativmedizinischer Maßnahmen. Unsere Untersuchung belegt erstmals die prognostische Relevanz dieser Urteilsbildung nach den Vorschlägen von M. Gillick.

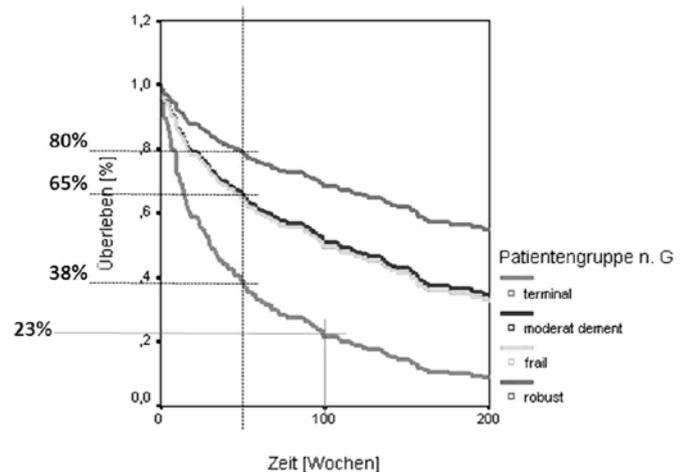


Abb. 1 Überlebenskurven

P 14

Bacterial contamination and the material of the transport vial affect the cerebrospinal fluid concentrations of β -amyloid and Tau protein determined by enzyme immunoassay

*Fronek, Kathrin¹; Lange, Peter²; Spreer, Annette²; Eiffert, Helmut³; Nau, Roland^{1,4}

¹Evangelisches Krankenhaus Göttingen-Weende, Geriatrie, Göttingen, ²Universitätsmedizin Göttingen, Neurologie, Göttingen, ³Universitätsmedizin Göttingen, Medizinische Mikrobiologie, Göttingen, ⁴Universitätsmedizin Göttingen, Neuropathologie, Göttingen

The determination of marker proteins of neuronal degeneration in cerebrospinal fluid (CSF) becomes increasingly important, but may be compromised by pre-analytic problems. We studied the influence of the material of the transport tube and of shaking at room temperature on the CSF concentrations of β -amyloid and Tau protein determined by commercially available enzyme immunoassays. The material of the transport tube moderately influence the CSF concentrations of β -amyloid and Tau protein determined by commercially available enzyme immunoassays. Polyethylene and polypropylene tubes were adequate transport vessels, whereas glass, polycarbon and polystyrol tubes caused a decrease of the CSF β -amyloid and Tau protein concentrations. The strongest impact, however, was caused by bacterial contamination of samples. Contamination with high concentrations of *Pseudomonas aeruginosa* and related species led to undetectable β -amyloid and strongly diminished Tau protein CSF concentrations. The effect of several Gram-positive bacteria was less pronounced. The addition of 0.1% sodium azide prior to bacterial contamination increased the interval at which CSF could be kept at room temperature without a substantial reduction of the β -amyloid or Tau protein concentration. In conclusion, polyethylene or polypropylene tubes are adequate vessels for the transport of CSF. Bacterial contamination during CSF sampling and portioning must be avoided. Sodium azide may be used, when the duration of CSF transport is ≤ 72 h and transport of frozen samples is not feasible.

P 15

Palliativ-geriatriischer Dienst (PGD) – ein Beratungs- und Unterstützungskonzept für Münchner Pflegeheime

*Fuchs, Christoph^{1,2}; Maragudakis, Stephanie¹; Steil, Hans¹; Raischl, Sepp¹; Wagner, Ulrike¹; Wohlleben, Ulla¹

¹Christophorus Hospizverein, München, ²Zentrum für Akutgeriatrie, und Frührehabilitation, München

Mit seinen Beratungs- und Fortbildungsangeboten geht der palliativ-geriatriische Dienst auf die Bedürfnisse und Nöte sterbender Menschen, ihrer Angehörigen, der Mitarbeiter in den Pflegeeinrichtungen und der behandelnden Ärzten ein. Dem Pflegeheimbewohner soll ein selbst bestimmtes Sterben in ihrer vertrauten Umgebung ermöglicht werden.

Schwerpunkte bilden:

- Beratung zu medizinisch-pflegerischen Fragen und Notfallplanung,
- Beratung zu ethisch-rechtlichen Fragen und Begleitung des Entscheidungsprozesses,
- Beratung zu psychosozialen Fragen,
- Unterstützung durch Ehrenamtliche,
- Fortbildung zu Hospiz- und Palliativkompetenz.

P 16

Realisierung eines geriatrischen Assessments in onkologischen Multizenterstudien: Erfahrungen aus der CLL9-Studie der Deutschen CLL-Studiengruppe (DCLLSG)

*Goede, Valentin^{1,2}; Busch, Raymonde³; Schulz, Ralf-Joachim¹; Hallek, Michael²

¹St.-Marien-Hospital Köln, Klinik für Geriatrie, Forschungszentrum für Geriatrie der Universität zu Köln, Köln, ²Uniklinik Köln, Deutsche CLL Studiengruppe (DCLLSG), Klinik für Innere Medizin, Köln, ³Technische Universität München, Institut für Medizinische Statistik und Epidemiologie (IMSE), München

Fragestellung. In der Vergangenheit waren alte Patienten in onkologischen Therapiestudien unterrepräsentiert. Inzwischen werden zunehmend speziell auf ältere Tumorpatienten zugeschnittene Studien entworfen. Im fortgeschrittenen Alter besteht eine erhebliche Heterogenität hinsichtlich Komorbidität und funktioneller Defizite, was die Interpretation der Studienergebnisse und die Vergleichbarkeit erschwert. Ein geriatrisches Assessment (GA) eignet sich zur systematischen Beschreibung dieser Variablen, ist jedoch außerhalb geriatrischer Institutionen keine klinische Routine, so dass die Implementierung in multizentrischen Studien fachfremder Disziplinen keinesfalls selbstverständlich ist.

Methoden. Hier berichten wir unsere Erfahrungen aus der CLL9-Studie der DCLLSG, eine Therapiestudie zur chronischen lymphatischen Leukämie, welche multizentrisch durchgeführt (5 Universitätskliniken, 11 nichtuniversitäre Krankenhäuser, 19 hämatologisch-onkologische Praxen) und in der erstmals ein GA mit den geriatrischen Testinstrumenten CIRS (obligat), IADL, TUG und DEMTECT (alle optional) versucht wurde.

Ergebnisse. Von 97 registrierten Studienpatienten (medianes Alter: 75 Jahre) wurde bei allen Teilnehmern der CIRS Score erhoben. IADL, TUG und DEMTECT wurden bei 73%, 62% und 55% aller Patienten erfasst. Ein komplettes GA mit allen 4 diagnostischen Elementen wurde nur bei 53% der Patienten vorgenommen, während bei 20% das GA inkomplett blieb und 27% mit Ausnahme von CIRS gar kein GA erhielten. Zwischen verschiedenen Zentrumstypen bestanden keine signifikanten Unterschiede in der Durchführungshäufigkeit ($p=0,555$).

Schlussfolgerung. Die Implementierung eines GA in multizentrisch angelegten, onkologischen Therapiestudien birgt Risiken: Fehlende Studienprotokolladhärenz entsteht v. a. durch Unvertrautheit von geriatrisch ungeschultem Personal mit Testinstrumenten sowie Ressourcenknappheit; sie ist potenziell jedoch durch Schulung und Beschränkung auf wenige einfache Testinstrumente zu überwinden.

P 17

Pneumonie im Alter – Ergebnisse des Moduls "Ambulant erworbene Pneumonie in Niedersachsen für eine geriatrische Klinik 2006–2009"

*Gogol, Manfred¹; Schmidt, D.¹; Dettmer-Flügge, A.¹; Vaske, B.²

¹Krankenhaus Lindenbrunn, Klinik für Geriatrie, Coppenbrügge, ²Medizinische Hochschule, Institut für Biometrie, Hannover

Fragestellung. Ist die Zeit zwischen Diagnosestellung und Beginn der antibiotischen Therapie bei ambulant erworbener Pneumonie ein relevanter Outcome-Faktor für geriatrische Patienten?

Methodik. Seit 2006 besteht verpflichtend eine externe Qualitätssicherung für Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie, die hier vergleichend analysiert wird.

Ergebnisse. Von 2006 bis 2009 wurden in Niedersachsen (NDS) 81.853 Patienten aus diesem Anlass behandelt, in der Klinik für Geriatrie (GER) 84. Der Anteil Männer betrug 55,3 vs. 45,2% (NDS vs. GER, $p=0,063$). Die Altersgruppen bis 79 a verteilen sich gleich, ungleich dagegen die 80–89-Jährigen (32,3 vs. 47,6%) und über 90-Jährigen (10,2 vs. 15,5%, jeweils NIE vs. GER; $p<0,001$). Der Anteil an Pflegeheim-Bewohnern differiert mit 46,8 vs. 24,3 und für Krankenhaus-/Reha-

Abteilung mit 6,2 vs. 40,5% sowie Bettlägerigkeit 47 vs. 35,1% (jeweils NIE vs. GER; $p < 0,001$). Delirium trat pneumoniebedingt/nichtpneumoniebedingt in NIE zu 24,4/75,6 und GER 9,3/90,7% ($p = 0,021$). Die Verteilung der CRB-Risikoklassen 1/2/3 war für NIE 14,9/76,9/8,2 und für GER 3,6/89,3/7,1% ($p = 0,011$). Die Verteilung der Zeitfenster für die Antibiotikatherapie (keine, bis 4, zwischen 4 und 8 sowie > 8 h) betrug für NIE 2,2/83,0/7,6/7,2 und für GER 15,4/47,4/10,3/26,9% ($p < 0,001$). Die Gesamtmortalität betrug 14,6 vs. 11,9% (NIE vs. GER; $p = 0,53$).

Zusammenfassung. Die Patienten in der Geriatrie sind älter und funktionell eingeschränkter als die des Gesamtkollektives, sie sind nach CRB-Index schwerer betroffen, sind häufiger nichtpneumoniebedingt und haben ein verlängertes Zeitintervall bis zur ersten Antibiotikagabe, ohne dass dies einen Einfluss auf die Mortalität hat. Potenzielle Limitationen in der Interpretation der Ergebnisse bestehen in der geringen Fallzahl und der Kollektivzusammensetzung.

P 18

Bilaterale heterotope Ossifikation nach bilateraler Hüftendoprothetik bei einer geriatrischen Patientin

*Gogol, Manfred; Lekkos, K.; Dettmer-Flügge, A.; Schmidt, D.

Krankenhaus Lindenbrunn, Klinik für Geriatrie, Coppenbrügge

Fallpräsentation. Wir stellen hier den Fall einer 83-jährigen Patientin vor, die zunächst rechts bei primärer Koxarthrose eine TEP erhalten hatte und 12 Tage nach Erstoperation im Krankenhaus stürzte und sich eine mediale Schenkelhalsfraktur links zuzog, die gleichfalls mit einer TEP versorgt wurde. An weiteren Erkrankungen bestand eine Osteoporose, ein Z. n. Sinterungsfraktur von BWK 12, ein Zustand nach Thyreoidektomie mit manifester Hyperthyreose factitia, ein Mammakarzinom rechts seit 4 Jahren, ein arterieller Hypertonus sowie eine rheumatoide Arthritis, die mit einer Dauertherapie mit 5 mg Decortin therapiert war. Der rehabilitative Verlauf war bis auf das Neuauftreten von Schmerzen im Bereich beider Hüftgelenke und Oberschenkel unauffällig. Radiologisch zeigten sich bilaterale Verkalkungen, die retrospektiv schon auf den Bildern wenige Tage postoperativ zu erkennen gewesen waren und sich nuklearmedizinisch durch Mehranreicherungen im Sinne von heterotopen Ossifikationen (HOs) bestätigten. Unter niedrig dosierter NSAR-Therapie kam es rasch zur Beschwerdeverbesserung. Zum Entlassungszeitpunkt war die Patientin am Rollator und UAGS gut gehfähig und ist dies auch aktuell – 18 Monate nach Erstoperation – obwohl die Röntgenaufnahme ein Stadium III-IV rechts und IV links nach Brooker zeigte.

Diskussion. Der hier beschriebene Verlauf ist nicht untypisch für das Auftreten von HO. Je nach untersuchten Kollektiv wird eine Inzidenz von bis zu 90% beschrieben. Das Stadium nach Brooker scheint nicht immer mit dem Ausmaß von funktionellen Einschränkungen zu korrelieren. Besondere Risikokollektive sind Patienten mit einer entsprechenden Anamnese, Rückenmarksschädigungen, Hemiparesen, Verbrennungsverletzungen u. a. Der Fall von bilateralen HOs bei dieser geriatrischen Patientin nach bilateraler, fast zeitgleicher Operation sind selten beschrieben und stützen die Annahme, dass neben traumatischen und neurogenen Ursachen auch endogene, evtl. genetische Faktoren ursächlich zu diskutieren sind. Die Pathogenese der HOs ist aber bis heute unklar. Prophylaktisch wie therapeutisch wird der Einsatz einer Radiatio perioperativ oder die Gabe von NSAR empfohlen. Hierbei unterscheiden sich die Ergebnisse nicht, auch nicht beim Einsatz neuerer NSAR (Coxibe).

P 19

Diagnostische Wege zur Erkennung von Demenzen

Haupt, Martin

Neuro-Centrum, Schwerpunkt Hirnleistungsstörungen, Düsseldorf

Gegenwärtig kann die Diagnose der Alzheimer-Demenz mit den hierfür zur Verfügung stehenden standardisierten Werkzeugen mit einer

Wahrscheinlichkeit von rund 90% zutreffend gestellt werden. Die diagnostische Zuordnung mit klinischen Mitteln nimmt insbesondere dann an Zuverlässigkeit ab, wenn das Symptombild untypisch zusammengesetzt oder die Ausprägung der kognitiven Leistungen sehr leicht ist. Zukünftig wird aber gerade die Erkennung der sehr leichten Stadien kognitiver Einbußen an Bedeutung gewinnen. Die diagnostische Trefferquote muss sich also hier verbessern.

In Zukunft wird die Zahl der leichtgradig dementen Personen, die sich zur Diagnose beim Hausarzt oder Facharzt vorstellen, zunehmen. Daher werden zusätzlich zur sorgfältig erhobenen Vorgeschichte mit Beginn, Verlauf und Erscheinungsbild der Einbußen differenzierte valide Testverfahren als Hilfe für die klinische Einschätzung unverzichtbar bleiben. Die Laborerhebungen und eine apparative Untersuchung des Gehirns mittels CCT/MRT bleiben Bestandteil der Demenzdiagnostik.

Vaskuläre Prozesse zeigen sich in eher fokalen Symptombildungen klinisch oder in mikroangiopathischen Veränderungen in der apparativen Diagnostik. Frontotemporale Degenerationen sind im psychopathologischen Profil und mitunter in einer betonten frontalen Hirnvolumenminderung in der Bildgebung erkennbar, eine Demenz bei Parkinson oder Lewy-Körperchen lässt sich i. d. R. identifizieren, wenn bestimmte motorische, exekutive oder Gangstörungen oder auch halluzinatorische Symptome vorhanden sind. Bei der Demenz mit Lewy-Körperchen ist stets auch die Neuroleptikaüberempfindlichkeit zu erfragen. Die Untersuchung des Liquors sollte ausgewählten Fragestellungen vorbehalten bleiben, eine APO-E Bestimmung ist nicht zur Aufklärung individueller genetischer Risiken empfehlenswert.

Seltene Ursachen einer Demenz, die im Wesentlichen im internistischen Bereich liegen, werden i. d. R. anhand des klinischen Gesamtbildes oder der somatischen Diagnostik identifiziert.

P 20

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung auf einer Station für Patienten mit kognitiven Einschränkungen

*Hergt, Anne-Maja; Reh, Meike; Pelk, Thorsten; Hofmann, Werner

Friedrich-Ebert-Krankenhaus, Klinik für Frührehabilitation und Geriatrie, Neumünster

Fragestellung. Demenzkranke bilden in Allgemeinkrankenhäusern einen immer größeren Anteil der Patienten und stellen durch Verhaltensauffälligkeiten das Personal vor große Herausforderungen. Ziel der Arbeit war herauszufinden, ob sich Therapieerfolg bzw. Patienten- und Angehörigenzufriedenheit im Rahmen eines akutstationären Aufenthalts durch eine Station, die speziell für Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen konzipiert wurde, verbessern lassen.

Methoden. Verglichen wurden zwei Stichproben, $n = 30$ Patienten, die erste rekrutiert von allgemein üblichen geriatrischen Stationen, die zweite von der Demenzstation im FEK. Erfasst wurden BI bei Aufnahme (A) und Entlassung (E), TUG (A/ E), der MMSE sowie die Patienten- und Angehörigenzufriedenheit anhand einer Smiley-Skala.

Ergebnisse. Trotz eines signifikant niedrigeren durchschnittlichen MMSE-Werts in der 2. Gruppe zeigt sich kein Unterschied im Hinblick auf Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit und Mobilität, gemessen am durchschnittlichen BI bzw. TUG (Verbesserung/Veränderung in der Durchführbarkeit des Testes). Sowohl in der Patienten- als auch in der Angehörigenzufriedenheit schnitt die Demenzstation besser ab als die Vergleichsstationen; allerdings war der Unterschied nur bei der Befragung der Angehörigen signifikant.

Schlussfolgerungen. Unabhängig vom MMSE profitierten die Patienten beider Gruppen gleichermaßen von der geriatrischen Komplexbehandlung. Das Milieu auf der Demenzstation und das speziell für die Behandlung Demenzkranker geschulte Personal schaffen eine wichtige Basis zur Verbesserung der Lebensqualität der Patienten während des stationären Aufenthalts und damit längerfristig möglicherweise auch für die Steigerung des Therapieerfolgs.

P 21

Prospektive Validierung der modifizierten Mini Nutritional Assessment Kurzform (MNA[®]-SF)

*Kaiser, Matthias¹; Bauer, Jürgen¹; Donini, Lorenzo²; Stange, Unken¹; Diekmann, Rebecca¹; Drey, Michael¹; Bollwein, Julia¹; Tempera, Settimio³; Guerra, Alessandro³; Ricciardi, Laura³; Volkert, Dorothee¹; Sieber, Cornel¹

¹Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Biomedizin des Alterns, Nürnberg, ²Universität Rom, Fakultät für experimentelle Medizin, medizinische Physiopathologie und Endokrinologie, Abteilung für Nahrungsmittelwissenschaft und Ernährung, Rom, Italien, ³Rehabilitationszentrum „Villa delle Querce“, Rom, Italien

Fragestellung. Im Jahr 2009 wurde die Kurzform des Mini Nutritional Assessment anhand gepoolter, retrospektiver Daten validiert und modifiziert, um ein besser anwendbares und zeitsparendes Hilfsmittel zur Bestimmung des Ernährungszustandes älterer Menschen zu erhalten. Die MNA-Kurzform kann nun entweder mit Hilfe des BMI oder mit Hilfe des Wadenumfangs durchgeführt werden. Beide Versionen haben identische Grenzwerte und Maximalpunktzahl. Vorliegende Studie validiert die beiden Kurzform-Varianten anhand prospektiv erhobener Daten in den Zielpopulationen des MNA.

Methoden. Rekrutierung von Probanden im ambulanten Sektor und in verschiedenen Altenheimen in Nürnberg und in einer Rehabilitationseinrichtung in Rom. Erhebung von MNA und den beiden alternativen MNA-Kurzformen. Kongruenzanalyse von MNA und MNA-Kurzformen.

Ergebnisse. Einschluss von 657 älteren Menschen, mittleres Alter 82,3±7,4 Jahre. Es fand sich im Gesamtdatensatz eine Übereinstimmung von 84,6% bzw. 81,4% zwischen MNA und der MNA-Kurzform mit BMI bzw. Wadenumfang. Die höchste Übereinstimmung fand sich bei Probanden im ambulanten Bereich, die niedrigste bei Probanden in der Rehabilitationseinrichtung. Beide MNA-Kurzformen neigen im Vergleich zum vollständigen MNA dazu, den Ernährungszustand zu unterschätzen.

Schlussfolgerung. Wie schon in der ursprünglichen Studie zur Modifikation der MNA-Kurzform, fanden sich in der prospektiven Validierungsstudie sehr hohe Übereinstimmungsraten zwischen MNA-Kurzformen und vollständigem MNA. Die MNA-Kurzformen stellen daher ein verlässliches Werkzeug zur Diagnostik der Mangelernährung dar.

P 22

1-Jahres-Mortalität geriatrischer Patienten mit MRSA-Infektion

*Kaiser, Matthias¹; Bertsch, Thomas²; Sieber, Cornel¹; Heppner, Hans-Jürgen³

¹Universität Erlangen-Nürnberg, Institut für Biomedizin des Alterns, Nürnberg, ²Klinikum Nürnberg, Institut für Klinische Chemie, Laboratoriumsmedizin und Transfusionsmedizin, Nürnberg, ³Klinikum Nürnberg, Klinik für Notfallmedizin und Internistische Intensivmedizin, Nürnberg

Fragestellung. Infektionen mit Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA) stellen ein großes Risiko für alle Patientengruppen dar. Alte, hospitalisierte Menschen sind aufgrund ihrer Multimorbidität oft zusätzlich geschwächt und nicht ausreichend immunkompetent. Der Einfluss von MRSA-Infektionen auf das Überleben geriatrischer Patienten soll in dieser Studie beleuchtet werden.

Methoden. Zwischen Januar 2008 und Mai 2009 wurden die Daten aller MRSA-Fälle auf den geriatrischen Stationen des Klinikums Nürnberg Nord erfasst. Die Patienten wurden anhand klinischer Ergebnisse in die Gruppen „Infektion“ bzw. „Kolonisation“ eingeteilt. Nach Entlassung erfolgte nach 6 und 12 Monaten eine telefonische Kontaktaufnahme zur Erfassung von Überleben bzw. Sterblichkeit.

Ergebnisse. Im Beobachtungszeitraum traten 62 MRSA-Fälle auf. Nach Fallausschluss von Wiederaufnahmen stimmten 49 Patienten (mittleres Alter 82,5±6,8 J.) oder deren gesetzliche Vertreter einer Studienteilnahme zu. In 27 Fällen handelte es sich um eine MRSA-Infektion, in

21 Fällen um eine Kolonisation (1 unklarer Fall). Insgesamt 46 Patienten konnten über ein Jahr nachverfolgt werden. Die 1-Jahres-Mortalität lag bei 67%. Die Patienten mit MRSA-Kolonisation verstarben zu 55%. Die Patienten mit MRSA-Infektion verstarben zu 76%. Der Unterschied war signifikant im Kruskal-Wallis-Test.

Schlussfolgerung. Die ohnehin sehr hohe Sterblichkeit geriatrischer Krankenhauspatienten mit MRSA-Nachweis wird noch von der Subgruppe mit nachgewiesener MRSA-Infektion übertroffen. Dies unterstreicht die Notwendigkeit infektiologischer Präventionsmaßnahmen, um solche Infektionen gar nicht erst auftreten zu lassen, aber auch eine konsequente Therapie mit wirksamen Substanzen bei vermuteter und nachgewiesener Infektion.

P 23

Erfassung von Prävalenz und Versorgungsmaßnahmen der Anämie bei geriatrischen Patienten in der Zentralen Notaufnahme der Uniklinik Köln

*Klossok, Wolfgang¹; *Röhrig, Gabriele¹; Stützer, Hartmut²; Schulz, Ralf-Joachim¹

¹Universität zu Köln, Lehrstuhl für Geriatrie, Köln, ²Universität zu Köln, Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie, Köln

Einleitung. Anämie im Alter hat eine hohe Prävalenz, unter Hospitalisierten sogar bis zu 40%. Sie ist nicht durch das Alter selbst bedingt und mit einem nachweislich schlechteren Outcome assoziiert. Bisher gibt es keine Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Anämie im Alter. Möglichst genaue Kenntnisse von Prävalenz und Epidemiologie der Anämieformen beim geriatrischen Patienten sind für die Erstellung von grundlegender Bedeutung. Diese Studie soll dazu durch Analyse der Anämieprävalenz und Beleuchtung erfolgter therapeutischer Maßnahmen in einer zentralen Notaufnahme beitragen.

Material und Methode. Retrospektive Datenanalyse von bisher 332 Patienten >70 Jahre, die sich von 01/2010 bis 08/2010 in der Notaufnahme der Uniklinik Köln vorstellten und entweder ambulant oder stationär weiterbehandelt wurden. Erhoben wurden: anthropometrische Daten, hämatologische Laborparameter, Aufnahme- und Verlegungsmodus sowie Therapie im Fall einer vorliegenden Anämie. Verglichen werden weiterhin Prävalenz, Diagnostik und Behandlung einer Anämie zwischen den Patienten, welche von der Notaufnahme in die Geriatrie verlegt wurden und denen, welche in eine andere Fachabteilung verlegt wurden.

Vorläufige Ergebnisse. In Januar und Februar 2010 wurden in der Uniklinik über die Notaufnahme 189 Patienten >70 Jahre aufgenommen, von denen 49% (92) an einer Anämie litten. Im gleichen Zeitraum wurden 143 Patienten >70 Jahre ambulant behandelt, von denen 42% (42) eine Anämie aufwiesen.

Schlussfolgerung. Es besteht ein hoher Anteil an Anämie bei den über 70-Jährigen im ambulanten und stationären Sektor; das Projekt liefert wichtige Daten hinsichtlich Epidemiologie, Diagnostik und Therapie-maßnahmen der Anämie im Alter.

P 24

Causes and risk factors of hyponatremia in geriatric in-patients

*Kopf, Daniel; Wolf, Marcia; Vellappallilli, Tinu; Hauer, Klaus; Zieschang, Tania; Oster, Peter

Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Geriatrisches Zentrum am Klinikum der Universität Heidelberg, Heidelberg

Background. Hyponatremia is an important risk factor of delirium and mortality in geriatric patients. Little is known about common causes of hyponatremia in geriatric in-patients.

Methods. For this case-control study, all cases of moderate to severe hyponatremia ($\text{Na} \leq 130 \text{ mmol/l}$, HypoNa) in a geriatric hospital were identified during an 8 months interval. Hyponatremic patients were matched with normonatremic control patients (NoNa) for gender, age

and admission diagnosis. Medication was documented and categorized. Frequencies were compared by χ^2 -test.

Results. 141 HypoNa and 141 consented to be included into the study. In the HypoNa group, more than half of the patients were pre-treated with thiazide diuretics (51.1%), compared to only 15.7% in the NoNa group ($p < 0.001$). In contrast, pre-treatment with loop diuretics was less frequent in the HypoNa group (41.1% vs. 52.5%; $p = 0.37$). Inhibitors of the renin-angiotensin system were used by 78.7% in the HypoNa group vs. 67.4% in the NoNa group ($p = 0.022$). Treatment with thiazide diuretics accounted for almost half of the cases of hyponatremia (44%). Although treatment with selective serotonin reuptake inhibitors was identified as the single cause of hyponatremia in 9.9% of all cases, there was no significant difference in pre-treatment rates between groups.

Conclusion. Treatment with thiazide diuretics is by far the most important risk factor of hyponatremia in geriatric patients. Instead, treatment with loop diuretics appears to confer considerably lower risk or to be even protective.

P 25

Entwicklung und Evaluation eines berufsbegleitenden Qualifizierungskonzepts zur Demenz-Fachkraft (DE-FA) für nichtärztliches Fachpersonal

*Kraft, Johannes¹; Holthoff, Vjera A.²; Jurjanz, Luisa³; Amanatidis, Eva³; Benesch, Gerd⁴; Florange, Barbara⁵; Meyer, Ann-Kathrin⁶; Mielke, Ulrich⁷; Pajonk, Frank-Gerald⁸; Roth, Gerhard Dieter⁹; Schmauß, Maximilian¹⁰; Wippermann, Volker¹¹

¹Klinikum Coburg, Geriatrie, Coburg, ²Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Gerontopsychiatrie und kognitive Neuropsychiatrie, Dresden, ³Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Psychiatrie und Psychotherapie, Dresden, ⁴niedergelassener Facharzt, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Berlin, ⁵St. Vinzenz-Hospital, Psychiatrie und Psychotherapie, Dinslaken, ⁶Asklepios Klinik Wandsbek, Geriatrie, Hamburg, ⁷niedergelassener Facharzt, Neurologie und Psychiatrie, Homburg/Saar, ⁸Privat-Nervenklinik Dr. Fontheim, Gerontopsychiatrisches Zentrum, Liebenburg, ⁹niedergelassener Facharzt, Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Naturheilverfahren, Ostfildern, ¹⁰Bezirkskrankenhaus Augsburg, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Augsburg, ¹¹LWL-Klinik Hemer/Hans-Prinzhorn-Klinik, Gerontoneuropsychiatrie, Hemer

Fragestellung. Ein bundesweiter, unabhängiger Zusammenschluss von Ärzten mit klinischer und/oder wissenschaftlicher Expertise auf dem Gebiet der Demenz (Experten Forum Alzheimer, EFA) hat ein Schulungsprogramm (Demenz-Fachkraft, DE-FA) für nichtärztliche Praxismitarbeiter entwickelt. Ziel ist es, die Betreuung und Therapie von Demenzkranken und ihren Angehörigen in der ambulanten Betreuung durch die Praxisteams zu verbessern. Um den Wissenszuwachs durch die DE-FA-Schulungen zu messen, wurde ein Evaluationsbogen entwickelt und ausgewertet.

Methode. In 10 für Deutschland repräsentativen Regionen wurden insgesamt 34 DEFA Schulungsmaßnahmen nach einem standardisierten Curriculum durchgeführt. Vor und nach der Schulungsmaßnahme wurden die Teilnehmer gebeten, den Evaluationsbogen in anonymisierter Form auszufüllen, wobei die Anonymisierung eine Zuordnung der beiden Evaluationsbögen möglich machte. Die statistische Analyse erfolgte durch einen T-Test für abhängige Stichproben sowie eine Varianzanalyse (SPSS Version 17.0).

Ergebnisse. Insgesamt gingen 595 Fragebögenpaare (Prä- und Postbefragung) in die Auswertung ein. Die Analyse ergab, dass in der Vorbefragung im Mittelwert 25,4 (SD 4,52) Punkte von 41 möglichen Punkten und in der Nachbefragung 32,4 (SD 3,51) Punkte von 41 möglichen Punkten erreicht wurden. In der Einzelanalyse der Fragen zeigte sich, dass signifikante Verbesserungen in der Selbsteinschätzung zur Sicherheit mit der pharmakologischen und nichtpharmakologischen Therapie und dem Umgang mit nichtkognitiven Symptomen der Demenz zu verzeichnen waren.

Schlussfolgerung. Das standardisierte Curriculum erhöht signifikant das Wissen über die Grundlagen der Demenzerkrankungen, der Diagnostik und der medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapien. Es steigert signifikant die Selbsteinschätzung der Teilnehmer zu ihrer Kompetenz im Umgang mit den Patienten und ihrer Fähigkeit, mit Verhaltensauffälligkeiten umzugehen. Longitudinale Evaluierungen müssen nachweisen, dass dieses Wissen zu einer verbesserten Betreuungsqualität der Demenzpatienten und Angehörigen im Praxisalltag führen kann. Eine Follow-up-Evaluation nach 6 Monaten zur Prüfung der Nachhaltigkeit wird gegenwärtig durchgeführt.

P 26

Move & Memory – ein paartherapeutischer Ansatz zum körperlichen Training von Patienten mit leichten bis mittelschweren Demenzerkrankungen

*Mignolet, Elisabeth; Buschfort, Rüdiger
Klinik am Stein, Neurogeriatrie/Rehabilitation, Olsberg

Neben kognitiven und psychopathologischen Symptomen treten im Verlauf einer Demenzerkrankung auch motorische Störungen sowie solche von "dual task"-Fähigkeiten auf. Lange bekannt ist zudem die entscheidende Bedeutung von Angehörigen im Behandlungsprozess der Demenz. Sie werden seit vielen Jahren im stationären Setting des Alzheimer Therapiezentrum Olsberg geschult.

Das "Move & Memory Programm" der Klinik am Stein wurde als ambulantes spezifisches Trainingsprogramm für Demenzkranke und ihre betreuenden Angehörigen entwickelt. Aufgenommen wurden im ersten Kurs 6 Paare, mit der gestellten Diagnose einer Demenzerkrankung. Nach kognitiven und motorischen Assessments zu Beginn findet für die Betroffenen einmal wöchentlich über 10 Wochen ein 90-minütiges Training statt, in dem Kraftaufbau, Gleichgewicht und zweiseitige Aufmerksamkeit unter Anleitung speziell erfahrener Krankengymnasten und Ergotherapeuten trainiert werden.

Die Angehörigen wirken an jeder zweiten Kursstunde als Cotherapeuten mit, an den übrigen Kurstagen nehmen sie zeitgleich zum Training der Betroffenen an einer Gesprächsgruppe teil, in der die Möglichkeit zum Austausch besteht und zudem unterschiedliche medizinische, pflegerische und sozialrechtliche Aspekte der Erkrankung beleuchtet werden. Der Kurs schließt mit einem erneuten Assessment (Ende Mai 2011).

Ziel ist eine kontinuierliche, angeleitete körperliche Aktivierung des an Demenz erkrankten Patienten, zunächst ambulant institutionalisiert, später in Eigentaining mit ausgewiesenen häuslichen Trainingsplan mit dem Partner als Cotherapeuten. Hierdurch sollen die Bereiche Motorik, Kognition und Affekt nachhaltig positiv beeinflusst und auf Angehörigen Seite größtmögliche Kompetenz vermittelt werden. Zudem soll in dem Angehörigen-Coaching auf die Notwendigkeit und Akzeptanz eigener Entlastung verstärkt hingewirkt werden.

P 27

Analyse der Abhängigkeit des Hepcidinspiegels vom KDOQI-Stadium bei geriatrischen Patienten mit nichtdialysepflichtiger chronischer Niereninsuffizienz

*Nobbe, C.; *Röhrig, Gabriele; Schulz, Ralf-Joachim
Universität zu Köln, Lehrstuhl für Geriatrie, Köln

Einleitung. Anämie ist auch im Alter eine häufige Komplikation bei chronischer Niereninsuffizienz. Hepcidin ist als Hauptregulator der Eisenhomöostase erst seit einigen Jahren bekannt. Ein verminderter Hepcidinspiegel bedingt eine verstärkte Resorption von Eisen durch die Enterozyten und eine verstärkte Freisetzung aus den Makrophagen. Da Hepcidin renal eliminiert wird, findet sich bei Patienten mit Niereninsuffizienz ein erhöhter Hepcidinspiegel, wodurch Eisenresorption und Eisenfreisetzung gehemmt werden und die Entstehung einer Anämie begünstigt wird. Eine orale Eisensubstitution wäre dann ineffektiv

und eine intravenöse Gabe zu erwägen. Ziel unserer Studie ist daher die Untersuchung der Abhängigkeit des Hepcidinspiegels vom KDO-QI-Stadium bei geriatrischen, nichtdialysepflichtigen Patienten, um einen Cut-off zu bestimmen, ab welchem Wert anstelle einer oralen besser eine intravenöse Eisensubstitution erfolgen sollte.

Material und Methode. Die Probanden entstammen dem Patienten-gut der Klinik für Geriatrie des St. Marien-Hospitals. Die niereninsuffizienten, anämischen [Hb<12 g/dl (Frauen) bzw. <13 g/dl (Männer)] Patienten wurden gemäß ihrer GFR einer KDOQI Gruppe zugeordnet: Stadium I (GFR >90 ml/min) und II (GFR 60–90 ml/min) mit 15 Patienten, Stadium III (GFR 30–60 ml/min) mit 15 Patienten, Stadium IV (GFR 15–30 ml/min) mit 10 Patienten, Kontrollgruppe ohne Niereninsuffizienz und eine Kontrollgruppe von 10 Patienten ohne Anämie. Die Hepcidinbestimmung erfolgt mittels ELISA-Technik.

Ergebnisse. Zum Zeitpunkt der Verfassung des Abstracts erfolgte zeitgleich die ELISA-Analyse. Die Daten sollen auf dem DGG 2011 präsentiert werden.

Schlussfolgerung. Die Bestimmung eines Cut-off-Levels für den klinischen Alltag kann wesentlich dazu beitragen, die Eisensubstitution zu ökonomisieren und den geriatrischen Patienten mit nichtdialysepflichtiger chronischer Niereninsuffizienz zu mehr Lebensqualität zu verhelfen.

P 28

Evaluation des Ernährungszustands und des Labors der Risikonährstoffe bei Aufnahme in einer geriatrischen Klinik

*Noreik, Michaela; Schulz, Ralf-Joachim
Universität zu Köln, Lehrstuhl für Geriatrie, Köln

Einleitung. Im Rahmen des Aufbaus eines Ernährungsteams in der geriatrischen Klinik mit 145 Betten wurde ein Mangelernährungs-Screening etabliert und die Risikonährstoffe im Alter mit dem Aufnahme-labor erhoben.

Methodik. Anhand der 1252 in 2010 ernährungstherapeutisch betreuten Patienten wird untersucht, ob eine Assoziation besteht zwischen Ernährungszustand und Status der Risikonährstoffe Vitamin D, B₁₂, Folsäure und Kalzium bei Aufnahme. Der Ernährungszustand wurde unter Anwendung eines gekürzten MNA-Bogens [1] als mangelernährt (C), risiko-mangelernährt (B) oder gut ernährt (A) festgestellt.

Ergebnis. Von den betreuten Patienten waren bei Aufnahme 23,4% mangelernährt, 58,3% risiko-mangelernährt und 17,6% gut ernährt. Da die Aufnahme-Routine für Vitamin D₃ (25-OH) erst in 10/2010 eingeführt wurde, konnte dieser Wert nur bei 188 Personen erhoben werden. Bei 50% der Patienten bestand ein Mangel (<6,3 ng/ml): 53,9% C, 47,6% B, 48,4% A. Bei 80,9% der Patienten wurde der B₁₂-Gehalt im Serum erhoben. Von diesen war der Wert bei 7,7% vermindert (<210 pg/ml): 8,3% C, 7,8% B und 6,5% A. Der Folsäurewert bei Aufnahme wurde bei 81,8% der betreuten Personen ermittelt. Ein Folsäuremangel (<7,1 ng/ml) lag bei 60,4% der Patienten vor: 62,6% C, 61,9% B und 52,6% A. Der Kalziumwert wurde bei 92,9% der Patienten gemessen. Bei 13,6% wurde ein vermindertes Kalziumwert (<2,1 mmol/l) festgestellt: 23,7% C, 10,9% B und 8,6% A. Die vorläufige Auswertung zeigt, dass die Prävalenz eines Mangels der Risikonährstoffe bei ernährungstherapeutisch betreuten Patienten in der Geriatrie zwischen 7,7 und 60,4% lag. Der Mangel war unabhängig vom Ergebnis des Risiko-Mangelernährungs-Screenings.

Schlussfolgerung. Um einen Mangel frühzeitig behandeln zu können, scheint es sinnvoll, bei Aufnahme jedes Patienten den Status von Vitamin B₁₂, D₃(OH) und Folsäure zusätzlich zum Risiko-Mangelernährungs-Screening zu erheben.

Literatur

1. Hengstermann S, Nieczaj R, Steinhagen-Thiessen E, Schulz RJ. JNHA 2008;12(2):117–122

P 29

Evaluation der Spezialstation Ü76 für Demenzkranke in der Geriatrischen Akutklinik aus Sicht der Mitarbeiter

*Reh, Meike¹; Hergt, Ann-Maja¹; Pelk, Thorsten¹; Lakann, Jana¹; Hofmann, Werner¹; Westphal, Nele²

¹FEK Neumünster, Geriatrie, Neumünster, ²DRK Schwesternschaft, Elsa-Brändström, Flensburg

Einleitung. Im Januar 2009 wurde in der Geriatrischen Klinik im FEK Neumünster eine Spezialstation (Ü76) mit 12 Betten für demenzkranke Patienten mit zusätzlichen akuten Erkrankungen eingerichtet. Eine erste Evaluation der Ü76 erfolgte im August und September 2009 aus Sicht der Mitarbeiter.

Ziel. Kenntnis darüber zu erlangen, ob die Station Ü76 aus Sicht des Personals zur optimierten Versorgung demenzkranker Patienten beiträgt und Komplexbehandlungen mit Qualität leistbar sind. Ferner die Zufriedenheit der Mitarbeiter zu beurteilen, mögliche Verbesserungspotentiale zu identifizieren sowie die Außendarstellung der Ü76 aus Sicht der Mitarbeiter zu bewerten.

Methoden. Grundlage ist eine Mitarbeiterbefragung (n=26) zur Evaluation der Station Ü76. Zur Bewertung kamen 15 geschlossene Fragen der Kategorien Patient, Mitarbeiter, Außendarstellung und Zufriedenheit. Drei offene Fragen mit den Kategorien Stärken, Verbesserungsvorschläge und Wünsche sowie 2 statistische Fragen mit den Kategorien Station und Personalzugehörigkeit. Die Beantwortung erfolgte durch Auswahl zwischen 1: trifft voll und ganz zu, 2: trifft eher zu, 3: trifft eher nicht zu, 4: trifft gar nicht zu.

Ergebnisse. Die Auswertung der Ergebnisse zeigt, dass aus Sicht des Teams die Versorgung der Patienten mit 1,72 bewertet wird. Besonders hervorgehoben wird die verbesserte Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen und die qualitativ hochwertige Komplexbehandlung auch bei Demenzkranken. Die Zufriedenheit im Team wird mit 1,95 bewertet, betont werden die spezielle Ausbildung sowie vertiefte Teamentwicklung. Die Präsentation der Ü76 in Bezug auf die Außendarstellung der Geriatrie als auch des gesamten Krankenhauses wird mit 1,73 als positiv gesehen. Optimierungsbedarf zeigt sich in der Zusammenarbeit mit Angehörigen (2,09), dem Personaleinsatz und der fachübergreifenden Kommunikation.

Schlussfolgerung. Die Gesamtzufriedenheit mit der Station Ü76 ist seitens der Mitarbeiter mit einer Bewertung von 1,42 mehr als gegeben. Als limitierend in der Bewertung muss die reine Subjektivität bei der Befragung betrachtet werden.

P 30

Koloskopie im Alter

*Schwab, Jörg^{1,2,3}; Roling², B. Kiefner²

¹GZ Rheine, Geriatrische Klinik, Rheine, ²Gesundheitszentrum, IV. Med. Klinik, Rheine, ³Gesundheitszentrum, IV. Med. Klinik, Rheine

Einleitung und Fragestellung. Die Koloskopie wird im höheren Lebensalter kontrovers diskutiert. Die vorwiegend in der Vorbereitung aufwändige Untersuchung wird Hochbetagten oft nicht zugemutet, zumindest wird die Indikation nicht großzügig gestellt. Der Nutzen der Untersuchung kann an der Zahl positiver Befunde abgelesen werden. Hier werden die Ergebnisse der Koloskopien aus 2010 vorgestellt.

Methoden. Insgesamt wurden im Jahr 2010 106 Koloskopien und 15 Sigmoidoskopien an Patienten mit einem Durchschnittsalter von 79,6 Jahren durchgeführt.

Ergebnisse. Es gab nur 10 Normalbefunde, 4 von diesen bei Z. n. Kolonresection. Immerhin wurden 12 Tumore diagnostiziert, d. h. wir sahen eine Inzidenz von fast 10% im Untersuchungsgut. Alle wurden der Abt. für Chirurgie vorgestellt, 7 Pat. wurden operiert. Die Verteilung der Tumoren zeigt, dass Sigmoidoskopien zum Ausschluss von Tumoren im Alter nicht ausreichen. Bei einem Drittel der Patienten fanden sich Polypen unterschiedlicher Größe. Fast alle Polypen und Polypsprossen wurden entfernt, was das Entartungsrisiko reduzierte.

Über die Hälfte der Patienten wiesen Divertikel auf, Divertikulitiden oder entzündliche Stenosen waren im geriatrischen Untersuchungsgut allerdings selten. 6-mal konnte eine Koloskopie nicht zu Ende geführt werden, 2-mal wegen eines stenosierenden Tumors, 2-mal wegen einer entzündlichen Stenose und einmal wegen eines Colon elongatum. Unter 9 Colitiden fanden sich 5 ischämische Colitiden und 4 unspezifische Colitiden, evtl. im Rahmen einer Colitis ulcerosa.

Diskussion. Die Zahl der Normalbefunde ist gering. Während die Erkenntnis Divertikulose oft nur wenig Konsequenzen nach sich zieht, sind Polypektomien prophylaktische Maßnahmen. Alle Colitiden wurden behandelt, ebenso alle Proktitiden und Ulcera recti. Tumoren wurden auf den Wunsch des Patienten hin einer operativen Therapie zugeführt. Blutungen konnten 3-mal auf Angiodysplasien zurückgeführt werden und wurden erfolgreich mit APC behandelt. Somit ist die Koloskopie im Alter eine Untersuchung mit einiger therapeutischer Konsequenz. Sie sollte Patienten im geriatrischen Patientengut nicht vorenthalten werden. Komplikationen wurden nicht gesehen, obwohl mit dem Alter das Risiko für Perforationen von 1/1000 auf 6/1000 ansteigt (BMJ Gastroenterol 2009). Indikationen sind pos. Hämokult bei unauffälliger Gastroskopie, hohe Werte für CA19.9 bei unauffälligem CT des Abdomens und eine eingeschränkte Indikation ist der Wechsel des Stuhlverhaltens.

P 31

Gesamtmortalität und Vitamin D bei älteren Patienten in der hausärztlichen Versorgung: Daten der getABI-Studie

Marißen, Diana¹; Burghaus, Ina¹; Busch, Markus A.²; Scheidt-Nave, Christa²; Trampisch, Hans-Joachim¹; Diehm, Curt³; *Thiem, Ulrich⁴

¹Ruhr-Universität Bochum, Abteilung für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie, Bochum, ²Robert-Koch-Institut, Berlin, ³SRH-Klinikum, Abteilung für Innere Medizin, Karlsbad-Langensteinbach, ⁴Marienhospital Herne, Klinik für Altersmedizin, Herne

Hintergrund. Ein Vitamin-D-Mangel wird als Risikofaktor für kardiovaskuläre Ereignisse und die Gesamtsterblichkeit diskutiert. In Deutschland liegen kaum prospektive Daten zu Häufigkeit und Auswirkungen des Vitamin-D-Mangels vor.

Methoden. In der getABI-Studie (German Epidemiological Trial on Ankle Brachial Index) wurden im Oktober 2001 bundesweit 6880 mobile Personen ab 65 Jahren bei ihren Hausärzten untersucht und für 7 Jahre weiter beobachtet. Für 6803 Patienten wurde die 25-Hydroxy-Vitamin-D-Konzentration (25OHD) zu Studienbeginn nachträglich in asservierten Serumproben bestimmt. Die Beziehung zwischen 25OHD und Mortalität wurde deskriptiv und mittels multivariabler Cox-Regression untersucht.

Ergebnisse. Das Durchschnittsalter zu Studienbeginn lag bei 72,5±5,3 Jahren, 57,9% der Teilnehmer waren weiblich. Ein Vitamin-D-Mangel (25OHD <25 nmol/L) fand sich bei 1780 Teilnehmern (26,2%). Die rohe Mortalitätsrate pro 1000 Personenjahre [95% Konfidenzintervall (KI)] stieg mit abnehmendem 25OHD, von 19,5 (16,9; 22,0) bei Personen mit 25OHD im obersten Quartil der Messwertverteilung auf 39,6 (35,9; 43,3) bei Personen mit Messwerten im untersten Quartil. Das Sterberisiko [Hazard Ratio (HR), (95% KI)] unterschied sich signifikant zwischen den beiden Gruppen nach Adjustierung für Alter und Geschlecht [HR: 2,07 (1,75; 2,45)] sowie bei zusätzlicher Adjustierung für systolischen Blutdruck, LDL-Cholesterin, Body-Mass-Index, Nierenfunktion, PAVK, Diabetes, kardio- oder zerebrovaskuläre Ereignisse in der Vorgeschichte, Therapie mit Antihypertensiva oder Statinen, Nikotinkonsum und Bildung [HR: 1,75 (1,47; 2,07)].

Schlussfolgerung. Vitamin-D-Mangel scheint unter älteren Patienten der hausärztlichen Versorgung hoch prävalent zu sein. Es besteht eine deutliche Beziehung zwischen Vitamin D und Mortalität, die auch über die in der Studie erhobenen Einflussgrößen nur zum Teil erklärbar ist.

P 32

Spielt Hepcidin eine Rolle bei der Entwicklung der IDA und ACD im Alter?

*Vahldick, Beate¹; *Röhrig, Gabriele¹; Rappl, Gunter²; Kaul, Ingrid³; Schulz, Ralf-Joachim¹

¹Universität zu Köln, Lehrstuhl für Geriatrie, Köln, ²Universität zu Köln, Zentrum für Molekulare Medizin, Köln, ³Universität zu Köln, Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie, Köln

Einleitung. Anämie hat im Alter eine hohe Prävalenz, unter hospitalisierten geriatrischen Patienten bis zu 40%. Hepcidin ist seit einigen Jahren als wichtiger Regulator der Eisenhomöostase bekannt: Bei einer Eisenmangelanämie (IDA) wird der Hepcidin Spiegel herunterreguliert, was zu vermehrter enteraler Eisenresorption führt. Bei einer Anämie chronischer Erkrankungen bzw. einer Infektanämie (ACD) ist der Hepcidin Spiegel im Sinne eines akuten Phase-Proteins hochreguliert. Dies führt zu einer verminderten enteralen Eisenresorption mit der klinischen Konsequenz, dass eine orale Eisensubstitution dabei weniger effektiv ist, weswegen eine intravenöse Eisengabe eine Alternative darstellen kann. Die verfügbaren Daten zu Hepcidin beziehen sich bis heute nur auf jüngere Patienten. Ziel der vorliegenden Studie ist die Überprüfung der Hypothese, dass Hepcidin auch im Alter eine Rolle spielt bei der Entwicklung der Eisenmangelanämie und der Anämie chronischer Erkrankungen.

Material und Methode. Drei Gruppen hospitalisierter geriatrischer Patienten: Gruppe 1 (10 Patienten) mit IDA: Hb<12 g/dl (Männer) bzw. Hb<11 g/dl (Frauen), Transferrinsättigung <16%, CRP ≤3 mg/dl; Gruppe 2 (16 Patienten) mit ACD: Hb<12 g/dl (Männer) bzw. Hb<11 g/dl (Frauen), Transferrinsättigung <16%, CRP >3 mg/dl, Gruppe 3 (12 Patienten ohne Anämie): Hb normwertig, Transferrinsättigung normwertig, CRP normwertig. Das Hepcidin wurde mittels ELISA-Technik bestimmt (Fa. DRG) und mit den übrigen Laborparametern in Korrelation gesetzt.

Ergebnisse und Schlussfolgerung. Es zeigt sich eine negative Korrelation (Pearson: r=-0,974) zwischen Hepcidin und Ferritin bei Patienten mit ACD. Dieses Ergebnis ist hochsignifikant (p<0,001). Es steht im Gegensatz zur positiven Korrelation zwischen Hepcidin und Ferritin bei jüngeren ACD-Patienten und lässt eine möglicherweise veränderte Immunantwort im höheren Lebensalter vermuten. Damit wäre die Rolle von Hepcidin als Eisenregulator bei der ACD im höheren Alter in Frage gestellt. Weitere Untersuchungen zur Klärung dieser Frage sind geplant.

P 33

Erhebung der Arzneimitteltherapie-Qualität bei Patienten mit idiopathischem Parkinson-Syndrom

*Vogelreuter, Julika-Mareile; Schulz, Ralf-Joachim
Universität zu Köln, Lehrstuhl für Geriatrie, Köln

Hintergrund. Die Pharmakotherapie von Parkinson-Patienten steht häufig im Gegensatz zur Leitlinie (LI). Ziel dieser Untersuchung ist es, die Praktikabilität der aktuellen Parkinson-LI bei multimorbiden hochbetagten Patienten (Pat.) zu prüfen.

Methodik. Daten von 122 Pat. mit idiopathischem Parkinson-Syndrom (IPS), die sich innerhalb eines 20-monatigen Zeitraums im St. Marien-Hospital Köln einer Behandlung unterzogen haben, wurden erhoben und retrospektiv analysiert. Neben anderen Analysen wurde die Arzneimitteltherapie des IPS sowie def. assoziierter Begleiterkrankungen auf LI-Konformität überprüft; Abweichungen wurden charakterisiert und quantifiziert.

Ergebnisse. Das Kollektiv umfasst 60,7% Frauen, 39,3% Männer, durchschnittliches Lebensalter: 81 Jahre, 100% der Pat. waren multimorbide. Pro Pat. wurden durchschnittlich 12 Diagnosen mit 9 Arzneimitteln behandelt. Im Rahmen der Arzneimitteltherapie des IPS wurden 47,9% der Pat. mit einer Monotherapie (am häufigsten Levodopa/Benserazid, LB), 50,5% mit einer Kombinationstherapie (am häufigsten

LB + Pramipexol) behandelt. Nach der derzeit gültigen LI wird für Pat. <70 Jahren ohne wesentliche Komorbidität standardmäßig eine Dopaminagonisten-Monotherapie, bei >70-jährigen oder multimorbiden Pat. jeder Altersgruppe eine Levodopa-Monotherapie (immer in Kombination mit einem Decarboxylase-Hemmer) empfohlen. Nach der vorliegenden Untersuchung wurden 12,8% der Pat. leitliniengerecht, 29,1% nicht leitliniengerecht therapiert. In 58,1% der Fälle konnte die Therapie nicht beurteilt werden. Gründe hierfür waren z. B. die Nichtbeurteilbarkeit der Dosierungen einer Kombinationstherapie, da in der LI nur auf Dosierungen der verschiedenen Monotherapien eingegangen wird, unzureichende Dokumentation der Beweggründe einer Kombinationstherapie etc.

Schlussfolgerung. LI sind elementare Bestandteile der evidenzbasierten Arzneimitteltherapie. Die Umsetzung kann sich jedoch gerade für Geriater schwierig gestalten, da ihnen häufig wichtige Angaben zur Krankheits- und Medikationshistorie der Pat. fehlen. Die vorliegende Untersuchung ist klinisch wichtig in Bezug auf:

1. unerwünschte Arzneimittelwirkungen,
2. Erreichung eines größtmöglichen Selbstständigkeitsgrades sowie größtmöglicher gesundheitsbezogener Lebensqualität,
3. Verkürzung der Krankenhausliegezeit.

P 34

Analyse von unerwünschten Arzneimittelwirkungen bei stationären geriatrischen Patienten

*Welzel, Anne¹; Kwetkat, Anja²; Hippus, Marion³

¹Friedrich-Schiller-Universität Jena, Klinik für Innere Medizin III, Jena,

²Friedrich-Schiller-Universität Jena, Klinik für Geriatrie, Jena, ³Friedrich-Schiller-Universität Jena, Pharmakologie/Toxikologie, Jena

Anhand der Patientenakten einer geriatrischen Abteilung erfolgte über 15 Monate die Analyse der im Entlassungsbrief dokumentierten potenziellen UAW. Damit wurden 124 von insgesamt 725 im Untersuchungszeitraum behandelten, durchschnittlich 80-jährigen Patienten mit mindestens einer UAW erfasst, die zu 70% eine Dauermedikation von mehr als 5 Medikamenten erhielten. Diarrhoen, Blutungen, Kreislauf- und Herzrhythmusstörungen, Elektrolytentgleisungen und Exsikkosen stellten den Hauptteil der UAW dar. Die Clostridium difficile assoziierte Diarrhoe war mit 26 Fällen eine häufige und durch Immobilisierung bzw. Allgemeinzustandsverschlechterung eine gravierende UAW. In jedem Fall ging eine Breitspektrum-Antibiose mit im Mittel 2,5 verschiedenen Präparaten voraus. Alle Patienten erhielten therapeutisch Metronidazol und/oder Vancomycin. Da Protonenpumpeninhibitoren (PPI) ebenso wie Mehrfach- und Langzeitantibiose das Risiko für eine CDAD erhöhen, ist eine strengere Indikationsstellung zu erwägen. 19 der 26 Patienten erhielten einen PPI, bei mindestens 12 Patienten war die Indikation unklar, in 10 Fällen wurde die Therapie beendet. Mit einem Anteil von 72,5% der 124 untersuchten Patienten waren PPI die am häufigsten verordnete Wirkstoffklasse, gefolgt von den Antihypertensiva/Diuretika, deren Verordnungen aufgrund teilweise niedriger Blutdruckwerte um etwa ein Drittel zurückgingen, was besonders bei den vorwiegend eingesetzten Schleifendiuretika, Thiaziden und ACE-Hemmern deutlich wurde. Eine Anpassung der antihypertensiven Medikation erfolgte i. d. R. bei Werten unter 100/60 mmHg sowie subjektiven Beschwerden. Nicht zuletzt aufgrund der Sturzprävention sollte die Bedeutung iatrogenen Hypotonien weiter untersucht werden.

P 35

Sturzfrequenz bei geriatrischen Klinikpatienten ohne Sturzanamnese

*Willschrei, Heinz-Peter; Kandzia, Alexandra; Heuer, Hans Christoph; Frohnhofen, Helmut

Kliniken Essen Mitte, Geriatrie, Essen

Einleitung. Stürze gehören zu den gravierendsten Ereignissen alter Menschen. Neben Verletzungen als schwerwiegende Sturzfolge, verunsichern Sturzereignisse und verursachen Angst vor weiteren Stürzen mit der Folge von Vermeidungsverhalten, sozialem Rückzug und Vereinsamung. Das Ziel einer Vermeidung jeglicher Stürze ist angesichts ihrer Komplexität unrealistisch. Da von Kostenträgern immer wieder behauptet wird, dass jedes Sturzereignis vermeidbar sei, sind Angaben zu einer basalen – schicksalhaften – Sturzrate geriatrischer Klinikpatienten hilfreich.

Methodik. Wir analysierten die zur Qualitätssicherung erhobenen Daten von allen Patienten, die in den letzten 3 Jahren in der geriatrischen Klinik behandelt wurden. Angaben zu Alter und Geschlecht und zur Sturzanamnese (nie, vor mehr als 3 Monaten, innerhalb der letzten 3 Monate) und Sturzereignisse während des stationären Aufenthalts wurden analysiert. Unsere Hypothese war, dass Patienten ohne Sturzanamnese während des stationären Aufenthaltes deutlich seltener stürzen und dass deren Sturzfrequenz ein schicksalhaft basales Sturzrisiko darstellt.

Ergebnis. Von 3490 Patienten konnten 3107 (91,1%) befragt werden. Von diesen waren 856 (28%) männlich und 2251 (72%) weiblich. 428 (13,8%) Patienten stürzten wenigstens einmal. Die Tabelle zeigt die Sturzfrequenz in Abhängigkeit von der Sturzanamnese. Patienten ohne Sturzanamnese haben danach ein basales Sturzrisiko von etwa 3%. Diese steigt signifikant auf etwa 5%, wenn Patienten angaben, schon einmal gestürzt zu sein. Patienten mit Sturz in den letzten 3 Monaten verfügen mit 23% über ein sehr hohes Sturzrisiko. Das Sturzrisiko war unabhängig von der Grunderkrankung, war aber mit dem Barthel-Index bei Aufnahme assoziiert (Tab. 1).

Tab. 1

	Anzahl der Patienten (n/%)	Sturz im Krankenhaus (n/%)
Kein Sturz in der Anamnese	934/30	25/3
Sturz in der Anamnese, aber nicht in den letzten 3 Monaten	554/18	29/5
Sturz in den letzten 3 Monaten	1619/52	347/23

Schlussfolgerung. Patienten ohne Sturzanamnese zeigen ein basales Sturzrisiko von etwa 3%. Diese Sturzfrequenz besteht trotz Implementierung der Grundprinzipien der Sturzprophylaxe. Sie kann daher als schicksalhaft und in der Akutgeriatrie nicht weiter reduzierbar angesehen werden. Diese Zahl kann damit als Grundlage bei der Diskussion mit Kostenträgern hinsichtlich der Effizienz von Prophylaxemaßnahmen dienen.

P 36

Arbeitsgruppe Diabetes der DGG

Zeyfang, Andrej

AGAPLESION Bethesda KH Stuttgart, Innere/Geriatrie, Stuttgart

Die Arbeitsgruppe Diabetes der DGG befasst sich mit den vielfältigen Interaktionen zwischen geriatrischen Syndromen und dem Diabetes als chronischer Alterserkrankung sowie allen Folge- und Begleiterkrankungen wie Hypertonie, Dyslipidämie, KHK und Herzinsuffizienz des geriatrischen Patienten. Mehr als zwei Drittel aller Menschen mit Diabetes mellitus in Deutschland sind heute älter als 60 Jahre. Zwi-

schen 75 und 80 Jahren findet sich fast bei jeder 3. Frau und jedem 4. Mann ein Diabetes mellitus, schätzungsweise handelt es sich bei 2–3 Mio. Menschen um geriatrische Patienten mit Diabetes mellitus. Seit einigen Jahren ist der Einfluss des Diabetes bei verschiedenen Problembereichen des älteren Menschen wie beim Sehvermögen, der Inkontinenz, Depression, dem geistigen Abbau oder bei Mobilitätsstörungen und Sturzgefahr bekannt. Die Behandlung des alten Menschen mit Diabetes mellitus zielt in erster Linie auf Verbesserung des Befindens, Erhöhung der Lebensqualität und Verlängerung der behinderungsfreien Lebenszeit („compression of morbidity“), weniger auf die Lebensverlängerung selbst. Dabei ist die Lebensqualität, aber auch Pflegebedürftigkeit und Kostenintensität geriatrischer Patienten mit Diabetes sehr eng mit dem Vorliegen geriatrischer Syndrome wie Inkontinenz, Instabilität, Immobilität oder intellektuellem Abbau verknüpft.

Ein schlecht behandelter Diabetes im jüngeren Lebensalter prädestiniert zu Gebrechlichkeit und Funktionsverlust im Alter. Aber auch Ältere mit Diabetes verlieren unter einer schlechten Behandlung rasch ihre Alltagsfunktionen und somit ihre Selbstständigkeit. Es gibt immer mehr Ältere mit Diabetes – aber auch alt gewordene Diabetiker.

Aktuelle Projekte betreffen die Implementierung von geeigneten Schulungsmaßnahmen für geriatrische Patienten mit Diabetes und Pflegekräfte (SGS, FoDiAl und DPFK), den Einsatz telemedizinischer Verfahren sowie eine internationale Studie zum Thema Frailty und Diabetes mellitus. In Kooperation mit der EASD und der IAGG entsteht gerade ein europaweites Proposal der Geriater zu Diabetes in Old Age. Es besteht eine übergreifende Kooperation mit der deutschen Diabetesgesellschaft betreffend auch die Themen diabetisches Fußsyndrom und Diabetes und Migranten. Interessierte Mitglieder können sich gerne unter andrej.zeffang@bethesda-stuttgart.de zur Kontaktaufnahme melden.

P 37

Hyponatremia and delirium in geriatric in-patients: outcome after 6 months

*Zieschang, Tania; Vellappallil, Tinu; Wolf, Marcia; Hauer, Klaus; Oster, Peter; Kopf, Daniel

Agaplesion Bethanien Krankenhaus, Geriatrisches Zentrum am Klinikum der Universität Heidelberg, Heidelberg

Background. Hyponatremia is frequent in hospitalized geriatric patients. Long-term consequences of hyponatremia with or without delirium have not been described previously. We present 6 month follow-up data of patients who had been hyponatremic during an index hospitalization.

Methods. For this case-control study, all cases of moderate to severe hyponatremia ($\text{Na} \leq 130$ mmol/l, HypoNa) in the hospital were identified during an 8 month interval. Hyponatremic patients were matched with normonatremic control patients (NoNa) for gender, age and admission diagnosis. Delirium was diagnosed by the Confusion Assessment Method and a consecutive clinical interview. Mortality, independence and functional status were ascertained by telephone interview with patients, care-givers or primary care physicians after 6 months. Frequencies were compared by χ^2 -test.

Results. 141 HypoNa and 141 NoNa consented to be included into the study. Incidence of delirium was significantly higher in HypoNa patients (22.7 vs. 8.5%, $p=0.005$), as was in-hospital mortality (10.6 vs. 2.1%, $p=0.030$). After 6 month, there was still a trend for higher mortality in the HypoNa group (31.1 vs. 22.7%, $p=0.082$). This trend was stronger for a combined endpoint of mortality and new nursing home placement (HypoNa 46.1 vs. NoNa 34.8%, $p=0.052$). This combined endpoint was significantly more frequent in the HypNa group, when only patients without a delirium at index presentation in either group were analysed (45.0 vs. 31.8%, $p=0.036$).

Conclusion. Hyponatremia is a strong risk factor for delirium and short term mortality as well as for functional decline or death after 6 month.

In hyponatremic patients, the impact of delirium on the further course is less well pronounced than in patients who suffer from delirium from other causes.

P 38

Entwicklung eines Screening-Instruments zum Erfassen geriatrischen Handlungsbedarfs im klinischen Alltag bei älteren Patienten mit Anämie

*Zilinski, Janek¹; Röhrig, Gabriele¹; Zillmann, Robert¹; Kaul, Ingrid²; Benzing, Thomas³; Schulz, Ralf-Joachim¹

¹Universität zu Köln, Lehrstuhl für Geriatrie, Köln, ²Universität zu Köln, Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie, Köln,

³Universität zu Köln, Klinik IV für Innere Medizin, Köln

Einleitung. Die Anämie ist ein häufiges klinisches Symptom älterer Patienten mit einer Prävalenz von bis zu 40% unter hospitalisierten Patienten. Die wichtigsten Anämieformen sind die renale Anämie, die Eisenmangelanämie, die Tumoranämie und die Anämie chronischer Erkrankungen/Entzündungsanämie. Wegen der hohen Prävalenz wird eine Anämie bei älteren Patienten von nicht geriatrisch geschultem Personal gern fälschlich als „altersbedingt“ hingegenommen ohne, dass diagnostische oder therapeutische Maßnahmen erfolgen. Das Erfassen geriatrischen Handlungsbedarfs durch nicht geriatrisch geschulte Ärzte und Pflegekräfte bei älteren Patienten mit Anämie ist eine wesentliche Voraussetzung für das Registrieren, Abklären und Behandeln einer Anämie im Alter.

Material und Methode. Es wurden jeweils 50 Patienten >70 Jahre mit Anämie (IDA, ACD, renale Anämie, Vitaminmangel) der Notaufnahmestation der Uniklinik Köln (NASt) und einer peripheren, nephrologisch-allgemeinmedizinischen Station selektiert und ein geriatrisches Assessment mit 6 Instrumenten erhoben (Barthelindex, TUG, Tinetti, ETS, MMST, ClockTest): bei ≥ 3 pathologischen Auswertungen lag geriatrischer Handlungsbedarf vor. Anschließend wurde ein 70 Items umfassender Fragebogen beantwortet. Durch logistische Regressionsanalyse soll die Einflussnahme des Vorliegens einer Anämie auf den geriatrischen Handlungsbedarf der Patienten untersucht werden.

Vorläufige Ergebnisse. Unter den vorläufig ausgewerteten Daten weisen 64% der Patienten eine Anämie auf, davon 25% Eisenmangelanämie, 65% renale Anämie und 10% ACD. Das Vorliegen einer renalen Anämie korreliert positiv statistisch signifikant mit geriatrischem Handlungsbedarf ($p=0,01$), ebenso das Vorliegen einer nicht definierbaren Anämie ($p=0,02$). Bei den übrigen Anämieformen ergaben sich keine statistisch signifikanten Ergebnisse. Die Analyse läuft weiter.

P 39

Entwicklung eines Screening-Instruments zum Erfassen geriatrischen Handlungsbedarfs im klinischen Alltag

*Zillmann, Robert¹; *Röhrig, Gabriele¹; Zilinski, Janek¹; Kaul, Ingrid²; Benzing, Thomas³; Schulz, Ralf-Joachim¹

¹Universität zu Köln, Lehrstuhl für Geriatrie, Köln, ²Universität zu Köln, Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie, Köln,

³Universität zu Köln, Klinik IV für Innere Medizin, Köln

Einleitung. Bedingt durch den demographischen Wandel steigt das durchschnittliche Patientenalter sowohl in den Notaufnahmen wie auch auf den Stationen kontinuierlich an. Das Erkennen geriatrischen Handlungsbedarfs ist für nicht geriatrisch geschulte Ärzte und Pflegekräfte schwierig und führt zu Behandlungsdefiziten. Die Entwicklung eines Screening-Tools zum Erkennen geriatrischen Handlungsbedarfs würde nicht nur die Behandlung älterer Patienten in fachfremden Abteilungen optimieren, sondern auch unnötige Abteilungswechsel und zu lange Liegezeiten verhindern.

Material und Methode. Bei 50 Patienten über 70 Jahren auf der zentralen Notaufnahmestation der Uniklinik Köln und 50 Patienten einer peripheren, nephrologisch-allgemeinmedizinischen Station selektiert

und ein geriatrisches Assessment mit 6 Instrumenten erhoben (Barthelindex, TUG, Tinetti, ETS, MMST, ClockTest): bei ≥ 3 pathologischen Auswertungen lag geriatrischer Handlungsbedarf vor. Mit Hilfe einer logistischen Regressionsanalyse werden die verschiedenen Items hinsichtlich ihrer Sensitivität für geriatrischen Handlungsbedarf ausgewertet.

Ergebnisse und Schlussfolgerung. Bei der vorläufigen Auswertung zeichnet sich ein signifikanter Einfluss von 35 Items auf den geriatrischen Handlungsbedarf ab (Sensitivität bis 96,3%, Spezifität bis 92,3%). Davon sind 10 Items hochsignifikant ($p < 0,0005$). Die vorläufigen Ergebnisse lassen den Rückschluss vermuten, dass ein Screening-Instrument mit mehreren Kurzfragen zuverlässig eingesetzt werden könnte, um Patienten mit geriatrischem Handlungsbedarf sowohl auf der NAST als auch auf der peripheren Station selektieren zu können. Die Analyse wird fortgesetzt.

P 40

Co-Management geriatrisch-traumatologischer Patienten hinsichtlich postoperativer Anämie und Funktionseinschränkung

*Zimmermann, Olga¹; *Röhrig, Gabriele¹; Kaul, Ingrid²; Schick, Andreas³; Schulz, Ralf-Joachim¹

¹Universität zu Köln, Lehrstuhl für Geriatrie, Köln, ²Universität zu Köln, Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Epidemiologie, Köln, ³St. Franziskus Hospital, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Köln

Einleitung. Prävalenz postoperativer Anämien bei geriatrischen Patienten ist hoch und beeinflusst das Outcome. Zudem sind bleibende Funktionseinschränkungen häufig. Postoperative geriatrisch-rehabilitative Maßnahmen sind hinsichtlich Kostendämpfung und Lebensqualität effektiv. Diese Maßnahme ist bis heute kein Standard. Eine wesentliche Ursache ist der defizitärer Informationsfluss zwischen den beteiligten Abteilungen und das Fehlen einer Therapieleitlinie bei Anämie im Alter.

Material und Methode. Retrospektive Datenauswertung von postoperativen Reha-Patienten (Gruppe I) nach Oberschenkelhalsfraktur, die im Rahmen eines gerotraumatologischen Co-Managements mit regelmäßigen gegenseitigen Visiten betreut wurden. Auswertung der Ergebnisse des multidimensionalen geriatrischen Assessments und der hämatologischen Laborparameter auf statistische Signifikanz. Als Vergleichsgruppe (Gruppe II) werden 100 geriatrische Patienten mit Oberschenkelhalsfraktur herangezogen, die aus anderen Traumatologien kamen und nicht in das Co-Management eingebunden waren. Verglichen werden hämatologische Laborparameter, therapeutische Maßnahmen und geriatrisches Assessment bei Aufnahme und Entlassung innerhalb einer sowie zwischen beiden Gruppen.

Vorläufige Ergebnisse. Gruppe I: 70 Patienten, mittleres Alter 80 Jahre, mittlere VWD 19 Tage. Statistisch signifikante Verbesserung im ADL-Bereich (Barthel Index $p < 0,001$), Kognition (MMSE $p < 0,05$), Funktionalität (TUG $p < 0,001$, Tinetti $p < 0,001$, ETS $p < 0,001$). Entlassung nach Hause bei 48,5% (34) der Patienten und 42,9% (30) in ein Seniorenheim. Der mittlere Hb-Wert lag bei 11,1 g/dl. Die hämatologischen Analysen sowie die Ergebnisse beider Gruppen im Vergleich stehen noch aus.

Schlussfolgerung. Geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen bei traumatischen Patienten sind hocheffektiv. Ein enges gerotraumatologisches Co-Management erleichtert Patientenführung und frühzeitiges Erfassen von Komplikationen. Inwiefern die Daten möglicherweise auch auf einen signifikant besseren Gesamtverlauf und ein besseres Outcome hinweisen, wird gegenwärtig untersucht.

P 41

(Sozial-)Medizinische Konzeptbegutachtung – Mittel zur Qualitätssicherung in der Geriatrie?!

*Baum-Euler, Sabine; Penz, Michael
MDK Bayern, Fachbereich Geriatrie, München

Hintergrund.

- Rehabilitation: Vor Zulassung einer Einrichtung zur Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der GKV ist die Vorlage eines medizinischen Konzepts notwendig (nachfolgende Aktualisierung alle ca. 2 Jahre).
- Sozialmedizin: Im Rahmen von Visitationen von geriatrischen Rehabilitationskliniken (seit 2005 in Bayern) durch die Verbände der Krankenkassen sowie den MDK ist die sozialmedizinische Beurteilung eines aktuellen medizinischen Konzepts eingeschlossen.

Ziel.

- Qualitätsgesicherte Durchführung geriatrischer Behandlung.
- Darstellung der geriatrispezifischen Inhalte und Besonderheiten der geriatrischen Rehabilitation in Abgrenzung zur nichtgeriatrischen Behandlung in der indikationsspezifischen Rehabilitation.

Methoden.

- Sozialmedizinische Prüfung eines aktualisierten medizinischen Konzepts zur geriatrischen Behandlung unter Berücksichtigung der ICF und konzertierter Grundlagen zur medizinischen Rehabilitation im Sinne der GKV.
- Sozialmedizinische Prüfung des medizinischen Konzepts erfolgt durch geriatrische Fachkompetenz (Geriatrer!) in Kenntnis und Beachtung der konsentierten Landesregelungen und der jeweiligen Landes-Geriatriekonzeption.

Ergebnisse. Beleg (in Bayern) einer jeweils weiteren Maßnahme zur

- Qualitätssicherung bei Umsetzung der geriatrischen Rehabilitation,
- Qualitätssicherung bei Einführung von geriatrischer Frührehabilitation und
- Qualitätssicherung bei zukünftig zu schaffenden Strukturen (AGR, MoGeRe, Versorgung).

Diskussion.

- (Sozial-)Medizinische Konzeptbeurteilung ist eine (zusätzliche) qualitätssichernde Maßnahme, die aber ohne Visitationen unzureichend bleibt.
- (Sozial-)Medizinische Visitationen vor Ort in den geriatrischen (Rehabilitations-)Einrichtungen zeigen die jeweilige Umsetzung des medizinischen Konzepts mit fachlicher Diskussions- und Erläuterungsmöglichkeit und ergänzen somit die vorliegende Beurteilung.

Schlussfolgerungen.

- (Sozial-)Medizinische Konzeptbegutachtungen sind als eine qualitätssichernde Maßnahme in der Geriatrie geeignet.
- Visitationen vor Ort stellen eine notwendige Ergänzung der sozialmedizinischen Konzeptbegutachtung dar und veranschaulichen jeweils die Umsetzung des medizinischen Konzepts.

P 42

Hängt Frailty mit der Menge und Verteilung von Nahrungsprotein zusammen?

*Bollwein, Julia¹; Diekmann, Rebecca¹; Kaiser, Matthias¹; Bauer, Jürgen²; Sieber, Cornel¹; Volkert, Dorothee¹

¹Institut für Biomedizin des Alterns, Innere Medizin (Geriatrie), Nürnberg, Deutschland, ²Klinikum Oldenburg gGmbH, Klinik für Geriatrie, Oldenburg, Deutschland

Fragestellung. Menge und Verteilung des Nahrungsproteins werden als wichtige Einflussfaktoren auf Muskelmasse und Sarkopenie diskutiert und könnten daher auch für die Entstehung von Frailty von Bedeutung sein. Die vorliegende Querschnittsstudie untersucht den

Zusammenhang zwischen Proteinzufuhr (PZ) und Frailty bei zu Hause lebenden Senioren.

Methoden. Anhand eines Häufigkeitsprotokolls (EPIC) wurden die Verzehrshäufigkeiten von 149 Lebensmitteln bei 195 selbständig im Privathaushalt lebenden Senioren (66% w, 83±4 Jahre, BMI 27,0±3,7 kg/m²) erfragt. Bei den 46 Hauptproteinlieferanten wurde zusätzlich der Verzehrzeitpunkt (morgens, mittags, abends) erfasst. Die PZ wurde anhand von Standardportionen errechnet. Drei Frailty-Klassen (FK) wurden gemäß Fried et al. als Vorhandensein von 0, 1–2 oder ≥3 der 5 Kriterien Gewichtsverlust, Erschöpfung, geringe Aktivität, geringe Handkraft und langsame Gehgeschwindigkeit definiert. Unterschiede zwischen den drei FK in der PZ in g/Tag, in g/kg Körpergewicht (KG) und in % der Energieaufnahme (E%) sowie in den Anteilen der PZ zu jeder Hauptmahlzeit wurden mit dem Kruskal-Wallis-Test auf Signifikanz geprüft.

Ergebnisse. Die PZ betrug im Median (Min.–Max.) täglich 77,5 (38,5–131,5) g bzw. 1,10 (0,58–2,27) g/kg KG und 15,9 (11,2–21,8) E% ohne Unterschiede zwischen den FK (Tabelle). Durch die Hauptproteinlieferanten wurden im Median (Min.–Max.) 73,8 (45,7–90,5)% der PZ erfasst. In allen drei FK wurde über die Hälfte des Proteins mittags verzehrt. Mit zunehmender Frailty nahm der Anteil der PZ am Gesamtprotein morgens ab (p=0,007) und mittags zu (p=0,024).

Schlussfolgerung. In unserem Kollektiv relativ rüstiger Senioren wurde kein eindeutiger Zusammenhang zwischen PZ und Frailty festgestellt. Mit steigendem Frailty-Grad nahmen die Probanden morgens prozentual weniger Protein auf, mittags mehr. Weitere Studien müssen klären, ob eine Umverteilung der Proteinaufnahme zum Frühstück hin im Hinblick auf Frailty von Nutzen sein könnte.

Die Unsicherheit im Umgang mit stark verhaltensauffälligen Patienten, die Anwendung freiheitseinschränkender Maßnahmen sowie ein erheblicher Verbrauch an Psychopharmaka sollten durch das Projekt reduziert werden. Durch Abläufe und Organisationsstrukturen, die stärker auf die Bedürfnisse und Einschränkungen kognitiv eingeschränkter, verhaltensauffälliger Patienten ausgerichtet sind, sollte ein weiterer Ressourcenverlust durch den Krankenhausaufenthalt vermieden werden. Die Mitarbeiter des Hauses, insbesondere im Pflegedienst, sollten durch den segregativen Ansatz eine Entlastung erfahren, die unmittelbar auf der Station tätigen durch entsprechende Schulungen und Fortbildungen adäquate Bewältigungsstrategien erarbeiten und sich durch einen reflektierenden Erfahrungsaustausch und Supervisionen entwickeln und weiterqualifizieren.

In der Vorbereitungsphase erfolgten eine Auswahl geeigneter Mitarbeiter und deren Schulung, die Entwicklung eines Aufnahmealgorithmus, die Erstellung eines Behandlungskonzepts mit vermehrten tagesstrukturierenden Maßnahmen sowie umfangreiche architektonische Maßnahmen. Das Konzept wurde durch eine interdisziplinär besetzte Arbeitsgruppe von Mitarbeitern des Hauses entwickelt und nach Freigabe durch die Krankenhausleitung unter Mitwirkung einer auf Krankenhausgestaltung spezialisierten Innenarchitektin zeitnah umgesetzt.

Tabelle: Mittlere tägliche Proteinaufnahme (gesamt) in g/Tag, g/kg KG und E% sowie mittlere Anteile der Proteinaufnahme (Hauptproteinlieferanten) morgens, mittags und abends beim Vorhandensein von 0, 1–2 und ≥3 Frailty-Kriterien [Median(Min.–Max.)]

Anzahl Frailty-Kriterien	n	g/Tag	g/kg KG	E%	Morgens (%)	Mittags (%)	Abends (%)
0	86	77,4 (39,0–113,4)	1,06 (0,63–1,75)	15,5 (12,0–21,4)	17,5 (2,8–47,4)	55,2 (16,9–79,9)	24,7 (0,2–39,2)
1–2	79	78,3 (38,5–131,5)	1,09 (0,58–2,27)	16,4 (12,0–21,8)	14,7 (0,0–83,0)	60,9 (0,0–83,0)	25,1 (0,4–70,5)
≥3	30	74,1 (44,3–117,9)	1,07 (0,58–2,00)	15,5 (11,1–18,5)	11,9 (0,0–29,8)	61,4 (31,6–84,5)	23,6 (7,3–55,4)
p		0,121	0,680	0,039	0,007	0,024	0,939

P 43

Konzept einer geriatrischen Station für kognitiv eingeschränkte Patienten am Otto-Fricke-Krankenhaus, Zentrum für Geriatrie und Orthopädie, Wiesbaden – Bad Schwalbach (Geriatrie Spezial)

*Weil, Klaus; Helmenstein, Thomas; Suckau, Rüdiger; Wolf, Anna; Grape, Kai; Henkel, Mandy

Otto-Fricke-Krankenhaus, Geriatrie, Wiesbaden/Bad Schwalbach

Das Otto-Fricke-Krankenhaus, Zentrum für Geriatrie und Orthopädie Wiesbaden/Bad Schwalbach, eröffnete im Februar 2010 eine Station zur speziellen Versorgung krankenhausbearbeitungsbedürftiger geriatrischer Patienten mit kognitiven Einschränkungen und Verhaltensstörungen. Am Standort Bad Schwalbach wurde ein segregierter, ruhiger und geschützter Stationsbereich mit Orientierungshilfen und "weichen" Sicherungssystemen konzipiert, der 15 Betten umfasst.

Zielsetzung des Projekts war einerseits, kognitiv eingeschränkter geriatrischer Patienten mit erheblichen Verhaltensstörungen, die aufgrund einer Akuterkrankung krankenhausbearbeitungsbedürftig werden, eine spezielle Behandlungsumgebung zu ermöglichen und dadurch die Versorgungsqualität zu verbessern, andererseits aufgrund der steigenden gerontopsychiatrischen Komorbidität geriatrischer Patienten eine regionale Versorgungslücke zu schließen.

Referentenverzeichnis

- Acker, Valentin (Berlin) 68
 Alt, Stefan (Berlin) 68
 Amanatidis, Eva (Dresden) 76
 Aminian, Kamiar (Lausanne) 70
 Anders, Jennifer (Hamburg) 37, 38, 54
 Andersen-Ranberg, Karen (Odense) 18
 Arnaout, Fadel (Berlin) 68
 Auweiler, Lorenz (Köln) 71
 Babor, Kai Steffen (Stuttgart) 69
 Bauer, Jürgen (Nürnberg/Oldenburg) 37, 38, 75, 81
 Baum-Euler, Sabine 81
 Becher, Klaus (Nürnberg) 37, 69
 Becker, Clemens (Stuttgart) 18, 47, 56, 70
 Becker, Thomas (Görlitz) 48
 Benesch, Gerd (Berlin) 76
 Benzigner, Petra (Stuttgart) 69, 70
 Benzing, Thomas (Köln) 80
 Bertsch, Thomas (Nürnberg) 75
 Blaha, Hans-Jürgen (Baumholder) 71
 Blank, W. (München) 42, 50
 Boll, S. (Oldenburg) 46
 Bollwein, Julia (Nürnberg) 38, 75, 81
 Brabant, Thomas (Bremen) 38
 Büchele, Gisela (Ulm) 56
 Bucholtz, Nina (Berlin) 68
 Burghaus, Ina (Bochum) 78
 Busch, Markus A. (Berlin) 78
 Busch, Raymonde (München) 73
 Buschfort, Rüdiger (Olsberg) 76
 Dapp, Ulrike (Hamburg) 37, 38
 de la Chaux, Christian (Neumünster) 39
 Decker-Maruska, Mechthild (Attendorn) 39
 Dettmer-Flügge, A. (Coppnenbrügge) 73, 74
 Diehm, Curt (Karlsbad-Langensteinbach) 78
 Diekmann, Rebecca (Nürnberg) 38, 75, 81
 Djukic, Marija (Göttingen) 39, 70
 Donini, Lorenzo (Rom) 75
 Doser, Michael (Villingen-Schwenningen) 39
 Drach, Lutz M. (Schwerin) 40
 Drewelow, Bernd (Rostock) 52
 Drey, Michael (Nürnberg) 40, 75
 Durwen, Heribert (Düsseldorf) 55
 Ebert, Sandra (Göttingen) 70
 Eckardt, Rahel (Berlin) 56, 68
 Eiffert, Helmut (Göttingen) 73
 Ernstberger, Thorsten (Bad Bramstedt) 40, 41
 Fahr, K. (Fürth) 71
 Falkenhahn, Claudie (Essen) 72
 Feichtinger, Richard (Münster) 49
 Flesch, Peter (Hamburg) 40
 Florange, Barbara (Dinslaken) 76
 Franz, Almuth (Göttingen) 70
 Freiburger, Ellen (Erlangen) 42, 50, 59
 Freidel, Klaus (Alzey) 71
 Frisse, Stephanie (Köln) 71
 Fritsch, Georg (Bad Bramstedt) 40, 41
 Frohnhofen, Helmut (Essen) 41, 72, 79
 Fronck, Kathrin (Göttingen) 73
 Fuchs, Christoph (München) 73
 Füllhase, Claudius (München) 66
 Füsgen, Ingo (Velbert) 42
 Gärtner, Simone (Greifswald) 61
 Gehring, Svante (Bad Segeberg) 42
 Geilhof, Barbara (München) 42
 Georg, Pinter (Klagenfurt) 54
 Gerner, Antje (Dresden) 48
 Gietzelt, Matthias (Braunschweig) 43
 Gisinger, Christoph (Krems) 43
 Goede, Valentin (Köln) 73
 Gogol, Manfred (Coppnenbrügge) 73, 74
 Golgert, Stefan (Hamburg) 37, 38, 54
 Göllner, Stefan (Berlin) 43
 Gövercin, Mehmet (Berlin) 43, 49, 56
 Grape, Kai (Wiesbaden) 81
 Guerra, Alessandro (Rom) 75
 Hagen, Olaf (Essen) 44, 72
 Halle, M. (München) 42
 Hallek, Michael (Köln) 73
 Hansen, Hans-Christian (Neumünster) 44
 Happ, Stefan (Mainz) 71
 Hardt, Roland (Mainz) 44, 45, 48, 50, 58, 64
 Hartwig, Erich (Karlsruhe) 45
 Hattemer, Gabriele (Mainz) 45
 Hauer, Klaus (Heidelberg) 19, 66, 75, 80
 Haupt, Martin (Düsseldorf) 74
 Haux, Reinhold (Braunschweig) 43
 Heckmann, Jochen (Bad Münster) 71
 Heinig, Mike (Berlin) 68
 Helmenstein, Thomas (Wiesbaden) 81
 Hendriksen, Carsten 23
 Henkel, Mandy (Wiesbaden) 81
 Hennig, Ben (Berlin) 49
 Heppner, Hans-Jürgen (Nürnberg) 71, 75
 Hergt, Anne-Maja (Neumünster) 74, 77
 Hermann, Markus (Magdeburg) 46
 Hermens, Thomas (Wesel) 45
 Heuer, Hans Christoph (Essen) 72, 79
 Heusinger von Waldegg, Gernot (Magdeburg) 45, 46
 Heuten, Wilko (Oldenburg) 46
 Hewer, Walter (Rottweil) 46
 Hippus, Marion (Jena) 79
 Hoffmann, Wolfgang (Greifswald) 60, 61
 Hofmann, Werner (Neumünster/Bad Bramstedt) 46, 55, 74, 77
 Holthoff, Vjera (Dresden) 48, 76
 Höltnann, Bernhard (Grevenbroich) 47
 Hülsken-Giesler, Manfred (Osnabrück) 47
 Iahann, Jana 55, 77
 Imöhl, M. (Aachen) 61
 Jäger, Martin (Dinslaken) 47
 Jamour, Michael (Stuttgart) 47
 John, Burkhard (Schönebeck) 48
 John, Michael (Berlin) 49
 Jurga-Freytag, Malgorzatga (Nürnberg) 69
 Jurjanz, Luisa (Dresden) 47, 76
 Kaiser, Matthias (Nürnberg) 38, 75, 81
 Kallert, Thomas (Leipzig) 48
 Kandzia, Alexandra (Essen) 79
 Kaul, Ingrid (Köln) 78, 80, 81
 Kiefner, Bettina (Rheine) 77
 Kim, Hyun-Ju (Mainz) 48
 Kip, Miriam (Magdeburg) 46
 Kirschner-Hermanns, Ruth 67
 Kiselev, Jörn (Berlin) 49
 Klenk, Jochen (Stuttgart) 69, 70
 Klose, Stefan (Berlin) 49
 Klossok, Wolfgang (Köln) 75
 Kolb, Gerald (Lingen) 49
 Költzsch, Yvonne (Berlin) 43
 Kopf, Daniel (Heidelberg) 75, 80
 Kraft, Johannes (Coburg) 76
 Kraft, Kathleen (Greifswald) 61
 Kraft, Matthias (Greifswald) 61
 Kresken, Michael (Rheinbach) 49
 Kuipers, Ulrich (Heide) 50
 Kwetkat, Anja (Jena) 79
 Laabs, Hans Joachim (Eisenberg) 71
 Lambrecht, Anne (Mainz) 50
 Landendorfer, P. (München) 42, 50

Referentenverzeichnis

- Lange, Holger (Bayreuth) 51
 Lange, Peter (Göttingen) 73
 Lekkos, K. (Coppensbrügge) 74
 Lerch, Markus (Greifswald) 61
 Lerch, Michael (Iserlohn) 51
 Lichte, Thomas (Magdeburg) 45
 Lichti, Volker (Hausham) 63
 Linck-Eleftheriadis, Sigrid (Alzey) 71
 Lindemann, Ulrich (Stuttgart) 47, 69, 70
 Löhler, Jan (Bad Bramstedt) 51
 Lorenz, Dieter (Gießen) 51
 Lübke, Norbert (Hamburg) 21
 Lüttje, Dieter (Osnabrück) 22, 52
 Maetzler, Walter (Tübingen/Stuttgart) 52, 69
 Majcher-Peszynska, Jolanta (Rostock) 52
 Maragudakis, Stephanie (München) 73
 Marißen, Diana (Bochum) 78
 Marschner, Kira (Dresden) 48
 Marscholke, Michael (Braunschweig) 43
 Meis, M. (Oldenburg) 46
 Meisel, Michael (Dessau) 52, 53
 Merk, Brunhilde (Hamburg) 53
 Meyer, Ann-Kathrin (Hamburg) 76
 Meyer, Christoph (Bad Segeberg) 53
 Meyer, Shirin (Dresden) 48
 Michalek, Carina (Essen) 41
 Mielke, Ulrich (Homburg/Saar) 76
 Mignolet, Elisabeth (Olsberg) 76
 Modreker, Mirja Katrin (Hamburg) 54
 Moosig, Frank (Bad Bramstedt) 54
 Mrak, Peter (Gratwein) 54
 Muck, Anne (Berlin) 68
 Nau, Roland (Göttingen) 55, 70, 73
 Nicolai, Simone E. (Stuttgart) 69
 Nickel, Barbara (Essen) 72
 Nobbe, C. (Köln) 76
 Noreik, Michaela (Köln) 77
 Nosper, Manfred (Alzey) 71
 Ohrenberger, Gerald (Wien) 43
 Opie, Jane M. (Innsbruck) 55
 Oster, Peter (Heidelberg) 66, 75, 80
 Pajonk, Frank-Gerald (Liebenburg) 76
 Papert, Stephanie (Magdeburg) 45
 Pelk, Thorsten (Neumünster/Bad Bramstedt) 55, 74, 77
 Penz, Michael 81
 Pils, Katharina (Wien) 54
 Ploenes, Christoph (Düsseldorf) 55
 Profener, Franz (Hamburg) 56
 Püllen, Rupert (Frankfurt/M.) 56
 Raczynski, Johannes-Josef (Köln) 71
 Raischl, Sepp (München) 73
 Rapp, Kilian (Stuttgart) 56
 Rappl, Gunter (Köln) 78
 Raspe, Heiner 20
 Ratzinger, Alexander (Berlin) 56
 Reh, Meike (Neumünster/Bad Bramstedt) 55, 74, 77
 Reinhold-Keller, Eva (Hamburg) 57
 Reischies, Friedel M. (Berlin) 57
 Remmers, Hartmut (Osnabrück) 47
 Reuster, Thomas (Görlitz) 48
 Ricciardi, Laura (Rom) 75
 Richardt, Gertraud (Bremen) 57
 Riem, Sarwiga (Karlsruhe) 45, 57
 Rittig, Tanja (Dinslaken) 57
 Röhrig, Gabriele (Köln) 75, 76, 78, 80, 81
 Roling, Agnes (Rheine) 77
 Roth, Gerhard Dieter (Ostfildern) 76
 Rupprecht, Holger (Fürth) 71
 Scheidt-Nave, Christa (Berlin) 78
 Schick, Andreas (Köln) 81
 Schildknecht, Nina (Hofgeismar) 66
 Schilling, Stefan (Trier) 71
 Schmauß, Maximilian (Augsburg) 76
 Schmekel, Stefanie (Greifswald) 61
 Schmidt, D. (Coppensbrügge) 73, 74
 Schmidt, Erich (Mainz) 44, 45, 48, 50, 58
 Schmidt, Ralf (Mainz) 71
 Schoenemann, Hartmut (Mainz) 71
 Schuchmann, Anne (Mainz) 58
 Schulz, Ralf-Joachim (Köln) 71, 73, 75, 76, 76, 77
 Schütz, Dag (Velbert) 42
 Schützwahl, Matthias (Dresden) 48
 Schwab, Jörg (Rheine) 77
 Schweiger, Klaus-Peter (Göttingen) 70
 Schwenk, Michael (Heidelberg) 66
 Sgries, Bernd (Itzehoe) 58
 Sieber, Cornel (Nürnberg) 38, 58, 59, 75, 81
 Siegrist, Monika (München) 42, 50, 59
 Singler, Katrin (Nürnberg) 71
 Smoliner, Christine (Borken) 59
 Sommeregger, Ulrike (Wien) 59
 Spehr, Jens (Braunschweig) 43
 Spira, Dominik (Berlin) 68
 Spreer, Annette (Göttingen) 73
 Stähler, Anna (Stuttgart) 70
 Standl, Albert (München) 59
 Stange, Inken (Nürnberg) 59, 75
 Steil, Hans (München) 73
 Steinhagen-Thiessen, Elisabeth (Berlin) 43, 56, 68
 Stofft, Christian (Mainz) 45
 Stoppe, Gabriela (Basel) 21
 Stuck, Andreas (Bern) 20
 Stützer, Hartmut (Köln) 75
 Suckau, Rüdiger (Wiesbaden) 81
 Sultzer, Ralf (Zwenkau) 60
 Sust, Charlotte A. (Wettenberg) 51
 Tempera, Settimio (Rom) 75
 Ternner, Brigitte (Schwerin) 40
 Thiem, Ulrich (Herne/Bochum) 60, 78
 Thürmann, Petra (Wuppertal) 67
 Träder, Jens-Martin (Lübeck) 42
 Trampisch, Hans-Joachim (Bochum) 78
 Tümena, Thomas (Nürnberg) 69
 Vahldick, Beate (Köln) 78
 van den Berg, Neeltje (Greifswald) 60, 61
 van den Heuvel, Dirk (Berlin) 61
 van der Linden, M. (Aachen) 61
 Vaske, B. (Hannover) 73
 Vellappallill, Tinu (Heidelberg) 75, 80
 Vogel, Werner (Hofgeismar) 66
 Vogelreuter, Julika-Mareile (Köln) 78
 Volkert, Dorothee (Nürnberg) 38, 59, 62, 75, 81
 von Renteln-Kruse, Wolfgang (Hamburg) 37, 38, 54
 Wächtler, Claus (Hamburg) 62
 Wagner, Horst-Peter (Berlin) 62
 Wagner, Ulrike (München) 73
 Wegel, Sandra (Berlin) 43
 Wehling, Martin (Mannheim) 41, 62, 63
 Wehsener, Roberto (Starnberg) 55
 Weil, Klaus (Wiesbaden) 82
 Weinberger, Birgit (Innsbruck) 63
 Weiß, Benjamin (Berlin) 43
 Wellner, Peter (Hausham) 63
 Welzel, Anne (Jena) 79
 Westphal, Nele (Flensburg) 77
 Wiechelt, Jascha (Mainz) 64
 Wiedemann, Andreas (Witten) 64
 Willkomm, Martin (Lübeck) 64
 Willschrei, Peter (Essen) 72, 79
 Wippermann, Volker (Hemer) 76
 Wirth, Katharina (Berlin) 68
 Wirth, Rainer (Borken) 59, 65
 Wohlleben, Ulla (München) 73
 Wolf, Anna (Wiesbaden) 81
 Wolf, Marcia (Heidelberg) 75, 80
 Zehlicke, Thorsten (Hamburg) 65
 Zeyfang, Andrej (Stuttgart) 79
 Ziemer, Ralf (Hofgeismar) 66
 Zieschang, Tania (Heidelberg) 66, 75, 80
 Zilinski, Janek (Köln) 80
 Zillmann, Robert (Köln) 80
 Zimmermann, Olga (Köln) 81
 Zippel, Christian (Berlin) 66
 Zscheile, Julia (Stuttgart) 69

Werden Sie Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V.!

Aufnahmeantrag

Geschäftsstelle der DGG
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie
Kuniberts Kloster 11-13, 50668 Köln

Sekretär der DGG
Frau Dr. med. Anja Kwetkat
Bachstr. 18, 07743 Jena

E-Mail : geriatric@dggeriatrie.de

E-Mail: anja.kwetkat@med.uni-jena.de

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Akad. Grad: _____ Position: _____

Institution: _____

Korrespondenzanschrift:

Straße _____

PLZ _____ Ort: _____

Tel : _____ Fax: _____

E-Mail _____

Facharzt / Teilgebiet: _____

Zusatzbezeichnung: _____

Fak. Weiterbildung: _____

Ich beantrage hiermit die Aufnahme in die DGG und werde folgenden Beitrag zahlen:

Niedergelassener Arzt € 100,00

Chefarzt, ltd. Arzt € 100,00

Arzt im öffentl. Dienst € 100,00

Assistenzarzt/Pensionäre € 50,00

Förderndes Mitglied € _____

Ich wünsche eine jährliche Rechnung und überweise den Mitgliedsbeitrag.

Ich erteile Ihnen hiermit bis auf Widerruf die Einzugsermächtigung für den genannten Mitgliedsbeitrag zu

Lasten meines Girokontos:

Nr. _____ BLZ _____

bei der _____ (Bezeichnung des Kreditinstitutes)

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Mitglieder können die DGG-Homepage zum Austausch fachlicher Informationen nutzen. Wir bieten Sonderkonditionen für DGG-Kongresse sowie bei Doppelmitgliedschaften mit ÖGGG und DGGG. Ab Januar 2012 erhalten DGG-Mitglieder 8x jährlich die Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (ZGG) kostenfrei.

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Hier steht eine Anzeige.

